

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ АГРЕССИВНОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

Т.Т. Нацвлишвили, А.В. Цимбалистов, Г.Б. Шторина, Т.И. Кадурина

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC PARALLELS OF GENERALIZED FORMS OF AGGRESSIVE AND CHRONIC PERIODONTITIS

T.T. Natsvlishvili, A.V. Tsimbalistov, G.B. Shtorina, T.I. Kadurina

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2011

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что агрессивная и хроническая формы пародонтита имеют много сходных клинических признаков. Целью нашего исследования явилось повышение эффективности клинико-рентгенологической диагностики генерализованного агрессивного пародонтита. Наше исследование показало сходство клинико-рентгенологических проявлений генерализованных форм агрессивного и хронического пародонтита. Характерные признаки генерализованного агрессивного пародонтита: проявление заболевания в возрасте до 35 лет, несоответствие количества видимых зубных отложений и степени деструкции тканей пародонта, агрессивное течение, что подтверждается тяжестью заболевания, несмотря на проводимое ранее лечение.

Ключевые слова: агрессивный пародонтит, хронический пародонтит, клинико-рентгенологические признаки.

Numerous studies show that aggressive and chronic periodontitis share many similar clinical features. The aim of our study was to increase the effectiveness of clinical and radiological diagnosis of generalized aggressive periodontitis. Our study showed similar clinical and radiographic manifestations of generalized forms of aggressive and chronic periodontitis. The characteristic features of the generalized aggressive periodontitis: a manifestation of the disease before the age of 35 years, amounts of microbial deposits are inconsistent with the severity of periodontal tissue destruction, an aggressive course.

Key words: aggressive periodontitis, chronic periodontitis, clinical and radiologic features.

Paul Baer и Sheldon Benjamin в 1974 [1] году опубликовали первую книгу «Periodontal Disease in Children and Adolescents», посвященную заболеваниям пародонта у детей и подростков. Авторы описали форму пародонтита, встречающуюся у практически здоровых подростков и характеризующуюся быстрой деструкцией альвеолярной кости в области более чем у одного постоянного зуба. Заболевание проявляется в двух формах. При первой форме, носящей локализованный характер, поражаются только первые моляры и резцы, при второй – поражение носит более генерализованный характер, при этом в патологический процесс могут вовлекаться все зубы. Степень деструкции несопоставима с количеством местных факторов. Заболевание начинается в пубертатном периоде (в возрасте 11–13 лет), чаще встречается у женщин и имеет семейный характер. В настоящее время эти формы пародонтита называют агрессивными. Характерно, что их клиническая характеристика, описанная в 1974 году, за последние четыре десятилетия

практически не изменилась. Однако, если локализованная форма агрессивного пародонтита имеет четкие клинико-рентгенологические признаки (поражение тканей пародонта наблюдается в области постоянных резцов и первых моляров), клинические проявления генерализованной формы сложно дифференцировать с хроническим генерализованным пародонтитом, что усложняет диагностику заболевания и может привести к выбору неэффективных методов лечения и поддерживающей терапии.

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что формы агрессивного и хронического пародонтита имеют много сходных клинических признаков. Обе формы заболевания имеют инфекционную природу и проявляются генерализованной деструкцией пародонтальных тканей [2–4]. Однако, несмотря на схожесть клинической картины, формы хронического и агрессивного пародонтита имеют ряд существенных различий, к которым относят: возраст начала, скорость прогрессирования за-

болевания, клинические особенности воспалительного процесса, количество зубного налета и камня [5]. Однако чёткая возрастная граница, как критерий дифференциального диагноза в возникновении данных форм пародонтита, отсутствует. M.S. Tonetti и A. Mombelli [6] подчеркнули, что агрессивное течение пародонтита может наблюдаться в любом возрасте, а не только у лиц моложе 30 лет. Для утверждения диагноза «агрессивный пародонтит» надо исключить тяжелую соматическую патологию, которая способна придать быстрый характер деструкции изначально типичной форме, т. е. хроническому пародонтиту [7]. Нечеткие критерии дифференциальной диагностики генерализованного агрессивного пародонтита не позволяют, с одной стороны, врачу-клиницисту выбрать правильные методы лечения, а с другой – мешают учёному проводить корректные научные исследования по выявлению этиологии и патогенеза агрессивного пародонтита, в связи с возможной неоднородностью группы исследования.

