

Summary

CYTOMETRIC STUDY OF HEALING DYNAMICS OF PURULENT WOUNDS UNDER APPLICATION OF PHOSPHATIDYLCHOLINE NANOCAPSULES IN COMPLEX TREATMENT OF ODONTOGENIC PHLEGMONS IN THE FLOOR OF THE MOUTH

Avetikov D.S., Wu Viet Cuong, Lepskiy V.V., Lepskiy V.V.

Key words: odontogenic phlegmon, phosphatidylcholine nanocapsules, festering wound, cytological changes.

The development and implementation into clinical practice of highly effective multi-purpose medicines which might produce minimal side effects and act upon the different components in the pathogenesis of inflammation, as well as might reduce the conventional terms of the treatment is of particular interest in the complex treatment of patients with odontogenic phlegmons. Phosphatidylcholine "Lipin" in nanocapsules seems to be promising in this respect. This study was aimed to evaluate the dynamics of cytological changes in the festering wound when using the medication "Lipin" in the complex treatment of odontogenic abscesses of the floor of the mouth. Cytometric study was performed by the method of standard planes to determine the average number of unmodified erythrocytes, modified erythrocytes, unmodified neutrophils, altered neutrophil granulocytes, monocytes, lymphocytes, fibroblasts and epithelial cells in 10 fields of view.

УДК 616.31.17 – 0.08.1 – 0.8:615.27:615.356

Білозецький І.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ І ОСТЕОПОРОЗОМ

ДВНЗ "Тернопільський медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України",

КЗ ТОР "Тернопільська університетська лікарня", м. Тернопіль

Мета. Вивчити взаємозв'язки між перебігом генералізованого пародонтиту (ГП) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) та остеопорозом (ОП). *Методи дослідження.* Обстежено 56 хворих на РА, у яких визначали ступінь ГП і показники мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії на денситометрі DPX-A фірми «Lunar» (США). *Результати.* Оцінка поширеності ГП у пацієнтів з РА із різним ступенем остеопенії та остеопорозу. Показано, що хворі з РА, які демонстрували ознаки здорового пародонту, мали нормальну МЩКТ. З іншого боку, серед пацієнтів з ГП і нормальною щільністю кісткової тканини у більшості був констатований ГП I ступеня (81,8%), тоді як за умов II і III ступеня нормальна кісткова маса була у 9,2% і 9,2% відповідно. *Висновки.* Встановлено, що серед обстежених пацієнтів з РА 87,5% демонстрували явища ГП, причому з них I ступеня – 37,6%, II ступеня – 26,7%, III ступеня – 23,2%. *Результати отриманих даних дозволяють зробити висновки щодо поширеності ГП важкого ступеня серед пацієнтів з РА та супутнім ОП. Аналогічним чином встановлено, що із зменшенням МЩКТ за умов РА погіршується стан пародонту і наростає важкість ГП. Статистичні дослідження дали змогу підтвердити, що хворі на РА з остеопорозом демонструють статистично значущий ризик розвитку ГП, який розвивається в даній когорті в 3,8 разів частіше.*

Ключові слова: ревматоїдний артрит, генералізований пародонтит, остеопенія, остеопороз.

Вступ

Хронічне запалення є характерною рисою старіння і захворювань, індукованих віком, в тому числі атеросклерозу, онкологічних захворювань і пародонтиту. В цьому ракурсі на сучасному етапі розвитку науки й розглядаються фактори ризику пародонтиту та інших хронічних запальних захворювань. Пародонтит та інші поширені хронічні запальні захворювання пов'язані з модифікуючими факторами їх розвитку, такими як: куріння, психологічний стрес і депресії, вживання алкоголю, ожиріння, цукровий діабет, метаболічний синдром і ОП. Логічно передбачити, що будь-які втручання, які націлені на наведені фактори ризику, мають вагомий потенціал для поліпшення профілю ризику для пародонтиту, а також інших поширених хронічних недуг [1, 2, 3, 17].

