

УДК 616

© В.Н. Кулыгина, 2014.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ЛОКАЛИЗОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

В.Н. Кулыгина, Мохаммад Аль Мохаммад

Кафедра терапевтической стоматологии (зав.кафедрой – проф. В.Н. Кулыгина), Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, г. Винница.

RESULTS OF CLINICAL EXAMINATION IN YOUNG PATIENTS WITH CHRONIC LOCALIZED DISEASES OF PERIODONTIUM

V.N. Kulygina, Mohammed Al-Mohammed

SUMMARY

Spentclinical examination of 105 young people with inflammatory localized lesions of periodontal tissue in the agefrom 19 to 25 years.Established that of tendvelop chronic localized periodontitis of initial-first degree (61.9%), rare- chronicl imited catarrhal gingivitis (38.1%). The most frequent cause of their development is the presence of cavities in the cervical area of the teeth and their complications after sealing. In this case in 23 patients (51.1%) with chronic limited catarrhal gingivitis revealed initial and superficial caries of this localization, 10 (22.2%) - low-quality restoration. At chronic localized periodontitis of initial-I degree carious process in the cervical area (superficial, middle, deep) was observed in 19 patients (31.7%), defective restorations - in 14 (23.3%). Features of clinical current of localized lesions of periodontal tissues in young patients have not been identified.

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЛОКАЛІЗОВАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТУ

В.Н. Кулігіна, Мохаммад Аль Мохаммад

РЕЗЮМЕ

Проведено клінічне обстеження 105 молодих осіб із запальними локалізованими ураженнями тканин пародонта віком від 19 до 25 років. Встановлено, що частіше розвивається хронічний локалізований пародонтит початкового-I ступеня (61,9%), рідше – хронічний обмежений катаральний гінгівіт (38,1%). Найчастішою причиною їх розвитку є наявність каріозних порожнин у пришийковій ділянці зубів і ускладнення після їх пломбування. При цьому у 23 пацієнтів (51,1%) з хронічним обмеженим катаральним гінгівітом виявлений початковий і поверхневий карієс даної локалізації, у 10 (22,2%) – неякісні реставрації. При хронічному локалізованому пародонтиті початкового-I ступеня каріозний процес в пришийковій області (поверхневий, середній, глибокий) виявлений у 19 пацієнтів (31,7%), неповноцінні реставрації – у 14 (23,3%). Особливостей клінічного перебігу локалізованих уражень тканин пародонта у осіб молодого віку не виявлено.

Ключевые слова: лица молодого возраста, гингивит, пародонтит, клиническое течение.

Заболевания тканей, окружающих зуб, относятся к числу болезней, известных с древних времен. С прогрессом цивилизации распространенность заболеваний пародонта резко повысилась [2].

Причиной патологического процесса в тканях пародонта могут быть разнообразные факторы как экзогенного, так и эндогенного происхождения. Несмотря на большое количество факторов, которые вызывают воспалительные или дистрофически-воспалительные процессы в тканях пародонта, он имеет достаточно однотипный характер течения, и, в зависимости от локализации, длительности действия этиологического фактора, проявляется в разных клинических вариантах [4,5].

Среди комплекса местных факторов, которые влияют на состояние пародонта, следует выделить зубные отложения, микрофлору, травматическую

окклюзию, несанированную полость рта, неполноценные пломбы, протезы, ортодонтические аппараты, вредные привычки, неправильное прикрепление уздечек губ, языка и др. [1,7,8].

Несмотря на весомые достижения в вопросах профилактики и лечения заболеваний пародонта остается нерешенной проблема их более ранней диагностики, терапии и предупреждения при действии местных повреждающих факторов.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения локализованных заболеваний тканей пародонта у лиц молодого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения цели научной работы проведено стоматологическое обследование 105 больных с хроническими ограниченными поражениями тканей пародонта в возрасте от 19 до 25 лет. Клиническое

обследование включало осмотр и выявление патологии тканей пародонта, зубов и слизистой оболочки полости рта.

