

Новая классификация заболеваний пародонта. Пародонтит

Перевод и редакция: Елизова Л.А., Атрушкевич В.Г., Орехова Л.Ю.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПАРОДОНТИТА

Ключевой вопрос для предыдущих попыток классификации пародонтита состоял в том, являются ли фенотипически различные случаи заболевания разными нозологическими формами или же вариациями течения одного заболевания. Международная классификация пародонтита, опубликованная в 1999 году, представляла собой работоспособную схему, которая широко использовалась как в клинической практике, так и в научных исследованиях. Значимыми недостатками данной системы классификации было наличие существенных совпадений, отсутствие четкой патобиологической обоснованности различий между категориями, недостаточная точность диагностики и практические трудности ее применения.

Всемирная рабочая группа по новой классификации заболеваний и состояний пародонта и тканей вокруг имплантатов 2017 года рассмотрела научные доказательства и пришла к четырем основным выводам:

1. Нет никаких конкретных патофизиологических доказательств, которые позволили бы дифференцировать случаи «агрессивного» или «хронического» пародонтита или помогли бы обосновать различный подход к их лечению.

2. Не существует очевидных доказательств того, что агрессивный и хронический пародонтит являются различными нозологическими формами заболевания, однако следует признать, что в конкретном клиническом случае необходимо учитывать разнообразные факторы и их взаимодействия, которые влияют на особенности течения заболевания (фенотип).

3. На популяционном уровне скорость прогрессирования пародонтита одинакова для всех наблюдаемых групп населения в мире. Тем не менее, существуют очевидные доказательства того, что в некоторых популяционных группах отмечается различный уровень прогрессирования заболевания.

4. Система классификации, основанная только на тяжести заболевания, не может охватить важные параметры болезни конкретного индивида, в том числе коморбидность (которая влияет на подходы к лечению) и факторы риска (влияющие на исходы заболевания).

На основании этих выводов была предложена новая схема классификации пародонтита. Формы заболевания, ранее описанные как «хронический пародонтит» и «агрессивный пародонтит», в настоящее время объединены в «пародонтит», представленный в трех формах:

- 1) пародонтит;
- 2) некротический пародонтит;
- 3) пародонтит как проявление системных заболеваний.

Многоуровневая система стадий и степеней была разработана для дальнейшего описания индивидуальных проявлений пародонтита, в которых стадии описывают тяжесть заболевания, а степени — ожидаемый уровень прогрессии.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАРОДОНТИТА

Пародонтит — это хроническое мультифакторное воспалительное заболевание, связанное с наличием дисбиотической биопленки и сопровождающееся прогрессирующим разрушением поддерживающего аппа-

рата зуба. Пародонтит характеризуется воспалением, которое приводит к потере пародонтального прикрепления.

Поскольку образование бактериальной биопленки приводит к развитию воспаления в тканях пародонта, пародонтит характеризуется тремя признаками:

- потерей пародонтальной поддержки зубов, проявляющейся клинической потерей пародонтального прикрепления (CAL) и рентгенологически оцениваемой утратой альвеолярной кости (BL);
- наличием пародонтальных карманов;
- кровоточивостью десен.

Современные данные подтверждают многофакторность патогенетических воздействий (включая курение) на множественные иммуновоспалительные реакции. Это делает более вероятными дисбиотические изменения микробиома у таких пациентов, а также может влиять на тяжесть заболевания.

Система классификации пародонтита должна включать три компонента:

- идентификация у пациента случая заболевания пародонтитом;
- выявление конкретного типа пародонтита;
- описание клинической картины и других элементов, которые определяют особенности плана лечения, прогноз и потенциально могут оказать выраженное влияние как на здоровье полости рта, так и на здоровье организма в целом.

В клиническом смысле основной чертой, определяющей каждый конкретный случай пародонтита, является потеря пародонтального прикрепления в результате воспаления.

Клиническая потеря прикрепления (CAL) оценивается путем измерения стандартным пародонтальным зондом по окружности всех прорезавшихся зубов относительно их эмалево-цементного соединения (CEJ).

У пациента диагностируют пародонтит, если потеря пародонтального прикрепления (CAL) апроксимально обнаруживается на двух или более несмежных зубах, или на щечной/оральной поверхности потеря пародонтального прикрепления 3 мм или более с глубиной пародонтального кармана более 3 мм обнаруживается у двух или более зубов, и наблюдаемая потеря пародонтального прикрепления не может быть отнесена к причинам, не связанным с пародонтитом, такими как:

1. Рецессия десны травматического происхождения.
2. Кариес, распространяющийся в пришеечной области зуба.
3. Наличие потери пародонтального прикрепления на дистальной поверхности второго моляра, связанного с неправильным положением или удалением третьего моляра.
4. Периапикальный очаг, дренирующийся через маргинальный периодонт.
5. Вертикальный перелом корня.

