

УДК 616.314-002+616-07

© Л.А. Дегтярёва, 2013.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО АПИКАЛЬНОГО ИНДЕКСА

Л.А. Дегтярёва*Кафедра терапевтической стоматологии (зав.кафедрой - доц. Л.Х. Дурягина), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.*

ASSESSMENT OF THE ACTIVITY OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS CURRENT WITH USE OF A COMPLEX APICAL INDEX

L.A. Degtyarova**SUMMARY**

The article presents new indexes to evaluate the intensity of damage and the degree of activity of chronic apical periodontitis (CAP) - complex apical index (CAI) and the index of activity of chronic apical periodontitis (AP), which allow revealing groups with varying degrees of AP with the aim of differentiative approach to the treatment.

ОЦІНКА СТУПЕНЯ АКТИВНОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМПЛЕКСНОГО АПІКАЛЬНОГО ІНДЕКСУ

Л.А. Дегтярьова**РЕЗЮМЕ**

У роботі представлені нові індекси для оцінки інтенсивності ураження і ступеня активності перебігу хронічного верхівкового періодонтиту (ХВП) - комплексний апікальний індекс (КАІ) і показник активності хронічного верхівкового періодонтиту (АП), які дозволяють виділяти групи з різним ступенем АП з метою диференційованого підходу до лікування.

Ключевые слова: хронический верхушечный периодонтит, комплексный апикальный индекс, степень активности течения.

Заболевания периодонта в структуре стоматологической заболеваемости занимают третье место после кариеса и пульпита. Пациенты с хроническим верхушечным периодонтитом (ХВП) составляют 31 % от числа обратившихся за стоматологической помощью лиц молодого и среднего возраста, что свидетельствуют о медико-социальной значимости этой нозологии в ряду других проблем стоматологии [1, 5].

При этом воспалительные периапикальные процессы сопровождаются формированием стоматогенных очагов инфекции, интоксикации и сенсибилизации, а также являются этиологическими факторами возникновения и развития очаговообусловленных заболеваний внутренних органов и систем [6, 8].

Диагностика периапикальных деструктивных поражений основана на анализе рентгенологической картины [7, 9]. Однако большая часть рентгенологических проявлений не позволяет точно дифференцировать между собой различные формы околокорневых деструктивных процессов и необходимо учитывать взаимосвязь клинических, рентгенологических и морфологических изменений [3].

Для количественной и качественной характеристики состояния тканей периодонта с учетом клини-

ческих и рентгенологических признаков разработан способ оценки течения ХВП и предложен комплексный апикальный индекс (КАИ) [4], с помощью которого тщательно учитываются клинические, анамнестические и рентгенологические характеристики каждого зуба и удаленные зубы, что позволяет в числовом выражении охарактеризовать состояние околоверхушечных тканей зубов.

Целью настоящего исследования явилось изучение степени активности течения ХВП с использованием предложенного комплексного апикального индекса у лиц крымской популяции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 387 студентов стоматологического факультета в возрасте от 17 до 32 лет: 157 мужчин и 230 женщин, которые были разделены на 2 группы: основную (210 человек с различными формами ХВП) и контрольную (177 обследуемых, не имеющих признаков воспаления в тканях периодонта).

При диагностике ХВП использовали клинические методы обследования (осмотр, перкуссия и пальпация), электроодонтодиагностику и рентгенографию зубов. Оценку состояния периапикальных тканей производили с помощью КАИ, определяя кли-

нико-anamnestические и рентгенологические характеристики зубов (табл. 1 и 2).