Диагностику кариозного процесса проводили в соответствии с общепринятыми на Украине классификациями кариеса зубов: клинической, по глубине поражения – начальный, поверхностный, средний, глубокий; по характеру течения процесса – острый, в том числе острейший, хронический, множественный.

У пациентов с выявленными заболеваниями тканей пародонта проведено полное клиническое обследование полости рта с соблюдением последовательности и использованием объективных оценок состояния гигиены ротовой полости и тканей пародонта. Особое внимание уделяли выявлению локализованных поражений тканей пародонта.

При сборе анамнеза учитывали жалобы больных на боль, кровоточивость десен, чувство зуда, жжения. Выясняли гигиенические навыки, уход за полостью рта. Устанавливали связь локализованных поражений тканей пародонта с развитием или лечением кариеса зубов в пришеечной области, изготовлением ортопедических конструкций. Выявляли наличие вредных привычек, ночного скрежета зубами.

При осмотре определяли цвет десны и десневого края (бледно-розовый, красный, синюшный), степень гипертрофии или атрофии десны, наличие ретракции и атрофии десневых сосочков, коротких уздечек губ, языка, застойного отека и гиперемии. Отмечали состояние десневых сосочков (тургор, плотность, гиперемия, цианоз), распространенность воспалительного процесса: область межзубного сосочка, краевая десна или альвеолярная часть десны. Выявляли сохранность зубодесневого прикрепления, а при его нарушении – наличие пародонтального кармана. Устанавливали наличие местных раздражающих факторов: кариозных полостей в пришеечной области, неминерализованных и минерализованных зубных отложений, неполноценных реставраций и протезов, характер межзубных промежутков и травматической окклюзии. Степень патологической подвижности зубов определяли по Энтину [2]. Локализацию и выраженность воспалительного процесса в деснах определяли по пробе Шиллера-Писарева [5]. Характер и степень кровоточивости десен определяли путем зондирования пуговчатым зондом по Н.Р. Muhlemann, А.С. Mazor [6]: I – кровоточивость наблюдается редко, преимущественно во время приема твердой пищи (2 бала), II – кровоточивость появляется при чистке зубов (4 бала), III – симптом кровоточивости проявляется самопроизвольно (8 баллов).

При обследовании больных с локализованным пародонтитом особое внимание обращали на оголение корней зубов, глубину пародонтального кармана, которую определяли пародонтальным зондом.

Учитывали наличие и характер экссудата в пародонтальных карманах. Для выявления степени и характера резорбции альвеолярного отростка проводили рентгенологическое исследование внутривисочным методом и с помощью ортопантомографии [3].

При оценке рентгенологической картины учитывали высоту и форму вершин межальвеолярных перегородок, выраженность кортикальной пластинки, характер рисунка губчатого вещества кости и состояние периодонтальной щели. Если на рентгенограмме не выявляли рентгенологических изменений в области межальвеолярных перегородок, то, наряду с другими признаками, диагностировали «гингивит». Если на рентгенограмме выявляли явления остеопороза в области вершин межальвеолярных перегородок с нарушением целостности компактной пластинки, диагностировали «пародонтит». Степень тяжести пародонтита оценивали по клиническим данным и показателям глубины костной деформации, выявленной рентгенографически [6].

Выявляли основную причину развития локализованных поражений тканей пародонта: наличие кариозного процесса в пришеечной области (II, III, VI и V класс по Блэку), неполноценных пломб и реставраций данной локализации, неминерализованных и минерализованных зубных отложений, некачественно изготовленных ортопедических конструкций, коротких уздечек губ, языка, травматической окклюзии.

Диагноз заболеваний пародонта устанавливали по классификации Н.Ф. Данилевского и соавт. [6].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При этом у 45 больных установлено хронический ограниченный катаральный гингивит, у 60 – хронический локализованный пародонтит начальной-I степени. При опросе больных с хроническим ограниченным катаральным гингивитом жалоб не предъявляли 75,5% пациентов, а наличие заболевания выявляли в процессе обследования больных. В 20% случаев (9 больных) пациенты жаловались на кровоточивость десны в области пораженного кариозным процессом зуба при приеме пищи и чистке зубов. Лишь 4,4% больных предъявляли жалобы на чувство зуда и неприятные ощущения в десне.

