

ТЕРАПЕВТИЧНИЙ РОЗДІЛ

DOI 10.35220/2078-8916-2020-36-2-27-33

УДК: 616.314.17-002

**І.Ю. Попович, к.мед.н,
Т.О. Петрушанко, д.мед.н.**

Українська медична стоматологічна академія

МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ

В статті дано оцінку підвищення ефективності лікування хворих на хронічний генералізований пародонтит з урахуванням сучасної стратегії та тактики курації пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом.

Нами було проведено обстеження 204 пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом I, II, III ступенів тяжкості. Результати всебічного обстеження стали основою для складання плану лікування з урахуванням зазначеної стратегії та тактики лікування хворих на генералізований пародонтит.

Оцінку ефективності курації пацієнтів проводили через 6, 12 місяців, 2 та 3 роки.

Отримані результати свідчать про виправданість проведеного лікування пацієнтів із генералізованим пародонтитом з урахуванням етіологічного, патогенетичного, симптоматичного підходу та дотримання принципів комплексності, поєднаності, індивідуалізації, диференціації та курсовості.

Ключові слова: генералізований пародонтит, ефективність лікування.

И. Ю. Попович, Т.А. Петрушанко

Украинская медицинская стоматологическая академия

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

В статье дана оценка повышения эффективности лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом с учетом современной стратегии и тактики курации пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом.

Нами было проведено обследование 204 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом I, II, III степеней тяжести. Результаты всестороннего обследования стали основой для составления плана лечения с учетом указанной стратегии и тактики лечения больных генерализованным пародонтитом.

Оценку эффективности курации пациентов проводили через 6, 12 месяцев, 2 и 3 года.

Полученные результаты свидетельствуют об оправданности проведенного лечения пациентов с генерализованным пародонтитом с учетом этиологического, патогенетического, симптоматического подхода и

соблюдением принципов комплексности, объединенности, индивидуализации, дифференциации и курсовости.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, эффективность лечения

I. Yu. Popovich, T.A. Petrushanko

Ukrainian medical stomatological academy

POSSIBILITIES FOR TREATING PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

ABSTRACT

The approach to the treatment of periodontal diseases is one of the most important problems in theoretical, clinical and preventive medicine.

The aim of our study was to increase the effectiveness of treatment of patients with chronic generalized periodontitis, taking into account the current strategy and tactics of curation of these patients.

The clinical study involved 204 patients with chronic generalized periodontitis, which were divided into three groups depending on the severity of periodontitis. The first group included 68 patients with I degree, the second - 90 with II degree and the third - 46 people with III degree of severity of inflammatory-dystrophic periodontal changes.

Evaluation of the effectiveness of curation of patients was performed after 6, 12 months, 2 and 3 years.

Based on the results of a comprehensive examination of patients in the long term dispensary observation 3 years in each group were formed subgroups with positive (I-A, II-A, III-A) and negative (I-B, II-B, III-B) dynamics of treatment.

The obtained results testify to the justification of the treatment of patients with generalized periodontitis, taking into account the etiological, pathogenetic, symptomatic approach and adherence to the principles of complexity, combination, individualization, differentiation and course. The earlier the disease is detected, a qualitative comprehensive examination of the patient is carried out, the more effective preventive and curative measures. Negative results of curation of patients with chronic generalized periodontitis can also be significantly reduced, taking into account the additional functionality of the periodontal complex.

Key words: generalized periodontitis, treatment effectiveness

Актуальність теми. Серед найбільш складних і трудомістких питань практичної стоматології лікування захворювань пародонта займає одне з провідних місць, що пояснюється рядом причин, і перш за все, високою поширеністю цих захворювань. Дослідження захворюваності

свідчать, що даний показник значно варіює залежно від віку [1, 2]. З кожним роком зменшується вік пацієнтів, у яких з'являються перші симптоми захворювань пародонта, особливо найбільш розповсюдженого генералізованого пародонтиту. Рівень запально-дистрофічних уражень пародонта у людей похилого віку за даними багатьох дослідників досягає майже 100% [3], що підтверджує низьку ефективність їх первинної та вторинної профілактики.