Таблица 1

Количественные критерии оценки клинико-anamnestических характеристик зубов

Оценка	Клинико-anamnestические характеристики
0 баллов	зуб интактен или лечен по поводу кариеса; слизистая оболочка в области зуба без видимых патологических изменений;
1 балл	в зубе проведено эндодонтическое лечение по ортопедическим показаниям или вследствие травмы; симптомов, характерных для хронического верхушечного периодонтита нет;
2 балла	зуб лечен (не лечен) по поводу пульпита или периодонтита; симптомов, характерных для хронического верхушечного периодонтита нет;
3 балла	зуб с хроническим гранулематозным периодонтитом или лечен по этому поводу; имеются симптомы, характерные для данного заболевания; обострений хронического процесса нет;
4 балла	зуб с хроническим гранулирующим периодонтитом или лечен по этому поводу; имеются симптомы, характерные для данного заболевания; обострений хронического процесса нет;
5 баллов	зуб с хроническим гранулематозным (гранулирующим) периодонтитом или лечен по этому поводу; имеются симптомы, характерные для данного заболевания и обострения хронического процесса в анамнезе, а также зуб, для лечения которого показан консервативно-хирургический метод;
6 баллов	зуб, подлежащий удалению по поводу безуспешного лечения хронического верхушечного периодонтита;
12 баллов	зуб, удаленный по поводу безуспешного лечения хронического верхушечного периодонтита (удаленные по другим причинам зубы не оцениваются и не учитываются).

Таблица 2

Критерии оценки модифицированного периапикального индекса PAI по А.М. Соловьевой

Баллы	Характеристика рентгенологической картины
0 баллов	нормальная рентгенологическая картина верхушечного периодонта;
1 балл	периодонтальная щель расширена, кортикальная пластинка сохранена, отсутствует деминерализация кости, радиальная ориентация костных балок губчатой кости;
2 балла	периодонтальная щель расширена, кортикальная пластинка сохранена, расширенные костно-мозговые пространства губчатой кости, хаотичная ориентация костных балок губчатой кости;
3 балла	кортикальная пластинка в области верхушки отсутствует, область просветления (демиеминерализации) в губчатой кости с сохранением рисунка костных балок;
4 балла	кортикальная пластинка в области верхушки отсутствует, область просветления в губчатой кости с отсутствием рисунка костных балок, четко выражена граница дефекта, верхушка корня сформирована;
5 баллов	кортикальная пластинка в области верхушки отсутствует, область просветления в губчатой кости с отсутствием рисунка костных балок, нечеткая граница дефекта с областью расширения костномозговых пространств по периферии, верхушка корня сформирована;
6 баллов	кортикальная пластинка в области верхушки отсутствует, область просветления в губчатой кости с отсутствием рисунка костных балок, верхушка корня не сформирована или резорбирована.

Для каждого обследуемого пациента по значению клинико-anamnestических и рентгенологических оценок каждого зуба и последующего их сум-

мирования определяли соответствующий КАИ, характеризующий интенсивность поражения ХВП:

$$\text{КАИ} = S \text{ клинико-anamnestических баллов} + S$$

баллов РАИ.

Если зуб по клинико-анамнестическим и рентгенологическим характеристикам оценивали в 0 баллов, то в дальнейших расчетах его не учитывали. Для удаленных зубов индекс РАИ не определяли.

Кроме того, по значению КАИ и числу зубов с ХВП, а также числу зубов, удаленных по поводу данного заболевания, определяли показатель активности течения ХВП (АП): $АП = \frac{КАИ}{12 \cdot n}$;

где n - число зубов, суммарная оценка которых больше 0.

По значению показателя АП оценивали степень активности течения ХВП. При значении АП от 0,08 до 0,33 балла диагностировали легкую степень активности, от 0,34 до 0,66 балла – среднюю степень, от 0,67 до 1,0 балла – тяжелую степень активности.

Полученные результаты обрабатывали с помощью статистического критерия Стьюдента [2].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

С учетом предложенного КАИ обследованные студенты по степени активности течения ХВП были распределены следующим образом. Легкая степень активности выявлена у 49,5 %, средняя степень – у 37,6 % и тяжелая – у 12,9 % обследованных.

