

А.Г. Дімітрова

Обґрунтування комплексного лікування в залежності від інтенсивності деструктивних процесів у тканинах пародонту

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета. Розробити індексні програми оцінки стану тканин пародонту.

Матеріал і методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження 126-ти пацієнтів віком 19–25 років. Виявлено, що в цих хворих патологічний процес при одному й тому самому діагнозі «генералізований пародонтит початкового–І ступеня» протікає з різною інтенсивністю.

Характер та інтенсивність дистрофічно-запального процесу залежать від агресивності місцевих подразнювальних факторів і в першу чергу від наявності апроксимальних каріозних уражень та стану гігієни порожнини рота, зокрема інтердентальної гігієни. Утворення пародонтальних кишень та їх кількість знаходяться у прямій кореляційній залежності від апроксимальних каріозних уражень.

При діагностиці генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку враховували кількість і ступінь вираженості деструктивних уражень пародонту і твердих тканин зуба, тобто інтенсивність патологічного процесу в пародонті.

Результати. Особи молодого віку 19–25 років з однаковим діагнозом генералізований пародонтит початкового–І ступеня мали різний ступінь деструктивних уражень як в альвеолярній кістці, так і у твердих тканинах зуба. З огляду на результати проведеного аналізу були розроблені індекси для оцінки інтенсивності запальних і деструктивних процесів у тканинах пародонту: індекс деструкції пародонту (ІДП) та сумарний індекс ураження пародонту (СІУП), який дозволяє планувати індивідуальний обсяг лікувально-профілактичних заходів.

Висновок. Правильно і вчасно проведена діагностика генералізованого пародонтиту за визначенням ступеня інтенсивності патологічного процесу сприяє розробці індивідуальних схем гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів. Такий диференційований підхід сприяє збереженню функції й цілісності тканин пародонту пацієнтів.

Ключові слова: генералізований пародонтит, інтенсивність ураження тканин пародонту, індекси.

У структурі стоматологічних захворювань одне із провідних місць займають хвороби пародонту. Серед них найбільш поширеними є запальні та дистрофічно-запальні захворювання – хронічний катаральний гінгівіт і генералізований пародонтит (ГП). Складність етіології й патогенезу цих захворювань, залежність від багатьох чинників, відсутність первинної профілактики обумовлюють високу поширеність патології пародонту [1, 2].

На даний час існує велика кількість різних методів лікування цих захворювань, однак вони не завжди ефективні. Багато в чому це пов'язано з відсутністю оцінки вихідного стану тканин пародонту й конкретних показників динаміки лікування патологічних процесів [3].

Ще в середині 50-х років минулого століття для об'єктивної оцінки стану пародонту почали активно впроваджувати у практичну стоматологію цілий ряд пародонтальних індексів [4]. Їх можна розділити на такі групи: 1) індекси, що визначають запалення ясен (РМА, GI, PI); 2) індекси, що визначають ступінь деструкції пародонту, – PSI; 3) індекси, що визначають кількість бляшок і зубного каменю (ОHI-S); 4) індекси, що характеризують необхідність та обсяг лікувальних заходів (SPITN). Так, пародонтальний індекс (PI), запропонований A.L. Russell ще в 1956 р., ураховує тяжкість гінгівіту, наявність пародонтальних кишень, рухливість зубів та ін. Одним з найбільш поширених індексів є індекс РМА в модифікації Parma, 1960, що дозволяє об'єктивно оцінити ступінь запалення ясен. Для оцінки ступеня тяжкості захворювання пародонту використовується індекс РВІ в модифікації S.P. Ramfjord, 1974. Автор модифікував пародонтальний індекс PI (A.L. Russel, 1956), додавши до нього компоненти більш детальної оцінки стану ясенної борозни, підрахунку зубних бляшок і каменю. За допомогою індексу кровоточивості ясенної борозни (SPI, H.R. Muhlemann, A.S. Masor, 1958) визначали відсутність або наявність кровоточивості ясен. Поширеним гігієнічним індексом є індекс гігієни

порожнини рота (ОHI-S; Green-Vermillion, 1960). Індекс дає можливість оцінити гігієнічний стан порожнини рота за допомогою визначення кількості зубних бляшок або зубного каменю. Усі ці індекси відображають лише поширеність патологічного процесу при пародонтиті та гінгівіті, що не відображає інтенсивності дистрофічно-запального процесу. Так, наприклад, при обстеженні пацієнтів із запально-дистрофічними захворюваннями пародонту в одного пацієнта з діагнозом генералізований пародонтит початкового–І ступеня тяжкості діагностуються 1–2 пародонтальні кишень, в іншого з цим же діагнозом від 3 до 6-ти пародонтальних кишень, у третього – 8–10 пародонтальних кишень. Вочевидь, і комплекси лікувальних заходів у цих трьох пацієнтів будуть різними, незважаючи на те, що вони всі мають один і той самий діагноз: генералізований пародонтит початкового–І ступеня тяжкості.