Підхід до лікування захворювань пародонта – ще одна з найважливіших проблем в теоретичній, клінічній та профілактичній медицині. Це частково пов'язано і з тим, що в спеціальній медичній літературі досі тривають дискусії з питань походження патології, що стосується ролі зовнішніх і внутрішніх факторів у виникненні хвороби, і так званого пускового значення патогенного подразника, факторів ризику і т. д. Після виявлення етіологічних чинників і уточнення діагнозу захворювань пародонта повинно проводитись адекватне лікування, як самого пацієнта, так і великий обсяг місцевих втручань у щелепно-лицевій ділянці і, зокрема, пародонта [4-8].

Мета нашого дослідження. Підвищення ефективності лікування хворих на хронічний генералізований пародонтит з урахуванням сучасної стратегії та тактики курації зазначених пацієнтів.

Головною стратегією лікування хворих на генералізований пародонтит залишається етіологічний, патогенетичний та симптоматичний підходи, серед яких провідне місце посідає саме врахування дії хвороботворних факторів на організм конкретної людини. Ступінь поширеності та інтенсивності патологічних змін в тканинах пародонта при генералізованому пародонтиті залежить від стану захисно-компенсаторних механізмів пародонтального комплексу і організму людини загалом, від факторів специфічного і неспецифічного імунітету, а також від впливу місцевих і загальних хвороботворних факторів [9-11]. Ефективне лікування пацієнтів із генералізованим пародонтитом можливе при проведенні всебічного обстеження даної категорії пацієнтів, виявленні хвороботворних факторів, оцінці функціональних можливостей тканин пародонта.

Тактика лікування таких пацієнтів повинна базуватись на головних принципах курації, а саме індивідуалізації (урахування психологічних характеристик, соматичного статусу, віку, статі, спадковості, професії, місця проживання, пори року), комплексності (загального і місцевого лікування), поєднаності (медикаментозних, хірургічних, ортодонтичних, ортопедичних, фізіотерапевтичних втручань), диференційованості (урахування виду, локалізації, ступені тяжкості,

перебігу патологічного процесу, етіології захворювання та ефективності попереднього лікування), курсовості (урахування етіології захворювання, нозологічного діагнозу, соматичного та психологічного статусів).

Матеріали та методи. У клінічному дослідженні приймали участь 204 пацієнта із хронічним генералізованим пародонтитом, які у залежності від ступеня тяжкості пародонтиту були розподілені на три групи. До першої групи увійшло 68 пацієнтів із I ступенем, до другої – 90 із II ступенем та третьої – 46 осіб із III ступенем тяжкості запально-дистрофічних змін пародонта. Діагноз формулювали згідно класифікації захворювань тканин пародонта М.Ф. Данилевського (1994).

Усі пацієнти пройшли загальноприйняте стоматологічне клінічне обстеження, психологічне тестування, за показами консультації лікарів-інтерністів (терапевтів, гастроентерологів, кардіологів, ендокринологів та ін.), діагностику Парометром «Pa-on», періотестером, рентгенологічне обстеження зубо-щелепного апарату, лабораторне обстеження (клінічний та біохімічний аналізи крові, гормональна активність роботи щитоподібної та пара щитоподібних залоз, вміст у крові кальцію, вітаміну Д та ін.). Результати всебічного обстеження стали основою для складання плану лікування з урахуванням зазначеної стратегії та тактики лікування хворих на генералізований пародонтит, але з дотриманням наказу МОЗ України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальностями «ортопедична стоматологія», «терапевтична стоматологія», «хірургічна стоматологія», «ортодонція», «дитяча терапевтична стоматологія», «дитяча хірургічна стоматологія» від 23.11.2004, № 566.

Оцінку ефективності курації пацієнтів проводили через 6, 12 місяців, 2 та 3 роки. Критеріями ефективності лікування були характеристика скарг пацієнтів у динаміці, дані анамнезу хвороби та життя, загального стану організму, прояв клінічних змін тканин пародонта, а саме: зміна порушення епітеліального прикріплення, глибини пародонтальних кишень, рухомості зубів, значення індексу Грін-Вермільона (зубний наліт та зубний камінь), індексу РМА у модифікації Рагма, КПП за Леусом, ІІІ за Раселом, інтердентального індексу та індексу ВОР за даними Парометру.

