

The number of edentulous space with the absence of one tooth was determined in the II experimental clinical group: Kennedy Class II – four (2.41%), Kennedy Class III – 6 (3.61%). There were no Class I defects with the absence of one tooth.

Indicators of the defects caused by the absence of two teeth were 25.91%, and were detected in 18 cases on the UJ (10.84%), and in 25 – on the LJ (15.07%). The largest number of such defects was in Class III – 8 (4.82%) on UJ and 11 (6.63%) on the LJ. The smallest in Class I is 4 (2.41%) on the UJ and 3 (1.81%) on the LJ.

Indicators of the defects caused by the absence of four teeth amounted to 15.46%, and were detected in 14 cases on the UJ (8.43%), and in 12 on the LJ (7.23%). The absence of five teeth was determined: four (2.41%) on the UJ, and 6 (3.61%) on the LJ, 5 cases of Class I and II according to Kennedy.

Conclusions. The analysis of the sources of literature of domestic and foreign authors testifies to the high prevalence of periodontal tissue diseases in the age from 16 to 65 years. The conducted epidemiological studies have shown that, in case of periodontal tissue diseases, partial tooth loss is the most common pathology leading to the development of secondary deformations of the dentition, causing functional and morphological disorders in the unity of the dentition, resulting in a complex reorganization of the bite and dentofacial system as a whole.

Key words: periodontal, dentition defect, dentition system.

Рецензент – проф. Ткаченко І. М.

Стаття надійшла 24.03.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-1-2-149-350-353

УДК УДК 616.314.18-002.4:616.131:616-005.4

Ємельянова Н. Ю.

ПАРОДОНТАЛЬНИЙ СТАТУС ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ ТА ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» (м. Харків)

natadenta@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження виконано згідно планової НДР «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань», № державної реєстрації 0113U002274.

Вступ. В останні роки патологічні зміни у пародонті диктують необхідність численних досліджень, що обумовлено багатофакторністю їх виникнення та недостатньою ефективністю лікування [1]. Згідно даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, розповсюдженість пародонтопатології в різних країнах світу складає майже 98%, а в Україні даний показник зустрічається від 63 до 97% населення, що пояснюється широкою розповсюдженістю даної патології та створює соціальну, медичну та економічну проблему [2].

Сьогодні, вже чітко зрозуміло, що ураження пародонту мають багатофакторну природу, яка пов'язана з порушенням місцевих та загальних механізмів захисту організму, тобто, має фенотипічну залежність від чинників навколишнього середовища [3,4]. Тобто, стан тканин пародонта стає інформативним показником, який у повній мірі відображає загальний стан організму в цілому.

При проведенні стоматологічних оглядів у більш ніж половини обстежених (57%) виявляються супутні захворювання, що знижують якість та тривалість життя. Дослідники відзначають, що для коморбідних станів характерно взаємне обтяження патологічного процесу за рахунок тісного функціонального зв'язку між ураженими органами [5]. Одними з соматичних захворювань, що впливають на стан тканин пародонту є хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічна хвороба серця [6,7].

Мета дослідження: вивчення особливостей пародонтального статусу у хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень та при його поєднанні з ішемічною хворобою серця.

Об'єкт і методи дослідження. Для стоматологічного дослідження було відібрано 38 пацієнтів з верифікованим діагнозом ХОЗЛ (група спостереження), та 130 з ХОЗЛ при поєднанні з ІХС (основна група). Усі хворі були відібрані за темою НДР відділу кардіопульмонології ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» «Вивчити патогенетичні механізми формування легеневої гіпертензії при хронічному обструктивному захворюванні легень у поєднанні з ішемічною хворобою серця». Верифікація ХОЗЛ здійснювалася згідно наказам МОЗ України та рекомендаціями GOLD (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) з урахуванням даних анамнезу, клінічного обстеження, ЕКГ, визначення функції зовнішнього дихання (ФЗД), Ехо-КС, рентгенографії органів грудної клітини [8]. ІХС встановлювалася згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів на основі ангінозного білю, стресс-ЕхоКГ з добутоаміном, велоергометрії, ХМ ЕКГ, коронароангіографії.

На момент стоматологічного дослідження всі пацієнти отримували базисну та симптоматичну терапію з приводу ХОЗЛ (м-холінолітики або бета-2-агоністи тривалої або короткої дії, ІГКС) та ІХС (препарати ацетилсаліцилової кислоти, бета-адреноблокатори, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту або антагоністи рецепторів до ангіотензину-2, статини).

