

О.П. Максимова,

к.м.н., доцент, научный редактор журнала
«Клиническая стоматология», член
эндодонтической секции СТАР, IFEA и ESE

Старт болезней пародонта

В практике стоматологии заболевания пародонта составляли и составляют до настоящего времени проблему. Одним из путей ее решения стало выделение специалистов-пародонтологов и создание пародонтологических кабинетов и даже отделений, а для стоматологов общей практики — направление своих пациентов к узким специалистам. Но проблема продолжает существовать.

В целом в стоматологии, так же как и в других медицинских и немедицинских науках, долгие десятилетия неуклонно происходило подразделение на все более и более узкие дисциплины. Однако параллельно этим процессам анализа начали формироваться и так называемые смежные науки: биохимия, геофизика и т.п., а в стоматологии, наряду с пародонтологами, эндодонтологами, а в последние годы — имплантологами, продолжают работать врачи «смешанного приема» (терапия и хирургия, взрослые и дети и т.д.). Современный этап развития науки заключается в переходе к синтезу, к соединению отдельных пазлов в общую картину мира, а в медицине — в общую гармонию человеческого организма.

На данном этапе основной парадигмой и в стоматологии является синтез узкопрофильных знаний, совершенствование работы врачей семейного типа, притом не в смысле возвращения к старому, а к формированию специалиста широкого профиля, семейного стоматолога, подготовленного с учетом достижений узкопрофильных дисциплин и практики. В том числе и пародонтологии.

На самом деле практикующий врач сталкивается с двумя основными клиническими разновидностями этой патологии: довольно типичными пародонтитами разной степени тяжести и генерализованными, нередко быстро прогрессирующими формами патологии пародонта, которые составляют отдельную проблему и требуют, безусловно, высококвалифицированной и специализированной помощи.

Рассмотрим первую, наиболее широко распространенную из названных разновидностей. И главное, в аспекте понимания динамики: от здоровья пародонта до формирующихся и сформированных видов патологии. В этом плане особенно важно объединение узкопрофильных, специализированных новейших знаний детской и взрослой пародонтологии.

Пародонтом называют совокупность тканей десны, круговой связки и кости альвеолы, то есть весь альвеолярный отросток с зубами. И, конечно, от самых первых фаз его развития, с которыми неразрывно связана возможность проявления патологических изменений под влиянием различных факторов риска. Таким образом, семейный врач сможет лечить болезни пародонта у взрослых членов семьи и предупреждать развитие

патологии у младшего поколения, уже с учетом семейной генетики, воспитательных традиций и наглядности следствий невнимания к факторам риска.

Эмалево-эпителиальное прикрепление вместе с эмалью, кожей и слизистыми оболочками относится к защитному поверхностному барьеру человека. В современной медицине, в том числе в хирургии, упрочилась позиция неинвазивных или, по крайней мере, мини-инвазивных вмешательств. Это правило касается и пародонтологии. Поэтому так важно максимально использовать либо предупредительные меры, либо консервативные. Показания для хирургической пародонтологии в настоящее время сужаются, так как совершенствуются и расширяются возможности консервативных методов.

Клиническими признаками здорового пародонта являются:

- **уровень десневого края и текстура поверхности десны по типу «апельсиновой корочки» (рис. 1);**
- **ширина прикрепленной десны, равная или превышающая 5 мм (рис. 2);**
- **глубина физиологического кармана — от 1 до 3 мм;**
- **оптимальные множественные окклюзионные контакты на всех зубах-антагонистах (партнерах; рис. 3).**



Рис. 1. Линия, соединяющая шейки зубов повторяет линию верхней губы, а уровень обнажаемой при улыбке десны симметричен (1), симптом «апельсиновой корочки» десны (2)