Позитивний результат лікування пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом констатували при розвитку «стабілізації» стану пародонта впродовж 2-3 років, а саме формуванні наступних змін:

1) скарги відсутні, але може бути гіпересте-

зія оголених зубів;

2) ясна блідо-рожеві, щільно прилягають до поверхні зуба;

3) глибина пародонтальних кишень або попередня або зменшилась або не більше 1-2 мм, РМА-0, III за Раселом знизився, гігієна порожнини рота добра;

4) на рентгенограмі не має активного процесу, вогнищ остеопорозу;

5) відновлені функції зубів, дикція, естетика зубних рядів [12].

Негативний результат лікування пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом реєстрували при наявності «ремісії» (короткочасна «стабілізація» стану пародонта впродовж 1 року), «клінічного благополуччя» (задовільний клінічний стан пародонта, коли відразу після ліку-

вання ясна стають блідо-рожеві, щільні, відсутня кровоточивість ясен, назубні відкладення, індекс гігієни добрий, проба Шиллера-Писарева негативна, але рентгенологічно позитивної динаміки немає), «покращення» стану пародонта (суб'єктивні відчуття пацієнта та лікаря), стану пародонта «без змін» (патологічний процес не досяг ремісії) та «погіршення» (прогресування хвороби, часті рецидиви та ускладнення. проведеного лікування).

На основі отриманих результатів всебічного обстеження пацієнтів у віддалені терміни диспансерного спостереження 3 роки у кожній групі були сформовані підгрупи із позитивною (I-A, II-A, III-A) та негативною (I-B, II-B, III-B) динамікою лікування. Їх кількісне наповнення та розподіл за статтю представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих дослідних груп за підгрупами (абс., %)

Розподіл за статтю	I група		II група		III група	
	A	B	A	B	A	B
Загалом	61 (89,7±3,7)	7 (10,3±3,7)	74 (82,2±4,03)	16 (17,8±4,03)	34 (73,9±6,5)	12 (26,1±6,5)
Чоловіки	15	2	34	9	18	9
Жінки	46	5	40	7	16	3

Примітки : у дужках - відсоток до загальної кількості осіб у групі.

Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою персонального комп'ютера з використанням програмних продуктів Microsoft Excel (Microsoft Office 2016 Professional Plus, Open License 67528927), STATISTICA 8.0.550 (Stat Soft Inc., серійний № STA862D175437Q). За нормального закону розподілу застосовували параметричні характеристики і методи аналізу: середню арифметичну (M), стандартну похибку (m), стандартне відхилення (SD), 95 % довірчий інтервал для середньої (95 % ДІ), критерій Стюдента для незалежних вибірок (t). Використаний метод аналітичних групувань – проведене первинне (просте) групування за основним діагнозом пацієнтів та вторинне (комбінаційне) за основним діагнозом та динамікою лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи найближчі та віддалені результати лікування пацієнтів із генералізованим пародонтитом слід зазначити, що кількість осіб у підгрупах із позитивною динамікою достовірно вища при усіх ступенях тяжкості пародонтиту.

Виявлена пряма залежність між ступенем тяжкості хронічного генералізованого пародонтиту та кількістю пацієнтів з негативною динамікою, що обґрунтовує необхідність ранньої діаг-

ностики та своєчасного лікування початкових патологічних змін у тканинах пародонта при розвитку генералізованого пародонтиту. Найбільша кількість пацієнтів з негативною динамікою була у пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом третього ступеня тяжкості, кількість яких у відсотках була на 10,1% та на 15,8% більше в порівнянні із даними другої та третьої груп відповідно. Враховуючи, що гірші результати лікування отримані у чоловіків, які страждали на пародонтит II та III ступеня тяжкості та мали високий рівень особистісної тривожності, слід принцип індивідуалізації стосовно статі, психосоматичних співвідношень, насамперед, враховувати поряд із етіологічним підходом.

Проводячи співставлення середніх показників на перше відвідування пацієнтів із позитивною та негативною динамікою виявлено, що середній вік пацієнтів із позитивною динамікою в першій групі був на 4,2 роки більший, ніж у пацієнтів із негативною динамікою і становив 44,5 років. Пацієнти другої дослідної групи із позитивною динамікою мали середній вік 48,9 років, що було на 4,4 роки більше ніж середній вік пацієнтів із негативною динамікою. 52,1 роки – середній вік по третій групі пацієнтів із позитивною динамікою лікування, в той час як 48,1 рік – вік

пацієнтів із негативною динамікою по третій групі ($p < 0,05$).