У дослідження не включали пацієнтів з гострими запальними процесами у порожнині рота, або їх загостреннями, з ендокринними порушеннями (цукровий діабет), захворюваннями органів шлунково-кишкового тракту, хворих з серцевою недостатністю II B-III ступенів та іншими системними захворюваннями.

Зміни тканин пародонта оцінювали згідно систематики М.Ф. Данилевського (1994) [9]. Вимірювання глибини пародонтальних кишень та втрату клінічного

прикріплення здійснювали пародонтологічним зондом за методикою А.І. Грудянова (1998) та ВООЗ. Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за допомогою індекса Greene-Vermillion (ОНІ-5). Об'єктивізація запалення у різних зонах ясен проводилася за допомогою папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) у модифікації Парма (%) (1960). Кровоточивість ясен оцінювали, як за даними анамнезу (Kotzschke, 1975) так і за індексом кровоточивості ясеневих сочків Muhlemann-Saxer-1977 (РВІ). Для оцінювання стану тканин пародонта розраховували індекс КРІ (комплексний пародонтальний індекс) за Леусом.

Статистична обробка проводилася за допомогою параметричних та непараметричних статистичних методів з визначенням медіани, інтерквартильного розмаху (перший та третій квартиль -Q1,Q3), та критерія Манна-Уїтні для порівняння кількісних показників. При вивченні кореляцій користувалися методом Спірмена.

Результати дослідження та їх обговорення.

Структура та поширеність захворювань пародонту хворих основної групи та групи спостереження наведена на **рисунку 1, 2**. Згідно даних, найчастіше зустрічалися захворювання ясен запального та запально-дистрофічного характеру різних клініко-морфологічних груп: хронічний генералізований катаральний гінгівіт (ХГКГ), хронічний гіпертрофічний гінгівіт (ХГГ), хронічний локалізований (ХЛП) та генералізований пародонтит (ХГП).

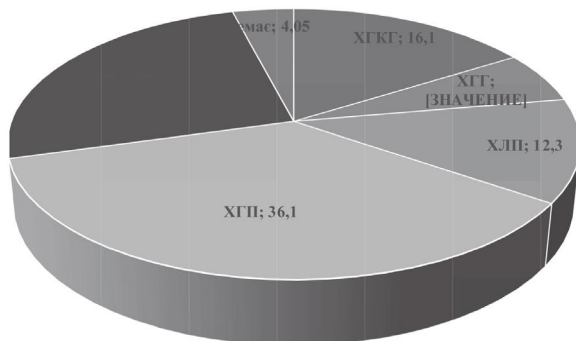


Рис. 1. Поширеність та структурний розподіл хвороб пародонта в основній групі.

Так в основній групі хронічний генералізований катаральний гінгівіт зустрічався у 21 пацієнта, у 8 пацієнтів хронічний гіпертрофічний гінгівіт, хронічний локалізований пародонтит 1 ступеню у 8,46±2,4%, хронічний локалізований пародонтит 2 ступеню – 3,8±1,7%, та у 48,5±4,4% хворих був діагностований хронічний генералізований пародонтит різних ступенів тяжкості. Лише у 5 хворих були відсутні клінічні признаки патології пародонта.

У групі з ХОЗЛ також спостерігалася висока частота запальних уражень пародонту, а також слід зазначити, що не було зафіксовано жодного случаю незапальної деструкції пародонта. Появу незапальної деструкції ясен у пацієнтів, які окрім ХОЗЛ страждають ІХС, можливо пояснити порушенням мікроциркуляції не тільки у коронарних сосудах, а й у сосудах тканин пародонту, що призводить до появи атрофічних змін у тканинах.

Найгірший гігієнічний стан порожнини рота був зафіксований у групі порівняння, середнє значення

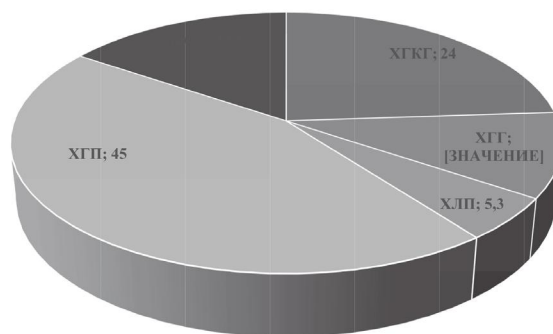


Рис. 2. Поширеність та структурний розподіл хвороб пародонта у групі порівняння.