Цель исследования – повышение эффективности клинико-рентгенологической диагностики генерализованного агрессивного пародонтита.

Материалы и методы

Обследовано 34 больных в возрасте от 20 до 38 лет с диагнозом генерализованный агрессивный пародонтит (ГАП) и 36 больных в возрасте от 35 до 60 лет с диагнозом генерализованный хронический пародонтит (ГХП). Для выявления больных с агрессивным течением пародонтита использовали диаграмму для определения риска возникновения рецидива пародонтита, предложенную в 2003 году Lang и Tonetti [8]. Агрессивный пародонтит диагностировали у больных со средним или высоким уровнем риска развития рецидива заболевания.

Проведено анкетирование, клиническое обследование больных: определение индекса гигиены полости рта (OHI-S; Greene&Vermillion, 1964), кровоточивости по Muhleman H.R. (1971), подвижности зубов по шкале Miller (в модификации Fleszar, 1980), измерение глубины пародонтального кармана (ПК), т.е. расстояния между краем десны и клинически зондируемым дном пародонтального кармана или десневой борозды. Оценена степень потери зубодесневого прикрепления (ПЗП), т.е. расстояние между цементо-эмалевой границей зуба и клинически зондируемым дном пародонтального кармана или десневой борозды, проведено рентгеноло-

гическое исследование. Для статистической обработки полученных результатов использованы U-критерий Mann – Whitney и t-критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст больных с ГАП составил 32,82 ($\pm 3,841$), а в группе с ГХП – 46,39 ($\pm 7,056$) лет. В обеих группах более 50% больных были женского пола. При сборе анамнеза на вопрос о появлении первых симптомов заболевания пародонта (кровоточивость, отечность десен, оголение шейки зуба, подвижность зубов) около 50% пациентов с ГАП отметили, что заболевание началось более 10 лет тому назад, а 24% обследованных указали, что давность заболевания составила от 1 до 5 лет. При сравнении возраста пациентов с длительностью заболевания оказалось, что пародонтит начинался в возрасте до 25 лет. Основная часть больных с ГХП (48%) не отметила обострений болезни. В то же время 29% пациентов с ГАП имели жалобы на обострение заболевания чаще, чем 2 раза в год, а 59% больных указали, что они наблюдались 2 раза в год. Это позволяет предположить, что длительность ремиссии в группе с ГАП составляет менее 6 месяцев. Около 73% больных с ГАП отметили, что ранее получали пародонтологическое лечение, в то время как 58% больных с ГХП ранее не лечились. По нашим данным, тяжелая степень пародонтита чаще (83,3%) встречается у больных с ГАП, которые ранее лечились, что, с одной стороны, может быть связано с неэффективностью терапии, а с другой – с незначительным и кратковременным эффектом от проводимого ранее лечения (рис. 1).