Остеопенія та ОП – це стани, що характеризуються зниженням МЩКТ. ОП є захворюван-

ням, яке виникає в першу чергу у жінок, але також може стосуватися й чоловіків. Так, як ОП і захворювання пародонту є кістковими деструктивними захворюваннями, була висунута гіпотеза, що ОП може бути фактором ризику для прогресування захворювань пародонту.

За останнє десятиліття з'явилося багато робіт, які передбачають можливу кореляцію між системним ОП і втратою кісткової тканини альвеолярного відростка при патології пародонту [6, 7].

Точний механізм взаємозв'язку змін кісток скелета з перебігом захворювань пародонту недостатньо вивчений. Найчастіше висувається гіпотеза, що трактує знижену щільність кісткової тканини альвеолярного паростка як фактор, що призводить до підвищеної резорбції, викликаній пародонтопатогенною флорою. Проте в даному випадку варто говорити про регіонарні прояви ОП, оскільки запальні процеси в пародонті захо-

плюють більшою мірою альвеолярний паросток, не зачіпаючи тіла щелеп. У той же час в етіології ОП і пародонтиту є багато схожих патогенетичних моментів, що наводить на думку про взаємозв'язок цих двох захворювань. Наприклад, обидва вони характеризуються зниженням кісткової маси, аналогічними факторами ризику (паління, вживання лікарських препаратів, остеопенія, пов'язана з віком, а найголовніше – надмірні рівні запальних цитокинів і лізосомальних ферментів, відповідальних за місцеве руйнування тканин) [4]. Все це створює напрямки, за якими ряд питань потребують поглибленого вивчення.

Найчастіше зустрічається гіпотеза, що трактує знижену щільність альвеолярних паростків як фактор схильності до підвищеної резорбції, викликаній пародонтальною інфекцією. Однак насправді зв'язок обох захворювань сучасної цивілізації визначається сукупністю патогенетичних механізмів, дослідження яких в даний час ведуться у кількох напрямках [5, 9, 18].

При проведенні дослідження з метою встановлення кореляції між постменопаузальним ОП і пародонтитом в експерименті було констатовано, що за умов оваріектомії збільшується експресія інтерлейкіну - (IL-) 6, рецептора активатора ядерного фактора – kB ліганда (RANKL), а пригнічення остеопротегерину та IL-10 найбільш виражено в пародонтальних тканинах, у результаті чого спостерігається прогресивна втрата кісткової маси альвеолярного паростка. Ці дані свідчать за те, що зміни цитокинів і маркерів метаболізму кісткової тканини в тканинах пародонту у щурів з видаленими яєчниками сприяють пошкодженню тканин пародонту [15].

За даними літератури, з мінеральною щільністю кісток скелета тісно корелює глибина пародонтальних кишень, відповідно до чого автори припускають, що висока щільність кісток скелета допомагає запобігти утворенню пародонтальних кишень і прогресуванню ГП [8]. Вивчення взаємозалежності між МЩКТ і ГП – важливе завдання як стоматології, так й внутрішньої медицини.

На сьогодні існують суперечливі дані щодо взаємозв'язків між дефіцитом кісткової тканини і наявністю хронічного пародонтиту з втратою зубів. Проведені в Англії дослідження із врахуванням таких чинників, як вік, факт куріння, споживання алкоголю і використання замісної гормональної терапії, в яких було обстежено 359 пацієнтів (серед них 90 осіб мали ОП), показали значний взаємозв'язок між молярним числом зубів і остеопорозом ($p = 0,017$, 95 % ДІ - 1,339 до -0,137). На підставі отриманих результатів автори зробили висновок, що клініцисти повинні інформувати пацієнтів з остеопорозом щодо схильності до більшого ризику втрати зубів і впроваджувати більш інтенсивні профілактичні режими для цих осіб [10].

Аналогічні результати висвітлені й в інших роботах. Наприклад, Kim J.W. і співавт. (2013) на підставі обстеження 36188 осіб з метою вияв-

лення асоціації між МЩКТ і пародонтитом в репрезентативній вибірці дорослих показали, що зниження кісткової маси було значною мірою пов'язано з більш високими шансами пародонтиту. Так, у хворих з ОП цей шанс був в 2,26 і 1,91 рази вище, ніж за умов нормальної МЩКТ [14].