якого по групі складало 3,000 [2,700; 3,200], та статистично значуще перебільшувало цей показник у основній групі ($p=0,001$), гігієнічний стан якої оцінювався як незадовільний, та мав значення 2,250 [1,875; 2,800]. Пацієнти самі відмічали наявність зубних відкладень, які, на їх думку, були причиною неприємного запаху з рота. Галітоз знижував якість життя пацієнтів, визивав дискомфорт при спілкуванні з оточуючими людьми. Характерно, що найбільш часто (71,0±7,4%) саме пацієнти з ізольованою ХОЗЛ акцентували увагу на неприємний запах з рота, що статистично значуще перебільшувало частоту даної скарги у основній групі ($\chi^2=5,998, p=0,014$). Явища галітозу пояснюється слабкою вмотивованістю пацієнтів при проведенні заходів гігієнічного догляду та незадовільним станом гігієни порожнини рота.

Вивчення індукованої кровоточивості за методикою Muhlemann-Saxer довело, що найбільші значення індексу РВІ спостерігалися у пацієнтів групи порівняння та дорівнював 2,000 [1,000;2,000] бали та мав статистично значущі відмінності від показників основної групи (**таблиця 1**).

Оцінка стану тканин пародонту методом індексу РМА продемонструвала наступні результати – у групах хворих основної групи та групи порівняння були зафіксовані високі значення індексу, проте значення групи з ізольованою ХОЗЛ було статистично найвищим.

При детальному опитуванні скарг з'ясувалося, що кровоточивість ясен турбувала хворих усіх дослідних груп. Найчастіше зазначену скаргу згадували хворі з групи порівняння, де вона турбувала більше 50,0±8,1% оглянутих (переважно кровоточивість при чищенні зубів, та у меншій мірі кровоточивість при прийомі грубої їжі (яблука, моркви)). Важливо, що жоден з опитуваних в обох групах не відзначав самочинну кровоточивість ясен.

При пошуку взаємозалежності між зазначеними показниками ми виявили кореляційний зв'язок слабкої сили між кровоточивістю ясен за анамнезом і таких індексних показників як кровоточивість за Muchleman ($R=0,172$; $p=0,019$) та індексом РМА ($R=0,150$; $p=0,040$) у основній групі.

При дослідженні пародонтального статусу пацієнтів методом КРІ за Леусом були отримані наступні результати: як у основній групі, так і у групі спостереження середній показник мав високі значення та дорівнював 2,200 [0,775; 2,850] та 2,200 [0,900;3,200] відповідно, що свідчило про значущу деструкцію тканин пародонта.

Таблиця 1.

Результати індексу Muhlleman-Saxer та РМА в обстежених осіб, (Me [Q1; Q3])

Індекс	Основна група	Група порівняння
Кровоточивість за Muhlleman-Saxer, бали	1,400 [0,800; 2,300]	2,000 [1,000;2,000] p=0,001
РМА, %	22,000 [12,000;35,500]	32,500 [8,300;42,900] p=0,576

Примітки: p – рівень статистичної значущості відмінностей від основної групи.

Глибина зондування пародонтальних кишень виявилася найбільшою у пацієнтів групи порівняння з ХОЗЛ, на відміну від основної групи, показник якої був статистично нижчим (таблиця 2).

Таблиця 2.

Оцінка зондування пародонту обстежених осіб, (Me [Q1; Q3])

Індекс	Основна група	Група порівняння 1
Глибина зондування, мм	1,000 [0,000; 3,625]	3,000 [2,000;4,125] p=0,001
Втрата прикріплення, мм	1,600 [0,275; 3,100]	0,000 [0,000;4,200]

Примітки: p – рівень статистичної значущості відмінностей від основної групи.

Також, в обох групах хворих зустрічалася обмежена рецесія ясен, переважно I або II класу, причому

найбільша частота рецесії була притаманна хворим основної групи (80,7±3,5%), що окрім естетичного недоліку причиняло болісну чутливість зубів.

