

УДК 616.311.2+616.314.17]-002-06:616.72-002.77]-08-059-071.3

DOI <https://doi.org/10.35220/2523-420X/2024.1.7>

М.М. Шевчук,

доктор філософії, доцент кафедри терапевтичної стоматології, пародонтології та стоматології, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, індекс 79010, maryanashevchuk4@gmail.com

Л.Ю. Мінько,

кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології, пародонтології та стоматології, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, індекс 79010, lida.minko@gmail.com

О.В. Скибчик,

доктор філософії, асистент кафедри стоматології дитячого віку, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, індекс 79010, oksana.skybchuk@gmail.com

Р.Ю. Шкрєбнюк,

кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології, пародонтології та стоматології, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, індекс 79010, shkrebnjuk.roksolana@gmail.com

В.Т. Дирик,

кандидат медичних наук, доцент кафедри терапевтичної стоматології, пародонтології та стоматології, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, індекс 79010, vlodzja-dyryk@ukr.net

Н.В. Дробінська,

доктор філософії, асистент кафедри внутрішньої медицини № 1, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, індекс 79010, Doktornataliia@gmail.com

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ІНДЕКСНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІСЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ ПРИ ЗНАЧЕННЯХ ІНДЕКСУ CPITN > 2

Мета дослідження. Оцінити ефективність розпрацьованої схеми комплексного лікування генералізованого пародонтиту (ГП) у пацієнтів із ревматоїдним артритом (РА) за динамікою пародонтальних та гігієнічного індексів.

Методи дослідження. Пародонтологічне лікування було проведено 78 пацієнтам із ГП на тлі РА. Критерії включення: ГП у пацієнтів із РА. Критерії виключення: ГП у пацієнтів з іншою соматичною патологією, вагітність, лактація. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи: основну – 44 пацієнти (56,41%), лікування яких проводилось із застосуванням розпрацьованої схеми комплексного лікування ГП, та групу порівняння – 34 пацієнти (43,59%), у яких лікування ГП здійснювалось за загальноприйнятими протоколами. Пацієнтам груп дослідження проводили професійну гігієну ротової порожнини, призначали комплекс індивідуальних гігієнічних засобів: щітки серії «Colgate Total», зубну пасту «Проденталь», ополіскувач «Ostenidol MouthWash», міжзубні йоржички «Colgate Total», флоси «Colgate Total Pro-Gum Health». Розпрацьована схема лікування ГП для пацієнтів основної групи включала засоби місцевої («Солкосерил, дентальна адгезивна паста», «Актовегін-гель») та загальної терапії («Хондроїтин Актив», «Коензим Q10»).

Оцінювали динаміку значень індексів РМА, ОНІ-S, CPITN та вакуумної проби стійкості капілярів (ВПСК) ясен за методикою В.І. Кулаженко до лікування, після лікування, через 3, 6 та 12 місяців після лікування.

Результати. Через 12 місяців у пацієнтів основної групи спостерігали покращення усіх індексних оцінок, тоді як у групі порівняння значення відповідних показників суттєво не відрізнялись від вихідних значень.

Висновки. Комплексне лікування ГП при значеннях індексу CPITN > 2 балів на тлі РА, із застосуванням розпрацьованої схеми сприяло ліквідації запалення, покращенню гігієни порожнини рота і нормалізації гемодинаміки в тканинах пародонта, що підтверджувалось позитивною динамікою індексних оцінок у найближчі та віддалені терміни спостереження.

Ключові слова: генералізований пародонтит, ревматоїдний артрит, індексна оцінка пародонтального статусу, комплексне лікування.

М.М. Shevchuk,

Doctor of Philosophy, Associate Professor of Department of Therapeutic Dentistry, Periodontology and Dentistry, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, 69 Pekarska street, Lviv, Ukraine, postal code 79010, maryanashevchuk4@gmail.com

L. Yu. Minko,

Candidate of Medical Sciences, Associate
Professor of Department of Therapeutic Dentistry,
Periodontology and Dentistry,
Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
69 Pekarska street, Lviv, Ukraine, postal code 79010,
lida.minko@gmail.com

O. V. Skybchuk,

Doctor of Philosophy, Assistant of Department
of Pediatric Dentistry,
Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
69 Pekarska street, Lviv, Ukraine, postal code 79010,
oksana.skybchuk@gmail.com