Анализ анамнестических данных показал, что время возникновения заболевания связано с началом развития кариозной полости в пришеечной области, их пломбированием, ортодонтическим лечением. 57,8 % пациентов связывают развитие хронического ограниченного катарального гингивита с указанными причинами, 42,2% - не знают таковых. Лечение десны проводили самостоятельно 11,1% больных путем полосканий отварами и настоями трав. Не проводили лечения – 89,9% обследованных больных с хроническим ограниченным катаральным гингивитом.

При осмотре выявляли кариозный процесс в пришеечной области суммарно у 51,1% обследован-

ных пациентов (острый начальный кариес в 31,1% случаев, острый поверхностный кариес – в 20%), некачественные реставрации (дефекты, шероховатость) – у 22,2%, неминерализованные и минерализованные зубные отложения – у 17,8%, травмы ортодонтическими конструкциями – у 8,9%.

При объективном обследовании установлен локализованный характер распространенности процесса у 100% больных с хроническим ограниченным катаральным гингивитом. При этом выявляли локальную гиперемию с цианозом десневого края и десневых сосочков и их отек. Межзубные десневые сосочки в области пораженного кариозным процессом зуба утолщены, отечны, рыхлые, контур их сглаженный. Рельеф десневого края изменен. При механическом раздражении зондом десны I степень кровоточивости установлена у 71,1% обследованных данной группы, II – у 28,9%. В 20% случаев наблюдали наличие ложного пародонтального кармана. При осмотре зубных рядов выявлены наддесневые зубные отложения, чаще минерализованные – зубной камень (62,5%), реже неминерализованные – зубная бляшка (25%) и мягкий зубной налет (12,5%). Зубо-десневое прикрепление не нарушено. Зубы неподвижны в 100% случаев.

При рентгенологическом обследовании изменений межальвеолярных перегородок не выявлено. Нарушений целостности кортикальной пластинки и изменений в губчатой костной ткани не установлено.

При воспалительных заболеваниях тканей пародонта с поражением всего комплекса околозубных тканей течение заболевания отличалось более выраженной симптоматикой. Жалобы на кровоточивость десны в области зуба, пораженного кариозным процессом, при приеме твердой пищи (II степень) и чистке зубов (I степень) предъявляли все 60 больных (100%) с хроническим локализованным пародонтитом начальной-I степени. Неприятные ощущения, запах изо рта, зуд и парестезию десны отмечали 51 (85%) пациент. Только 9 (15%) больных не предъявлял никаких жалоб.

При анализе длительности заболевания учитывали данные анамнеза. При этом все пациенты (100%) считали себя больными в течение от одного до трех лет и связывали поражение зубоудерживающих тканей, в основном, с возникновением кариозного процесса, после пломбирования кариозных полостей в пришеечной области зубов и ортодонтическом лечении.

При осмотре твердых тканей зубов выявлен поверхностный кариес с неровными краями в 20% случаев, средний – в 10%, глубокий – в 1,7% некачественные реставрации – в 23,3%. Относительно высокими показателями причин развития хронического локализованного пародонтита были наличие неминерализованных и минерализованных зубных отложений (16,7%) и травмы ортодонтическими ап-

паратами (15%). Короткая уздечка губ и травматическая окклюзия составили соответственно 8,3% и 5% среди выявленных причин.

При объективном обследовании пациентов с хроническим локализованным пародонтитом начальной-I степени, выявлен ограниченный катаральный гингивит. Необходимо отметить, что отложения над- и поддесневого зубного камня в полости рта обследованных выявляли у 12,3% больных (8 больных). Травматическая окклюзия в местах неполноценно изготовленных ортопедических конструкций и пломб, а также зубо-челюстных аномалий выявлена у 13 больных (21,7%). Застойную гиперемию с синюшностью и отеком десны выявили у 100% больных. Конфигурация десневых сосочков в области зубов, пораженных кариозным процессом, изменена, определяются десневые валики за счет отека. Пародонтальные карманы с серозно-гнойным содержимым глубиной 1,5-2 мм выявлены у 33 (55%) больных, до 3 мм – у 27 (45%). Кровоточивость десны I степени установлена у 36 (60%) больных, II – у 24 (40%). Патологической подвижности зубов у обследованных не установлено.

