

**РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА**<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)<sup>2</sup>Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет» (м. Київ)

shermanchuk@ukr.net

**Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.** Наукове дослідження проведено в рамках НДР кафедри ортопедичної стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика «Сучасні методи реабілітації стоматологічних хворих із застосуванням ортопедичних конструкцій» (№ державної реєстрації 0117 U002587) та кафедри ортопедичної стоматології та ортодонції ПВНЗ «Київський медичний університет» «Підвищення ефективності ортопедичного і ортодонтичного лікування хворих з дефектами зубів, зубних рядів, аномаліями та деформаціями зубощелепного апарату» (№ державної реєстрації 0206U011147).

**Вступ.** Найбільш розповсюдженими причинами виникнення дефектів зубних рядів поряд з карієсом та його ускладненнями – пульпітом та періодонтитом – є захворювання пародонту [1]. За даними ВООЗ пародонтит є шостим за розповсюдженістю захворюванням людини [2].

Згідно з даними епідеміологічних обстежень, поширеність основних стоматологічних захворювань в Україні достатньо висока та становить: карієсу – 93%, захворювань пародонту в осіб віком від 16 до 35 років 74%, а після 40 років – майже у 100% обстежених [3].

Хронічне запалення тканин пародонта призводить до руйнування періодонтальних зв'язок та альвеолярної кістки, наслідком ураження утримуючого апарату зубів стає часткова втрата самих зубів, що викликає функціональні порушення зубощелепної системи [4]. Відповідно до цього, ортопедичні заходи при захворюваннях тканин пародонта та наявності дефектів зубних рядів направлені на зниження прогресування захворювання або ускладнень, які вже мають місце, нормалізацію функції тканин пародонта, досягнення стабілізації та довготривалої ремісії [5]. Завданням ортопедичного лікування є вирівнювання оклюзійних співвідношень, відновлення функціональної єдності зубного ряду з використанням компенсаторних можливостей кожного зуба та зубних рядів у цілому, усунення патологічної рухомості, шляхом іммобілізації груп зубів або усього зубного ряду, відновлення функції жувальної системи протезуванням з перерозподілом жувального тиску – розвантаженням зубів з ушкодженим пародонтом за рахунок зубів з інтактним або менш ураженим пародонтом, зменшення горизонтальної та вертикальної компоненти жувальних зусиль [6].

Особливістю клінічної картини генералізованих захворювань тканин пародонта при частковій втраті зубів є зростання функціонального навантаження внаслідок зменшення кількості зубів та самого протезування [7]. Структурні та функціональні зміни зубощелепного апарату, в кожному конкретному випадку часткової втрати зубів, у хворих з захворюваннями тканин пародонта обумовлюють поліморфність клінічної картини, потребують визначення залишкової

потужності пародонту для з'ясування характеру компенсаторно-морфологічних можливостей [8].

**Мета роботи.** Визначити структуру та поширеності дефектів зубних рядів верхньої щелепи (ВЩ) і нижньої щелепи (НЩ) згідно класифікації Кеннеді та проаналізувати типи дефектів в залежності від кількості втрачених зубів у осіб з частковою втратою зубів при захворюваннях тканин пародонта.

**Об'єкт і методи дослідження.** Для вирішення поставленої мети було обстежено 83 особи із захворюваннями тканин пародонта без діагностованої супутньої загальносоматичної патології, які звернулися по консультативну і лікувальну допомогу на кафедру ортопедичної стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика та на кафедру ортопедичної стоматології та ортодонції ПВНЗ «Київський медичний університет».

При обстеженні заповнювалась карта стоматологічного хворого форма 043/о. Дана карта заповнювалась на кожного оглянутого і вміщувала: паспортні данні, скарги пацієнта, зубну формулу, вид прикусу, стан оклюзії, наявність дефектів зубів (за Блеком) і зубних рядів (за Кеннеді).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Згідно проведених досліджень з визначенням структури та поширеності дефектів зубних рядів ВЩ і НЩ згідно класифікації Кеннеді та аналізом типу дефектів в залежності від кількості втрачених зубів отримано наступні результати.