R. Yu. Shkrebnjuk,

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
of Department of Therapeutic Dentistry, Periodontology
and Dentistry,
Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
69 Pekarska street, Lviv, Ukraine, postal code 79010,
shkrebnjuk.roksolana@gmail.com

V. T. Dyryk,

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
of Department of Therapeutic Dentistry, Periodontology
and Dentistry,
Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
69 Pekarska street, Lviv, Ukraine, postal code 79010,
vlodzja-dyryk@ukr.net

N. V. Drobinska,

Doctor of Philosophy, Assistant of Department of Internal
Medicine No. 1,
Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
69 Pekarska street, Lviv, Ukraine, postal code 79010,
Doktornataliia@gmail.com

STUDY OF THE DYNAMICS OF INDEX INDICATORS AFTER COMPLEX TREATMENT FOR GENERALIZED PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AT THE CPITN INDEX VALUES > 2

The aim of the study. *Evaluating the effectiveness of the developed scheme for complex treatment of generalized periodontitis (GP) in patients with rheumatoid arthritis (RA) according to the dynamics of periodontal and hygienic indices.*

Research methods. *Periodontal treatment was performed in 78 patients with GP against the background of RA. Inclusion criteria: GP in patients with RA. Exclusion criteria: GP in patients with other somatic pathology, pregnancy, lactation. All patients were divided into 2 groups: the main group – 44 patients (56,41%), whose treatment was carried out using the developed scheme of complex treatment for GP, and the comparison group – 34 patients (43,59%), whose GP treatment was*

carried out according to generally accepted protocols. Professional oral hygiene was performed for the patients of the study groups, a set of individual hygiene products was prescribed: brushes of the “Colgate Total” series, “Prodentol” toothpaste, “Octenidol MouthWash” rinse, “Colgate Total” interdental brushes, “Colgate Total Pro-Gum Health” floss. The developed GP treatment scheme for patients in the main group included local (“Solcoseryl, dental adhesive paste”, “Actovegin-gel”) and general therapy (“Chondroitin Active”, “Coenzyme Q10”).

The dynamics of the index values of the PMA, OHI-S, CPITN and the vacuum capillary resistance test (VCRT) values of the gums were evaluated according to the method of V. I. Kulazhenko before treatment, after treatment, 3, 6 and 12 months after treatment.

Results of the study. *After 12 months, patients in the main group showed improvement in all index scores, while in the comparison group, the values of the corresponding indicators did not significantly differ from the initial values.*

Conclusions. *Complex treatment for GP with the CPITN index values > 2 points against the background of RA, using the developed scheme, contributed to the elimination of inflammation, improvement of oral hygiene and normalization of hemodynamics in periodontal tissues, which was confirmed by the positive dynamics of index scores in the immediate and long-term follow-up periods.*

Key words: *generalized periodontitis, rheumatoid arthritis, index assessment of periodontal status, complex treatment.*

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Наукова праця є фрагментом комплексної науково-дослідної теми кафедри терапевтичної стоматології, пародонтології та стоматології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Порушення метаболізму та його вплив на розвиток поєднаної стоматологічної та соматичної патології». Номер державної реєстрації 0120U002131; шифр роботи ІН.30.000.004.20.

Вступ. В клінічній стоматології досі обмежено використовують системний підхід у лікуванні та профілактиці захворювань пародонта (ЗП) [1]. Часто не враховують спільність провідних механізмів ЗП та соматичної патології, що спричиняють розвиток патологічних процесів у різних органах та тканинах організму [2]. Помилковою є оцінка патологічних змін в органах порожнини рота як вторинних, тобто ускладнень захворювань інших систем організму [3].

Протягом десятиліть численні дослідження підтверджують зв'язок між генералізованим пародонтитом (ГП) та різноманітним спектром супутніх захворювань, таких як гіпертонія, цукровий діабет, ревматоїдний артрит (РА), остеопороз, респіраторні інфекції, псоріаз та ін. [4-8]. Досягнення задовільних результатів у комплексному лікуванні ГП є складним завданням, яке залишається викликом для багатьох клініцистів.

Неефективність пародонтологічного лікування часто пов'язана з недостатнім урахуванням впливу системних захворювань на розвиток і перебіг ГП. Це спонукає до співпраці стоматологів і лікарів загального профілю для розпрацювання ефективних схем профілактики та терапії ГП на тлі системних захворювань, включаючи РА.

