

## ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ СТАНУ ПАРОДОНТА ТА СТУПЕНЯ РУХОМОСТІ ЗУБІВ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

ivanstomat@mail.ru

Науково-дослідна робота є фрагментом НДР ВДНЗ України «УМСА» «Механізми впливу хвороботворних факторів на стоматологічний статус осіб із соматичною патологією, шляхи їх корекції та блокування», № державної реєстрації 0115U001138.

**Вступ.** Проблема пародонтологічної захворюваності на сьогоднішній день залишається доволі актуальною. Зміна способу життя, високий рівень стресу у сучасному суспільстві, стан екології, наявність шкідливих звичок та значний відсоток соматичних захворювань вже у дітей та осіб молодого віку, поліморбідність такої патології призводить до збільшення частоти захворювань тканин пародонта. Більшу частку серед захворювань пародонта займає генералізований пародонтит [2]. За даними ВООЗ у людей молодого віку генералізований пародонтит посідає друге місце після ураження зубів карієсом, тоді як після 40 років – вже перше [1].

Основними симптомами даного захворювання є симптоматичний гінгівіт, наявність пародонтальних кишень, прогресуюча резорбція кісткової тканини і патологічна рухомість зубів. Стан резорбтивно-деструктивного процесу в тканинах пародонта перебуває в прямій залежності від ступеня рухомості зубів і глибини пародонтальних кишень, величини втрати епітеліального прикріплення. Доведено, що прогресування захворювань пародонта (генералізованого пародонтиту) зумовлює порушення метаболізму кісткової тканини [3-5]. Рання та своєчасна функціональна діагностика зазначених патологічних змін є дуже важливою ланкою вторинної та третинної профілактики захворювань пародонта.

Традиційні клінічні методи визначення глибини пародонтальних кишень за допомогою пародонтального зонду та ступеня рухомості зубів за допомогою пінцета не в змозі дати об'єктивну оцінку стану резорбтивно-деструктивного процесу в тканинах пародонта. Однак наявність «людського фактору» нерідко призводить до визначення необ'єктивних і неточних даних глибини пародонтальних кишень, величини втрати епітеліального прикріплення. Це пов'язано з різним навантаженням, яке здійснює лікар на зонд під час проведення дослідження, а також із значними затратами часу на проведення дослідження. При визначенні рухливості зубів складно провести деталізовану диференційну діагностику патологічної рухомості зубів в межах одного ступеня рухомості і тим самим зрозуміти тяжкість та динаміку патологічних змін. Тому нерідко діагностика запально-дистрофічного процесу більш об'єктивна на пізніх стадіях розвитку.

Важливо для об'єктивізації місцевого статусу пародонтологічних пацієнтів лікарям-стоматологам використовувати сучасні підходи до визначення патологічної рухомості зубів, глибини пародонтальних кишень та величини втрати епітеліального прикріплення.

**Метою** нашої роботи став об'єктивний моніторинг сучасними діагностичними апаратами стану пародонта, рухомості зубів на етапах лікування пародонтологічних пацієнтів.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети нами було проведено обстеження і динамічне спостереження за 40 пацієнтами до лікування, а також після його проведення, через 3 та 6 місяців диспансерного спостереження. Всього було сформовано дві групи пацієнтів: 1-а з наявністю симптомів захворювань пародонта і 2-а – клінічно інтактний пародонт. Всі пацієнти були у віці від 25 до 45 років. В кожній із груп 10 пацієнтів було жіночої статі і 10 пацієнтів чоловічої.

Всім обстеженим була заповнена картка амбулаторного хворого, пародонтограма із використанням пародонтометра «ра-on Parometer» (Orange dental), визначення рухливості за допомогою періотестеру «Periotest M» (Medizintechnik Gulden), проведено рентгенологічне, лабораторне обстеження та консультації у випадку необхідності лікарів-інтерністів.

На основі «Periotest M» здійснювали контроль ступеня рухомості на етапах лікування та у процесі подальшого спостереження. Діапазон значень рухомості зубів коливався від «-8» до «+50».

Пародонтометр «ра-on Parometer» використовували для визначення глибини пародонтальних кишень, величини втрати епітеліального прикріплення, тяжкості рецесії ясен. Вимірювання проводили навколо кожного зуба в шести точках діагностики. Використання даних приладів дозволяло об'єктивізувати первинну діагностику, здійснити більш детальний моніторинг змін стану пародонта на різних етапах лікування.