Результати проведених клінічних досліджень 83 осіб із частковою втратою зубів із захворюваннями тканин пародонта без діагностованої супутньої загально соматичної патології з визначенням структури та поширеності дефектів зубних рядів ВЩ і НЩ згідно класифікації Кеннеді та аналізом типу дефектів в залежності від кількості втрачених зубів, виявили особливості, які характеризують структурно-функціональний стан зубощелепної системи обстеженого контингенту хворих залежно від ступеня тяжкості хронічного генералізованого пародонтиту (ХГП).

Дані про розподіл хворих за наявністю дефектів зубних рядів на ВЩ та НЩ наведені у **таблиці 1**, а розподіл за класом дефектів зубних рядів за Кеннеді на ВЩ та НЩ наведений у **таблиці 2**.

У обстежених даної групи – 83 хворих на ХГП I-III ступеня тяжкості, віком 18-60 років дефекти зубних рядів на ВЩ та НЩ виявлено у 61 пацієнта (73,49% від загальної кількості осіб у групі). Інтактні зубні ряди на одній із щелеп виявлено у 22 пацієнтів (26,51% від загальної кількості осіб у групі), при цьому на НЩ інтактний зубний ряд виявлено у 9 осіб (10,84% від загальної кількості осіб у групі), а на ВЩ у 13 осіб (15,66% від загальної кількості осіб у групі).

Аналіз розповсюдженості дефектів зубних рядів у цій групі показав, що було визначено 55 дефектів I класу за Кеннеді на одній або на обох щелепах (33,13% від загальної кількості дефектів), при цьому дефекти I класу за Кеннеді на обох щелепах діагнос-

**Таблиця 1.**  
**Розподіл хворих II клінічної групи за наявністю дефектів зубних рядів на ВЩ та НЩ (n=83)**

Кількість хворих II клінічної групи		Зубні ряди	
Абсолютне значення	%	ВЩ	НЩ
-	-	інтактний зубний ряд	інтактний зубний ряд
4	4,82	інтактний зубний ряд	I клас за Кеннеді
3	3,61	інтактний зубний ряд	II клас за Кеннеді
6	7,23	інтактний зубний ряд	III клас за Кеннеді
-	-	інтактний зубний ряд	IV клас за Кеннеді
2	2,41	I клас за Кеннеді	інтактний зубний ряд
9	10,84	I клас за Кеннеді	I клас за Кеннеді
12	14,46	I клас за Кеннеді	II клас за Кеннеді
5	6,02	I клас за Кеннеді	III клас за Кеннеді
-	-	I клас за Кеннеді	IV клас за Кеннеді
3	3,61	II клас за Кеннеді	інтактний зубний ряд
9	10,84	II клас за Кеннеді	I клас за Кеннеді
5	6,02	II клас за Кеннеді	II клас за Кеннеді
4	4,82	II клас за Кеннеді	III клас за Кеннеді
-	-	II клас за Кеннеді	IV клас за Кеннеді
4	4,82	III клас за Кеннеді	інтактний зубний ряд
5	6,02	III клас за Кеннеді	I клас за Кеннеді
8	9,64	III клас за Кеннеді	II клас за Кеннеді
4	4,82	III клас за Кеннеді	III клас за Кеннеді
-	-	III клас за Кеннеді	IV клас за Кеннеді
-	-	IV клас за Кеннеді	інтактний зубний ряд
-	-	IV клас за Кеннеді	I клас за Кеннеді
-	-	IV клас за Кеннеді	II клас за Кеннеді
-	-	IV клас за Кеннеді	III клас за Кеннеді
-	-	IV клас за Кеннеді	IV клас за Кеннеді
83	100,00	Усього	