В 2012 році був опублікований огляд літератури, в якому були відібрані статті з PubMed в період з січня 1998 року по червень 2010 року. Серед 508 статей, знайдених в електронному пошуку, 17 статей були відібрані для повнотекстового читання на основі критеріїв включення і виключення. Було встановлено, що серед 17 досліджень, 11 показали позитивні зв'язки між ОП і захворюваннями пародонту, на підставі чого експерти вказують на велику схильність до втрати кісткової маси альвеолярної кістки у пацієнтів з остеопорозом, особливо у пацієнтів з вже існуючими пародонтитом. Це означає, що остеопороз або низьку системну МЩКТ слід розглядати як фактор ризику для прогресування захворювань пародонту [13].

Вагомими результатами, що доводять взаємозв'язки між пародонтитом і ОП є дані дослідження, де була проведена оцінка ясенної рідини і сироватки крові на предмет вмісту ліганду, що є індуктором запалення (APRIL), В-клітинного фактора активації (BAFF), розчинного рецептора активатора ядерного фактора – kB ліганда (sRANKL), IL-17A, IL-17E, IL-17F, IL-17A/F та остеопротегерину і проведення порівняльних відмінностей з рівнем TNF- α при РА, ОП і системно здорових жінок з хронічним пародонтитом. Було встановлено, що всі показники, які вивчалися, були збільшені у пацієнтів з РА і ОП на відміну від системно здорових пацієнтів з ХП, що свідчить за схильність у хворих на РА і ОП до гіперпродукції прозапальних цитокинів, незважаючи на довгострокове використання базисних препаратів [11, 12]. Поряд із тим, слід зазначити, що в даний час немає консенсусу серед експертів про природу цих об'єднань та присутня розгубленість серед медичних працівників і громадськості про те, як інтерпретувати швидке зростаючий обсяг літератури в цьому напрямку. Існує необхідність більш глибоких доказів причетності захворювань пародонту до багатьох захворювань, в тому числі й до РА і ОП [16]. Тому, метою даного дослідження було вивчити взаємозв'язки між перебігом ГП у хворих на РА і ОП.

Матеріали і методи

Для здійснення поставленої мети проведено комплексне дослідження, в якому взяли участь 56 хворих на РА віком від 49 до 68 років. Обстеження пацієнтів проводилося за традиційною методикою і включало збір анамнезу, огляд, пальпацію органів і тканин рота, інструментальне обстеження, ортопантограму та визначення рентгенологічних та пародонтальних індексів. Стадії системного ОП визначалися шляхом оцінки мінеральної щільності скелета (денситомет-

рії), яка проводилась методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії на денситометрі DPX-A фірми «Luna» (США). Досліджували поперековий відділ хребта, шийку лівої стегнової кістки. Інтерпретація отриманих результатів ґрунтувалася на рекомендаціях ВООЗ (до -1 SD – норма, від -1 до -2,5 SD – остеопенія, менше -2,5 SD – ОП). Статистичну обробку проводили після створення бази даних в редакторі SPSS 20,0 (Statistical Package for the Social Sciences), використовуючи методи варіаційної статистики. Залежно від типу даних (якісні, кількісні), закону розподілу, парного або множинного порівняння використовували параметричні (коефіцієнт Стьюдента – t) і непараметричні (U-критерій Манн-Уїтні) критерії. Силу та направленість зв'язків між кількісними чи якісними параметрами визначали за допомогою парного коефіцієнта рангової лінійної кореляції Спірмена (r). Рівень значимості приймали рівним $p < 0,05$. Також використано три різних методи кластеризації, що базуються на різних математичних теоріях: кластерний метод k-середніх, карти Кохонена (нейронні мережі), нечіткі k-середні (нечітка логіка).

Результати та їх обговорення

За умов вивчення показників МЩКТ встановлено, що серед обстежених 30,5 % демонстрували нормальну МЩКТ, 26,8 % – явища остеопенії і 42,9 % – ОП. За ступенями ГП пацієнти розподілилися наступним чином: I ступінь – 37,6 %, II ступінь – 26,7 %, III ступінь – 23,2 %. Здоровий пародонт спостерігали у 12,5 % пацієнтів.

