

УДК 616.314.18-002-071

## **РЕФРАКТЕРНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТИТА. ОСОБЕННОСТИ ЕГО КЛИНИКИ**

**Т.П. Скрипникова, Л.М. Хавалкина, А.А. Хавалкина**

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

### **Резюме**

Представлена информация об особенностях течения рефрактерного (упорного, невосприимчивого) пародонтита. Приведены классификации отечественных и зарубежных авторов, где систематизировано различное течение пародонтита.

**Ключевые слова:** пародонтит, рефрактерный, течение.

### **Summary**

The article provides information on the features of refractory (persistent, non-reaction) periodontitis. The classifications of the Ukrainian and foreign authors systematizing different clinical courses of periodontitis are presented.

**Key words:** periodontitis, refractory, clinical course.

### **Литература**

1. Агрессивные формы пародонтита. Руководство для врачей / Безрукова И.В., Грудянов А.И. - М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. - 127 с.
2. Артюшкевич А.С. Заболевания периодонта / Артюшкевич А.С. - М.: Медицинская литература, 2006.-306 с.
3. Белоклицкая Г.Ф. Клинические формы генерализованного пародонтита и их значение для его дифференцированной терапии / Белоклицкая Г.Ф. // Вестник стоматолога. – 1998. – № 3. – С.16–20.

4. Белоклицкая Г.Ф. Клинико-биохимические варианты течения генерализованного пародонтита и методы их фармакотерапии // Материалы 5-го Российского научного форума «Стоматология 2003». – М.: Авиаиздат, 2003. – С. 120–124.
5. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение / [А.С.Григорян, А.И.Гудянов, И.А.Рабухина, О.А.Фролова]. - М.:Мед.информ. агентство, 2004.- 320 с.
6. Лукиных Л.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. Руководство / Лукиных Л.М., Жулев Е.Н., Чупрунова И.Н. – Н.Новгород: изд-во Нижегород. гос. мед. академии, 2005. - 322 с.
7. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта /Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. - К.: Здоров'я, 2000. – 462 с.
8. Данилевский М.Ф. Сучасні класифікації захворювань пародонту / М.Ф.Данилевский, А.В. Борисенко // Імплантологія, пародонтологія, остеологія.- 2006.- № 4.- С. 59–62.
9. Заболевания пародонта ; под общ. ред. проф. Ореховой Л.Ю.- М.: Поли Медиа Пресс, 2004.-432 с.
10. Курякина Н.В. Заболевания пародонта / Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф.- М.: Медицинская книга; Н.Новгород: изд-во НГМА, 2000.-160 с.
- 11.Мащенко И.С. Заболевания пародонта / Мащенко И.С. – Днепропетровск: Коло, 2003. – 271 с.
- 12.Мелиничук Г.М. Гінгівіт, пародонти, пародонтоз : особливості лікування / Мелиничук Г.М., Рожко М.М., Завербна Л.В.: навч. посібник; вид.5-е, випр. і доп. - Івано-Франківськ, 2011.-328 с.
- 13.Терапевтична стоматологія: У 4 т. – Т.3. Захворювання пародонта / Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Політун А.М. [та ін].- К.: Медицина, 2008.- 616 с.

14. Armitage G.C. Development of classification system for periodontal diseases and conditions / G.C. Armitage // Ann. Periodontol.-1999.-№ 1.-P.1-6.
15. Caton J. Periodontal diagnosis and diagnostic aids / J. Caton // Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics.- Chicago, 1989.h
16. Van Dyke T. The role of the host response periodontal disease progression: implication for future treatment strategies / Van Dyke T., Lester M., Shpira L. // J. Periodontol. – 1992. - Vol.65.- P.52-57.

Wilson T.G. Diagnosis periodontal diseases and conditions using a traditional approach // Advances in periodontics/ Wilson T.G., Kornman K.S. i Newman M.G., eds. – Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc., 1992.