Висновки. Отже, переважна більшість хворих з ізольованою ХОЗЛ та ХОЗЛ у поєднанні з ІХС мають патологію тканин пародонту. У хворих на ХОЗЛ клінічна картина характеризується слабо вираженою реакцією, відсутністю глибоких або активних пародонтальних кишень, що може бути у наслідок дії ІГКС, які застосовуються з приводу основного захворювання. У пацієнтів основної групи, де у анамнезі присутня і ІХС у анамнезі, до дії ІГКС приєднується слабо виражена протизапальна дія АСК та статинів. Крім того, пацієнти, що страждають на ХОЗЛ періодично отримують курси антибактеріальної та протизапальної терапії у зв'язку з загостренням хронічного запального процесу у дихальних шляхах. Тобто взаємодія і взаємозалежність соматичної і стоматологічної патології відображає їх синтропію.

Перспективою подальших досліджень є усьотороннє дослідження клініко-патогенетичних взаємозв'язків захворювань пародонта хворих на з ХОЗЛ у поєднанні з ІХС на тлі прийому комбінованої терапії з використанням сучасних, доступних для практичної охорони здоров'я технологій і пошуку найбільш раціональних, ефективних методів профілактики і фармакотерапії.

Література

1. Maliy DYU, Antonenko MYU. Epidemiologiya zahvoryuvan parodonta: vikoviy aspekt. Ukr. nauk.-med. molodizh. zhurn. 2013;4:41-3. [in Ukrainian].
2. Beloklitskaya GF, Pavlenko EM. Parodontologicheskii status lyudey pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Sovrem. stomatologiya. 2013;2:117-9. [in Russian].
3. Winning L, Linden GJ. Periodontitis and systemic disease: association or causality? Curr Oral Health Rep. 2017;4(1):1-7. DOI: 10.1007/s40496-017-0121-7
4. Alkan A, Cakmak O, Yilmaz S, Cebi T, Gurgan C. Relationship between psychological factors and oral health status and behaviours. Oral Health Prev Dent. 2015;13(4):331-9.
5. Fernandez-Solari J, Barrionuevo P, Mastrorandi CA. Periodontal disease and its systemic associated diseases. Mediators Inflamm. 2015;2015:153074. DOI: 10.1155/2015/153074
6. Johar N, Dhodapkar SV, Kumar R, Verma T, Jaioo A. Association of relationship between periodontal disease and cardiovascular disease. Mymensingh Med J. 2017;26(2):439-47.
7. Romanenko IG, Poleshchuk OYu, Kaladze KN. Sostojanie gigeny polosti rta i tkanej parodonta u detej s hronicheskim generalizovannym kataral'nym gingivitom na fone bronhial'noj astmy. Visnik problem biologii ta medicyny. 2014;2(108):121-5. [in Russian].
8. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (GOLD): updated 2016. Available from: www.goldcopd.com
9. Danilevskii NF, Borisenko AB. Zabolevaniya parodonta. Kiev; Zdorov'e: 2000. 464 s. [in Russian].

ПАРОДОНТАЛЬНИЙ СТАТУС ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ ТА ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Емельянова Н. Ю.

Резюме. В статті наведені дані пародонтального статусу 130 пацієнтів з ХОЗЛ у поєднанні з ІХС (основна група) та 38 пацієнтів з ХОЗЛ (група спостереження), що отримували базисну терапію з приводу соматичної патології. Пацієнтам проводили стоматологічний огляд, детальне клінічне обстеження пародонту з урахуванням основних індексів. З'ясовано, що у більшості пацієнтів обох груп визначалися патологічні зміни у пародонті запального та запально-дистрофічного характеру з наявними взаємозалежностями між індексними показниками. У частини пацієнтів основної групи була виявлена незапальна деструкція ясен, що пов'язане з порушенням мікроциркуляції не тільки у коронарних сосудах, а й у сосудах тканин пародонту.

Ключові слова: пародонт, хронічна обструктивна хвороба легень, ішемічна хвороба серця, індекс гігієни, галітоз.

ПАРОДОНТАЛЬНЫЙ СТАТУС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Емельянова Н. Ю.

Резюме. В статье приведены данные пародонтального статуса 130 пациентов с ХОЗЛ в сочетании с ИБС (основная группа) и 38 пациентов с ХОЗЛ (группа сравнения), получавших базисную терапию по поводу соматической патологии. Пациентам проводили стоматологический осмотр, детальное клиническое обследование

ние пародонта с учетом основных индексов. Установлено, что у большинства пациентов обеих групп определялись патологические изменения в пародонте воспалительного и воспалительно-дистрофического характера с имеющимися взаимозависимостями между индексными показателями. У части пациентов основной группы была обнаружена невоспалительная деструкция десен, что связано с нарушением микроциркуляции не только в коронарных сосудах, но и в сосудах тканей пародонта.