товано у 9 осіб (10,84% від загальної кількості осіб у групі). Дефекти II класу за Кеннеді спостерігались у 49 випадках (29,52% від загальної кількості дефектів), а на обох щелепах у 5 осіб (6,02% від загальної кількості осіб у групі). Всього було діагностовано 40 дефектів III класу за Кеннеді виявлено (24,10% від загальної кількості дефектів), на обох щелепах дефекти III класу були у 4 осіб (4,82% від загальної кількості осіб у групі). Інтактний зубний ряд діагностовано в 22 випадках (13,25% від загальної кількості випадків). Дефектів зубних рядів IV класу не виявлено.

Найбільша кількість дефектів – 28, було I класу за Кеннеді на ВЩ та II класу за Кеннеді на НЩ.

**Таблиця 2.**  
**Розподіл хворих II клінічної групи за класом дефектів зубних рядів за Кеннеді на ВЩ та НЩ (n=83)**

Клас дефекту	Зубні ряди				Усього	
	ВЩ		НЩ			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I клас за Кеннеді	28	16,87	27	16,26	55	33,13
II клас за Кеннеді	21	12,65	28	16,87	49	29,52
III клас за Кеннеді	21	12,65	19	11,45	40	24,10
Інтактний зубний ряд	13	7,83	9	5,42	22	13,25
Усього	83	50,00	83	50,00	166	100

Характеристика зубних рядів хворих за кількістю відсутніх зубів на ВЩ та НЩ наведено у **таблиці 3**.

Аналізуючи кількість відсутніх зубів у пацієнтів виявлена найбільша кількість дефектів з відсутністю трьох зубів. Всього було 29 дефектів на верхній щелепі та 26 на нижній (17,47% та 15,65% від загальної кількості дефектів). При цьому найбільша кількість випадків визначалась при I класі за Кеннеді (12 на верхній та 14 випадків та нижній щелепі). При II класі за Кеннеді таких клінічних ситуацій було 8 (4,82%) на ВЩ та 6 (3,61%) на НЩ. Також визначено 9 (5,42%) дефектів з відсутністю трьох зубів на ВЩ та 6 (3,61%) на НЩ III класу за Кеннеді.

Найнижчі показники в цієї групі було встановлено для дефектів зубного ряду, які обумовлені відсутністю одного та п'яти зубів (6,02%).

В дослідній групі визначено кількість дефектів зубних рядів з відсутністю одного зуба: II клас за Кеннеді – чотири (2,41%), III клас за Кеннеді – 6 (3,61%). Дефектів I класу за Кеннеді з відсутністю одного зуба не було.

Показники дефектів обумовлених відсутністю двох зубів становили 25,91%, та виявлені у 18 випадках на ВЩ (10,84%), у 25 на НЩ (15,07%). Найбільша кількість таких дефектів була при III класі за Кеннеді – 8 (4,82%) на ВЩ та 11 (6,63%) на НЩ. Найменша при I класі за Кеннеді – 4 (2,41%) на ВЩ та 3 (1,81%) на НЩ.

Показники дефектів обумовлених відсутністю чотирьох зубів становили 15,46%, та виявлені у 14 випадках на ВЩ (8,43%), у 12 на НЩ (7,23%). Відсутність п'яти зубів була визначена: чотири (2,41%) на ВЩ, та 6 (3,61%) на НЩ, по 5 випадків I та II класу за Кеннеді.

Результати нашого дослідження не суперечать результатам моніторингу стоматологічного статусу 107 пацієнтів у віці від 35-44 років видалення хоча б одного зуба визначено у 91% випадків, збереження морфологічної єдності зубного ряду виявлено тільки у 9% пацієнтів. Кількість осіб із видаленими зубами в 65-74 роки сягає 98,5% у чоловіків та 97,3% у жінок. Встановлено найчастішу відсутність перших молярів, потім других молярів, других премолярів та перших премолярів. Відсутність перших різців становить 0,9% у віці 35-44 років, других різців до 4,7%, ікла відсутні в 5,6% випадків [9].