Прослідковується закономірність зв'язку віку пацієнта із прогнозом його подальшого лікування. Чим в більш старшому віці був діагностований хронічний генералізований пародонтит тим кращий прогноз мав пацієнт на позитивну динаміку лікування та на досягнення довготривалої стабілізації патологічного процесу.

Результати обстеження пацієнтів I-A групи свідчать про зменшення середньої глибини пародонтальних кишень у пацієнтів із позитивною динамікою на 13,3 % (0,26 мм) впродовж трьох років після початку лікування з максимальним коефіцієнтом приросту зменшення показника на 4,6% та 5,5% у перші пів року, та в період з двох до трьох років після початку лікування. Протягом всього періоду спостережень у пацієнтів даної підгрупи визначалась позитивна динаміка зменшення глибини пародонтальних кишень (табл. 2).

Таблиця 2

Варіація середніх значень глибини пародонтальних кишень в обстежених осіб у динаміці диспансерного спостереження ($M \pm m$)

Групи	Підгрупи	Терміни спостереження				
		перший візит	через пів року	через рік	через два роки	через три роки
I	A	1,96±0,07* ¹² ^	1,87±0,07* ¹²	1,81±0,07* ¹	1,80±0,43*	1,70±0,07
	B	1,67±0,20* ¹² ^	1,88±0,19* ¹²	2,03±0,21* ¹	2,22±0,16*	2,32±0,19
		$p < 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$
II	A	3,87±0,08* ¹² ^	3,73±0,07* ¹²	3,64±0,07* ¹	3,61±0,07*	3,56±0,07
	B	3,88±0,21* ¹² ^	3,92±0,21* ¹²	4,02±0,20* ¹	4,10±0,20*	4,14±0,20
		$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
III	A	5,41±0,13* ¹² ^	5,30±0,13* ¹²	5,19±0,13* ¹	5,16±0,13*	5,14±0,13
	B	5,66±0,20* ¹² ^	5,66±0,20* ¹²	5,69±0,18* ¹	5,74±0,18*	5,76±0,18
		$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$

Примітка: * - вірогідність відмінностей показників першого візиту, через пів року, рік, два роки в порівнянні із візитом через три роки, $p < 0,05$; ¹ – вірогідність відмінностей показників першого візиту, через пів року, рік в порівнянні із візитом через два роки, $p < 0,05$; ² – вірогідність відмінностей показників першого візиту, через пів року в порівнянні із візитом через рік, $p < 0,05$; ^ - вірогідність відмінностей показників першого візиту в порівнянні із візитом через пів року, $p < 0,05$.

Середня глибина пародонтальних кишень у пацієнтів першої групи підгрупи Б збільшилась на 0,65 мм (38,9 %) в порівнянні із першим візитом при $p < 0,05$ за даними тензометричної діагностики Парометром «Pa-on». Збільшення глибини пародонтальних кишень у пацієнтів підгрупи I-B відбувалось поступово протягом трьох років із найбільшим коефіцієнтом приросту у перші пів року після початку лікування, хоча при першому відвідуванні даний показник був нижчим порівняно із значенням осіб підгрупи А. Тенденція до зменшення коефіцієнту приросту визначалась у підгрупі Б в період із двох до трьох років клінічного спостереження. Загалом різниця середньої глибини пародонтальних кишень осіб підгруп А та Б у першій групі через 3 роки після початку лікування становила 0,9 мм (52,2 %).

Зменшення глибини пародонтальних кишень у пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом підгрупи А другої групи відбувалось поступово з максимальним коефіцієнтом позитивного приросту зменшення 3,6 % у перші пів року після початку лікування, за період 3-х років середнє значення глибини пародонтальних кишень зменшилось на 0,31мм (8,0 %), тоді як у пацієнтів підгрупи Б даний показник збільшува-

вся впродовж трьох років на 0,26 мм (6,7 %) із максимальним значенням коефіцієнту приросту у період рік – два після початку лікування (2,6 % та 2,0 % відповідно). Різниця в динаміці середньої глибини пародонтальних кишень на період 3 роки після початку лікування у пацієнтів другої групи становила у вигляді приросту 0,57 мм (14,7%). Співставляючи результати пацієнтів підгрупи А коефіцієнт приросту по даному показнику в другій групі був на 5,3% меншим в порівнянні із підгрупою I-A.