Отримані результати оброблені загальноприйнятими методами варіаційної статистики.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В результаті проведеного дослідження виявлено, що пацієнти з генералізованим гінгівітом за даними періотестометрії мають стабільність зубів в межах верхньої межі норми, що відповідає «+7» – «+9» показників періотестеру. Рентгенологічні зміни у вигляді резорбції кісткової тканини альвеолярних відростків верхньої і нижньої щелеп не визначались. Після проведення комплексного диференційовано-

го лікування показники періотестеру зменшувались на 1-2 одиниці.

Пацієнти з початковим ступенем розвитку генералізованого пародонтиту мали показники рухомості зубів у межах «+10»-«+15» одиниць, які по завершенню курсового лікування збільшувались на 2-3 одиниці. У пацієнтів із першим ступенем тяжкості генералізованого пародонтиту відзначались показники «Periotest M» в межах «+16»-«+22» одиниці. Після проведення курсу лікування таких пацієнтів показники рухомості зубів знижувались на 3-4 одиниці. Пацієнтам з другим ступенем тяжкості генералізованого пародонтиту була характерна патологічна рухомість зубів в межах «+23»- «+32», яка зменшувалась на 2-3 одиниці під час позитивної динаміки лікування.

З'ясовано також, що у групі пацієнтів, які не мали захворювань пародонта, жінки мали дещо вищі (на 2-3 одиниці) показники рухомості зубів, ніж чоловіки.

Отримані нами результати визначення глибини пародонтальних кишень за допомогою приладу «ра-оп Parometer» вказують на зменшення глибини пародонтальних кишень в межах 1 мм і більше, та зменшення рівня патологічної рухомості зубів на 3-8 одиниць при проведенні раціонального пародонтологічного лікування і стабілізації процесу

в тканинах пародонта та збільшення глибини пародонтальних кишень від 0,5 мм і більше і патологічної рухомості зубів на 3-7 одиниць при виникненні вторинної травматичної оклюзії, неефективності лікування та загострень у пацієнтів із генералізованим пародонтитом.

### **Висновки**

Таким чином результати проведеного дослідження вказують на тісний взаємозв'язок між стабілізацією, загостренням процесу в тканинах пародонта і показниками рухомості зубів і глибиною пародонтальних кишень. Об'єктивізація рухомості зубів, стану пародонта з використанням сучасних методів діагностики дозволяє практикуючим лікарям діагностувати патологічні зміни тканин пародонта на доклінічних стадіях їх розвитку і контролювати ефективність методів лікування пародонтологічних хворих.

### **Перспективи подальших досліджень**

В подальшому на основі отриманих даних планується моніторинг об'єктивного стану тканин пародонта, ступеня рухомості зубів, що дозволить не тільки мотивувати пародонтологічних пацієнтів до співпраці із стоматологом, а й оцінити ефективність підтримуючої терапії у динаміці тривалих клініко-лабораторних спостережень.

## **Література**

1. Громов О.В. Сравнительная характеристика индексов состояния пародонта в возрастном аспекте / О.В. Громов // Современная стоматология. – 2012. – № 4. – С. 16-19.
2. Назарян Р.С. Использование прогностического индекса для оценки влияния фактического питания на функционирование адаптационных процессов в тканях пародонта / Р.С. Назарян // Современная стоматология. – 2005. – № 1. – С. 70-71.
3. Поворознюк В.В. Системный остеопороз в развитии заболеваний пародонта / В.В. Поворознюк, И.П. Мазур, Г.Н. Вишняк [и др.] // Вісник стоматології. – 1997. – № 4. – С. 554-557.
4. Поворознюк В.В. Костная система и заболевания пародонта / В.В. Поворознюк, И.П. Мазур. – К., 2004. – 446 с.
5. Geurs N.C. Osteoporosis and periodontal diseases progression / N.C. Geurs, C.E. Lewis, M.K. Jeffcoat // Periodontol. – 2000. – 2003. – Vol. 32. – P. 105-110.