При аналізі розподілу пацієнтів за фактом патології пародонту і ступеня ГП констатовано (табл.1), що серед хворих із здоровим пародонтом лише одна особа мала явища остеопенії, всі решта – нормальну МЩКТ. Ретельний аналіз отриманих даних свідчив, що у хворих, які взяли участь у дослідженні, частота ОП і остеопенії за умов здорового пародонту була вірогідно нижчою ($p < 0,05$). У пацієнтів з ГП I ступеня розподіл за станом кісткової тканини був рівномірним, тоді як за ГП II ступеня вірогідно більшість пацієнтів мала остеодefіцит як в межах остеопенії, так й в межах ОП ($p < 0,05$). За умов ГП III ступеня лише один пацієнт демонстрував нормальну МЩКТ, решта мали ознаки остеодefіциту.

Таблиця 1
Розподіл пацієнтів з РА залежно від ступеня ГП і показника МЩКТ

	Пацієнти, хворі на РА							
	Здоровий пародонт		Генералізований пародонтит					
			I ступінь		II ступінь		III ступінь	
	n	p%±s _p %	n	p%±s _p %	n	p%±s _p %	n	p%±s _p %
Нормальні показники щільності МЩКТ	6	85,7±14,3	9	42,9±11,1*#	1	6,7±6,7**	1	7,6±7,6€##
Остеопенія	1	14,3±14,3*	5	23,8±9,5	4	26,7±11,8	5	38,5±14,0
P1	0,019		0,199		0,156		0,075	
ОП	0	0,0±0,1	7	33,3±10,6#	10	66,6±12,6**	7	53,8±14,4€
P2	0,007		0,508		0,002		0,018	
P3	0,324		0,475		0,036		0,451	
Усього	7	100,0±0,1	21	100,0±0,05	15	100,0±0,1	13	100,0±0,1

Примітка: P1 – вірогідність між показниками в групах пацієнтів з нормальною МЩКТ і остеопенією (критерій Манн-Уїтні);
P2 – вірогідність між показниками в групах пацієнтів з нормальною МЩКТ і ОП (критерій Манн-Уїтні);
P3 – вірогідність між показниками в групах пацієнтів з остеопенією і ГП III ступеня (критерій Манн-Уїтні);
* – вірогідність по групах з здоровим пародонтом і ГП I ступеня (критерій Манн-Уїтні);
** – вірогідність по групах з здоровим пародонтом і ГП II ступеня (критерій Манн-Уїтні);
€ – вірогідність по групах з здоровим пародонтом і ГП III ступеня (критерій Манн-Уїтні);
– вірогідність по групах з ГП I ступеня і ГП II ступеня (критерій Манн-Уїтні);
– вірогідність по групах з ГП II ступеня і ГП III ступеня (критерій Манн-Уїтні);

Поряд із тим була проведена статична порівняльна оцінка в групах з різним ступенем ГП. Встановлено, що вірогідно більшість пацієнтів з ГП I ступеня мала нормальні показники МЩКТ, тоді як за умов ГП II і III ступенів 66,7 % та 53,8 % обстежених демонстрували ОП ($p < 0,05$).

Наявність вірогідних відмінностей було використано для оцінки відношення шансів (Odds

Ratio – OR) ризику формування ГП у хворих на РА залежно від наявності остеодefіциту. У якості вибірок, що порівнюються, було взято хворих на РА зі здоровим пародонтом та пацієнтів з РА, у яких доведена наявність остеодefіцитних станів (остеопенія або ОП). Проведені розрахунки представлено в табл.2.