Рис. 2. Ширина прикрепленной десны 5 мм и более — признак здоровья десны

Значение последнего признака трудно переоценить, однако пародонтологи нередко о нем забывают. Дело в том, что для обеспечения здорового состояния пародонта необходимо полноценное кровообращение. Чтобы понять, как оно осуществляется, надо обратиться к анатомии. Помимо обычных для всей системы кровообращения звеньев, именно пародонт (окружающие, опорно-удерживающие и питающие зуб ткани) содержит так называемые пародонтальные клубочки. Система кровеносных сосудов каждого органа и ткани складывается из цепочки артерий, артериол, приводящих и отводящих капилляров, венул и вен. И только в тканях пародонта между приводящими и отводящими капиллярами расположены особые капиллярные клубочки, представляющие собой разветвления сосудов, которые заполнены кровью, если зубы разомкнуты. В момент смыкания зубов капиллярная кровь вытесняется в клубочки, опустошая и тем самым сохраняя в целостности капилляры, на которые падает жевательное давление, а в момент размыкания зубов — снова заполняет их, обеспечивая кровообращение в околозубных тканях. Таким образом, только жевание выполняет как бы функцию «сердца» для зубов и их опорно-удерживающих тканей (рис. 4). При отсутствии смыкания зубов в течение длительного времени от гипоксии (недостатка кровоснабжения) пародонт начинает разрушаться, а зубы вследствие этого расшатываются. Когда пародонтит уже развился, и пациент обращается к врачу-стоматологу, заболевание чаще всего становится необратимым. Но и даже тогда лечение должно быть непременно связано с обеспечением правильной окклюзии (смыкания зубов) и тем самым с нормализацией кровообращения.

Этим объясняется необходимость множественных физиологических контактов на зубах всех групп:

- на режущих краях резцов нижней челюсти (штриховые);
- на верхних резцах в области небных впадин (штриховые);
- на клыках (точечные);
- вокруг вершин опорных бугров (множественные; рис. 5, 1);
- вокруг дна фиссур (множественные; рис. 5, 2);
- в проксимальных отделах окклюзионных гребней (парные; рис. 5, 3).



Рис. 3. Окклюзионные контакты на всех зубах

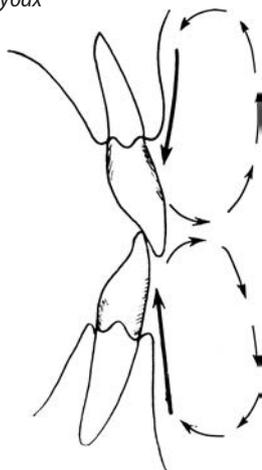


Рис. 4. Жевательное давление обеспечивает кровообращение в тканях пародонта

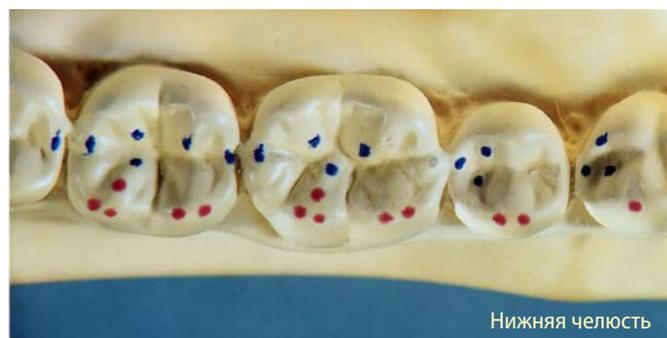
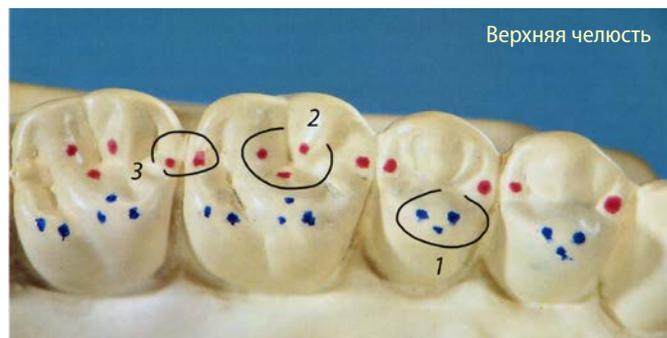


Рис. 5. Три вида окклюзионных контактов на жевательных поверхностях премоляров и моляров. Физиологические окклюзионные контакты моляров и премоляров в привычной окклюзии:

- 1) вокруг вершин опорных бугров
- 2) вокруг дна центральной ямки
- 3) в проксимальных отделах окклюзионного гребня

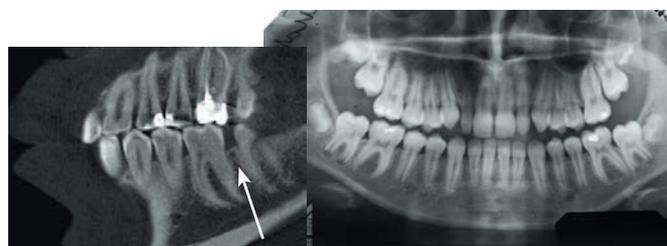


Рис. 6. Целостность кортикальной замыкающей пластинки межзубных перегородок — рентгенологический признак здорового пародонта

Особенное внимание этому вопросу должны уделять в тех семьях, где у старших членов семьи наблюдаются заболевания пародонта.

Рентгенологическими признаками здорового пародонта является целостность кортикальной замыкающей пластинки межзубных перегородок, независимо от их формы (рис. 6). Высота этих перегородок находится на уровне эмалево-цементной границы.

Начальные разрушения кортикальной пластинки являются обратимыми, а вовлечение в деструктивный процесс вершин и самого альвеолярного гребня, к сожалению — нет. Хотя при благоприятном исходе лечения развивается склерозирование костной ткани, и это ее уплотнение означает регенерацию структур пародонта.

В связи с вышеуказанным, переход патологического процесса на костные структуры означает качественно новый неблагоприятный скачок в развитии болезни.

Всемирная организация здравоохранения к заболеваниям пародонта относит «все патологические процессы, возникающие в нем. Они могут ограничиваться какой-либо одной составной частью пародонта (гингивит), поражать несколько или все его структуры».

Клинические формы заболеваний, повреждений и изменений пародонта у детей имеют много отличий от подобных отклонений в состоянии пародонта у взрослых. Это позволяет говорить о том, что у них «много аналогичного, но нет тождества» (Давыдовский И. В., 1958).

Сказанное объясняется прежде всего тем, что все патологические процессы, обусловленные разными причинами, развиваются у ребенка в растущих, формирующихся и перестраивающихся тканях, морфологически и функционально незрелых тканях, способных неадекватно и, во всяком случае, нетождественно реагировать на аналогичные раздражители и причинные факторы, вызывающие заболевания пародонта у взрослых. Кроме того, большое значение в патогенезе клинических признаков болезни у детей имеет возможность развития диспропорций роста и созревания незрелых структур.

Диспропорция роста и созревания может возникнуть как внутри системы, объединенной единством функции (зуб, пародонт, альвеолярная кость и т. д.), так и в структурах и системах, обеспечивающих и приспособляющих весь организм к внешним условиям от рождения до старости (эндокринная система и др.). Эта гетерохронность в созревании структур и формировании функций в детском организме обуславливает возникновение ювенильных хронических гингивитов, пародонтитов и пародонтом, которые возникают наряду с временной функциональной преходящей ювенильной гипертонией, ювенильными нарушениями углеводного обмена, такими как юношеский диабет, диэнцефальный синдром и др.

И так как в детском возрасте целый ряд причинных факторов можно не только выявить, но и устранить, то классификацию, так же как и диагноз болезни пародонта у детей, целесообразно составлять с указанием следующих параметров: характера клинического течения — острое, хроническое, волнообразное; локализации процесса — локализованные, генерализованные; патоморфологических изменений — воспаление, деструкция, новообразование, например фиброматоз десен (рис. 7), и этиологии — вследствие местных факторов, либо на фоне системной патологии.