При рентгенологическом исследовании – умеренно выраженный локальный остеопороз губчатого вещества межальвеолярных перегородок и истончение или резорбция кортикального слоя их вершин выявлена у 27 обследованных больных (45%), неравномерная локальная горизонтальная резорбция альвеолярного отростка в пределах 1/4 - 1/3 его высоты – у 33 (55%).

Следовательно, проведенные клинические исследования лиц молодого возраста с локализованными поражениями тканей пародонта совпадают с данными литературы [6].

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, клиническое обследование молодых лиц с воспалительными локализованными поражениями тканей пародонта выявило, что чаще развивается хронический локализованный пародонтит начальной-I степени (61,9%), реже – хронический ограниченный катаральный гингивит (38,1%).

2. Наиболее частой причиной их развития является наличие кариозной полости в пришеечной области зубов и осложнения после их пломбирования. При этом у 23 пациентов (51,1%) с хроническим ограниченным катаральным гингивитом выявлен начальный и поверхностный кариес данной локализации, у 10 (22,2%) – некачественные реставрации. При хроническом локализованном пародонтите начальной-I степени кариозный процесс в пришеечной области (поверхностный, средний, глубокий) выявлен у 19 пациентов (31,7%), неполноценные реставрации – у 14 (23,3%).

3. Особенности клинического течения локализованных поражений тканей пародонта у лиц молодого возраста не выявлено.

4. Исходя из травматичности препаровки кариозных полостей в пришеечной области, рациональным решением вопроса может быть использование микроинвазивных технологий при лечении бесполостного кариеса зубов данной локализации. С учетом токсичности пломбировочных материалов при пломбировании кариозных полостей в пришеечной области зубов необходимо отдавать предпочтение стеклоиономерным материалам, поскольку они индифферентны и не оказывают токсического действия на мягкие ткани пародонта.

Перспективой дальнейших исследований является изучение скорости секреции слюны и качественных характеристик ротовой жидкости и их влияние на развитие локализованных поражений тканей пародонта у лиц молодого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокая В.Г., Местные факторы риска при пародонтите тяжелой степени и частота их выявления врачами-стоматологами - В.Г. Бокая, О.А. Малыхина // Труды IV съезда Стоматол. Ассоциации России. – М., 2000. – С.180-182.

2. Годована О.І. Захворювання пародонту

(гінгівіт, пародонтит, пародонтоз) / О.І. Годована: навчальний посібник- Львів-Тернопіль: Джура, 2009.-200с.

3. Денисова Е.Г., Ткаченко Ю.В. Взаимосвязь состояния тканей пародонта и некоторых рентгенодентометрических характеристик постоянных зубов Современная стоматология. – 2008. - № 1. – С. 23-27.

4. Заболотний Т.Д. Генералізований пародонтит / Т.Д. Заболотний, А.В. Борисенко, А.В. Марков, І.В. Шилівський. – Львів, ГалДент. 2011. – 240 с.

5. Заболотний Т.Д. Запальні захворювання пародонта / Т.Д. Заболотний, А.В. Борисенко, Т.І. Пупін. – Львів, ГалДент. – 2013. – 206 с.

6. Терапевтична стоматологія. Захворювання пародонта / [Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Політун А.М. та ін.]. – Т.3. – К.: Медицина, 2008. – 614 с.

7. Хоменко Л.А., Заболевания пародонта у лиц молодого возраста: проблемы риска и диагностики / Л.А. Хоменко, Н.В. Биденко, Е.И. Остапко. – Стоматолог. – 2006. - №1-2. – С. 54-57.

8. Чумакова Ю.Г. Роль місцевих чинників порожнини рота у розвитку пародонтиту / Ю.Г. Чумакова. – Імплантологія, пародонтологія, остеологія. – 2008. - №3. – С. 70-75.