Тому для оцінки активності дистрофічно-запальних захворювань пародонту дуже важливо враховувати не тільки поширеність, а й інтенсивність дистрофічно-запального процесу. З огляду на все вищевикладене, ми поставили мету дослідження – розробити індексні програми оцінки стану тканин пародонту [4].

Об'єкт і методи дослідження

Проведено клініко-лабораторне обстеження 126-ти пацієнтів віком 19–25 років. Виявлено, що в цих хворих патологічний процес при одному й тому самому діагнозі «генералізований пародонтит початкового–І ступеня» протікає з різною інтенсивністю.

Характер та інтенсивність дистрофічно-запального процесу залежать від агресивності місцевих подразнювальних факторів і в першу чергу від наявності апроксимальних каріозних уражень та стану гігієни порожнини рота, зокрема інтердентальної гігієни [5, 6]. Утворення пародонтальних кишень та їх кількість знаходяться у прямій кореляційній залежності від апроксимальних каріозних уражень.

При діагностиці генералізованого пародонтиту в осіб молодого віку враховували кількість і ступінь вираженості деструктивних уражень пародонту і твердих тканин зуба, тобто інтенсивність патологічного процесу в пародонті [7, 8].

Результати дослідження

Особи молодого віку 19–25 років з однаковим діагнозом генералізований пародонтит початкового–I ступеня мали різний ступінь деструктивних уражень як в альвеолярній кістці, так і у твердих тканинах зуба (рис.).

Тільки в 19 % пацієнтів діагностовано від 1 до 3-х пародонтальних кишень, тоді як в основній масі осіб (66 %) спостерігається від 4 до 9-ти пародонтальних кишень.

Розподіл хворих на генералізований пародонтит у залежності від кількості в них каріозних уражень так само є нерівномірним. Майже 64 % (63,97 %) обстежених мають від двох до п'яти каріозних уражень, серед них у 39 % обстежених виявлено від чотирьох до п'яти каріозних уражень. Це в основному пришийковий та апроксимальний карієс.

Аналізуючи розподіл хворих на генералізований пародонтит початкового–I ступеня в залежності від інтенсивності деструктивних змін альвеолярної кістки й від кількості каріозних уражень у пришийковій ділянці й на апроксимальних поверхнях, відмічали їх спорідненість. Очевидно, що ці два деструктивних процеси протікають синхронно, відрізняючись тільки швидкістю розвитку й характером тканин, в яких вони протікають. В одному випадку це альвеолярна кістка, в іншому – тверді тканини зуба. Вивчаючи інтенсивність деструктивного процесу у тканинах пародонта, не можна оцінювати її окремо від інтенсивності ураження тканин зуба на апроксимальних поверхнях у пришийковій ділянці. Каріозні ураження на апроксимальних поверхнях призводять до порушення контактної точки і сприяють додатковому травмуванню в ділянці зубоясеневого з'єднання.

Таким чином, дистрофічно-запальний процес у пародонті при початковому–I ступені генералізованого пародонтиту протікає нерівномірно, а його інтенсивність залежить від інтенсивності ураження як альвеолярної кістки, так і твердих тканин зуба.

З огляду на результати проведеного аналізу, ми розробили індекс, за допомогою якого можна оцінити інтенсив-

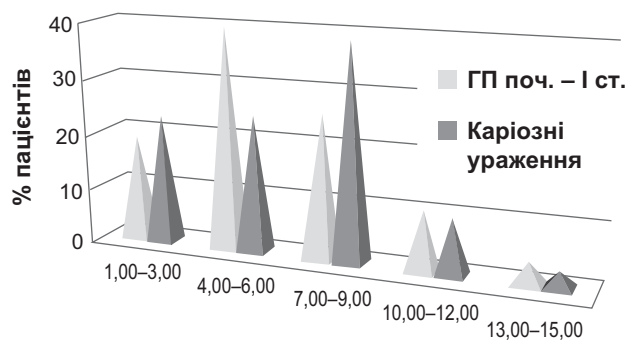


Рис. Поширеність та інтенсивність карієсу й пародонтальних кишень.

ність ураження як альвеолярної кістки, так і твердих тканин зубів на апроксимальних і пришийкових поверхнях. Цей індекс ми назвали індексом деструкції пародонту (ІДП) [4].