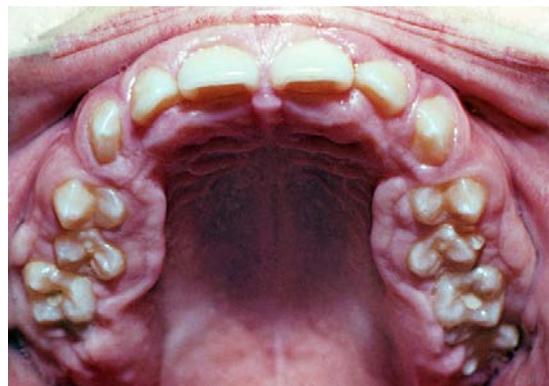


Рис. 7. Фиброматоз десен

К факторам, способствующим развитию болезней пародонта в детском возрасте относятся:

- **Зубная бляшка.**
- **Тесное положение зубов.**
- **Неравномерная окклюзионная нагрузка.**
- **Аномалии строения и функций мягких тканей.**
- **Гормональный фактор.**
- **Системная патология, в том числе влияние лекарств.**

Зубная бляшка занимает особое положение в этом ряду. Без ее участия невозможно развитие воспалительного процесса в тканях пародонта. Однако добиться регулярного и тщательного ее устранения на протяжении целой жизни не всегда удается даже аккуратным пациентам, хотя это и представляется наиболее действенным способом.

Тесное положение зубов может быть симптомом различных аномалий прикуса, в связи с чем возникает вопрос об ортодонтическом лечении. Но довольно часто скученность зубов наблюдается при нейтральном соотношении челюстей. И в таком случае объемная и структурная недостаточность опорно-удерживающих тканей, дефицит места в зубном ряду, неполноценное кровообращение, доказанное реографическим методом, тесное положение зубов сочетается с неравномерностью окклюзионной нагрузки. Все эти нарушения ведут к развитию болезни пародонта.

Степень скученности зубов может быть различной, и с точки зрения пародонтолога, оценивается по двум признакам:

1. **Уровень маргинальной десны с вестибулярной стороны (рис. 8).**
2. **Недостаток места в зубном ряду.**



Рис. 8. Скученность зубов, снижение уровня десневого края



Рис. 9. Сепарация резцов при их тесном положении в челюсти

Устранение тесного положения резцов можно провести методом сепарации (рис. 9), после которой следует переместить зубы в правильное положение путем массажа либо ортодонтического лечения. Сепарация наиболее эффективна при незначительном дефиците места в зубном ряду (3 мм и менее в области от зуба 43 до зуба 33).

Очень важную роль в развитии болезней пародонта играет окклюзионная нагрузка. Отсутствие жевательного давления на зубы, его превышение, равно как и недостаток, приводят к нарушению кровоснабжения окружающих зуб тканей и постепенно вызывают болезнь (рис. 10).

Вследствие аномалий функций и строения уздечки губ и языка (укорочение или аномальное прикрепление и др.) нарушается физиологическое состояние тканей пародонта: анемизация, перемещение (вплоть до отрыва) десневых сосочков, ограничение подвижности губ и языка, а в последующем — расшатывание и удаление зубов (рис. 11). В целях устранения этих аномалий показана пластика преддверия полости рта с последующей миогимнастикой, а при показаниях — в сочетании с ортодонтическим лечением (рис. 12).

Период предпубертатного и пубертатного возраста характеризуется становлением гормонального статуса, в частности аритмией менструального цикла, и вследствие неритмичного воздействия гормонов — развитием гингивита с компонентом гиперплазии или десквамации десневого края (рис. 13–14). Наиболее часто именно подобные «юношеские» гингивиты принимают за первое



Рис. 10. В области фронтальной группы зубов окклюзионные контакты нарушены и наблюдается локализованный пародонтит



Рис. 11. Мелкое преддверие полости рта, высокое прикрепление уздечки нижней губы и последствия: удалены центральные резцы, «страдает» пародонт соседних зубов



Рис. 12. Состояние после операции углубления преддверия полости рта и пластики уздечки нижней губы



Рис. 13. Гингивит с явлениями гиперплазии десны



Рис. 14. Клиническая картина гингивита с явлениями гиперплазии и десквамации десневого края

свидетельство патологических изменений в состоянии пародонта. На самом деле к их развитию приводят два основных обстоятельства. Первое из них заключается в дисгармонии выработки половых гормонов, и как частность — в преобладании гормона, вызывающего пролиферацию, гиперплазию покровных тканей организма, кожи и слизистых оболочек различной локализации, в том числе десны. Этим объясняется появление угревой сыпи, ибо утолщение кожи ведет к углублению и, следовательно, «засорению» кожных пор, а в полости рта — к увеличению толщины слизистой оболочки, порождающему возникновение более глубоких, «ложных» десневых карманов, очищение которых становится более затруднительным.