Таблиця 2
Відношення шансів (OR) ризику формування ГП в хворих на РА залежно від показників МЩКТ

Ознака	Вихідні данні				OR	p	ln OR	S _{lnOR}	95 % ДІ OR
	a	b	c	d					
	6	1	11	38	20,73	0,0030	3,03	1,13	2,15-199,86

Примітка. a – хворі на РА зі здоровим пародонтом та нормальними показниками щільності МЩКТ; b – хворі на РА зі здоровим пародонтом та остеодefіцитними станами; c – хворі на РА з ГП та нормальними показниками МЩКТ; d – хворі на РА з ГП та остеодefіцитними станами; OR – відношення шансів; p – рівень статистичної значущості; ln OR – натуральний логарифм відношення шансів; S_{lnOR} – статистична похибка ln OR; ДІ – довірчий інтервал.

Розрахунки підтвердили, що хворі на РА з остеопорозом мають статистично значущий ($OR=20,72$, $\chi^2=8,80$, $p=0,0030$) вищий ризик формування ГП, а саме, хворі на РА з остеопорозом частіше страждають на ГП, ніж пацієнти з РА та нормальними показниками МЦКТ.

Висновки

Встановлено, що серед обстежених пацієнтів з РА 87,5% демонстрували явища ГП, причому з них I ступеня – 37,6 %, II ступеня – 26,7 %, III ступеня – 23,2 %. Результати отриманих даних дозволяють зробити висновки щодо поширеності ГП важкого ступеня серед пацієнтів з РА та супутнім ОП. Аналогічним чином показано, що зі зменшенням МЦКТ за умов РА погіршується стан пародонту і наростає важкість ГП. Статистичні дослідження дали змогу підтвердити, що хворі на РА з остеопорозом демонструють статистично значущий ризик розвитку ГП, який розвивається в даній когорті в 3,8 разів частіше.

Література

1. Арутюнов С.Д. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее / С.Д. Арутюнов, Н.В. Плескановская, А.В. Наумов [и др.] // Пародонтология. – 2009. – №1. – С. 3-6.
2. Атрушкевич В.Г. Остеопороз и пародонтит / В.Г. Атрушкевич // Пародонтит: монография / под ред. Л.А. Дмитриевой. – М. : МедПресс, 2004. – С. 350-355.
3. Безрукова И.В. Быстро прогрессирующий пародонтит / И.В. Безрукова. – М. : Медицинская книга, 2004. – 142 с.
4. Грудянов А.И. Заболевания пародонта / А.И. Грудянов. – М. : Медицинское информационное агентство, 2009. – 336 с.
5. Дервис Е. Проявление системного остеопороза в полости рта / Е. Дервис // Dental Tribune Russia. – 2008. – № 1. – С. 14-16.
6. Максюков С.Ю. Возрастные и гендерные аспекты изменения минеральной плотности опорно-двигательного аппарата, зу-