Після часткової втрати зубів, яка ускладнена захворюваннями тканин пародонта, зубний ряд значним чином змінюється. Клінічна картина при цьому досить різноманітна та залежить від кількості втрачених зубів, їх розташування у зубному ряді, від функції цих зубів, виду прикусу [10,11].

**Висновки.** Аналіз джерел літератури вітчизняних та зарубіжних авторів свідчить про високу розповсюдженість захворювань тканин пародонта у віці від 16 до 65 років. Проведені епідеміологічні дослідження довели, що при захворюваннях тканин пародонта часткова втрата зубів є найпоширенішою патологією, яка призводить до розвитку вторинних деформацій зубних рядів, викликає функціональні та морфологічні порушення єдності зубного ряду, призводить до складної перебудови прикусу та зубощелепної системи у цілому.

**Перспективи подальших досліджень.** Перспектива подальших досліджень полягає в подальшому поглибленому вивченні захворювань тканин пародонта і аналізу ефективності ортопедичного лікування хворих із захворюваннями тканин пародонта.

Таблиця 3.

Характеристика зубних рядів хворих II клінічної групи за кількістю відсутніх зубів на ВЩ та НЩ (n=83)

Зубний ряд	Кількість відсутніх зубів																				Усього					
	0				1				2				3				4						5			
	ВЩ		НЩ		ВЩ		НЩ		ВЩ		НЩ		ВЩ		НЩ		ВЩ		НЩ		ВЩ		НЩ			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Дефект I класу за Кеннеді	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2,41	3	1,81	12	7,23	14	8,43	10	6,02	7	4,22	2	1,20	3	1,81	55	33,13
Дефект II класу за Кеннеді	-	-	-	-	1	0,60	3	1,81	6	3,61	11	6,63	8	4,82	6	3,61	4	2,41	5	3,01	2	1,20	3	1,81	49	29,52
Дефект III класу за Кеннеді	-	-	-	-	4	2,41	2	1,20	8	4,82	11	6,63	9	5,42	6	3,61	-	-	-	-	-	-	-	-	40	24,10
Дефект IV класу за Кеннеді	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Інтактний	13	7,83	9	5,42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	13,25
Усього	13	7,83	9	5,42	5	3,01	5	3,01	18	10,84	25	15,07	29	17,47	26	15,65	14	8,43	12	7,23	4	2,40	6	3,62	166	100

Література

1. Danylevs'kyj MF, Sydel'nykova LF, Tkachenko AG. Rozpovsjudzhenist' osnovnyh stomatologichnyh zahvorjuvan' i stan gigijeny porozhnyny rota u naselennja riznyh regioniv Ukraїny (po zvernennju). Profilaktyka stomatologichnyh zahvorjuvan'. 2004;9:11-7. [in Ukrainian].
2. World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization. [Internet]. World Health Organization. [Fact sheet Updated October 2017]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/9/15-020917/en/>
3. Labunec' VA. Riven' zabezpechenosti doroslogo mis'kogo naselennja Ukraїny zubnyimi protezamy. Novyny stomatologii'. 1999;2:49-51. [in Ukrainian].
4. Zhulev EN. Klinika, diagnostika i ortopedicheskoe lechenie zabolevanij parodonta. Nizhnij Novgorod: NGMA; 2003. 273 s. [in Russian].
5. Pavlenko AV, Mazur IP. Lechebno-reabilitacionnye meroprijatija u bol'nyh generalizovannym parodontitom. Sovremennaja stomatologija. 2003;2:33-7. [in Russian].
6. Belousov NN, Bulanov VI. Problemy obsledovanija i diagnostiki pri zabolevanijah parodonta. Stomatologija. 2004;2:19-20. [in Russian].
7. Kopejkin VN. Rukovodstvo po ortopedicheskij stomatologii. Moskva: Triada – H; 1998. 496 s. [in Russian].
8. Topka PP. Protezuvannja defektiv zubnyh rjadiv pry parodontyti i parodotozi z urahuvannjam vyznachennja zalyshkovoi' potuzhnosti parodontu [avtoreferat]. Kyїv: NМУ imeni akad. O.O. Bogomol'cja; 1997. 24 s. [in Ukrainian].
9. Jolov CV. Chastota udalenij razlichnih zubov u lic v vozraste ot 35 do 44 let. Stomatologija. 2001;6:25-7. [in Russian].
10. Armitage GC. Diagnosis of periodontal diseases. J. Periodontol. 2003;74:1237-47.
11. Willmann DE, Harris NO. The role of dental plaque in the etiology and progress of periodontal disease. In: Harris NO, Garcia-Godoy F, eds. Primary preventive dentistry. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2003. p. 73-91.