Мета дослідження – оцінити ефективність розпрацьованої схеми комплексного лікування ГП у пацієнтів із РА за динамікою пародонтальних та гігієнічних індексів.

Матеріал та методи дослідження. Комплексне лікування ГП було проведено 78 пацієнтам із РА та ГП I, II та III ступеня тяжкості із значенням індексу CPITN було > 2 , які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні КНП ЛОР «Львівської обласної клінічної лікарні». Усіх учасників дослідження було розділено на 2 групи: основну – 44 пацієнти (56,41%), лікування яких проводилось із застосуванням розпрацьованої нами схеми та групу порівняння – 34 пацієнти (43,59%), у яких лікування ГП здійснювалось за загальноприйнятими протоколами. Діагностику ГП проводили відповідно до класифікації М.Ф. Данилевського (1994) [9]. Динаміку значень папілярно-альвеолярно-маргінального індексу (РМА, Papillary-Marginal-Alveolar Index, Parma, 1960), спрощеного індексу гігієни ротової порожнини за Green-Vermillion (ОНІ-S, Oral Hygiene Index-Simplified, Green-Vermillion, 1964), вакуумну пробу стійкості капілярів ясен за В.І. Кулаженко (1960) та узагальненого індексу потреби у лікуванні пародонта (The Community Periodontal Index of Treatment Needs, CPITN) [9] у групах оцінювали до лікування, через 3, 6 та 12 місяців після лікування.

Усім пацієнтам груп дослідження проводили професійну гігієну ротової порожнини з використанням порошкоструменевого апарату «ProfyFlex» («Kavo», Німеччина), а також механічного і ультразвукового способів видалення мікробної біоплівки та каменю за допомогою апарату «UDS-A» («Woodpecker», Китай). Процедуру закінчували шліфуванням і поліруванням пришийкових ділянок зубів із наступним їх покриттям фторвмісним лаком «Admiraprotect» («VOCO», Німеччина). Професійну гігієну ротової порожнини проводили 4 рази на рік. Клінічну динаміку оцінювали за значеннями індексів РМА, ОНІ-S до лікування ГП, після лікування, через 3, 6 та 12 місяців після лікування. Важливого значення надавали санації порожнини рота та виявленню і усуненню травматичної оклюзії.

З метою корекції гігієнічного стану порожнини рота пацієнтам основної групи призначали комплекс індивідуальних гігієнічних засобів: 1) щітки серії «Colgate Total» (Colgate®, USA); 2) зубну пасту «Проденталь» («TianDe», Китай); 3) ополіскувач «Octenidol» (Schulke & Maug/Oral care, Німеччина); 4) міжзубні йоржики «Colgate Total» (Colgate®, USA); 5) флоси «Colgate Total Pro-Gum Health» (Colgate®, USA).

Пацієнти групи порівняння отримували традиційну схему лікування ГП згідно «Протоколів надання медичної допомоги МОЗ України за спеціальністю «Терапевтична стоматологія» [10], яка включала навчання індивідуальної гігієни з призначенням пасти «Parodontax Свіжість трав» та ополіскувача «Parodontax» (ТМ, Великобританія). Для орошення порожнини рота застосовували розчин хлоргексидину біглюконат 0,05% та гель «Метрогіл Дента» у вигляді аплікацій на ясна після зняття над- і під'ясенних зубних відкладень. Курс лікування становив 7 днів.

Пацієнтам основної групи, при значеннях індексу CPITN > 2 балів, рекомендували застосовувати: «Солкосерил, дентальна адгезивна паста» (Legacy Pharmaceuticals Switzerland GmbH, Switzerland) (аплікацій на ясна впродовж 7 діб); «Актовегін-гель» (Нікомед, Австрія, ГмбХ) у вигляді аплікацій на ясна у складі захисної твердіючої пов'язки («Septorack») впродовж 3 діб після зняття під'ясенних зубних відкладень.

За консультативної допомоги лікарів загального профілю, пацієнтам із ГП основної групи була призначена низка препаратів загального спрямування на етапі підтримувальної терапії: препарат «Хондроїтин Актив» (Швейцарія), «Коензим Q10» (Now Foods, USA).

Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964- 2013 рр.), ІСН GCP (1996 р.), Директиви ЄС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Кожен пацієнт підписував інформовану згоду на участь у дослідженні, та вжиті всі заходи для забезпечення анонімності пацієнтів. Статистичну обробку отриманих результатів проведено на персональному комп'ютері за допомогою ліцензійних програм «Microsoft Excel» і «Statistica» [11].

Результати дослідження та їх обговорення. Після проведеного лікування, через 3 місяці спостережень, у 43,18% пацієнтів основної групи та

35,29% пролікованих осіб групи порівняння вдалося досягнути нормалізації стану тканин пародонта ($p > 0,05$). Пацієнти не скаржились на кровоточивість ясен при чищенні зубів та вживанні їжі, відзначали відсутність зубного нальоту та каменю, явищ галітозу. При огляді ротової порожнини не спостерігали гіперемії, набряку ясен, рухомості зубів при ГП I ступеня тяжкості. У результаті проведення комплексних лікувальних заходів (хірургічних та терапевтичних) у пацієнтів з ГП II ступеня тяжкості також не спостерігали рухомості зубів. На рентгенограмі не виявлено резорбції міжальвеолярних перегородок.

Встановлено, що у 22,73% пацієнтів основної та 20,59% пацієнтів групи порівняння ($p > 0,05$) констатували «покращення» стану тканин пародонта. При огляді виявляли ясна блідо-рожевого

кольору та щільної консистенції, відсутність надта під'ясенних зубних відкладень. При ГП I ступеня тяжкості не спостерігали рухомості зубів та рентгенологічних змін у кістковій тканині пародонта.

Через 3 місяці досліджень, у 34,09% пролікованих пацієнтів основної та 44,12% осіб групи порівняння ($p > 0,05$) лікування виявилось неефективним, що підтверджено присутністю основних клінічних і рентгенологічних симптомів захворювання (рис. 1).

Після лікування, аналіз значень пародонтальних, гігієнічного індексів та значень ВПСК у пацієнтів при значеннях індексу СРІТН > 2 (табл. 1) підтвердив більш позитивну динаміку значень досліджуваних параметрів у осіб, де курація ГП здійснювалась за допомогою розпрацьованої

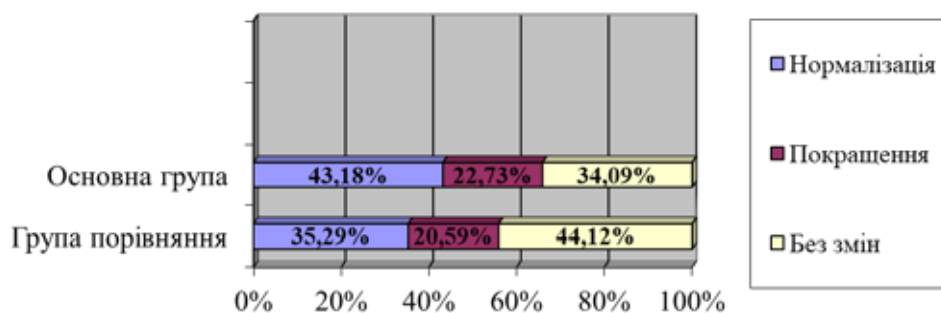


Рис. 1. Критерії оцінки стану пародонта у пацієнтів груп дослідження (СРІТН > 2) через 3 місяці спостережень, (%)

Таблиця 1

Динаміка значень пародонтальних, гігієнічного індексів та даних ВПСК у пацієнтів із ГП при значеннях СРІТН > 2 у результаті проведення лікувально-профілактичних заходів через 3 місяці спостережень (M±m)

Терміни спостереження	Групи дослідження	Показники			
		РМА (%)	СРІТН (бали)	ВПСК (сек.)	ОНІ-S (бали)
До лікування	Основна група (n=44)	48,08±2,39	3,12±0,42	22,15±2,20	2,56±0,41
	Група порівняння (n=34)	48,73±2,34	3,10±0,42	22,18±2,21	2,55±0,41
Безпосередньо після лікування	Основна група (n=44)	31,83±2,30 ^{oo}	2,60±0,39	37,62±2,24 ^o	1,85±0,40
	Група порівняння (n=34)	36,25±2,32	2,82±0,40	29,87±2,34 ^{oo}	2,00±0,41
Через 3 місяці після лікування	Основна група (n=44)	22,60±3,21 ^{oo}	2,05±0,32 ^{oo}	49,90±2,48 ^o	1,44±0,36 ^{oo}
	Група порівняння (n=34)	28,96±3,22	2,47±0,38	32,24±2,47 ^o	1,90±0,38

Примітка: ^o $p < 0,01$; ^{oo} $p < 0,05$ – достовірна різниця значень стосовно даних до лікування.

