

Т.Н. Модина^{1,2},

д.м.н., профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии; директор

И.Р. Ганжа³,

к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста

Е.В. Мамаева⁴,

д.м.н., профессор кафедры стоматологии детского возраста

Лечение агрессивного пародонтита: клинический случай, десятилетнее наблюдение

¹ НМХЦ им. Н.И. Пирогова

² Стоматологическая клиника «АРПА

Классик», Москва

³ СамГМУ

⁴ КазГМУ

Резюме. Диагностические признаки агрессивного пародонтита характерны для всех заболеваний пародонта, но клинические проявления и закономерности разрушения тканей пародонта различны. Результат лечения агрессивного пародонтита зависит от стадии заболевания, комплексного подхода. В данной статье на примере клинического случая демонстрируются результаты долгосрочного наблюдения (более 10 лет) и комплексного лечения пациентки, имеющей агрессивную форму пародонтита.

Summary. The article is devoted to the treatment of aggressive forms of periodontitis. A specific clinical example (ten-year observation) showed clear parallels between the success of treatment, proper timely delivery of diagnosis, treatment planning, implementation and compliance of the patient with aggressive periodontitis.

Ключевые слова: болезни пародонта, агрессивный пародонтит

Key words: periodontal disease, aggressive periodontitis

Согласно номенклатуре и классификации заболеваний пародонта 1983 г. (XVI пленум Всесоюзного общества стоматологов) с дополнением, принятым на Президиуме секции пародонтологии Стоматологической ассоциации России (2001), выделяется самостоятельная группа заболеваний пародонта — «агрессивные формы пародонтита» (препубертатный, юношеский, быстро прогрессирующий) [1]. Последний развивается у лиц в возрасте от 17 до 35 лет. Однако, с точки зрения международной классификации болезней МКБ-10, действующей в настоящее время, понятие «агрессивный пародонтит» не выделяется, а относится к «хроническому пародонтиту сложному» (K05.3).

По данным эпидемиологических исследований, проводимых по всему миру, в том числе и в Российской Федерации, истинные формы агрессивного пародонтита встречаются в 10–17% всех случаев [2–4]. Так, распространенность агрессивного локализованного пародонтита в Европе составляет 0,1%. В Азии и Африке определен более высокий уровень заболеваемости указанной патологии — до 5%. Данные российских ученых дают нам разбег в распространенности агрессивных форм патологии от 1 до 7%.

В 1923 г. Gottlieb В. впервые описал «диффузную атрофию альвеолярной кости» [5]. А спустя 60 лет

Page R.C. и Schroeder H.E. подробно описали понятие препубертатного и быстро прогрессирующего пародонтита, выделив эти формы в самостоятельную подгруппу в классификации заболеваний пародонта [6]. Нужно отметить, что в истории медицины сходные состояния зубочелюстной системы были описаны еще у ископаемых останков несовершеннолетнего австралопитека африканского происхождения, где отмечалась характерная картина резорбции костной ткани в области первых постоянных моляров [7, 8].

На протяжении многих лет терминология заболевания претерпевала различные изменения и в 1999 г. получила название «агрессивный пародонтит» [5, 9–14] (тип III по классификации заболеваний пародонта ААР 1999/2000). Данная патология представила «раннюю форму пародонтита», с дифференциацией препубертатного, ювенильного и быстро прогрессирующего пародонтита [15, 16].

Таким образом, агрессивный пародонтит — это заболевание зубочелюстной системы, при котором происходит взаимодействие микробиологических, генетических, иммунологических, экологических и поведенческих факторов риска, что и определяет начало, остроту и тяжесть проявлений патологии. Анализ результатов многолетних исследований показал, что

при агрессивном пародонтите деятельность патогенных бактерий на фоне генетических и экологических факторов риска приводит к изменению местного иммунитета, быстрому разрушению тканей периодонта и ранней потере зубов. При этом лица женского пола страдают агрессивным пародонтитом значительно чаще, чем мужского [3, 17–19].

Важным аспектом лечебных мероприятий при данной патологии остается ранняя диагностика и соответствующее комплексное лечение. Диагностические признаки агрессивного пародонтита характерны для всех заболеваний пародонта, но клинические проявления и закономерности разрушения тканей пародонта различны. Результат лечения агрессивного пародонтита зависит от стадии заболевания, комплексного подхода, тщательности поддерживающего лечения и отношения к состоянию своего здоровья самого пациента.