**Актуальность исследования.** Заболевания тканей пародонта в настоящее время представляют собой одну из важнейших проблем стоматологии. Многообразие поражений тканей пародонта включает разнообразные по форме и клиническим проявлениям группы воспалительных, воспалительно-деструктивных, дистрофических и неопластических процессов. Соответственно, эти процессы имеют свое отражение в систематизациях заболеваний тканей пародонта. Классификация различных патологических состояний проводится с целью определения нозологической формы, возможной этиологии, патогенеза, степени тяжести, течения заболевания. На основании этого в последующем планируется лечение, прогнозируются исходы заболевания. Изменение представлений об этиологии, патогенезе заболеваний сказывается на их систематике, которая проводится с учетом как зарубежных, так и отечественных исследователей.

**Цель исследования.** Выявить у пациентов с патологией тканей пародонта рефрактерное течение пародонтита, обосновать принципы его лечения.

**Объектом исследования** были 29 пациентов в возрасте 41-50 лет, из них мужчин - 15 (51,72%), женщин – 14 (48,28%). Все они принимали соответствующее лечение и состояли на диспансерном учете.

**Состояние вопроса.** Основными формами заболевания пародонта являются гингивиты и пародонтит. Пародонтит имеет синонимы: альвеолярная пиэрея, периодонтит, пародэнтозис, периэдонтоклазия, альвеолоклазия, болезнь Фошара и др. [15,16,17].

В 1983 г. Пленум правления Всесоюзного научного общества стоматологов принял классификацию, которой и в настоящее время широко пользуются в странах бывшего СНГ. Имеется ее модификация 2001 года. В соответствии с ней пародонтит определяется воспалением тканей пародонта, прогрессирующей деструкцией периодонтальной связки и альвеолярной перегородки.

В Украине используются несколько классификаций заболеваний тканей пародонта, предложенных представителями разных стоматологических школ, что подчеркивает актуальность проблемы. Наиболее распространенной клинической классификацией заболеваний пародонта считается классификация, предложенная в 1994 г. проф. Н.Ф.Данилевским [8]. В этой классификации к дистрофически-воспалительным заболеваниям относятся генерализованный пародонтит, пародонтоз. По течению генерализованный пародонтит подразделяется на хронический, обострение, стабилизацию.

И.С.Мащенко (1998) в рабочей классификации болезней пародонта выделяет такие формы течения пародонтита как хронический, обострение, ремиссия [11].

Развитие пародонтологии в последние годы, обогащение ее новым научным материалом, уточнение многих звеньев патогенеза и особенностей клинического проявления наиболее часто встречающихся заболеваний тканей пародонта, среди которых акцентировано внимание на

гингивит, пародонтит, пародонтоз, дает возможность выбора правильного, этиопатогенетически обоснованного подхода к лечению этих заболеваний с учетом стадии развития патологического процесса, которая отражает специфические морфологические и биохимические особенности воспалительного процесса [1,2,3,4,5,6,7].

Устанавливая диагноз «генерализованный пародонтит», врач, оценивая клинический вариант течения генерализованного пародонтита, должен выделить стадии развития воспалительно-дистрофического процесса, которые отражают не только интенсивность, но и распространенность воспалительно-деструктивного процесса в пародонте – активно прогрессирующую, переходную, развившуюся, начальную.

Исследования отечественных и зарубежных авторов убеждают в необходимости выделения таких вариантов течения генерализованного пародонтита как «агрессивный», или «быстро прогрессирующий» и «рефрактерный» [8,10,13].

Рефрактерный (упорный) маргинальный периодонтит вместе с медленно прогрессирующим и быстро прогрессирующим выделил в своей классификации в 1976 Р.Шур и соавт. Автор по течению различает: медленно прогрессирующий, быстро прогрессирующий, рефрактерный (упорный). Рефрактерный маргинальный пародонтит в литературе обозначен как упорный, или невосприимчивый к применяемому лечению. В 1989 г. на рабочем совещании ВОЗ была принята классификация заболеваний пародонта, где также выделена форма рефрактерного пародонтита среди других форм: пародонтит у взрослых, ранний пародонтит, препубертатный пародонтит, генерализованный, локальный, юношеский пародонтит, генерализованный, локальный пародонтит, быстро прогрессирующий пародонтит, пародонтит, ассоциированный с системными заболеваниями, язвенно-некротический пародонтит, рефрактерный пародонтит.

