

of myocardial infarction. *Circulation*. 2012;126:2020–2035. DOI: <http://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31826e1058> [PMid: 22923432]

12. Wollert KC, Kempf T. GDF-15 in heart failure: providing insight into end-organ dysfunction and its recovery? *European Heart Journal*. 2012;14:1191–1193. DOI: <http://doi.org/10.1093/eurjhf/hfs158> [PMid: 23047420]

13. Wollert KC, Kempf T. Growth differentiation factor-15 in heart failure: an update. *Curr. Heart Fail. Rep.* 2012;9:337–345. DOI: <http://doi.org/10.1007/s11897-012-0113-9> [PMid: 22961192]

14. Wollert KC, Kempf T, Peter T, et al. Prognostic Value of Growth Differentiation Factor-15 in Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndrome. *Circulation*. 2007;115:962–971. DOI:

<http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.650846> [PMid: 17283261]

15. Xu J. GDF15/MIC-1 functions as a protective and anti-hypertrophic factor released from the myocardium in association with SMAD protein activation. *Circulation Research*. 2006;98(3):342–350. DOI: <http://doi.org/10.1161/01.RES.0000202804.84885.d0> [PMid: 16397142]

Date received: 19.04.2017

Date revision received: 22.05.2017

Date accepted: 22.05.2017

УДК: 616.311. + 616.314 - 007

## ИНДЕКСНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ОРГАНІВ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЧАСТКОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ

**В.М. Солдатюк, М.М. Рожко, Г.В. Кіндрат**

Кафедра стоматології інституту післядипломної освіти (зав. кафедри - проф. Палійчук І.В.)  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

## ИНДЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

**В.М. Солдатюк, Н.М. Рожко, А.В. Киндрат**

Кафедра стоматологии института последипломного образования (зав. кафедрой - И.В. Палийчук)  
ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»

## INDEXED STATE CHARACTERISTIC OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH PARTIAL DEFECTS OF DENTITION

**V.M. Soldatyuk, M.M. Rozhko, G.V. Kindrat**

Department of Dental Postgraduate Institute (Chair prof. Paliychuk I.V.)  
Ivano-Frankivsk National Medical University

**Резюме.** Ефективність ортопедичного лікування пацієнтів значною мірою залежить від клінічної ситуації в ротовій порожнині і, особливо, оральної гігієни. Обстежено 60 пацієнтів із частковими дефектами зубних рядів, в яких оцінювали стан гігієни ротової порожнини і тканин пародонту. Встановлений низький рівень догляду за органами ротової порожнини і високі показники запально-дистрофічних уражень тканин пародонта. Доортопедична підготовка таких пацієнтів вимагає належного догляду за ротовою порожниною на індивідуальному рівні, медикаментозну корекцію патологічних змін у тканинах пародонта.

**Ключові слова:** ротова порожнина, гігієна ротової порожнини, пародонт, індекси.

**Резюме.** Эффективность ортопедического лечения пациентов зависит от клинической ситуации в ротовой полости и, особенно, оральной гигиены. Обследовано 60 пациентов с частичными дефектами зубных рядов, в которых оценивали состояние гигиены ротовой полости и тканей пародонта.

Отмечен низкий уровень ухода за органами ротовой полости и высокие показатели воспалительно-дистрофических изменений тканей пародонта. Доортопедическая подготовка таких больных требует особенного ухода за полостью рта на индивидуальном уровне, медикаментозной коррекции патологических изменений у тканей пародонта.

**Ключевые слова:** полость рта, гигиена полости рта, пародонт, индексы.

**Abstract.** The effectiveness of orthopedic treatment of patients is largely dependent on the clinical situation in the oral cavity, and especially in oral hygiene. It was examined 60 patients with partial defects of dentition, which assessed the state of oral hygiene and periodontal tissues. It was established the low level care by oral cavity and high rates of inflammatory and degenerative lesions of periodontal tissues. Orthopedic preparing of such patients requires proper oral care at the individual level, drug correction of pathological changes in periodontal tissues.

**Key words:** oral cavity, oral hygiene, paradontium, indexes.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Заданими літературних джерел і власними спостереженнями, клінічний стан ротової порожнини відіграє значну роль в ефективності ортопедичного лікування пацієнтів. Важливе значення в отриманні позитивних результатів має підготовка пацієнтів із патологічними змінами в ротовій порожнині до відновлення зубних рядів ортопедичними конструкціями. Запорукою успішного лікування таких хворих є належна індивідуальна гігієна ротової порожнини, здорові або проліковані тканини пародонта, опорні зуби, санована ротова порожнина. Низький рівень гігієни ротової порожнини призводить до значного збільшення кількості різних патогенних мікроорганізмів, які ведуть до каріозного ураження твердих тканин зубів та його ускладнень (різні форми пульпітів і пародонтитів), розвитку запально-дистрофічних процесів у тканинах пародонта [1, 2, 3, 7]. Це вимагає посиленої уваги до гігієнічного догляду за ротовою порожниною з використанням різних методів і засобів, мотивації пацієнтів до виконання призначень і рекомендацій лікарів-стоматологів ще на етапі підготовки до ортопедичного лікування.