Ключевые слова: пародонт, хроническое обструктивное заболевание легких, ишемическая болезнь сердца, индекс гигиены, галитоз.

PARADONTAL STATUS FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND CORONARY HEART DISEASE

Emelyanova N. Yu.

Abstract. Periodontal diseases have a multifactorial nature and their development depends on the local and general factors of the body. Somatic diseases are one of affecting factors causing changes in periodontal diseases due to close functional connection of organs. Chronic obstructive pulmonary disease especially in combination with coronary heart disease can affect periodontal tissues.

The purpose of the study – study of periodontal status characteristics in patients with chronic obstructive pulmonary disease and in comorbidity with coronary heart disease.

Object and methods. We have researched the periodontal status of 130 patients with COPD in combination with IHD (main group) and 38 patients with COPD (observation group). All these patients received basic therapy for somatic pathology. Patients were performed general dental examination and detailed clinical examination of parodontium, taking into account the main indices of hygiene and parodontium. Statistical processing has been carried out using parametric and non-parametric methods.

Results and discussion. We found pathological inflammatory and inflammatory-dystrophic periodontal changes in most patients of both of the main group and the comparison group. Also in the patients of the main group we found non-inflammatory destruction associated with impaired microcirculation not only in the coronary vessels but also in the vessels of the periodontal tissues. The highest values of OHI-S, PMA, KPI has been recorded in patients with isolated COPD.

Conclusions. Thus, the vast majority of patients with comorbid bronchial and cardiac pathology have changes in periodontal tissues due to not only somatic pathology but also effects of basic therapy drugs. This conclusion determines necessity of comprehensive study of all the relations between periodontal disease and internal organs pathology in order to develop effective treatment and prevention methods.

Key words: periodontal disease, chronic obstructive pulmonary disease, coronary heart disease, hygiene index, halitosis.

Рецензент – проф. Ткаченко І. М.

Стаття надійшла 22.03.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-1-2-149-353-357

УДК 616.314-002-053.5

¹Каськова Л. Ф., ²Попик К. М., ¹Уласевич Л. П., ¹Андріянова О. Ю., ¹Кулай О. О.

ВІКОВІ ВІДМІННОСТІ ПОКАЗНИКІВ КАРІЕСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ 6-16 РОКІВ

¹Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

ulasevich8@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана робота є фрагментом НДР «Удосконалити методи профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей із факторами ризику», № державної реєстрації 0111U006760; «Удосконалення методів профілактики та лікування хвороб твердих тканин зубів та тканин пародонту на фоні соматичної патології у дітей з урахуванням соціально-економічних факторів та психоемоційного стану» (знаходиться на реєстрації).

Вступ. Карієс має значне поширення у всі вікові періоди життя людини. Найбільш активний приріст показників карієсу спостерігається у дітей. Це пов'язано з прорізуванням постійних зубів, які недостатньо мінералізовані, особливо в перші 2-3 роки після прорізування, формуванням органів і систем організму, соматичною патологією, неякісною гігієною порожнини рота дітей, геохімічними умовами проживання, впливом різноманітних зовнішніх факторів, які можуть спричинити порушення мінерального обміну. Дитячий організм та його захисні

властивості недостатньо сформовані та не завжди можуть протидіяти цим факторам [1,2,3,4]. Тому є важливим вивчати стоматологічний статус дітей в кожний віковий період та визначати основні чинники, які можуть сприяти виникненню карієсу у дитини саме в цей період її формування.

Мета дослідження. Визначення поширеності та інтенсивності карієсу постійних зубів у дітей 6-16 років для подальшого формування комплексної профілактики, спрямованої на попередження виникнення та розвитку карієсу та його ускладнень.

Об'єкт і методи дослідження. Стоматологічний статус вивчений у 412 дітей, які навчаються в школах м. Полтави (1-11 класи). Огляд проводився за загальноприйнятою методикою. Визначалась інтенсивність карієсу за показником КПВ зубів. Поширеність карієсу розраховувалась у кожному віковому періоді у % [5], які були також згруповані у відповідності до періоду навчання в початкових класах, середніх та старших. Інтерпретацію результатів проводили згідно номенклатури ВООЗ, де значення від 0 до 30% розцінюється