

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Е. М. Данко, В. В. Пантьо, М. Л. Нестеренко

ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (м. Ужгород, Україна)

Вступ. Захворювання тканин пародонту на даний час посідають вагоме місце серед інфекційних захворювань, як в стоматології, так і в медицині в цілому, є значно поширеними серед населення, є причиною втрати великої кількості зубів, появою вогнищ хронічної інфекції та зниженням реактивності організму [1-2]. Розуміння механізмів порушень у пародонті на молекулярному рівні дає можливість розробити оптимальні заходи щодо їх діагностики, профілактики та лікування [3]. Одним з основних етіологічних чинників розвитку патології пародонта є мікроорганізми ротової порожнини, а також їх екзо- та ендотоксини [4-6]. Також до місцевих факторів впливу на тканини пародонту, які знаходяться безпосередньо в ротовій порожнині, можна віднести такі: над- та підясенні зубні відкладення, наявність неякісних реставрацій та ортопедичних конструкцій; травматична оклюзія; зміна кількісного та якісного складу слини та ін. [7-9].

Тому, важливу роль відіграє оцінка факторів ризику виникнення захворювань тканин пародонта, а їх вчасна діагностика та усунення є першочерговими для успішної профілактики та лікування захворювань пародонта.

Основна частина. Нами було обстежено 107 пацієнтів віком 17-62 років на базі «Університетської стоматологічної поліклініки» стоматологічного факультету УжНУ. Нашою метою було визначити та оцінити фактори ризику та причини виникнення захворювань тканин пародонта у пацієнтів різних вікових груп, визначити взаємозв'язок між ними для можливого попередження виникнення ускладнень. У кожного пацієнта було проведено комплексне клінічне обстеження стану тканин пародонту за допомогою індексної оцінки, а саме, індекс гігієни Федорова-Володкіної. Для візуальної оцінки стану кісткової тканини коміркового відростка верхньої та коміркової частини нижньої щелепи було проведено рентгенологічне дослідження – ортопантомограму. Також кожен хворий був направлений на мікробіологічний аналіз мазків зі слизової оболонки ротової порожнини для визначення складу аеробної та факультативно-анаеробної мікрофлори.

Серед мікроорганізмів висіяних зі слизової оболонки порожнини ясен у хворих були *Staphylococcus aureus* (34%), α - та β -гемолітичний стрептококи (47%) та змішана мікрофлора (19%).

Серед обстежених пацієнтів у 21,4% віком 18-35 років – клінічно здоровий пародонт, у 8,8% хороша гігієна порожнини рота, індекс Федорова-Володкіної $1,22 \pm 1,48$; у 9,6% задовільна гігієна, індекс Федорова-Володкіної $1,64 \pm 1,95$; у 3% незадовільна гі-

гієна, індекс Федорова-Володкіної склав $1,73 \pm 2,36$, велика наявність зубних відкладень.

У 15,5% пацієнтів віком 17-37 років – було діагностовано запалення ясен, а саме: у 9,4% хронічний катаральний гінгівіт; у 6,1% гіпертрофічний гінгівіт I-II ступенів. Індекс гігієни за Федорова-Володкіної склав $2,12 \pm 2,45$ для всіх пацієнтів. У 8,3% пацієнтів причиною запалення ясен став незадовільний стан гігієни порожнини рота внаслідок наявності зубних відкладень, у 4,7% незадовільний стан гігієни порожнини рота внаслідок носіння брекет-системи; у 2,5% внаслідок гормонального порушення при вагітності.

У 14,2% пацієнтів віком 28-46 років – діагностували локалізований пародонтит різних ступенів важкості, індекс Федорова-Володкіної склав $1,82 \pm 2,48$. У 6,1% пацієнтів причиною захворювання стали нависаючі краї реставрацій у бічних групах зубів; у 5% неправильній фіксації коронок зубів; у 3,1% наявності нависаючих країв реставрацій, неправильно фіксованих ортопедичних конструкцій.