Індекс деструкції пародонту (ІДП) вираховується за формулою:

$$\sum PK + \sum AK,$$

де:

$\sum PK$ – кількість пародонтальних кишень (ПК), визначених в одного обстеженого;

$\sum AK$ – кількість каріозних апроксимальних уражень (АКП).

На підставі даних ІДП всі обстежувані були розділені на три групи: з низьким, середнім і високим ступенем інтенсивності деструктивного процесу.

Граничні значення ІДП для кожної із груп і кількість хворих на генералізований пародонтит початкового–I ступеня в них представлені в таблиці.

Для розробки лікувально-профілактичних заходів необхідно враховувати не тільки деструктивні зміни, а й активність запального процесу, який визначається як клінічно, так і за індексом РМА (Рамга, 1960).

Планування обсягу професійної гігієни залежить від стану індивідуальної гігієни в пацієнтів, особливо в міжзубних проміжках. Ми використовували для цієї мети індекс АРІ (Lange D., 1990).

Використовуючи показання індексів ІДП (інтенсивність деструкції пародонту), РМА (Рамга, 1960), АРІ (Lange D., 1990), методи медичної статистики, ми розробили сумарний індекс ураження пародонту (СІУП) і визначили для кожної групи інтенсивності його критичні значення, при яких хворий на генералізований пародонтит потребує проведення тих чи інших лікувально-профілактичних заходів [4].

Аналізуючи показники індексу РМА, ми використовували рекомендації Одеського інституту стоматології про те, що проведене лікування може вважатися «задовільним», якщо значення індексу РМА складають 0,47 бала й менше, а якщо індекс вище цього значення, хворий потребує лікування [5].

За визначенням автора індексу АРІ (Lange D., 1990), значення індексу менше 35 % або 0,35 бала вказує на те, що стан гігієни оцінюється як «достатній», а пацієнт приймає активну участь у лікуванні захворювань пародонту.

СІУП – для кожного пацієнта визначається як сума індивідуальних значень індексів ІДП, РМА та АРІ.

$$СІУП = ІДП + РМА (бали) + АРІ (бали)$$

Критичне значення індексу індивідуально для кожного хворого становить $СІУП = ІДП + 0,82$; де ІДП – індивідуальний індекс інтенсивності деструкції; 0,82 – сума критичних значень індексів РМА – 0,47 бала та індексу АРІ – 0,35 бала.

Ці дані стали основним критерієм для визначення потреби хворих у тому чи іншому вигляді лікування.

Таблиця

Характеристика комплексних деструктивних змін у пародонті за ступенем інтенсивності

Нижня межа, бали	ПК + АКП	інтенсивність	ПК + АКП	Верхня межа, бали	Кількість хворих на ГП поч. – I ст.
0,036 ≤	1	низька	6	≤ 0,214	44
0,214 ≤	6	середня	11	≤ 0,393	40
0,393 ≤	11	висока	22	= 0,786 й вище	52

Висновок

Правильно і вчасно проведена діагностика генералізованого пародонтиту за визначенням ступеня інтенсивності патологічного процесу сприяє розробці інди-

відуальних схем гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів. Такий диференційований підхід сприяє збереженню функції й цілісності тканин пародонту пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Данилевский Н.Ф. Распространенность основных стоматологических заболеваний и состояние гигиены полости рта у населения различных регионов Украины / Н.Ф. Данилевский, Л.Ф. Сидельникова, А.Г. Ткаченко // Современная стоматология. – 2003. – № 3. – С. 14–16.
2. Косенко К.М. Епідеміологія основних стоматологічних захворювань у населення України і шляхи її профілактики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / К.М. Косенко // Український державний медичний університет ім. О.О. Богомольця. – Київ, 1994. – 45 с.
3. Ткаченко А.Г. Особливості клінічного перебігу лікування та профілактики генералізованого пародонтиту осіб молодого віку: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 – стоматологія. – Київ. – 2006. – 20 с.
4. Антоненко М.Ю. Рання діагностика захворювань пародонту в молоді – основа профілактики та превентивного лікування генералізованого пародонтиту / М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сидельникова, А.Г. Дімітрова // Науковий вісник НМУ ім. О.О. Богомольця. – 2010. – № 4 (31). – С. 99–102.
5. Данилевский Н.Ф. Терапевтическая стоматология. Заболевания пародонта. Т.3 / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко, Л.Ф. Сидельникова и др. – Киев, ВСИ «Медицина». – 2011. – 613 с.
6. Haffajee A.D. Microbial etiological agents of destructive periodontal diseases / A.D. Haffajee, S.S. Sokransky // Periodontology. – № 5. – 2000. – P. 78–111.
7. Сидельникова Л.Ф. Обґрунтована й контрольована гігієна порожнини рота – важливий чинник стабілізації патологічного процесу при генералізованому пародонтиті / Л.Ф. Сидельникова, А.Г. Ткаченко // Современная стоматология. – 2006. – № 3. – С. 46–48.
8. Borysenko A.V. Periodontal Diseases: A textbook / A.V. Borysenko, Yu.G. Romanova, O.F. Nesyn. – Odessa: ONMedU, 2017. – 212 p.