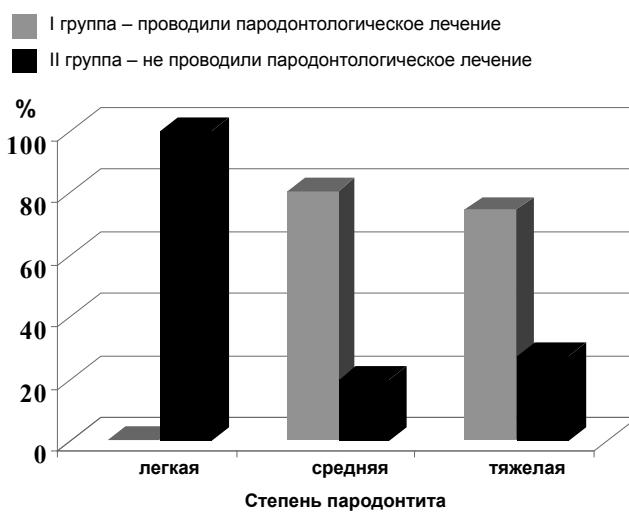


Рис. 1. Тяжесть заболевания в группах больных с ГАП

Основными жалобами больных с ГАП являлись: кровоточивость и отек десен, подвижность зубов, обнажение шеек зубов и увеличение пространства между зубами (табл. 1). Однако следует заметить, что жалоба на потерю здоровых зубов встречалась в группе больных ГАП более чем в 3 раза чаще, чем в группе пациентов с ГХП (38% и 11% соответственно).

Таблица 1
Распределение больных по наличию жалоб

Жалобы	ГАП	ГХП
Боль десен	6 (17,6%)	7 (19,4%)
Кровоточивость	27 (79,4%)	30 (83,3%)
Отек десны	14 (41,2%)	8 (22,2%)
Обнажение шеек зубов	21 (61,8%)	15 (41,7%)
Подвижность зубов	26 (76,5%)	21 (58,3%)
Появление пространств между зубами	14 (41,2%)	8 (22,2%)
Гиперестезия зубов	11 (32,4%)	5 (13,9%)
Потеря здоровых зубов	13 (38,2%)	4 (11,1%)

При клиническом обследовании полости рта признаки воспаления десны: гиперемия (ГАП – 55,9%, ГХП – 83,3%, $p > 0,05$) и отечность (ГАП – 64,7%, ГХП – 91,7%, $p = 0,031$) были характерны для всех групп, однако около 32% больных с ГАП были без выраженных явлений воспаления тканей десны.

По результатам обследования больных с ГАП в 67,6% случаев индивидуальная гигиена полости рта была оценена, как удовлетворительная ($OHI-S \leq 1,2$), тогда как 58,3% наблюдений в группе ГХП имеют неудовлетворительную индивидуальную гигиену полости рта ($OHI-S \geq 1,3$) ($p = 0,018$).

Статистически незначимые различия были выявлены при оценке степени кровоточивости десен и подвижности зубов ($p > 0,05$), большинство больных обеих групп имели I-II степень подвижности. Средний показатель глубины пародонтального кармана и степени потери зубодесневого прикрепления в группах ГАП и ГХП представлен в таблице 2.

При сравнении отдельных удаленных зубов не выявлено различий между группами, кроме зубов под номером 25, 27, 37 и 36, которые чаще ($>75\%$) сохраняются у больных с ГАП ($p < 0,05$).

Рентгенологическое исследование тканей пародонта выявило, что 78,8% больных с ГАП имели

деструкцию альвеолярной кости $>1/2$ длины корня зуба, однако статистически значимое различие между группами не выявлено ($p > 0,05$). Уровень деструкции альвеолярной кости в области отдельных зубов всегда выше в группе с ГАП, что подтверждает агрессивность процесса у данных больных.

В целом, тяжесть заболевания тканей пародонта не отличается в группах больных ГАП и ГХП ($p > 0,05$). Однако 82% пациентов с ГАП имеют тяжелую степень пародонтита, несмотря на их молодой возраст (рис. 2).