**Мета дослідження.** Провести обстеження пацієнтів, які підлягали ортопедичному лікуванню, з метою оцінки стану гігієни ротової порожнини, інтенсивності запалення м'яких тканин пародонта і рівня деструктивних змін у кістковій тканині для подальшої корекції виявлених патологічних станів.

#### Матеріали і методи

Обстежено 60 осіб із частковими дефектами зубних рядів, яким планували провести ортопедичне лікування. Усім пацієнтам проведено огляд ротової порожнини, клініко-рентгенологічне обстеження тканин пародонта (згідно з Протоколами надання медичної допомоги зі спеціальності «Терапевтична стоматологія», МОЗ України, 2007), індексу оцінку стану органів ротової порожнини відповідно до клінічної ситуації в кожного пацієнта, які включали спрощений індекс гігієни Грін-Вермільйона (ОНІ-S, 1964), ступінь запального процесу ясен (проба Шиллера-Писарева і йодне число Свракова, індекс гінгівіту – ІГ), пародонтальні індекси, що характеризують ступінь запально-дистрофічних процесів у тканинах пародонта: (PI Расселя, ІР Рамфйорда) [8].

#### Результати та їх обговорення

При первинному огляді пацієнтів і проведення додаткових методів обстеження поставлені клінічні діагнози: хронічний гранулематозний пародонтит – 11 чол., хронічний гранулюючий пародонтит – 4 чол., хронічний генералізований пародонтит I ступеня – 2 чол., хронічний генералізований пародонтит II ступеня – 5 чол., абсцедуюча форма пародонтиту – 3 чол., радикулярна кіста верхньої щелепи – 17 чол., радикулярна кіста нижньої щелепи – 9 чол., латеральна кіста – 5 чол., резидуальна кіста – 4 чол.

Результати індексної оцінки стану органів ротової порожнини відображені у табл. 1.

Як видно із наведеної таблиці, оцінка гігієни ротової порожнини показала низький рівень знань і вмінь догляду за ротовою порожниною. Про це засвідчують отримані нами

високі показники індексу гігієни ОНІ-S при всіх клінічних ситуаціях у ротові й порожнині. Зокрема, найвищий показник індексу гігієни виявлений у пацієнтів із ураженнями тканин пародонта, який знаходився в межах  $2,72 \pm 0,05$  бали при абсцедуючій формі пародонтиту,  $2,61 \pm 0,16$  бали – хронічний генералізований пародонтит II ступеня та  $2,03 \pm 0,04$  бали – при хронічному генералізованому пародонтиті I ступеня, що вказує на незадовільну і погану гігієну ротової порожнини відповідно. При наявності у хворих уражень тільки пародонтиту ми спостерігали дещо кращу картину гігієни ротової порожнини. Показники відповідали задовільній гігієні –  $1,61 \pm 0,04$  бали за умов діагностованого хронічного гранулематозного пародонтиту і резидуальній кісті –  $1,67 \pm 0,04$  бали. В осіб із наявними радикулярними кістами нами відмічена незадовільна гігієна ротової порожнини, яка характеризувалася показниками  $1,78 \pm 0,04$  бали,  $1,81 \pm 0,05$  бали і  $1,83 \pm 0,05$  бали для латеральної кісти відповідно.

Вивчаючи ступінь запального процесу в яснах за допомогою розчину Шиллера-Писарева та оцінки йодного числа Свракова, ми дійшли висновку, що в групі обстежених пацієнтів спостерігається запалення м'яких тканин пародонта. Особливо інтенсивний запальний процес відмічений у хворих із абсцедуючою формою пародонтиту –  $7,21 \pm 0,03$  бали, із хронічним генералізованим пародонтитом I ступеня –  $5,25 \pm 0,13$  бали та  $6,88 \pm 0,31$  бали при наявності хронічного генералізованого пародонтиту II ступеня, при кістозних ураженнях верхівкового пародонтиту –  $6,28 \pm 0,06$ ,  $6,30 \pm 0,04$  бали. Помірно виражений запальний процес діагностований при наявності у хворих деструктивних апікальних змін у пародонті –  $5,03 \pm 0,15$  бали верхньої щелепи та  $5,23 \pm 0,15$  бали нижньої щелепи відповідно.