А второе обстоятельство связано с тем, что привычка ухаживать за полостью рта, даже хорошо сформированная в детском возрасте, становится обузой для повзрослевшего и занятого более важными и интересными делами человека, а нередко даже утрачивается из-за банальной подростковой недисциплинированности и лени.

Обращает на себя внимание тот факт, что юношеские гингивиты очень часто бывают локализованными, несмотря на то, что гормональное влияние распространяется на весь пародонт! Но, как правило, патологический процесс сосредотачивается в тех участках пародонта, где выявляются другие факторы риска. Риск реализуется на фоне гормональной дисгармонии, которая приводит к клиническому проявлению патологии.

Клинический опыт показывает, что для локализованных форм гингивита и пародонтита недостаточно воздействия одного лишь фактора. Обычно их критической массой становится букет из трех и более видов. В каждом отдельном случае этот набор индивидуален, этим и объясняется индивидуальность диагноза и комплекса лечения.

Обратимся к клиническому примеру. На рисунках представлена, безусловно, неполная картины болезни, однако и по этим фрагментам можно поставить определенный диагноз.

На рис. 15 представлены фрагменты клинической картины полости рта пациентки Е., 15 лет: юношеский

локализованный пародонтит с компонентом гиперплазии десны вследствие тесного положения зубов, неравномерной окклюзионной нагрузки и негигиенического содержания полости рта. Итого 4 фактора.

Что касается лечения болезней пародонта в детском возрасте, то, как и в данном случае, требуется в первую очередь выявить факторы, от которых зависит патология данного пациента. Среди них — те, устранение которых наиболее вероятно. Как раз преимуществом детского возраста и является своевременность такого выявления.

В данном конкретном наблюдении «юношество» является подвластным лишь времени. Тесное положение зубов устраняется методом ортодонтического лечения, а неравномерная окклюзионная нагрузка, установленная с помощью окклюзиограммы, в процессе этого лечения также выравнивается.

Симптоматическое лечение заключается в мотивации к гигиеническому уходу за зубами и контроле индекса гигиены. Перед началом и на этапах ортодонтического лечения проводится легкая противовоспалительная терапия, но ее значение было несравненно меньшим, чем устранение аномалии прикуса, включая регулирование окклюзионной нагрузки под обязательным контролем окклюзиограмм.

В процессе лечения была также назначена «дозированная жевательная нагрузка». Она заключалась в ежедневном откусывании «мелкой стружкой» вначале тонко отрезанного кружка яблока, затем тонкого пласта моркови длиной 3, затем 5, 7, 10 см, потом более толстых пластов до ощущения комфорта от нагрузки на зубы. По мере тренировки, день ото дня уменьшалась кровоточивость десен, нормализовалась их окраска. Эти изменения и использовались в качестве критериев для дозирования жевательной нагрузки.

Однако не всегда так просто установить диагноз, ибо патология пародонта может быть проявлением общего соматического заболевания. Например, диабета, болезни крови и других заболеваний.

Как правило, патология пародонта имеет в этих случаях генерализованный характер (рис. 16). И если при банальных заболеваниях десен гигиенический уход довольно выражено сказывается на клинических



Рис. 15. Клинический пример до и после лечения

проявлениях, таких как отек, кровоточивость десен и др., обеспечивая их стихание, то при генерализованных формах в такой степени этого не происходит.

Диабет иногда проявляется у совсем маленьких детей, а одним из первых признаков как раз и служат изменения в тканях пародонта. При подозрении на диабет следует назначить исследование на толерантность к глюкозе. Сахарная кривая должна быть симметричной, с острой вершиной и располагаться в пределах нормы содержания сахара в крови. При отклонениях от этой формы необходима квалифицированная консультация эндокринолога.