нами лікувальної схеми. Особливо це стосувалось значень індексу РМА ($p < 0,05$), які знизилися до $31,83 \pm 2,30\%$ після лікування ГП у пацієнтів основної групи та показників вакуумної проби, які зросли на $37,62\%$ ($p < 0,01$) стосовно референтних даних. У групі порівняння, у результаті проведення традиційних лікувальних заходів при курації ГП, після лікування, вірогідно зростали дані ВПСК (на $37,62 \pm 2,24$ секунд) стосовно референтних значень ($p < 0,01$). У той же час, показники індексів РМА, СРІТН та ОНІ-S хоча і знижувались, однак вірогідно не відрізнялись від вихідних значень ($p > 0,05$).

Через 3 місяці після лікування, у результаті застосування запропонованої нами лікувальної схеми, у пацієнтів основної групи досліджували позитивну динаміку за усіма вивченими параметрами. Нами встановлено зниження індексів: РМА – на $41,61\%$, СРІТН – на $34,30\%$, ОНІ-S – на $43,75\%$ ($p < 0,05$) при збільшенні даних вакуумної проби у $2,3$ рази стосовно даних до лікування ($p < 0,01$). У той же час, у осіб групи порівняння, при лікуванні ГП традиційними методами, через 3 місяці після лікування, значення індексів СРІТН, ОНІ-S достовірно не відрізнялись від вихідних значень ($p > 0,05$). При цьому, значення ВПСК вірогідно перевищувало дані до лікування на $45,35\%$ ($p < 0,01$).

Через 6 місяців спостережень у $50,0\%$ осіб основної та $23,53\%$ пацієнтів групи порівняння ($p < 0,05$) виявили стабілізацію патологічного процесу у тканинах пародонта, зокрема відсутність набряку та гіперемії ясен, травматичної оклюзії, відкладень на зубах та рухомості зубів при початкових та розвинутих формах ГП. Позитивна клінічна симптоматика стану тканин пародонта основної групи пацієнтів супроводжувалась відсутністю рентгенологічних змін у альвеолярних відростках. У $29,55\%$ обстежених основної та у $17,65\%$ осіб групи порівняння стан тканин пародонта оцінювався як «без змін» ($p > 0,05$). У таких

пацієнтів, незважаючи на покращення клінічної симптоматики захворювання, на рентгенограмах виявляли наявність резорбції міжальвеолярних перегородок.

Через 6 місяців досліджень, у $20,45\%$ пацієнтів основної та у $58,82\%$ пацієнтів групи порівняння ($p < 0,01$) відзначали дифузну застійну гіперемію, набряклість, кровоточивість ясен; при розвинутих формах ГП – рухомість зубів і пародонтальні кишені ($3,5$ – $4,5$ мм), втрату епітеліального прикріплення ($1,5$ – $2,5$ мм). На ортопантомограмах визначали деструкцію кортикального шару, розширення періодонтальної щілини у пришийкових ділянках коренів, резорбцію міжальвеолярних перегородок. Така клінічно-рентгенологічна картина у даної групи пацієнтів була оцінена нами як «наростання» патологічного процесу у тканинах пародонта (рис. 2).

Через 6 місяців після лікування у пацієнтів основної групи, яким для лікування ГП застосовували запропоновану схему, досліджували позитивні зміни значень проаналізованих індексів та проб. Так, нами відзначено зниження параметрів: РМА – на $40,5\%$ ($p < 0,05$), СРІТН – на $35,9\%$ ($p < 0,05$), ОНІ-S – на $42,19\%$ ($p < 0,05$) на тлі зростання даних ВПСК у $2,7$ рази ($p < 0,01$) стосовно даних до лікування.

При цьому, у осіб групи порівняння значення усіх досліджуваних параметрів, за винятком даних вакуумної проби ($p < 0,01$), суттєво не відрізнялись від вихідних значень ($p > 0,05$) (табл. 2).