Частота лиц с легкой степенью активности ХВП (49,52±3,45) % превышала в 1,3 раза частоту лиц со средней степенью активности (37,62±3,34) % (p<0,02) и в 3,8 раза превышала частоту лиц с тяжелой степенью активности (12,86±2,31) % (p<0,001). Доля обследованных со средней степенью активности ХВП в 2,9 раза превышала долю обследованных, имеющих тяжелую степень активности ХВП

Показатель КПУз у 79 пациентов со средней степенью активности течения ХВП (9,97±0,50) в 1,3 раза больше, чем у 104 обследованных с легкой степенью активности (7,57±0,38) (p<0,001). Характеристика индекса КПУз не отличалась у пациентов со средней и тяжелой степенью активности течения ХВП (p>0,1).

Число зубов с ХВП у лиц со средней степенью активности течения составляло 3,20±0,22, что в 1,9 раз превышало данный показатель у лиц с легкой степенью активности течения – 1,69±0,11 (p<0,001) и в 1,4 раза превышало число зубов с ХВП у лиц с тяжелой степенью активности течения заболевания – 2,26±0,29 (p=0,011; p<0,02).

Необходимо отметить, что среднее число зубов с ХВП у лиц со средней степенью активности достоверно больше, чем при легкой и тяжелой степени. Превалирование показателей в группе со средней степенью активности характерно и для индекса КПУз.

При рассмотрении показателей среднего числа удаленных зубов и КАИ наблюдалась линейная зависимость между названными показателями. Показатель КАИ в группе пациентов с тяжелой степенью активности течения (22,67±2,56) балла имел тенденцию к увеличению в 1,2 раза в сравнении со средней степенью активности (19,58±1,41) балла (p<0,1). Это свидетельствует о том, что тяжелая степень активности течения ХВП не всегда сопровождается большим количеством пораженных зубов.

Так, в группу лиц со средней степенью активности течения были включены обследованные с большим количеством пораженных зубов, но с более благоприятным течением ХВП по сравнению с группой лиц с тяжелой степенью активности (Рис. 1).

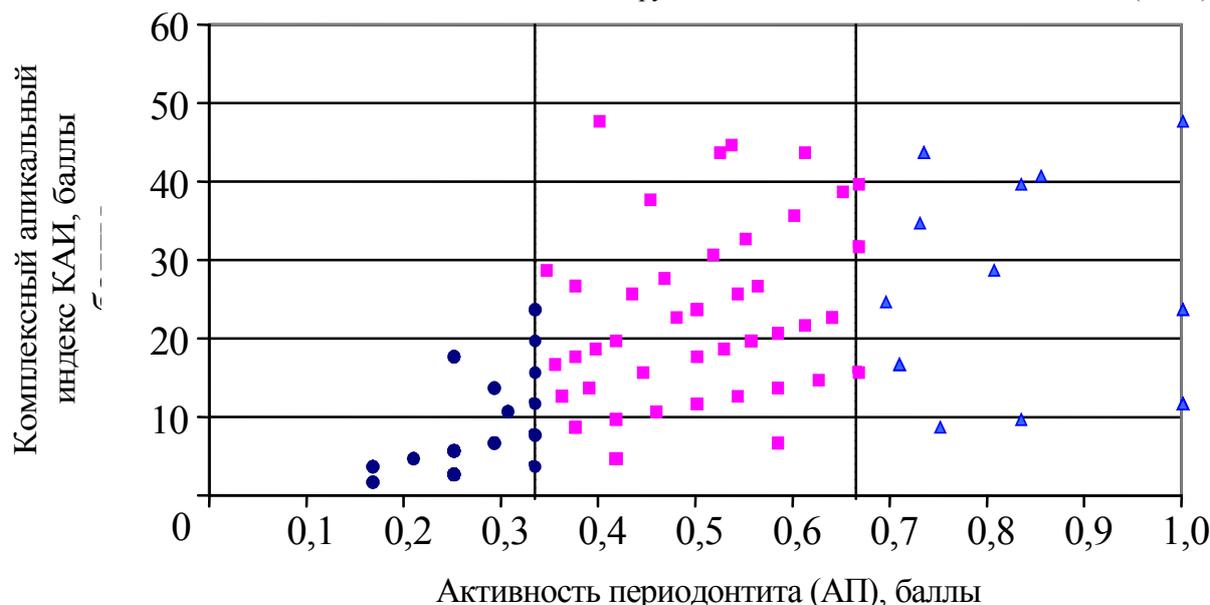


Рис. 1. Особенности распределения лиц в зависимости от степени активности течения ХВП.