Ладонно-подошвенный кератоз, или кератодермия, характеризуется утолщением кожи ладоней, подошв, а у маленьких детей — и локтей, и коленей (рис. 17). В полости рта — выраженные, порой очень тяжелые проявления патологии пародонта (рис. 18). Зубы расшатываются и выпадают, прогноз для зубов — неблагоприятный, а для жизни — угрозы не представляет. Поэтому подвижные зубы сразу же следует удалять, избавляя пациента от неприятного запаха и вида полости рта, от неудобства при употреблении пищи. Но тотчас же необходимо протезирование.

Маленькие дети легко переносят пользование съемными, даже полными, протезами. Они их называют «мои зубки», так же как и здоровые дети, не детализируя их особенностей (рис. 19).

X-гистиоцитоз, напротив, представляет угрозу жизни. Эта болезнь протекает в трех различных по тяжести клинических формах.

Первая из них — эозинофильная гранулема, наиболее благоприятная благодаря ограниченной локализации и хроническому течению. Она может локализоваться в полости рта, в других отделах скелета и имеет симптоматику, в соответствии с расположением.

Вторая носит название болезни Хенда—Шуллера—Крисчена. Ей свойственно волнообразное течение и менее благоприятный прогноз для жизни. Чем раньше проявляется болезнь, тем она злокачественнее. Однако в литературе описаны случаи самовыздоровления. Тем не менее наиболее раннее лечение дает значительно более положительные результаты. Существо болезни заключается в опухолеподобном разрастании ретикулоэндотелиальной ткани паренхимы печени, легких, костного мозга и т.п., которая разрушает родную структуру этих органов. Манифестация симптомов болезни



Рис. 16. Состояние пародонта при диабете: клиническая и рентгенологическая картина полости рта

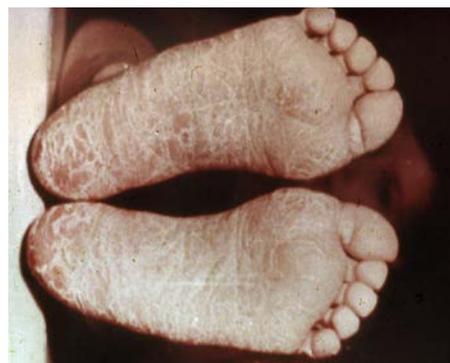


Рис. 17. Гиперкератоз ладоней и подошв



Рис. 18. Генерализованный пародонтит при гиперкератозе



Рис. 19. Съемные протезы у мальчика 6 лет

зависит от преимущественной локализации процесса. Поэтому клиника болезни бесконечно разнообразна и делает очень затруднительной ее диагностику. За счет

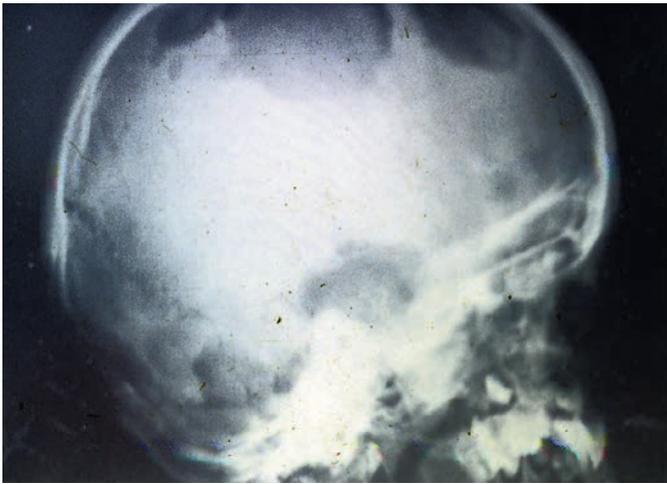


Рис. 20. Рентгенограмма черепа при х-гистиоцитозе



Рис. 21. Клиническая картина полости рта и рентгенограмма челюстей при х-гистиоцитозе