Через 12 місяців після лікування у пацієнтів із ГП, при значеннях індексу СРІТН > 2 , визначали «стабілізацію» патологічного процесу у тканинах пародонта: у $68,18\%$ пацієнтів основної групи, яким для курації ГП застосовували розроблену нами лікувальну схему, та у $14,71\%$ пролікованих групи порівняння ($p < 0,01$), яким лікування ГП проводилось за традиційною методикою, що підтверджувалось відсутністю клінічно-рентгенологічних змін у тканинах пародонта.

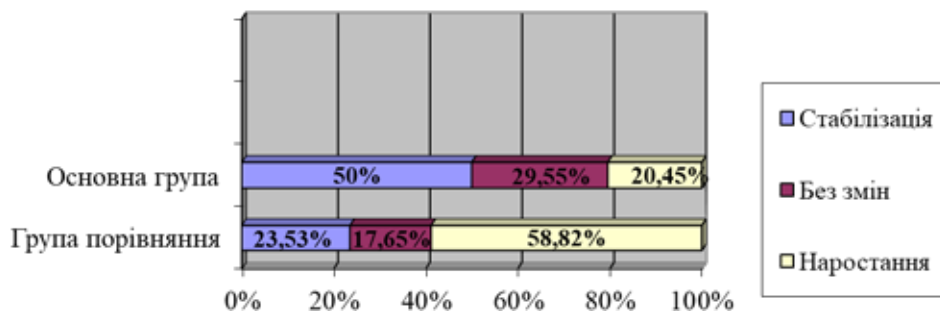


Рис. 2. Критерії оцінки стану пародонта у пацієнтів груп дослідження (СРІТН > 2) через 6 місяців спостережень (%)

Таблиця 2

Динаміка значень пародонтальних, гігієнічного індексів та даних ВПСК у пацієнтів із ГП при значеннях СРІТН > 2 у результаті проведення лікувально-профілактичних заходів через 6 та 12 місяців спостережень (M±m)

Терміни спостереження	Групи дослідження	Показники			
		РМА (%)	СРІТН (бали)	ВПСК (сек.)	ОНІ-S (бали)
До лікування	Основна група (n=44)	48,08±2,39	3,12±0,42	22,15±2,20	2,56±0,41
	Група порівняння (n=34)	48,73±2,34	3,10±0,42	22,18±2,21	2,55±0,41
Через 6 місяців після лікування	Основна група (n=44)	21,63±3,30 ^{oo}	2,00±0,39	60,20±2,52°	1,48±0,30°°
	Група порівняння (n=34)	42,46±4,31	2,80±0,40	44,00±2,50°	2,10±0,36
Через 12 місяців після лікування	Основна група (n=44)	16,60±3,30 ^{oo}	1,87±0,30°°	58,17±2,50°*	1,50±0,31°°
	Група порівняння (n=34)	43,82±4,36 ^{**}	2,70±0,40	28,25±2,42*	2,85±0,37**

Примітки:

1. °p<0,01; °°p<0,05 – достовірна різниця значень стосовно даних до лікування.

2. *p<0,01; **p<0,05 – достовірна різниця значень стосовно даних основної групи.

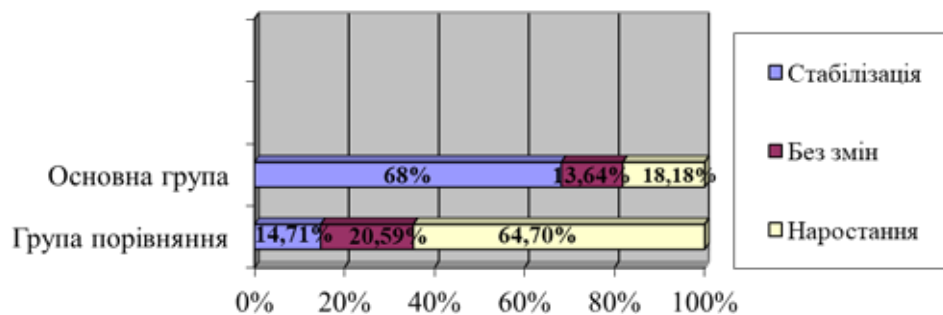


Рис. 3. Критерії оцінки стану пародонта у пацієнтів груп дослідження (СРІТН>2) через 12 місяців спостережень (%)

Стан тканин пародонта «без змін» у даний термін спостережень, що був підтверджений клінічною і рентгенологічною симптоматикою, діагностувався у 13,64% обстежених основної та у 20,59% осіб групи порівняння (p>0,05).