Необходимость выделения этой формы пародонтита подчеркивает и Г.Ф.Белоклицкая в своей классификации 2007 г. По характеру течения пародонтит представлен как хронический, обострившийся, агрессивный (быстро прогрессирующий), рефрактерный, стабилизация. На рабочем совещании секции пародонтологии ВОЗ была принята классификация заболеваний пародонта, в которой также выделена форма пародонтита, как рефрактерный (Caton J., 1989). Wilson T.G., Kornman K.S. и Newman M.G. в 1992 г. разработали классификацию, в которой к агрессивным формам пародонтита относят и рефрактерный пародонтит [14,15,16,17].

Эта форма заболевания развивалась у исследуемых пациентов, несмотря на проведенную терапию. В период диспансерного наблюдения не наблюдалось отягощение общесоматической патологии. Однако пациентов вновь беспокоят кровоточивость десен, подвижность зубов, отделяемое из зубодесневых карманов, галитоз. На объективном исследовании определенные ранее индексы (ИГ, ПМА, кровоточивость десен, подвижность зубов, глубина зубодесневых карманов) существенно не отличаются от выявленных при настоящем диагностическом исследовании. Очередной курс традиционного лечения не давал стойкого, длительного эффекта. Через несколько недель пациенты вновь обращаются за очередным курсом лечения. Утрата опорных тканей зуба медленно продолжается. При этом поражается в большинстве случаев пародонт генерализованно, что совпадает с данными Armitage G.C. [14]. Процент рецидивов высок. Наступает убыль опорных тканей, затем – потеря зубов. Микробиологическое исследование содержимого зубодесневых карманов выявляет периопатогенные микроорганизмы, в том числе *P. forsythus*, *F. nuklearum*, *E. Corrodens*, *P. Gingivalis* и др., что подтверждает необходимость проведения такого вида исследования и является одним из показаний назначений антибиотиков.

Описанная клиническая картина наводит на мысль о схожести с клиникой агрессивных форм пародонтита. Атипичность агрессивных форм пародонтита характеризуется особенностями возраста их возникновения и клинической картины. В частности, подвижность зубов, рентгенологически и клинически, выявляемая резкая убыль костной ткани зачастую не сопровождаются адекватной воспалительной реакцией и происходят чаще всего при незначительном скоплении мягкого зубного налёта. Агрессивная форма пародонтита возникает в подростковом и постподростковом возрасте (после 17 лет) и в 35 лет достигает крайне тяжелой степени; обусловлена специфической микрофлорой и не связана с влиянием общей соматической патологии на процесс. Также атипичность проявляется в том, что заболевание возникает в молодом возрасте, сопровождается очень быстрой и массивной потерей всех тканей пародонта (в первую очередь кости), в большинстве случаев трудно поддается лечению и за относительно короткий промежуток времени (5-7 лет) приводит к полной потере зубов. Отсюда специфичность клиники: с одной стороны, глубокое разрушение кости и периодонта, очень часто обильное и стойкое гноетечение и разрастание грануляций в пародонтальном кармане, а с другой – незначительное воспаление в мягких тканях. Поэтому пациенты и обращаются к врачу чаще всего в период абсцедирования [1,9].

**Выводы.** Проведенные анализ литературы, клинические исследования являются основанием для назначения антибиотиков в комплексной антибактериальной терапии рефрактерного пародонтита, что соответствует исследованиям Мельничук Г.М. и соавт. [12].

**Перспективы дальнейших исследований.** Дальнейшее исследование течения рефрактерной формы пародонтита позволит разработать адекватное патогенетически обоснованное лечение.