Пацієнти групи III-A мали поступове зменшення середньої глибини пародонтальних кишень протягом всього терміну спостережень на 0,27 мм (5,0 %) із максимальним процентом позитивного приросту даного показника починаючи із пів року після початку лікування. За 3 роки лікування середня глибина пародонтальних кишень в осіб групи III-A зменшилась на 0,11 мм, що склало 2,0 % від початкових значень при $p < 0,05$. У пацієнтів групи III-B середнє значення глибини пародонтальних кишень в перше відвідування та через пів року було без змін. Через 3 роки після початку лікування у даній підгрупі відбулось збільшення середнього значення пародонтальних кишень на 0,1 мм (1,8 %). Різниця

між коефіцієнтом приросту у відсотках середнього значення пародонтальних кишень підгруп А та Б пацієнтів із генералізованим пародонтитом третього ступеня тяжкості за період 3 роки становила 6,8 % при $p < 0,05$.

Втрата епітеліального прикріплення (ВЕР) є найбільш об'єктивним клінічним критерієм для оцінки ефективності лікування пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом, оскільки це головний показник ступеня тяжкості запально-дистрофічних змін пародонта.

Нами виявлено зменшення середньої величини ВЕР у пацієнтів групи I-A на 0,09 мм (4,5 %) на протязі трьох років після початку лікування. Впродовж перших шести місяців у пацієнтів даної підгрупи визначалась негативна динаміка середніх значень ВЕР, при якій відбулось збільшення середніх значень ВЕР на 0,08 мм (4,0 %) з подальшим поступовим зменшення в період до трьох років після первинного прийому.

У пацієнтів групи I-B констатували негативну динаміку лікування протягом всіх трьох років із максимальним збільшенням ВЕР у перші пів року після початку лікування на 12,6 % при $p < 0,05$, хоча при першому обстеженні в осіб даної підгрупи достовірно меншим був показник ВЕР. Середнє значення ВЕР підгрупи Б збільшилось на 0,63 мм (36,2 %) протягом 3-х років при $p < 0,05$.

Середнє значення ВЕР осіб групи II-A протягом трьох років поступово збільшувалось і мало абсолютне відхилення «+0,07 мм» на період 3 роки після початку лікування при $p < 0,05$. Найбільше значення коефіцієнту приросту «+1,3 %» було у перші пів року після початку лікування. Середнє значення ВЕР пацієнтів групи II-B на період 3 роки після первинного звернення також збільшилось на 0,30 мм (7,7 %). Максимальний коефіцієнт приросту спостерігався у період між пів роком до року після початку лікування. Різниця між абсолютними відхиленнями середніх значень ВЕР підгрупи А та Б склала 0,23 мм (5,9 %).

У пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом III ступеня тяжкості збільшення середньої величини ВЕР у пацієнтів підгрупи А відбулося на 0,06мм (1,1 %) на протязі трьох років після початку лікування. Значний відсоток збільшення середнього значення ВЕР припадав на перші 6 місяців та на третій рік після початку лікування. Пацієнти підгрупи Б мали збільшення середнього значення ВЕР протягом трьох років на 0,31 мм (5,5 %) від першого відвідування при $p < 0,05$. Максимальне збільшення середнього значення ВЕР в осіб даної підгрупи відбувалось у перший рік після початку лікування на 0,21 мм (3,7 %) в порівнянні із першим відвідуванням

пацієнтів. Різниця між коефіцієнтами приросту двох підгруп на термін трьох років склала 4,4 % при $p < 0,05$.

Оцінка індексу кровоточивості ВОР ясен за даними діагностики тензодатчиком Парометру в обстежених пацієнтів засвідчила зменшення абсолютного рівня показника ВОР на 16,0 % впродовж трьох років у пацієнтів групи I-A. Максимальний відсоток зменшення зазначеного показника відбувався протягом перших 6 місяців після початку лікування. Абсолютний рівень показника ВОР у пацієнтів групи I-B збільшився на 18,25 % впродовж трьох років при $p < 0,05$ із максимальним приростом протягом перших 6 місяців після початку лікування. Різниця значень абсолютного відхилення між підгрупою А та Б у термін 3 роки склала 34,3 % при $p < 0,05$.