разрушения легочной ткани формируется клиника пульмонологическая, клеток печени — гастроэнтерологическая, эндокринологическая и иммунная. При поражении костного мозга идут разрушения костной ткани, которые в наиболее ранней стадии легче выявить при рентгенологическом исследовании плоских костей скелета: черепа (рис. 20), лопатки, таза, нижней челюсти (рис. 21). Нередко именно с симптомов генерализованного пародонтита с тяжелыми локальными симптомами (расшатанные зубы с вторичными аномалиями положения, обилие грануляций со всеми неприятными сопровождающими явлениями) стартует это заболевание. И в таких случаях именно стоматолог может способствовать своевременной диагностике: заподозрив эту патологию — направить к специалисту онкологу-гематологу.

Третья форма х-гистиоцитоза — болезнь Леттерера—Зиве — не встречается в практике стоматолога из-за скоротечности процесса: она длится всего несколько месяцев и имеет летальный исход.

Еще одним заболеванием, симптомом которого может быть выраженный генерализованный пародонтит, является доброкачественная циклическая нейтропения (рис. 22). Уже из названия следует ее сущность: периодическое существенное снижение числа нейтрофилов в крови. Во время нейтропенического криза ухудшается самочувствие больного, наблюдается вялость, возможны гнойничковые поражения кожи, обострение пародонтита. И все это происходит из-за резкого снижения в этот период числа нейтрофилов, являющихся важным звеном иммунитета. В частности, наблюдается



Рис. 22. Состояние пародонта при циклической нейтропении

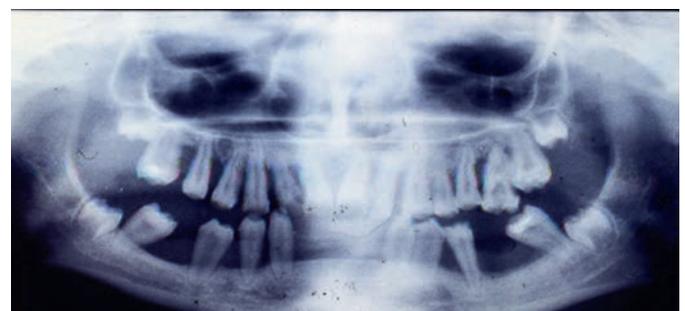
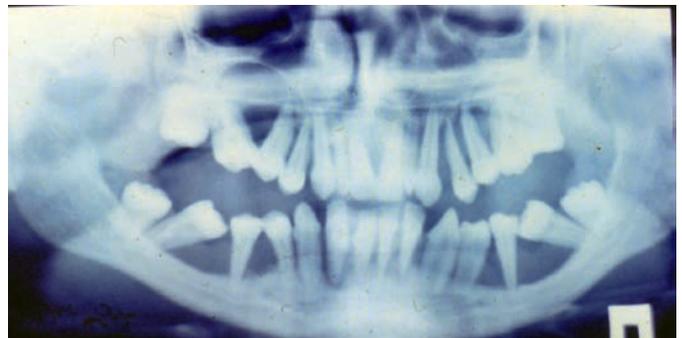


Рис. 23. Ортопантомограммы челюстей при циклической нейтропении

выраженное падение иммунитета к пиогенной микрофлоре.

Итак, генерализованные формы пародонтита имеют в принципе сходную между собой картину в полости рта. Как же провести дифференциальную диагностику этих болезней? Прежде всего рентгенологически. При диабете очаги деструкции имеют неспецифичную воронкообразную форму, при нейтропении — ровно очерченные края (рис. 23), при х-гистиоцитозе — выходящие за рамки альвеолярного отростка в тело челюсти (см. рис. 21). При нейтропении — картина клинического анализа крови.

Симптоматическое лечение во всех случаях генерализованных пародонтитов имеет второстепенное значение! Ведущую роль играет лечение системного заболевания. Развитие этих заболеваний наиболее часто происходит в период детства, и это является еще одним весомым поводом для объединения знаний «взрослой» и «детской» пародонтологии.