Обоснование комплексного лечения в зависимости от интенсивности деструктивных процессов в тканях пародонта

А.Г. Димитрова

Цель: разработать индексные программы оценки состояния тканей пародонта.

Материал и методы. Проведено клінічно-лабораторне обстеження 126-ти пацієнтів в віці 19–25 років. Виявлено, що у цих хворих патологічний процес при одному і тому ж діагнозі «генералізований пародонтит початкової–I ступеня» протікає з різною інтенсивністю.

Характер і інтенсивність дистрофічно-воспалительного процесу залежать від агресивності місцевих подразжуючих факторів і в першу чергу від наявності апроксимальних каріозних уражень і стану гігієни порожнини рота, в частині інтердентальної гігієни. Утворення пародонтальних карманів і їх кількість знаходяться в прямій кореляційній залежності від апроксимальних каріозних уражень.

При діагностиці генералізованого пародонтиту у осіб молодого віку враховували кількість і ступінь вираженості деструктивних уражень пародонта і твердих тканин зуба, то єсть інтенсивність патологічного процесу в пародонте.

Результаты. Лица молодого возраста 19–25 лет с одинаковым диагнозом генерализованный пародонтит начальной–I степени имели разную степень деструктивных поражений в альвеолярной кости, так и твердых тканей зуба. Учитывая результаты проведенного анализа, были разработаны индексы для оценки интенсивности воспалительных и деструктивных процессов в тканях пародонта: индекс деструкции пародонта (ИДП) и суммарный индекс поражения пародонта (СИПП), который позволяет планировать индивидуальный объем лечебно-профилактических мероприятий.

Вывод. Правильно і вчасно проведена діагностика генералізованого пародонтиту по визначенню ступеня інтенсивності патологічного процесу сприяє розробці індивідуальних схем гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів. Такий диференційований підхід сприяє збереженню функції і цілісності тканин пародонта у пацієнтів.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, интенсивность поражения тканей пародонта, индексы.

Background of complex treatment in dependence on intensity of destructive processes in parodontal tissues

A. Dimitrova

Goal: develop index programs for assessing the state of periodontal tissues.

Material and methods. Clinical and laboratory examination of 126 patients aged 19–25 years. It was found out that in these patients the pathological process with the same diagnosis generalized periodontitis of the initial–I degree with different degrees of intensity.

The nature and intensity of the dystrophic-inflammatory process depends on the aggressiveness of local irritant factors and, first of all, on the presence of approximated carious lesions, and the health of the oral cavity, in particular, of interdental hygiene. Formation of periodontal pockets and their number are in direct correlation with approximative carious lesions.

In the diagnosis of generalized periodontitis in young people, the number and degree of severity of destructive lesions of periodontal disease and hard tissues of the tooth, that is, the intensity of the pathological process in the periodontal disease, were taken into account.

Results. Persons of a young age of 19–25 years old with the same diagnosis generalized periodontitis of the initial–I degree had a different degree of destructive lesions both in the alveolar bone and in the hard tissues of the tooth. Taking into account the results of the analysis, the indexes for assessing the intensity of inflammatory and destructive processes in periodontal tissues were developed: the index of periodontal destruction (IDP) and the total index of periodontal disease (TIDP), which allows planning of the individual volume of treatment and preventive measures.

Conclusion. Correct and timely diagnosis of generalized periodontitis by definition of the degree of intensity of the pathological process, contributes to the development of individual schemes of hygienic and therapeutic and prophylactic measures. Such a differentiated approach contributes to maintaining the function and integrity of periodontal tissues in patients

Key words: generalized periodontitis, intensity of defeat of periodontal tissues, indexes.

Дімітрова Алла Григорівна – канд. мед. наук,

доцент кафедри терапевтичної стоматології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.

Адреса: 03057, м. Київ, вул. Зоологічна, 1. Тел.: 483-13-20. E-mail: a_dimitrova@ukr.net.