Виявлено зменшення абсолютного рівня показника ВОР на 25,61 % впродовж трьох років у пацієнтів групи II-A. Максимальний відсоток зменшення даного показника також відбувався протягом перших 6 місяців після початку лікування. Абсолютний рівень показника ВОР у пацієнтів підгрупи Б II групи збільшився на 2,12% впродовж трьох років. Збільшення останнього відбувалось в період перших 6 місяців на 0,19% та після першого року після початку лікування при $p < 0,05$. Різниця між приростом абсолютного відхилення за період трьох років між підгрупами А та Б склала 23,5 % при $p < 0,05$.

Отримані результати свідчать, що відбулося зменшення абсолютного рівня показника ВОР на 29,0 % впродовж трьох років у пацієнтів групи III-A при $p < 0,05$. Максимальний відсоток зменшення даного показника відбувався протягом перших 6 місяців після початку лікування і становив 19,17 %. Абсолютний рівень показника ВОР у пацієнтів групи III-B зменшився на 2,25 % впродовж трьох років при $p < 0,05$. Констатоване незначне збільшення даного показника на 3,25 % у період із року до двох років після початку лікування. Різниця абсолютного відхилення в період трьох років від початку лікування між підгрупою А та Б третьої групи склала 26,75 % при $p < 0,05$.

Оцінюючи стан гігієни порожнини рота слід зазначити, що середній показник гігієнічного індексу Грін-Вермільона (зубний наліт) по першій групі склав $1,57 \pm 0,05$. Якщо його співставити із середнім значенням по даній групі у підгрупах А (позитивна 3-річна динаміка) та Б (негативна 3-річна динаміка), то маємо середнє значення по пацієнтам із позитивною динамікою, тоді як хворі підгрупи I Б мали середнє значення $1,80 \pm 0,03$, яке було на 14,5% більше середнього показника по групі. Достовірно гірший стан гігієни порожнини рота відмічений в осіб усіх підгруп Б, порі-

вняно із даними пацієнтів підгруп А.

Можливими причинами негативної динаміки є незадовільний індивідуальний догляд за гігієною порожнини рота, недотримання рекомендацій стоматолога щодо плану лікування, активізація соматичних захворювань та ряд інших факторів. На нашу думку, до факторів, які визначають успіх лікування хворих на генералізований пародонтит, окрім рівня індивідуальної гігієни порожнини рота, стану соматичного здоров'я, психологічного статусу та вмотивованості пацієнта належать також виявлення та контроль дії хвороботворних факторів, стан стоматологічного здоров'я, а також компетентність лікаря, рівень кадрового та технологічного забезпечення клініки для забезпечення мультидисциплінарного підходу.

Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать про виправданість проведеного лікування пацієнтів із генералізованим пародонтитом з урахуванням етіологічного, патогенетичного, симптоматичного підходу та дотриманням принципів комплексності, поєднаності, індивідуалізації, диференціації та курсовості. Чим раніше виявлене захворювання, проведена якісне всебічне обстеження пацієнта тим ефективніші профілактично-лікувальні заходи. Негативні результати курації пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом можна також суттєво зменшити при врахуванні додатково функціональних можливостей пародонтального комплексу.

Список літератури

1. Дімітрова А.Г. Ефективність місцевої етіотропної та патогенетично спрямованої терапії у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту у осіб молодого віку / А.Г. Дімітрова // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – №3(1). – С. 343–6.
2. Холодняк О.В. Ефективність лікування локалізованих захворювань тканин пародонта в осіб молодого віку за показниками дослідження швидкості саливації та стану кислотно-лужного балансу в порожнині рота / О.В. Холодняк, М.К. Добровольська // Клінічна стоматологія. – 2015. – №3-4. – С. 46–52.
3. Кананович Т.Н. Проблема состояния тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста / Т.Н. Кананович, И.Е. Воронина // Сучасна стоматологія. – 2018. – №1. – С. 30 – 33.
4. Борисенко А.В. Обґрунтування вибору засобів індивідуальної гігієни порожнини рота при лікуванні уражень маргінального пародонту / А.В. Борисенко, К.О. М'яківський // Современная стоматология. – 2015. – №2. – С. 24–7.
5. Борисенко А.В. Ефективність застосування лікувально-профілактичних зубних паст на основі натуральних екстрактів у хворих на генералізований пародонтит / А.В. Борисенко, Ю.В. Філімонов, Н.М. Ісакова, О.П. Дудік // Новини стоматології. – 2012. – №4. – С. 11–4.
6. Гірчак Г.В. Мультидисциплінарний підхід до лікування пацієнтів із деформаціями зубного ряду, ускладнених пародонтологічними захворюваннями / Г.В. Гірчак, Н.Л. Чухрай, О.Я. Матвійчук, І.Г. Чучмай // Новини стоматології. – 2013. – №4. – С. 93–6.
7. Самолечение заболеваний пародонта и слизистой