Слід зауважити, що через 12 місяців досліджень, 18,18% пацієнтів основної групи та 64,70% осіб групи порівняння (p<0,01) скаржились на спонтанну кровоточивість ясен, неприємні відчуття у яснах, рухомість зубів, неприємний запах з рота, наявність зубних відкладень, незважаючи на регулярну гігієну ротової порожнини у домашніх умовах. Об'єктивно діагностували дифузну застійну гіперемію, пародонтальні кишні глибиною 2–3 мм, які містили серозно-гнійний ексудат та втрату епітеліального прикріплення від 2,5 до 3,5 мм. На ортопантомограмах спостерігали остеопороз губчастої речовини альвеолярних відростків, резорбцію міжальвеолярних перегородок

у межах ½ – ⅓ їх висоти. Такий клінічно-рентгенологічний стан тканин пародонта надав підстави трактувати його як «наростання» патологічного процесу у тканинах пародонта в осіб дослідження (рис. 3).

Встановлено, що через 12 місяців спостережень у пацієнтів основної групи у результаті застосування розпрацьованої нами схеми лікування ГП, зберігалась позитивна динаміка вірогідних досліджуваних індексів та проб стосовно значень до лікування. Так, було встановлено зменшення показників індексів: РМА – на 41,61%, СРІТН – на 40,07%, ОНІ-S – на 41,41% (p<0,05) на тлі збільшення значень ВПСК у 2,6 рази, p<0,01. У той же час, у пацієнтів групи порівняння значення досліджуваних індексів дорівнювали референтним (p>0,05) та відрізнялись статистичною значимістю від аналогічних показників у осіб основної групи (p₁<0,01).

Висновки. Комплексне лікування ГП при значеннях індексу CPITN > 2 балів на тлі РА із застосуванням розпрацьованої лікувальної схеми в основній групі сприяло ліквідації запалення, покращенню гігієни порожнини рота, що підтверджувалось позитивною динамікою індексних оцінок у найближчі та віддалені терміни спостереження.

Після 12 місяців спостережень «стабілізацію» патологічного процесу у тканинах пародонта при значеннях індексу CPITN > 2 константували у 68,18% пацієнтів, що достовірно перевищувало відповідні показники при застосуванні традиційної схеми лікування ГП на тлі РА ($p < 0,01$).

Перспективи подальших досліджень.

У подальших дослідженнях планується продовження вивчення динаміки індексних оцінок після проведеного лікування ГП у хворих на РА у найбільш віддалені терміни спостереження – 18 та 24 місяці.

Література:

1. Ferreira R., Michel R.C., Greggi, S.L. Prevention and Periodontal Treatment in Down Syndrome Patients: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016. No. 11(6). P. e0158339. DOI: 10.1371/journal.pone.0158339.

2. Tonetti M.S., Eickholz P., Loos B.G. Principles in prevention of periodontal diseases: Consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J Clin Periodontol*. 2015. No 42(16). P. 5-11. DOI:10.1111/jcpe.12368.

3. Drisko C.H. Nonsurgical periodontal therapy. *Periodontol 2000*. 2001. No. 25. P. 77-88. DOI: 10.1034/j.1600-0757.2001.22250106.x.

4. Sanz M., Marco D.C.A., Jepsen S., Gonzalez-Juanatey J.R., D’Aiuto F., Bouchard P., et al. Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. *J Clin Periodontol*. 2020. No. 47(3). P. 268-88. DOI: 10.1111/jcpe.13189.

5. Holmstrup P., Damgaard C., Olsen I., Klinge B., Flyvbjerg A., Nielsen C.H., Hansen P.R. Comorbidity of periodontal disease: two sides of the same coin. An introduction for the clinician. *J Oral Microbiol*. 2017. No. 9(1). P. 1332710. doi:10.1080/20002297.2017.1332710.

6. Hodovana O.I., Skybchuk O.V., Solomenchuk T.M., Rumynska T.M. Assessment of the microbial content of periodontal pockets in patients with chronic generalized periodontitis and coronary artery disease. *Wiadomości lekarskie*. 2021. No. 74(10), Part 1. P. 2428-2432. DOI: 10.36740/WLek202110112.