У процесі підготовки до ортопедичного лікування пацієнтів із частковою втратою зубів важлива роль відводиться наявності дистрофічних змін у тканинах пародонта. Пародонтальний індекс (PI, Russel), який ми вивчали в групі пацієнтів, дає можливість оцінити рівень деструктивних змін у кістковій тканині, зокрема ступінь резорбції міжкоміркових перетинків на рентгенограмі. Як показало результати обстеження, у хворих із резорбцією кісткової тканини паралельно спостерігається запалення ясен. Особливо це прослідковується при абсцесі пародонта –  $3,86 \pm 0,06$  бали, за умов наявності латеральних кіст –  $3,81 \pm 0,05$  бали та при

**Таблиця 1. Індексна характеристика стану тканин ротової порожнини в пацієнтів із частковими дефектами зубних рядів**

Клінічний діагноз	Гігієнічний індекс (ОНІ-S)	Йодне число Свракова (Ш-П)	PI (Russel)	ІР (Рамфйорда)	ІГ
Хронічний гранулематозний пародонтит	$1,61 \pm 0,04$	$5,03 \pm 0,15$	$0,81 \pm 0,04$	$1,74 \pm 0,04$	$1,51 \pm 0,05$
Хронічний гранулюючий пародонтит	$1,95 \pm 0,03$	$5,23 \pm 0,15$	$0,86 \pm 0,03$	$1,82 \pm 0,15$	$1,61 \pm 0,13$
Хронічний генералізований пародонтит I ступеня	$2,03 \pm 0,04$	$5,25 \pm 0,13$	$1,89 \pm 0,04$	$3,37 \pm 0,03$	$1,92 \pm 0,11$
Хронічний генералізований пародонтит II ступеня	$2,61 \pm 0,16$	$6,88 \pm 0,13$	$3,48 \pm 0,16$	$4,89 \pm 0,11$	$2,42 \pm 0,11$
Абсцедуюча форма пародонтиту	$2,72 \pm 0,05$	$7,21 \pm 0,03$	$3,86 \pm 0,06$	$5,21 \pm 0,11$	$2,61 \pm 0,11$
Радикулярні кісти верхньої щелепи	$1,78 \pm 0,04$	$6,28 \pm 0,06$	$0,81 \pm 0,04$	$2,86 \pm 0,17$	$1,70 \pm 0,11$
Радикулярні кісти нижньої щелепи	$1,81 \pm 0,05$	$6,30 \pm 0,04$	$0,82 \pm 0,05$	$2,07 \pm 0,18$	$1,68 \pm 0,12$
Латеральні кісти	$1,83 \pm 0,05$	$6,41 \pm 0,08$	$3,81 \pm 0,05$	$3,74 \pm 0,18$	$1,86 \pm 0,12$
Резидуальні кісти	$1,67 \pm 0,04$	$3,68 \pm 0,07$	$1,79 \pm 0,04$	$1,78 \pm 0,04$	$1,51 \pm 0,14$

хронічному генералізованому пародонтиті II ступеня -  $3,48 \pm 0,16$  бали, що свідчить про важкий перебіг ураження пародонта. Патологічні вогнища у апікальних ділянках опорних зубів супроводжувалися гінгівітом і початковим пародонтитом, що відповідало показникам  $0,81 \pm 0,04$  і  $0,86 \pm 0,03$  бали. За умов діагностованих хронічного генералізованого пародонтиту I ступеня і резидуальних кіст стан тканин пародонта оцінювали як середній ступінь важкості -  $1,89 \pm 0,04$  -  $1,79 \pm 0,04$  бали відповідно.

Важливу роль в ефективності відновлення зубних рядів відіграють наявні зубоясенні кишні та їхня глибина. Для діагностики і ступеня запального процесу ми обрали індекс Рамфйорда (IP). Інтерпретація результатів обстеження вказує на значні патологічні процеси в тканинах пародонта при абсцедуючій формі пародонта  $5,21 \pm 0,11$  бали, хронічному генералізованому пародонтиті II ступеня -  $4,89 \pm 0,11$  бали, латеральних кістах -  $3,74 \pm 0,18$  бали, які клінічно супроводжуються утворенням пародонтальних кишень більше 3 мм. У хворих із хронічним генералізованим пародонтитом I ступеня цей показник відповідав середньому ступеню захворювання -  $3,37 \pm 0,03$  бали. У пацієнтів із клінічно виявленими верхівковими змінами в пародонті діагностований легкий ступінь захворювання, показники яких коливалися в межах -  $1,74 \pm 0,04$  -  $2,86 \pm 0,17$  бали.