оболочки рта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев, Т.А. Галанова [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии – 2017. – №16(4). – С. 79–83.

8. Patient stratification for preventive care in dentistry / W.V. Giannobile, T.M. Braun, A.K. Caplis [et al.]. // J Dent Res. – 2013. – №92(8). – P. 694–701.

9. Кононова О.В. Віддалені результати лікування хворих на генералізований пародонтит з проявами психоеміційного стресу / О.В. Кононова // Новини стоматології. – 2019. – №2. – С. 6-10

10. Галиуллина Э.Ф. Новые подходы к этиологии заболеланий пародонта в свете современной концепции их патогенеза (обзор литературы) / Э.Ф. Галиуллина // Пародонтология. – 2017 – №2(83). – С. 21-24.

11. Гендерные различия в микробиоме пародонтального кармана у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом / О.А. Зорина, Н.К. Аймадинова, А.А. Басова [и др.] // Стоматология. – 2016. – №3. – С.10-16.

12. Виробнича практика з терапевтичної стоматології для студентів IV курсу / Петрушанко Т.О., Ніколішин А.К., Іленко Н.М. и др. – Київ: «Центр учбової літератури», 2018. – 288 с.

REFERENTS

1. Dimitrova A.H. Efficiency of local etiotropic and pathogenetically directed therapy in the complex treatment of generalized periodontitis in young people. *Visnyk problem biologii i medycyny*. 2015;3(1):343–346.
2. Kholodniak O.V., Dobrovolska M.K. The effectiveness of treatment of localized periodontal diseases in young people according to the study of the rate of salivation and the state of acid-base balance in the oral cavity. *Klinichna stomatologija*. 2015;3:46–52.
3. Kananovich T.N., Voronina I.E. The problem of the state of periodontal tissues in the elderly. *Suchasna stomatologija*. 2018;1:30 – 33.
4. Borysenko A.V., Mialkivskyi K.O. Rationale for the choice of personal oral hygiene products in the treatment of marginal periodontal lesions. *Sovremennaya stomatologiya*. 2015;2:24–27.
5. Borysenko A.V., Filimonov Yu.V., Isakova N.M., Dudik O.P. The effectiveness of therapeutic and prophylactic toothpastes based on natural extracts in patients with generalized periodontitis. *Novyny stomatologii*. 2012;4:11–14.
6. Hirschak H.V., Chukhrai N.L., Matviichuk O. Ia., Chuchai I.H. Multidisciplinary approach to the treatment of patients with dentition deformities complicated by periodontal diseases. *Novyny stomatologii*. 2013;4:93–96.
7. Tsepov L.M., Nikolaev A.I., Galanova T.A., Levchenko N.S., Petrova E.V., Turgeneva L.B. Self-medication of periodontal disease and oral mucosa. *Vestnik Smolenskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii*. 2017;16(4):79–83.
8. Giannobile W.V., Braun T.M., Caplis A.K., Doucette-Stamm L., Duff G.W., Kornman K.S. Patient stratification for preventive care in dentistry. *J Dent Res*. 2013;92(8):694–701.
9. Kononova O.V. Long-term results of treatment of patients with generalized periodontitis with manifestations of psychoemotional stress. *Novyny stomatologii*. 2019;2:6-10.
10. Galiullina E.F. New approaches to the etiology of periodontal diseases in the light of the modern concept of their pathogenesis (literature review). *Parodontologiya*. 2017;2(83):21-24.
11. Zorina O.A., Aymadinova N.K., Basova A.A. i dr. Gender differences in the periodontal pocket microbiome in patients with chronic generalized periodontitis. *Stomatologiya*. 2016;3:10-16.
12. Petrushanko T.O, Nikolishyn A.K., Penko N.M., Nikolishyna E.V., Ivanytskyi I.O. Vyrobnycha praktyka z

terapevtychnoi stomatolohii dlia studentiv IV kursu / [Industrial practice in therapeutic dentistry for fourth year students]. Kyiv: «Centr uchbovoi' literatury»; 2018:288.