В данной статье на примере клинического случая демонстрируются результаты долгосрочного наблюдения (более 10 лет) за пациенткой, имеющей агрессивную форму пародонтита и находящейся на динамическом наблюдении (поддерживающем лечении).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В 2005 г. в клинику обратилась пациентка А., 28 лет, с жалобами на неприятный запах изо рта, кровоточивость десен, скученность зубов и обнажение шеек зубов, эстетический дефект, что, со слов пациентки, затрудняло общение с коллегами на работе (рис. 1).

Из анамнеза отмечалась кровоточивость десен с 15–16-летнего возраста, которой пациентка не придавала особого значения. За пародонтологической помощью не обращалась, а доктора, которых она посещала с целью санации полости рта, специализированной помощи не оказывали.

Результатами объективного осмотра и клинорентгенологического обследования явились:

- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- обильные над- и поддесневые зубные отложения;
- множественные кариозные дефекты, несостоятельность отдельных реставраций;
- подвижность зубов I–II степени;
- деформация окклюзии;
- кровоточивость десен при зондировании и самопроизвольная;
- наличие пародонтальных карманов глубиной до 7 мм;
- гнойное отделяемое из пародонтальных карманов;
- деструктивные процессы в костной ткани альвеолярного отростка вертикального типа в области первых моляров и резцов на верхней и нижней челюстях, а также в области премоляров;
- вовлеченность фуркаций (II тип; рис. 2).

Комплекс лечебных мероприятий по ведению нашей пациентки был разбит на несколько этапов, в соответствии с тяжестью процесса и результатами клинических и рентгенологических методов обследования. Протокол

лечения пациента осуществляли в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколы лечения) при диагнозе пародонтит [20].

На первом этапе комплексного лечения проводилось:

- обучение индивидуальной гигиене рта;
- профессиональная гигиена рта с использованием ультразвукового аппаратного комплекса «Piezon Master 600»;
- санация полости рта — лечение кариозных дефектов, устранение и минимизация пунктов ретенции;
- создание благоприятных условий для осуществления качественной индивидуальной гигиены (рис. 3);
- мини-инвазивная терапия с использованием системы Vector, антибактериальное и противовоспалительное лечение с назначением Флексида



Рис. 1. Состояние тканей пародонта на момент обращения



Рис. 2. ОПТГ на момент обращения пациентки в клинику



Рис. 3. Состояние после профессиональной гигиены и мини-инвазивной терапии. Отмечается плотный десневой край, признаки маргинального воспаления отсутствуют

(500 мг по 1 таблетке 1 раз в день, курс 7 дней), Аркоксиа (90 мг, 1 таблетка 1 раз в день, курс 7 дней), антигистаминного препарата Кларитин (по 1 таблетке 1 раз в день, курс 7 дней);

- витаминотерапия.

Второй этап лечения включал в себя хирургическое вмешательство на тканях пародонта и коррекцию мукогингивальных тканей с проведением лоскутной операции (модифицированная операция Widman в технике Рамфьорд) с использованием богатой тромбоцитами плазмы, вестибулопластики по Edlan – Mejchar [21] (рис. 4).

Через 6 месяцев пациентке для коррекции окклюзии было проведено ортодонтическое лечение с использованием несъемной ортодонтической аппаратуры, длительность которого составила 24 месяца (рис. 5).

Необходимо отметить, что данная пациентка имела высокую комплаентность к лечению, в результате чего сформировались доверительные отношения между ней и всеми членами команды специалистов, проводивших терапию. На этапах ортодонтического лечения каждые три месяца проводилась профессиональная гигиена. После окончания ортодонтического лечения пациентке на этапе динамического наблюдения проводился активный мониторинг с проведением профессиональной гигиены полости рта 1 раз в полгода, а при выявлении кариозного процесса – санация зубов. При этом обострения не наблюдалось.

Через 10 лет после комплексного лечения и активного мониторинга у пациентки отмечалась стабилизация процесса (рис. 6, 7):

- пациентка не испытывала сложностей при проведении индивидуальной гигиены, приеме пищи и общении;
- слизистая десневого края была бледно-розового цвета, отсутствовали кровоточивость и неприятный запах изо рта;
- подвижность зубов отсутствовала;
- признаки прогрессирования деструкции костной ткани альвеолярных отростков в области зубов на верхней и нижней челюстях по данным ОПТГ не наблюдались (рис. 8).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, успех и продолжительность положительного результата при лечении агрессивных форм



Рис. 4. Состояние маргинальной десны после лоскутной операции и вестибулопластики