У 48,9% пацієнтів віком 34-62 років, було діагностовано травматичну оклюзію. У 21,1% пацієнтів віком 34-38 років було діагностовано первинну травматичну оклюзію, стертість ріжучої поверхні нижніх різців та іклів, рецесії ясен початкового – I ступенів. У 27,8% пацієнтів віком 49-62 років діагностовано вторинну травматичну оклюзію, яка стала ймовірною причиною у 12,3% генералізованого пародонтиту початкового ступеню, 14% генералізованого пародонтиту I-II ступенів, у 1,5% генералізованого пародонтиту III ступеню. Індекс гігієни за Федорова-Володкіної склав $2,47 \pm 3,81$ для всіх пацієнтів.

Підсумовуючи вище сказане, захворювання тканин пародонта у пацієнтів в першу чергу викликані дією мікроорганізмів, що входять до складу зубних відкладень, які були наявні у 81,6% пацієнтів різних вікових груп. Прослідковується також залежність віку та розвитку запально-деструктивних захворювань тканин пародонту та негативна дія травматичної оклюзії, що призводить до важчих ступенів та стрімкого розвитку цих захворювань.

Висновки.

Результати клінічного огляду пацієнтів свідчать про те, що є зв'язок між місцевими факторами ризику, певною віковою категорією та виникненням захворювань тканин пародонта. Основною причиною захворювання тканин пародонта у 81,6% обстежених пацієнтів є наявність незадовільної гігієни порожнини рота, м'яких та твердих зубних

відкладень та особливої мікрофлори порожнини рота.

У 48,9% пацієнтів було діагностовано травматичну оклюзію, що призводить до генералізованого пародонтиту, а у 14,2% пацієнтів причинами локалізованого пародонтиту стали нависаючі краї

реставрацій та неправильно зафіксовані ортопедичні конструкції.

Для ефективного попередження виникнення захворювань тканин пародонта та їх ускладнень важливу роль відіграє персоналізований підхід обстеження із урахуванням як місцевих, так і загальних факторів та індивідуальних особливостей організму.

Література

1. Sanz M. European workshop in periodontal health and cardiovascular disease—scientific evidence on the association between periodontal and cardiovascular diseases: a review of the literature. *European Heart Journal Supplements*. 2010 Apr 01;12:B3-B12. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/suq003>.
2. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: a call for global action. *Journal of Clinical Periodontology*. 2017 Apr 17;44(5):456-462. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12732>.
3. Reynolds I, Duane B. Periodontal disease has an impact on patients' quality of life. *Evidence-Based Dentistry*. 2018 Mar 23;19(1):14-15. DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6401287>.
4. Paolantonio MD, Angelo M, Grassi RF. Clinical and microbiologic effects of subgingival controlled-release delivery of chlorhexidine chip in the treatment of periodontitis: a multicenter study. *J. Periodontol*. 2008;79(2):271-282.
5. Naguib G, Al-Mashat H, Desta T. Diabetes prolongs the inflammatory response to a bacterial stimulus through cytokine dysregulation. *J. Invest Dermatol*. 2004;123:87-92.
6. Verzijl N, DeGroot J, Ben ZC. Crosslinking by advanced glycation end products increases the stiffness of the collagen network in human articular cartilage: A possible mechanism through which age is a risk factor for osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 2002;46:114-123.
7. Herbert M. O problemakh vozniknoveniya parodontita. Faktory riska, kriterii otsenki i neobkhodimost' privlecheniya spetsialistov v drugikh oblastiakh meditsiny. *Nov. v stomatol*. 2002;8:6-9. [in Russian].
8. Danilina TF, Mikhailchenko DV, Zhidovinov AV. Sposob diagnostiki neperenosimosti ortopedicheskikh konstruktsey v polosti rta. *Sovremennyye naukoymkiye tekhnologii*. 2013;1:46-48. [in Russian].
9. Isakova NM, Isakov PA, Kynina OS, Zakalata TR. Vplyv dental'noyi vkladky na stan mikroflory parodontal'nykh kyshen' u patsiyentiv z heneralizovanyim parodontytom. *Visnyk morfolohiyi*. 2016;2(22):332-335.