Таблица 2
Средние показатели глубины пародонтального кармана и потери зубодесневого прикрепления

Показатели	ГАП	ГХП	<i>p</i>
Глубина пародонтального кармана (мм)	5,9±0,23	5,7±0,18	0,173
Степень потери зубодесневого прикрепления (мм)	7,4±0,26	6,76±0,27	0,343

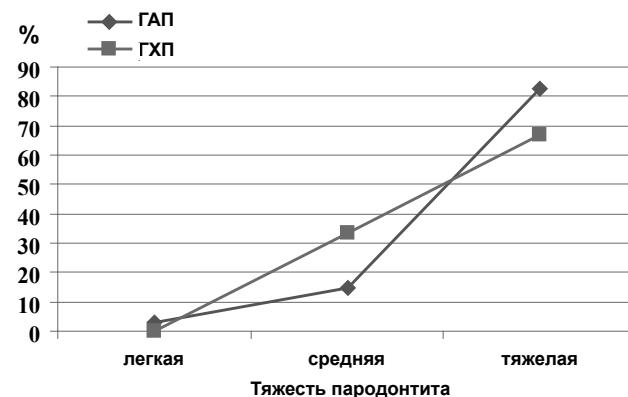


Рис. 2. Распределение больных по тяжести пародонтита

Выводы

Проведенное исследование подтвердило данные как отечественных, так и зарубежных авторов [2–4, 7], и показало сходство клинико-рентгенологических проявлений генерализованных форм агрессивного и хронического пародонтита. Установлены характерные признаки ГАП: проявление заболевания в возрасте до 35 лет, несоответствие количества видимых зубных отложений и степени деструкции тканей

пародонта, агрессивное течение, что подтверждается тяжестью заболевания, несмотря на проводимое ранее лечение. Период ремиссии заболевания составляет менее 6 месяцев, что требует наблюдения больных каждые 3 месяца и проведения поддерживающей терапии. По данным нашего исследования, больные ГАП в возрасте 32 лет имеют такое же число отсутствующих зубов, как и больные с ГХП в возрасте 46 лет. Выявление особенностей этиологии и патогенеза заболевания является крайне актуальным из-за отсутствия четких критерий диагностики ГАП. Полагаем, что тщательная дифференциальная диагностика ГАП и ГХП в сочетании с использованием диаграммы для определения риска возникновения рецидивов пародонтита, предложенной в 2003 году Lang и Tonetti [8], поможет избежать ложных результатов и уменьшит риск неоднородности в группах исследования.

Литература

1. Baer, P.N. The case for periodontosis as a clinical entity / P.N. Baer // J Periodontol. – 1971. – Vol. 42. – P. 516–520.
2. Ledder, R.G. Molecular analysis of the subgingival microbiota in health and disease / R.G. Ledder [et al.] // Appl Environ Microbiol. – 2007. – Vol. 73. – P. 516–523.
3. Paster, B.J. Bacterial diversity in human subgingival plaque / B.J. Paster [et al.] // J Bacteriol. – 2001. – Vol. 183. – P. 3770–3783.
4. Armitage, G.C. Comparison of the microbiological features of chronic and aggressive periodontitis / G.C. Armitage // Periodontol 2000. – 2010. – Vol. 53. – P. 70–88.
5. Armitage, G.C. Comparison of the clinical features of chronic and aggressive periodontitis / G.C. Armitage, M.P. Cullinan // Periodontol 2000. – 2010. – Vol. 53. – P. 12–27.
6. Tonetti, M.S. Aggressive Periodontitis / M.S. Tonetti, A. Mombelli ; ed. by J. Lindhe, N.P. Lang, T. Karring // Clinical Periodontology and Implant Dentistry – 5th ed. – 2008. – P. 428.
7. Безрукова, И.В. Агрессивные формы пародонтита / И.В. Безрукова, А.И. Грудянов. – М. : МИА, 2002. – С. 126.
8. Lang, N.P. Periodontal risk assessment for patients in supportive periodontal therapy (SPT) / N.P. Lang, M.S. Tonetti // Oral Health and Preventive Dentistry. – 2003. – Vol. 1. – P. 7–16.

T.T. Нацвлишвили
тел.: 8-904-612-00-29
e-mail: tea-dent@hotmail.com