Рис. 5. Состояние через 6 месяцев после фиксации несъемной ортодонтической аппаратуры



Рис. 6. Состояние тканей пародонта и зубов через 10 лет после комплексного лечения (вид справа)



Рис. 7. Состояние тканей пародонта и зубов через 10 лет после комплексного лечения (вид слева)



Рис. 8. ОПТГ через 10 лет после окончания комплексного лечения

пародонтита во многом зависят от своевременно правильно поставленного диагноза, планирования комплексного лечения и его выполнения, комплаентности

пациента к проведению всех этапов лечения, мотивации пациента индивидуальной гигиены полости рта, мониторинга, кратности и качества поддерживающей терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. **Грудянов А.И., Григорьян А.С., Фролова О.А.** Диагностика в пародонтологии. — М.: МИА, 2004. — 104 с.
2. **Вольф Г.Ф., Ратейцхак Э.М., Ратейцхак К.** Пародонтология (пер. с нем.). — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 548 с.
3. **Модина Т.Н.** Патогенетические критерии диагностики и лечения различных форм быстропрогрессирующего пародонтита: дис. ... д.м.н. — М., 2002. — 298 с.
4. **Newman M.** Current concept of periodontal disease. — *J Periodontol.* — 1985; 56: 734—42.
5. **Gottlieb B.** Die diffuse atrophy des alveolarknochens. — *Zeitschrift Fur Stomatologie.* — 1923; 21: 195—262.
6. **Page R.C., Schroeder H.E.** Periodontitis in Man and Other Animals. A Comparative Review. — Basel: Karger, 1982. — 87 p.
7. **Ripamonti U.** Paleopathology in Australopithecus africanus: a suggested case of a 3-million-year-old prepubertal periodontitis. — *Am J Phys Anthropol.* — 1988; 76 (2): 197—210.
8. **Ripamonti U.** The hard evidence of alveolar bone loss in early hominids of southern Africa. A short communication. — *J Periodontol.* — 1989; 60 (2): 118—20.
9. **Albandar J.M., Muranga M.B., Rams T.E.** Prevalence of aggressive periodontitis in school attendees in Uganda. — *J Clin Periodontol.* — 2002; 29 (9): 823—31.
10. Parameter on aggressive periodontitis. American Academy of Periodontology. — *J Periodontol.* — 2000; 71 (5 suppl): 867—9.
11. **Armitage G.C.** Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. — *Ann Periodontology.* — 1999; 4 (1): 1—6.
12. **Demmer R.T., Papapanou P.N.** Epidemiologic patterns of chronic and aggressive periodontitis. — *Periodontology.* — 2000; 53 (1): 28—44.
13. **Guzeldemir E., Toygar H.U.** From alveolar diffuse atrophy to aggressive periodontitis: a brief history. — *J Hist Dent.* — 2006; 54 (3): 96—9.
14. **Susin C., Albandar J.M.** Aggressive periodontitis in an urban population in southern Brazil. — *J Periodontol.* — 2005; 76 (3): 468—75.
15. **Ranney R.R.** Classification of periodontal diseases. — *Periodontology.* — 2000; 2: 13—25.
16. **Caton J., Nevins M., Becker W., Kornman K.** Periodontal diagnosis and diagnostic aids: consensus report. — In: Proceedings of the world workshop in clinical periodontics. — Princeton, New York, 1989. — P. 1—132.
17. **Рехвиашвили Б.А.** Оценка качественного и количественного состава микробиоценоза пародонтального кармана у пациентов с агрессивным пародонтитом: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2013. — 140 с.
18. **Schacher B., Baron F., Roberg M., Wohlfeil M., Arndt R., Eickholz P.** Aggregatibacter actinomycetemcomitans as indicator for aggressive periodontitis by two analysing strategies. — *Journal of Clinical Periodontology.* — 2007; 34 (7): 566—73.
19. **Armitage G.C.** Comparison of the microbiological features of chronic and aggressive periodontitis. — *Periodontology.* — 2000; 53 (1): 70—88.
20. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе пародонтит. Утверждены решением Совета ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России» 23 апреля 2013 г. с изменениями и дополнениями на основании постановления № 18 Совета ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России» от 30 сентября 2014 года. — М., 2014. — 124 с. <http://www.amelident.ru/assets/downloads/standarty/parodontit.pdf>.
21. **Edlan A., Mejchar B.** Plastic surgery of the vestibulum in periodontal therapy. — *Int Dent J.* — 1963; 13: 593—8.