Измерение величины потери пародонтального прикрепления (CAL)

Существующая погрешность измерения потери пародонтального прикрепления (CAL) при помощи стандартного пародонтального зонда приводит к не-

избежным ошибкам в определении начальной стадии пародонтита, и это влияет на точность диагностики. Признано, что «поддающиеся обнаружению» значения потери межзубного прикрепления могут представлять различные величины CAL в соответствии с навыком врача (например, пародонтолог или врач общей практики) и местными условиями, которые могут упрощать или усложнять обнаружение эмалево-цементного соединения CEJ (в частности, положение края десны по отношению к CEJ, наличие зубных отложений и пришеечных реставраций).

Кровоточивость при зондировании

Клинически значимые описания пародонтита должны включать описание процентной доли участков с признаками кровоточивости при зондировании, а также абсолютное и относительное количество зубов с глубиной зондирования выше определенных пороговых значений (обычно ≥ 4 мм и ≥ 6 мм). Следует отметить, что воспаление пародонта, как правило, измеряемое посредством определения кровоточивости при зондировании (BOP) — важный клинический параметр для оценки результатов лечения пародонтита или риска обострения заболевания после окончания активного лечения. Однако само значение BOP не изменяет первоначального диагноза, определенного по величине потери пародонтального прикрепления и не изменяет диагностированную тяжесть пародонтита.

Тяжесть заболевания

Степень разрушения пародонта отражается в диагнозе как тяжесть заболевания и измеряется степенью потери пародонтального прикрепления или утратой альвеолярной кости. Оценка тяжести должна учитывать и обусловленную пародонтитом потерю зубов.

Другим критерием тяжести заболевания является сложность его лечения. Факторы, влияющие на увеличение сложности лечения, такие как глубина зондирования, тип потери кости (вертикальный и/или горизонтальный), вовлечение фуркации, подвижность зубов, количество отсутствующих зубов, нарушение прикуса, должны быть учтены при постановке диагноза. Аналогичным образом, распространенность заболевания, определяемая количеством и локализацией зубов с поражением пародонта, также должна быть включена в классификацию.

Формы пародонтита

На основании патофизиологических особенностей были выделены три четко дифференцируемых формы заболевания:

1. Пародонтит.
2. Некротический пародонтит.
3. Пародонтит как проявление системных заболеваний.

Дифференциальная диагностика с целью установления формы заболевания основана на анамнезе, специфических симптомах при некротическом пародонтите и на наличии или отсутствии системных заболеваний, способных существенным образом изменять иммунный ответ организма.

Некротический пародонтит характеризуется жалобами на боль, наличием изъязвлений по десневому краю или фибриновыми пленками на специфически «срезанными» десневыми сосочками и в некоторых случаях, обнажением края альвеолярной кости.

При пародонтите, как прямом проявлении системного заболевания, врач должен следовать классификации основного заболевания в соответствии с кодами Международной статистической классификацией болезней и связанных проблем со здоровьем (МКБ).

Стадии и степени пародонтита

Каждый частный случай пародонтита должен быть в дальнейшем дополнительно охарактеризован с использованием простой матрицы из четырех шагов, которые позволяют установить стадии заболевания и степени риска прогрессирования заболевания (рис. 1).

Выделяют четыре стадии и три степени риска развития заболевания. Определение стадии основывается на стандартных диагностических параметрах тяжести и распространенности процесса, а также дополнительно включает оценку сложности лечения заболевания конкретного пациента.

Информация, полученная в результате оценки стадии пародонтита, должна быть дополнена информацией о соответствующей ей биологической степени риска прогрессирования данного заболевания. Эта оценка опирается на три типа параметров:

1. Скорость прогрессирования пародонтита.
2. Выявленные факторы риска развития пародонтита.
3. Риск влияния данного заболевания на системное здоровье индивида.

В рамках этой классификации стадия заболевания во многом зависит от тяжести проявлений болезни и от сложности лечения, в то время как степень риска дает дополнительную информацию о биологических характеристиках заболевания. Эти характеристики включают анализ скорости прогрессирования пародонтита, основанный на анамнезе заболевания, оценку риска дальнейшего прогрессирования, анализ возможных неудач лечения и оценку риска системного негативного влияния заболевания или применяемого лечения.