**УДК:** 616.314.17

### **ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ СТАНУ ПАРОДОНТА ТА СТУПЕНЯ РУХОМОСТІ ЗУБІВ**

**Попович І. Ю., Петрушанко Т. О.**

**Резюме.** Об'єктивізація стану тканин пародонта продовжує залишатись актуальним завданням сучасної стоматології. Для ранньої і об'єктивної діагностики патологічних змін у пародонті, статичі зубів лікарям-стоматологам необхідно використовувати сучасні прилади визначення рухомості зубів, глибини пародонтальних кишень, величини втрати епітеліального прикріплення. Результати проведеного дослідження вказують на тісний взаємозв'язок між стабілізацією, загостренням процесу в тканинах пародонта і показниками рухомості зубів і глибиною пародонтальних кишень. Об'єктивізація рухомості зубів, стану пародонта з використанням сучасних методів діагностики дозволяє практикуючим лікарям не тільки діагностувати патологічні зміни тканин пародонта, а й контролювати ефективність методів лікування пародонтологічних хворих.

**Ключові слова:** пародонт, хвороби пародонта, рухомість зубів, глибина пародонтальних кишень, діагностика.

**УДК:** 616.314.17

### **ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА И СТЕПЕНИ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ**

**Попович И. Ю., Петрушанко Т. А.**

**Резюме.** Объективизация состояния тканей пародонта продолжает оставаться актуальной задачей современной стоматологии. Для ранней и объективной диагностики патологических изменений в пародонте, статике зубов врачам-стоматологам необходимо использовать современные приборы определения подвижности зубов, глубины пародонтальных карманов, величины потери эпителиального прикрепления. Результаты проведенного исследования указывают на тесную взаимосвязь между стабилизацией, обострением процесса в тканях пародонта и показателями подвижности зубов и глубиной пародонтальных карманов. Объективизация подвижности зубов, состояния пародонта с использованием современных методов диа-

гностики позволяет практикующим врачам не только диагностировать патологические изменения тканей пародонта, но и контролировать эффективность методов лечения пародонтологических больных.

**Ключевые слова:** пародонт, заболевания пародонта, подвижность зубов, глубина пародонтальных карманов, диагностика.

**UDC:** 616.314.17

### **OBJECTIFICATION OF PERIODONTAL CONDITION AND THE DEGREE OF TOOTH MOBILITY**

**Popovich I. Y., Petrushanko T. O.**

**Abstract.** Objectification of the state of periodontal tissues continues to be an urgent task of modern dentistry. For an early and objective diagnosis of pathological changes in periodontal static teeth dentists need to use modern instruments determining the mobility of the teeth, the depth of periodontal pockets, the value of the loss of epithelial attachment.

The study found that patients with generalized gingivitis according periotestometry of the teeth have stability within the upper limit of normal, corresponding to "7" – "9" periotest indicators. Radiographic changes in the form of bone resorption alveolar processes of the upper and lower jaws are not defined. After comprehensive differentiated treatment periotest indices decreased by 1-2 units.

Patients with initial stage of development of generalized periodontitis teeth had mobility indicators within "10" – "+ 15" units, the completion of a course of treatment increased by 2.3 units. Patients with first degree of severity of generalized periodontitis were more indicators "Periotest M" within "16" – "+ 22" unit. After the treatment of patients tooth mobility indices declined by 3-4 units. Patients with a second severity of generalized periodontitis is characterized by abnormal mobility of teeth within the "23" – "32", which decreased by 2-3 units in the positive dynamics of treatment.

It was found also that in patients who had periodontal disease, women were slightly higher (2-3 units) indicators mobility of teeth than men.

Our results determine the depth of periodontal pockets using the device «pa-on Parometer» point to reduce the depth of periodontal pockets within 1 mm or more, and reduction of pathological mobility of teeth on 3-8 units during periodontal treatment and sustainable stabilization process in tissues periodontal and periodontal pockets increase the depth of 0.5 mm or more and pathological mobility of teeth by 3-7 units in case of secondary traumatic occlusion, treatment failure and relapse in patients with generalized periodontitis.

The results of the study point to the close relationship between the stabilization process in the aggravation of the periodontal tissues and performance of mobility of the teeth and the depth of periodontal pockets. Objectification of loose teeth, periodontal status with the use of modern methods of diagnosis allows clinicians not only to diagnose pathological changes in periodontal tissues, but also monitor the effectiveness of treatments for periodontal patients.

**Keywords:** periodontium, diseases of periodontal tissues, mobility of the teeth, depth of periodontal pockets, diagnostics.

*Рецензент – проф. Ткаченко І. М.  
Стаття надійшла 20.03.2016 року*