7. Поворознюк В.В. Остеопороз и заболевания пародонта / В.В. Поворознюк, И.П. Мазур // Здоровье Украины. – 2003. – № 7. – С. 3-7.
8. Пюрик В.П. Вивчення взаємозалежності між мінеральною щільністю кісткової тканини і генералізованим пародонтитом / В.П. Пюрик, Г.Б. Проць, В.В. Грекулук // Укр. стоматол. альманах. – 2006. – № 3. – С. 29-32.
9. Цимбалистов А.В. Генерализованный пародонтит и системный остеопороз. клинко-рентгенологическая оценка / А.В. Цимбалистов, Г.Б. Шторина, И.А. Гарапач, Е.Д. Жидких // Институт Стоматологии. – 2007. – № 3 (36). – С. 98-99.
10. Darcey J. Tooth loss and osteoporosis: to assess the association between osteoporosis status and tooth number / J. Darcey, K. Horner, T. Walsh [et al.] // Br. Dent. J. – 2013. – V. 214, № 4. – P. 10.
11. Gumus P. Gingival crevicular fluid and serum levels of APRIL, BAFF and TNF-alpha in rheumatoid arthritis and osteoporosis patients with periodontal disease / P. Gumus, E. Buduneli, B. Biyikoglu [et al.] // Arch. Oral Biol. – 2013. – Vol. 58, № 10. – P. 1302-1308.
12. Gumus P. Gingival crevicular fluid, serum levels of receptor activator of nuclear factor-κB ligand, osteoprotegerin, and interleukin-17 in patients with rheumatoid arthritis and osteoporosis and with periodontal disease / P. Gumus, E. Buduneli, B. Biyikoglu [et al.] // J. Periodontol. – 2013. – V. 84, № 11. – P. 1627-1637.
13. Esfahanian V. Relationship between osteoporosis and periodontal disease: review of the literature / V. Esfahanian, M.S. Shamami, M.S. Shamami // J. Dent. (Tehran). – 2012. – V. 9, № 4. – P. 256-264.
14. Kim J.W. The association between bone mineral density and periodontitis in Korean adults (KNHANES 2008-2010) / J.W. Kim, K.A. Kong, H.Y. Kim [et al.] // Oral Dis. – 2014. – V. 20, № 6. – P. 609-615.
15. Association between postmenopausal osteoporosis and experimental periodontitis / K. Luo, S. Ma, J. Guo [et al.] // Biomed. Res. Int., 2014. – [Electronic resource] – Access mode: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/316134>.
16. Otomo-Corgel J. State of the science: chronic periodontitis and systemic health / J. Otomo-Corgel, J.J. Pucher, M.P. Rethman [et al.] // J. Evid. Based. Dent. Pract. – 2012. – V. 12, № 3. – P. 20-28.
17. Reynolds M.A. Modifiable risk factors in periodontitis: at the intersection of aging and disease / M.A. Reynolds // Periodontol 2000. – 2014. – V. 64, № 1. – P. 7-19.
18. Straka M. Пародонтит и остеопороз / M. Straka // Новое в стоматологии. – 2002. – № 8. – С. 29-31.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Билозецкий И.И.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, генерализованный пародонтит, остеопения, остеопороз

Цель. Изучить взаимосвязи между протеканием генерализованного пародонтита (ГП) у больных ревматоидным артритом (РА) и остеопорозом (ОП). Методы исследования. Обследовано 56 больных РА, у которых определяли степень ГП и показатели минеральной плотности костной ткани (МПКТ) методом двухфотонной рентгеновской абсорбциометрии на денситометре DPX-A фирмы «Lunar» (США). Результаты. Оценка распространенности ГП у пациентов больных РА с разной степенью остеопороза свидетельствовала о достоверном большинстве обследованных с тяжелым ГП (II и III степени) в условиях сопутствующих остеопении и ОП. Показано, что у больных с РА, демонстрирующих признаки здорового пародонта, нормальная МПКТ. С другой стороны, среди пациентов с ГП и нормальной плотностью костной ткани в большинстве был констатирован ГП I степени (81,8 %), тогда как в условиях II и III степени нормальная костная масса была в 9,2 % и 9,2 % соответственно. Выводы. Установлено, что среди обследованных пациентов с РА 87,5% демонстрировали явления ГП, причем из них и степень - 37,6%, II степень - 26,7%, III степень - 23,2%. Результаты полученных данных позволяют сделать выводы о распространенности ГП тяжелой степени среди пациентов с РА и сопутствующим ОП. Аналогичным образом показано, что с уменьшением МПКТ в условиях РА ухудшается состояние пародонта и нарастает тяжесть ГП. Статистические исследования позволили подтвердить, что больные РА с остеопорозом демонстрируют достоверно значимый риск развития ГП, который встречается в данной когорте в 3,8 раза чаще.

Summary

CHARACTERISTICS OF CLINICAL COURSE OF CHRONIC PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS
Bilozetsky I.I.

Keywords: rheumatoid arthritis, generalized periodontitis, osteopenia, osteoporosis.