Надійшла 09.04.2020



DOI 10.35220/2078-8916-2020-36-2-33-38

УДК 616.314.17-008.1(005).36(0053)

І. П. Мазур, д. мед. н., І. М. Супрунович

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTI РЕЦЕСІЙ ЯСЕН У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ У ОСІБ РІЗНОЇ СТАТИ

Рецесія ясен є поширеним клінічним станом, який часто зустрічається у клінічній практиці лікарів-стоматологів. Метою даного дослідження було визначити поширеність рецесій ясен у пацієнтів з генералізованим пародонтизом відповідно до гендерної приналежності. У дослідженні взяло участь 133 пацієнтів з генералізованим пародонтизом віком від 29 до 59 років, яким було проведено комплексне пародонтологічне обстеження використовуючи програму Florida Probe system. Залежно від статі пацієнти були розподілені на дві групи. Результати дослідження показали, що у всіх пацієнтів з генералізованим пародонтизом були наявні рецесії ясен. Поширеність рецесій ясен у жінок становила 78.57 (50.00-91.36) % і була достовірною вищою ($p = 0,047$) ніж у чоловіків, в яких поширеність рецесій ясен склала 69.23 (39.28-82.14) %. У осіб жіночої статі спостерігається достовірно вища ($p = 0.035$) поширеність рецесій ясен на нижній щелепі порівняно з чоловічою: поширеність рецесій ясен на нижній щелепі у жінок була 83.97 (61.64-92.86) %, у чоловіків – 69.23 (48.08-87.30) %. Рецесії ясен 1-2 мм та 3-4 мм частіше спостерігаються у жінок, тоді як рецесії 5 і більше мм переважають у чоловіків, однак, достовірна різниця між групами відсутня.

Ключові слова: генералізований пародонтизм, рецесія ясен, поширеність, верхня щелепа, нижня щелепа.

И. П. Мазур, И. Н. Супрунович

Национальная медицинская академия
последипломного образования имени П. Л. Шупика

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ РЕЦЕССИЙ ДЕСЕН У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Рецессии десен являются распространенным клиническим состоянием, которое часто встречается в клинической практике врачей-стоматологов. Целью данного исследования было определить распространенность рецессий десен у пациентов с генерализованным пародонтизом в соответствии к гендерной принадлежности. В исследовании приняли участие 133 пациентов с генерализованным пародонтизом в возрасте от 29 до 59 лет, которым было проведено комплексное пародонтологическое обследование используя программу Florida Probe system. В зависимости от пола пациенты были разделены на две группы. Результаты исследования показали, что у всех пациентов с генерализованным пародонтизом имелись рецессии десен. Распространенность рецессий десен у женщин составляла 78.57 (50.00-91.36) % и была достоверно выше ($p = 0,047$) чем у мужчин, у которых распространенность рецессий составила 69.23 (39.28-82.14) %. У лиц женского пола распространенность рецессий десен на нижней челюсти достоверно выше ($p = 0.035$) по сравнению с мужским полом: распространенность рецессий десны на нижней челюсти у женщин была 83.97 (61.64-92.86) %, у мужчин - 69.23 (48.08-87.30) %. Рецессии десен 1-2 мм и 3-4 мм чаще наблюдаются у женщин, тогда как рецессии 5 и более мм – у мужчин, однако, достоверная разница между группами отсутствует.

Ключевые слова: генерализованный пародонтизм, рецессия десны, распространенность, верхняя челюсть, нижняя челюсть.

I. P. Mazur, I. M. Suprunovych

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate
Education

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF GINGIVAL RECESSION IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS DEPENDING ON GENDER

ABSTRACT

Introduction. Gingival recession is a clinical condition that is common in the dental practice of dentists.

Aim. To determine the prevalence of gingival recessions in patients with generalized periodontitis depending on gender.