Характеризуючи значення індексу гінгівіту (IG) в обстеженій групі осіб, нами виявлено запальні процеси в яснах, які супроводжувалися кровоточивістю. Високі показники відмічені в пацієнтів із абсцедуючою формою пародонтиту -  $2,61 \pm 0,11$  бали, при хронічному генералізованому пародонтиті II ступеню  $2,42 \pm 0,11$  бали, що відповідало гінгівіту тяжкого ступеня, при хронічному генералізованому пародонтиті I ступеня -  $1,92 \pm 0,11$  бали, що відповідало гінгівіту середнього ступеня. Середній ступінь гінгівіту нами встановлений у всіх пацієнтів із діагностованими у них апікальними змінами.

Запально-дистрофічні процеси, які прослідковуються в тканинах пародонта обстеженої групи пацієнтів обґрунтовуються поганою гігієною ротової порожнини, наслідком якої є дія мікробного чинника [4, 5, 6].

### Висновки

1. Проведена індексна оцінка стану тканин ротової порожнини при різних клінічних ситуаціях є доказовою базою необхідності проведення ретельної доортопедичної підготовки пацієнтів.

2. Обов'язковою ланкою в підготовці такого контингенту пацієнтів є проведення професійної гігієни з наступним навчанням догляду за ротовою порожниною та індивідуальним підбором засобів гігієни.

3. Для подальшого ефективного відновлення зубних рядів із збереженням максимальної кількості опорних зубів, необхідно розробити комплекс лікувально-профілактичних, хірургічних заходів, які повинні включати медикаментозну корекцію запальних процесів м'яких тканин пародонта, відновлення або стабілізацію деструктивних змін кісткової тканини остеотропними препаратами.

### Перспективи подальших досліджень

У подальшій роботі буде розроблено алгоритм підготовки пацієнтів із частковими дефектами зубних рядів до ортопедичного лікування із контролем індексної оцінки стану органів ротової порожнини.

### Література

1. Борисенко А.В., Мялківський К.О. Обґрунтування вибору засобів індивідуальної гігієни порожнини рота при лікуванні уражень маргінального пародонта / А.В.Борисенко, К.О.Мялківський //Современная стоматология. – 2015. – № 2. – С.24-27.
2. Борисенко А.В. Практична пародонтологія /А.В.Борисенко, М.Ю.Антоненко, Л.Ф.Сідельнікова. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2011. – 472 с.
3. Бунь Ю.М. Фактори негігієнічного стану ротової порожнини у хворих на генералізований пародонтит та шляхи їх усунення /Ю.М. Бунь, Т.О.Піндус //Актуальні проблеми медицини, фармації та біології. – 2007. – № 3. – С.4-8.
4. Дмитриева Л.А. Современные представления о роли микрофлоры в патогенезе заболеваний пародонта / Л.А. Дмитриева, А.Г. Крайнева // Пародонтология. – 2004. – №1. – С.8-15.
5. Рожко М.М., Кінаш І.О. Індексна оцінка стоматологічного статусу пацієнтів, яким виготовляли суцільнолітні кукові вкладки /М.М. Рожко, І.О. Кінаш //Галицький лікарський вісник. – 2013. – № 4. – С.52-54.
6. Мазур І.П., Слободяник М.В. Системные антибактериальные препараты в пародонтологии /И.П.Мазур, М.В.Слободяник //Современная стоматология.- 2017. - № 1.- С.18-22.
7. Ожоган З.Р., Обідняк В.З Сучасні методи гігієни ротової порожнини в пацієнтів з незнімними конструкціями протезів / З.Р.Ожоган, В.З.Обідняк, Л.В.Мізюк, В.І.Панченко // Современная стоматология. - 2016. - № 5.- С. 66-69.
8. Стоматология: підручник: У 2-х кн.- Кн. 2 /М.М.Рожко, І.І.Кириленко, О.Г.Денисенко та ін.; за ред. проф. Рожко М.М.-К.: ВСВ «Медицина», 2013.- 992 с.
9. Сідельніков П.В., Григ Н.І. Комплексна оцінка гігієнічного стану порожнини рота – основа профілактики ускладнень хірургічного лікування генералізованого пародонтиту /П.В.Сідельніков, Н.І. Григ //Современная стоматология.- 2013.- № 4.- С. 54-58.

Отримано 03.04.2017

Завершено рецензування 10.04.2017

Прийнято 10.04.2017