7. Kassebaum N.J., Smith AGC., Bernabe E., Fleming T.D., Reynolds A.E., Vos T., et al.; GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, Regional, and National

Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *Journal of dental research*. 2017. No. 96(4). P. 380-7. DOI: 10.1177/0022034517693566. PMID: 28792274.

8. Yu B., Wang C.Y. Osteoporosis and periodontal diseases – An update on their association and mechanistic links. *Periodontology 2000*. 2022. No. 89(1). P. 99-113. DOI: 10.1111/prd.12422.

9. Заболотний Т.Д., Борисенко А.В., Пупін Т.І. Запальні захворювання пародонта. Львів: ГалДент, 2013. 206 с.

10. Данилевський МФ, Терапевтична стоматологія: у 4-х томах. – Том 3. Захворювання пародонта: підручник (ВНЗ III-IV р.а.) / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, М.Ю. Антоненко та ін.; за ред. А.В. Борисенка. – 2-е вид., переробл. і допов. К.: «Медицина», 2018. 624 с.

11. Byun S.H., Min C., Hong S.J., Choi H.G., Koh D.H. Analysis of the Relation between Periodontitis and Chronic Gastritis/Peptic Ulcer: A Cross-Sectional Study Using KoGES HEXA Data. *Int J Environ Res Public Health*. 2020. No. 17(12). P. 4387. DOI: 10.3390/ijerph17124387.

References:

1. Ferreira, R., Michel, R.C., & Greggi, S.L. (2016). Prevention and Periodontal Treatment in Down Syndrome Patients: A Systematic Review. *PLoS One*. 11(6), e0158339. DOI: 10.1371/journal.pone.0158339.

2. Tonetti, M.S., Eickholz, P., & Loos B.G. (2015). Principles in prevention of periodontal diseases: Consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J Clin Periodontol*. 42(16), 5-11. DOI:10.1111/jcpe.12368.

3. Drisko, C.H. (2001). Nonsurgical periodontal therapy. *Periodontol 2000*. 25, 77-88. DOI: 10.1034/j.1600-0757.2001.22250106.x.

4. Sanz, M., Marco, D.C.A., Jepsen, S., Gonzalez-Juanatey, J.R., D’Aiuto, F., ... Bouchard, P. (2020). Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. *J Clin Periodontol*. 47(3), 268-88. DOI: 10.1111/jcpe.13189.

5. Holmstrup, P., Damgaard, C., Olsen, I., Klinge, B., Flyvbjerg, A., Nielsen, C.H., & Hansen P.R. (2017). Comorbidity of periodontal disease: two sides of the same coin. An introduction for the clinician. *J Oral Microbiol*. 9(1), 1332710. doi:10.1080/20002297.2017.1332710.

6. Hodovana, O.I., Skybchuk, O.V., Solomenchuk, T.M., & Rumynska, T.M. (2021). Assessment of the microbial content of periodontal pockets in patients with chronic generalized periodontitis and coronary artery disease. *Wiadomości lekarskie*. 74(10), Part 1:2428-2432. DOI: 10.36740/WLek202110112.

7. Kassebaum, N.J., Smith, A.G.C., Bernabe, E., Fleming, T.D., Reynolds, A.E., ... Vos T. (2017). GBD 2015 Oral Health Collaborators. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *Journal of dental research*. 96(4), 380-7. DOI: 10.1177/0022034517693566.
8. Yu, B., & Wang, C.Y. (2022). Osteoporosis and periodontal diseases – An update on their association and mechanistic links. *Periodontology 2000*. 89(1), 99-113. DOI: 10.1111/prd.12422.
9. Zabolotnyi, T.D., Borysenko, A.V., & Pupin, T.I. (2013). Zapalni zakhvoriuvannia parodonta [Inflammatory periodontal disease]. *GalDent*. [in Ukrainian].
10. Danylevskyy, M.F. (2018). *Zakhvoriuvannia parodonta [Periodontal disease]*. (2nd ed. Vol. 3). *Medicine*. [in Ukrainian].
11. Byun, S.H., Min, C., Hong, S.J., Choi, H.G., & Koh, D.H. (2020). Analysis of the Relation between Periodontitis and Chronic Gastritis/Peptic Ulcer: A Cross-Sectional Study Using KoGES HEXA Data. *Int J Environ Res Public Health*. 17(12), 4387. DOI: 10.3390/ijerph17124387.