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Германчук С. М., Біда В. І.

**Резюме.** Найбільш розповсюдженими причинами виникнення дефектів зубних рядів поряд з карієсом та його ускладненнями – пульпітом та періодонтитом – є захворювання пародонту. Хронічне запалення тканин пародонта призводить до руйнування періодонтальних зв'язок та альвеолярної кістки, наслідком ураження утримуючого апарату зубів стає часткова втрата самих зубів, що викликає функціональні порушення зубощелепної системи.

**Мета роботи.** Визначити структуру та поширеності дефектів зубних рядів верхньої щелепи (ВЩ) і нижньої щелепи (НЩ) згідно класифікації Кеннеді та проаналізувати типи дефектів в залежності від кількості втрачених зубів у осіб з частковою втраатою зубів при захворюваннях тканин пародонта.

**Об'єкт і методи.** Для вирішення поставленої мети було обстежено 83 особи із захворюваннями тканин пародонта без діагностованої супутньої загальносоматичної патології.

**Результати досліджень.** У обстежених даної групи – 83 хворих на ХГП I-III ступеня тяжкості, віком 18-60 років дефекти зубних рядів на ВЩ та НЩ виявлено у 61 пацієнта (73,49% від загальної кількості осіб у групі). Інтактні зубні ряди на одній із щелеп виявлено у 22 пацієнтів (26,51% від загальної кількості осіб у групі), при

цьому на НЩ інтактний зубний ряд виявлено у 9 осіб (10,84% від загальної кількості осіб у групі), а на ВЩ у 13 осіб (15,66% від загальної кількості осіб у групі).

*Висновки.* Проведені епідеміологічні дослідження довели, що при захворюваннях тканин пародонта часткова втрата зубів є найпоширенішою патологією, яка призводить до розвитку вторинних деформацій зубних рядів, викликає функціональні та морфологічні порушення єдності зубного ряду, призводить до складної перебудови прикусу та зубощелепної системи у цілому.

**Ключові слова:** пародонт, дефект зубного ряду, зубощелепна система.

### РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРЕЙ ЗУБОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

**Германчук С. М., Беда В. И.**

**Резюме.** Наиболее распространенными причинами возникновения дефектов зубных рядов вместе с кариесом и его осложнениями – пульпитом и периодонтитом – есть заболевания пародонта. Хроническое воспаление тканей пародонта приводит к разрушению периодонтальных связок и альвеолярной кости. А поражения удерживающего аппарата зубов – к частичной потери самых зубов, вызывая функциональные нарушения зубочелюстной системы.

*Цель работы.* Изучить структуру и распространенность дефектов зубных рядов верхней челюсти (ВЩ) и нижней челюсти (НЧ) согласно классификации Кеннеди и проанализировать типы дефектов в зависимости от количества удаленных зубов у лиц с частичной потерей зубов при заболеваниях тканей пародонта.

*Объект и методы.* Для решения поставленной цели были обследованы 83 человека с заболеваниями тканей пародонта без диагностированной сопутствующей общесоматической патологии.