На это указывает также и увеличение в 2,8 раза количества удаленных зубов в группе с тяжелой сте-

пенью активности течения (1,48±0,20) по сравнению с группой со средней степенью активности течения

ХВП ($0,53 \pm 0,09$) ($p < 0,001$).

При использовании КАИ производилось не механическое подсчитывание зубов с ХВП, а каждому зубу давалась индивидуальная оценка в соответствии с особенностями течения ХВП. Так, среднее число удаленных зубов без учета степени активности течения составило $0,39 \pm 0,05$, что не совсем адекватно отражает стоматологический статус пациентов, так как только 26,7 % обследованных имеют удаленные зубы, и среднее число удаленных зубов у них составило $1,46 \pm 0,10$.

ВЫВОДЫ

1. С учетом предложенного КАИ легкая степень активности выявлена у 49,5 %, средняя степень – у 37,6 % и тяжелая – у 12,9 % обследованных.

2. С целью дифференцированного подхода к лечению среди пациентов с ХВП рекомендуется выделять группы с разной степенью активности течения: при значении АП от 0,08 до 0,33 балла – легкая степень, от 0,34 до 0,66 балла – средняя степень, от 0,67 до 1,0 балла – тяжелая степень АП.

3. К группе риска с неблагоприятным течением ХВП следует отнести лиц со средней и тяжелой степенью АП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аналіз показників стоматологічної допомоги населенню України в 2010 році / К.М. Косенко, О.Е. Рейзвіх, Р.Т. Жадько [та ін.] // Вісник стоматології. – 2011. – № 4. – С. 82–85.

2. Біостатистика / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, М.В. Голубчиков [та ін.] ; за ред. проф. В.Ф. Москаленка. – К.: Книга плюс, 2009. – 184 с.

3. Громов О.В. Сравнительная характеристика

различных методов рентгенологического исследования стоматологических больных / О.В. Громов, Р.Э. Василенко, Д.А. Миончинский // Современная стоматология. – 2009. – №4. – С. 139–141.

4. Журочко О.І. Спосіб оцінки перебігу хронічного верхівкового періодонтиту / О.І. Журочко, Л.А. Дегтярьова, О.І. Долгов // Методичні рекомендації. МОЗ України Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи. Київ, 2008. – 12 с.

5. Політун А.М. Сучасний стан і перспективи розвитку ендодонтії в Україні / А.М. Політун // Інноваційні технології – в стоматологічну практику: III (X) з'їзд асоціації стоматологів України, 2008 р.: матеріали. – Полтава: Дивосвіт, 2008. – С. 227–228.

6. Робустова Т.Г. Хронический апикальный периодонтит, причинно – следственная связь очагов инфекции с сопутствующими заболеваниями / Т.Г. Робустова, А.В. Митронин // Российский стоматологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 38–42.

7. Соловьёва А.М. Совершенствование методов профилактики и лечения хронической очаговой одонтогенной инфекции: автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматология» / А.М. Соловьёва. – СПб., 2000. – 35 с.

8. Струк В.І. Аналіз видалення перших молярів лікарями-стоматологами державних установ м. Чернівців / В.І. Струк, А.Д. Дорубець, М.Д. Король // Український стоматологічний альманах. – 2008. – № 5. – С. 18–19.

9. Orstavik D., Kerekes K., Eriksen H.M. The periapical index: a scoring system for radiographic assessment of apical periodontitis. Endod. Dent. Traumatol. 1986; 2 (1): 20-34.