Рис. 1.
Определение понятия
«стадия» и «степень»

Стадия пародонтита

Для определения стадии пародонтита у пациента оценивают два параметра: тяжесть заболевания и сложность лечения.

Тяжесть заболевания: основная цель состоит в том, чтобы классифицировать тяжесть и распространенность разрушений и повреждений тканей пародонта, вызванных пародонтитом. Это делается посредством измерения клинической потери прикрепления методом клинического пародонтального зондирования и оценкой потери костной ткани при рентгенологическом исследовании. Эти измерения должны включать и оценку количества зубов, утрата которых произошла ранее вследствие пародонтита.

Сложность лечения: следующая цель — определить комплексность и сложность лечения, включающего контроль заболевания и долговременное восстановление функции и эстетики зубных рядов пациента.

Определение стадии: оценка тяжести заболевания основывается главным образом на оценке клинической потери прикрепления (CAL) аппроксимально вследствие пародонтита и краевой потере костной ткани (BL). Данные показатели оцениваются у наиболее пострадавших зубов. Оценка комплексности основана на сложности лечения конкретного случая заболевания. Учитываются такие факторы, как наличие глубоких карманов при зондировании, вертикальные костные дефекты, поражение фуркаций, повышенная подвижность зубов, смещение и/или расхождение зубов, потеря зубов, дефицит гребня и потеря жевательной функции.

Выделяют четыре стадии пародонтита:

Стадия I. Начальный пародонтит.

Стадия II. Умеренный пародонтит.

Стадия III. Тяжелый пародонтит с частичной потерей зубов.

Стадия IV. Очень тяжелый пародонтит с множественной потерей зубов и прогнозом полной потери зубных рядов.

Определение степени прогрессирования пародонтита

Выделяют три степени прогрессирования пародонтита:

Степень А. Медленное прогрессирование. Нет потери прикрепления в течение пяти лет.

Степень В. Средняя скорость прогрессирования. Потеря прикрепления составляет менее 2 мм за пять лет.

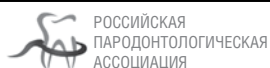
Степень С. Быстрая скорость прогрессирования. Потеря прикрепления более 2 мм за пять лет.

Определение степени заболевания у пациента с диагнозом «пародонтит» включает оценку уровня риска будущего прогрессирования заболевания и его вероятного реагирования на стандартные терапевтические процедуры. Эта оценка определяет интенсивность активной терапии, а также поддерживающей пародонтальной терапии после окончания активной фазы лечения. Оценка уровня риска основывается на результатах предыдущего лечения и позволяет учитывать в диагнозе скорость прогрессирования с использованием прямых и косвенных данных.

Прямые — основаны на доступных данных долговременных наблюдений, например, в виде ранее сделанных качественных диагностических рентгенограмм.

Косвенные — основаны на оценке потери костной ткани у наиболее пострадавших зубов в зубном ряду по отношению к возрасту (измеряется как рентгенографическая потеря костной ткани в процентах от длины корня, деленная на возраст субъекта). Данная оценка в дальнейшем может быть модифицирована с учетом наличия факторов риска.

Клиницисты должны начинать оценку, предполагая умеренную скорость прогрессирования (степень В) и искать прямые и косвенные данные в пользу более высокой скорости прогрессирования заболевания, которое оправдывает применение оценки степени риска С. Оценка риска прогрессирования степень А применяется, только если прогрессирование пародонтита остановлено. Если у пациента есть факторы риска, которые связаны с большим прогрессированием заболевания или обуславливают меньшую чувствительность к терапии, направленной на снижение уровня бактерий, оценка должна быть скорректирована до более высокой, независимо от первичного критерия скорости прогрессирования. Например, случай может характеризоваться умеренной потерей прикрепления (стадия II), но предположение об умеренной скорости прогрессирования (степень В) изменяется при наличии плохо контролируемого фактора риска, такого как, например, диабет второго типа, влияющего на оценку и предполагающего быстрое прогрессирование заболевания (степень С).



ЖУРНАЛЫ ИЗДАТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ РПА

Журнал «Стоматология детского возраста и профилактика»

Стоимость подписки в печатном виде на 2021 год по России – 2700 рублей

Подписной индекс в каталоге «Пресса России» – 64229

Стоимость подписки в электронном виде на 2021 год – 2500 рублей

www.detstom.ru