Purpose. To study the relationship between the clinical course of generalized periodontitis (GP) in patients with rheumatoid arthritis (RA) and osteoporosis (OP). Research methods. The study involved 56 pa-

tients with RA, who had the degree of GP and indicators of bone mineral density (BMD) determined by two-photon X-ray absorptiometry by using DPX-A densitometer («Lunar», USA). Results. Assessing the prevalence of GP in patients with concomitant RA who showed various degrees of osteodystrophy has indicated the reliable prevalence of severe GP (II and III) in the patients with concomitant osteopenia and OP. It has been shown the patients with RA who show signs of healthy periodontium, have normal BMD indices. On the other hand, the patients with GP and normal bone density were mainly diagnosed to have GP I stage (81.8%), whereas in the conditions of GP II and III normal bone mass was registered in 9.2% and 9.2%, respectively. Conclusions. It has been established that among the patients with RA under the study 87.5% of them demonstrated manifestation of GP (GP of I degree was registered in 37.6% of cases, GP of II degree was in 26.7% of cases, GP of III degree was in 23.2% cases). Results obtained enable to draw conclusions about the prevalence of severe GP among the patients with RA and concomitant OP. In much the same way it has been shown that with a decrease in BMD under RA the conditions of periodontium deteriorates and the severity of GP increases. Statistical studies have confirmed that the patients with RA and osteodystrophy demonstrate reliable significant risk of GP development which is registered in this cohort in 3.8 times more often.

УДК [616.314.17: 616.12-5.4]-085.356-084

Бойченко О.М., Ступак О.П., Гасюк Н.В.

ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАН КРОВІ ТА РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ВДНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я. Горбачевського», м. Тернопіль

На сьогоднішній день генералізований пародонтит відноситься до найпоширенішої форми захворювань пародонта. Як правило, патологія пародонта у хворих виникає на тлі системних захворювань організму, в тому числі і серцево-судинної системи. У проведених дослідженнях нами був вивчений прооксидантно-антиоксидантний стан крові та ротової рідини у хворих на хронічний генералізований пародонтит та ішемічну хворобу серця. Доведено вплив ступеня ішемічної хвороби серця на рівень метаболічних порушень у хворих.

Ключові слова: хронічний генералізований пародонтит, ішемічна хвороба серця.

Стаття є фрагментом комплексної науково-дослідної теми кафедри терапевтичної стоматології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія»: «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонту, пародонту та слизової оболонки порожнини рота» (№ Державної реєстрації 0104U004411).

На сьогоднішній день хвороби пародонта займають друге місце серед стоматологічних захворювань. Генералізований пародонтит (ГП) – найпоширеніший форма захворювань пародонта, особливо у людей другої половини життя. Схильність до прогресування, вплив не лише на зубощелепну систему, але й організм хворих в цілому, складність лікування дозволяють віднести захворювання пародонта до числа актуальних проблем сучасної медицини [1, 2, 3, 4].

Це обумовлює необхідність пошуку оптимальних шляхів профілактики та лікування захворювань пародонта з урахуванням патогенетичних механізмів. Доведено тісний зв'язок патології пародонта з загальними захворюваннями організму, особливо серцево-судинної системи, зокрема ішемічної хвороби серця (ІХС) [5, 6]. З літературних джерел відомо про наявність спільних ланок патогенезу, розвитку гіпоксичного та вільнорадикального некробіозу як у серцевому м'язі, так і у тканинах пародонта [7, 8].

Разом з тим, кількість робіт по вивченню кисневого режиму, гемодинаміки та мікроциркуляції в пародонті при серцево-судинної патології залишається невеликою [9, 10].

Тому метою нашого дослідження було вивчення прооксидантно-антиоксидантний стану крові та ротової рідини у хворих на хронічний генералізований пародонтит (ХГП) на тлі ІХС.

Матеріали та методи дослідження

Для реалізації поставленої мети нами було проведено обстеження 45 хворих на ХГП I і II ступенів тяжкості віком від 45-65 років, з них 15 хворих не мали ІХС, 15 хворих зі стабільною стенокардією напруги, збереженою систолічною функцією лівого шлуночка та 15 хворих зі стабільною стенокардією напруги, зниженою систолічною функцією лівого шлуночка. Хворі на ІХС знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні ДЗ «Відділкова клінічна лікарня ст. Полтава» СТГО «Південна залізниця». Встановлення та верифікація діагнозу ІХС у хворих проводилась кардіологом (терапевтом) стаціонару.

Основні методи стоматологічного обстеження включали: ретельний збір скарг, анамнезу захворювання та життя, загального та місцевого огляду хворих. Додатково хворим проводили ортопантомографію (для загальної картини стану