*Результаты исследований.* У обследованных 83 больных с ХГП I-III степени тяжести в возрасте 18-60 лет дефекты зубных рядов на ВЩ и НЧ обнаружены у 61 пациента (73,49% от общего количества человек в группе). Интактные зубные ряды на одной из челюстей выявлено у 22 пациентов (26,51% от общего количества человек в группе), при этом на НЧ интактный зубной ряд выявлен у 9 человек (10,84% от общего количества человек в группе), а на ВЩ у 13 человек (15,66% от общего количества человек в группе).

*Выводы.* Проведенные эпидемиологические исследования показали, что при заболеваниях тканей пародонта частичная потеря зубов является самой распространенной патологией, приводящей к развитию вторичных деформаций зубных рядов, вызывает функциональные и морфологические нарушения единства зубного ряда, приводит к сложной перестройки прикуса и зубочелюстной системы в целом.

**Ключевые слова:** пародонт, дефект зубного ряда, зубочелюстная система.

### RESULTS OF CLINICAL EXAMINATION OF PEOPLE WITH PARTIAL TOOTH LOSS IN PERIODONTAL DISEASES

**Hermanchuk S., Bida V.**

**Abstract.** Periodontal diseases are the most common causes of edentulous space, along with caries and its complications – pulpitis and periodontitis. According to the WHO, periodontitis is the sixth most widespread human disease.

Chronic inflammation of periodontal tissues results in the destruction of periodontal ligaments and alveolar bone. This leads to a partial loss of the teeth itself, causing functional disorders of the dentofacial system.

*Aim* is to determine the structure and prevalence of edentulous space of the upper jaw (UJ) and the lower jaw (LJ) according to the Kennedy classification and to analyse the types of defects depending on the number of lost teeth in individuals with partial tooth loss in case of periodontal diseases.

*Object and methods.* In order to achieve the aim, 83 people with periodontal diseases were examined without diagnosed concomitant general-somatic pathology.

*Research results and their discussion.* According to the research, the following results were obtained for the determination of the structure and prevalence of edentulous space of the upper jaw and the lower jaw according to the Kennedy classification and the defect type analysis, depending on the number of lost teeth.

Among 83 patients with chronic generalized periodontitis of I-III degree of severity, aged 18-60, edentulous space on the UJ and on the LJ was detected in 61 people (73.49% of the total number of people in the group). Intact dentitions on one of the jaws were in 22 patients (26.51% of the total number of people in the group), while on the LJ intact tooth dentition was found in 9 people and on the UJ in 13 people (10.84% and 15.66% of the total number of people in the group respectively).

The analysis of the prevalence of edentulous space in this group showed that 55 defects of Class I on one or both jaws (33.13% of the total number of defects) were identified, while defects of Class I on both jaws were diagnosed in 9 people (10.84% of the total number of people in the group). Defects of Class II were observed in 49 cases (29.52% of the total number of defects), and on both jaws in 5 people (6.02% of the total number of individuals in the group). In total, 40 defects of Class III were diagnosed (24,10% of the total number of defects), and defects of Class III on both jaws were found in 4 people (4.82% of the total number of people in the group). An intact dentition was diagnosed in 22 cases (13.25% of the total number of cases). Edentulous space of Class IV was not detected.

The greatest number of defects was with the absence of three teeth. There were a total of 29 defects on the UJ and 26 on the LJ (17.47% and 15.65% of the total number of defects). The highest number of cases was detected in Class I (12 on the UJ and 14 cases on the LJ). In Class II, there were 8 (4.82%) clinical situations on the UJ and 6 (3.61%) on the LJ. 9 (5.42%) Class III defects with the absence of three teeth on the UJ and 6 (3.61%) on the LJ were noted. The lowest rates were found in case of edentulous space, which is due to the absence of one and five teeth (6.02%).

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 ХВОРОБИ 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 багатofакторністю 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 багатofакторну 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 В-III ступенів та іншими системними захворюваннями.

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