

ПАРОДОНТАЛЬНИЙ СТАТУС ХВОРИХ З РІЗНИМ СТАВЛЕННЯМ ДО КОМПЛАЄНСА ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТИТА

Лахтін Ю.В. <https://orcid.org/0000-0001-5055-3162>

Кузенко Є.В. <https://orcid.org/0000-0003-3985-8912>

Галич Л.В. <https://orcid.org/0000-0002-8454-6427>

Циганок О.В. <https://orcid.org/0000-0002-5442-1922>

Москаленко П.О. <https://orcid.org/0000-0003-3207-4146>

Навчально – науковий медичний інститут Сумського державного університету, Суми, Україна

y.lahtin@med.sumdu.edu.ua

Актуальність. Дотримання комплаєнса пародонтальної терапії може позитивно або негативно вплинути на початок або прогресування захворювання пародонту. Нерегулярна підтримуюча терапія зумовлює вищі показники рецидиву пародонтиту порівняно з пацієнтами, які регулярно дотримуються режиму лікування.

Ціль: встановлення зв'язку пародонтального статусу з дотриманням хворими комплаєнса лікування генералізованого пародонтиту та з'ясування можливих причин його порушення.

Матеріали та методи. Обстежено стан тканин пародонта 104 хворих на генералізований пародонтит II ступеня тяжкості, хронічного перебігу у віці 35-44 років за загальноприйнятою методикою. Визначали пробу Шиллера-Пісарєва, йодне число Свракова, глибину пародонтальних кишень, індекс РМА, комплексний пародонтальний індекс, кровоточивість ясен, гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною в перше відвідування, через 3, 6, 9 і 12 місяців. Проводили базову і підтримуючу пародонтальну терапію. Всі пацієнти заповнювали розроблений нами опитувальник при кожному повторному візиті.

Результати. Через 3 місяці після базового лікування стан тканин пародонта був значно кращим, відмічалось статистично значуще покращення по всім показникам. Через 6 місяців стан пародонта погіршився. У 11 з 58 хворих (19%) відмічали загострення запального процесу, але більшість показників пародонтального статусу були кращими за показники первинного огляду. Через 9 місяців відмічали погіршення стану тканин пародонта за всіма показниками, вони не мали статистично значущої різниці з показниками при первинному огляді, до базової пародонтальної терапії. У 14 з 80 осіб (17,5%) було загострення запального процесу. Через 12 місяців пародонтальний статус був значно гіршими за попередній термін і майже наближався до рівня при первинному огляді. Загострення запального процесу в тканинах пародонта реєстрували у 23 з 94 (24,5%) хворих. Регулярність візитів хворими для підтримуючої пародонтальної терапії, була вкрай незадовільною. Так, після базової пародонтальної терапії з 104 хворих на підтримуючу терапію з'явилося через 3 місяці 34 (32,7%), 6 місяців – 58 (55,8%), 9 місяців – 80 (85,1%), 12 місяців – 94 (90,4%) осіб. Результати опитування за першим блоком питань свідчать, що всім хворим надавали інформацію про його хворобу, лікування та рекомендації щодо гігієнічного догляду за ротовою порожниною. Проте, від 3,4% до 15% хворим інформація про його хворобу була незрозуміла або частково зрозуміла. Інформація лікаря щодо лікування пародонтиту була частково зрозуміла 15-17,6% пацієнтам. Не розуміли або частково розуміли рекомендації лікаря щодо гігієнічного догляду за ротовою порожниною 2,5-4,3% хворих. Аналіз відповідей на другий блок питань свідчив, що від 41,4% до 63,8% хворих не дотримувались запланованих візитів до лікаря, 3,4–29,4% - не виконували або частково виконували призначення лікаря, 10,3–14,9% - частково дотримувались гігієнічного догляду за ротовою порожниною.

Висновки. Отже, порушення хворими комплаєнса лікування генералізованого пародонтиту призводить до погіршення їх пародонтального статусу. Причинами порушення комплаєнса лікування пародонтиту можуть виступати фактори, обумовлені діями як лікаря, так і пацієнта.

Ключові слова: стоматологія, пародонт, пародонтит, періодонтальна зв'язка – щілина, комплаєнс.

Актуальність. Поширеність захворювань тканин пародонту серед населення різних країн досить висока, в тому числі і в Україні [1, 2, 3, 4]. Останнім часом більше уваги приділяється оцінці ризику виникнення пародонтиту, тому що першим і раннім етіологічним чинником захворювання та його прогресування є поширений серед населення гінгівіт [5]. Як і будь-яке хронічне захворювання, пародонтит піддається лікуванню, яке призупиняє прогресування захворювання, але не усуває його, тому підтримка здоров'я тканин пародонта вимагає постійного усунення накопичення бактерій на зубах і яснах на рівні періодичної професійної допомоги [6].

Для пацієнтів із пародонтитом регулярна підтримуюча пародонтальна терапія знижує ризику втрати зубів, зберігає зуби довше, ніж нерегулярна [7]. Рівень дотримання пародонтальної терапії та призначень лікаря для підтримки здоров'я пародонта (також в літературі називається «прихильністю») може позитивно або негативно вплинути на початок або прогресування захворювання пародонту [8]. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) опублікувала вичерпну доповідь під назвою «Прихильність до довготривалої терапії: докази для дій», в якій дала визначення змісту прихильності до тривалої терапії як «наскільки поведінка людини (прийом ліків, дотримання дієти та/або зміна способу життя) відповідає узгодженим рекомендаціям медичного працівника» [9].

В даний час лікування пародонтиту не завжди є успішним через низку аспектів, в тому числі і при порушенні комплаєнса лікування, недотриманні пацієнтом планових візитів [8]. Нерегулярне притримування режиму лікування зумовлює вищі показники рецидиву пародонтиту порівняно з пацієнтами, які регулярно його додержуються [10].

Найважливішим є те, що пацієнт мусить активно слідувати рекомендаціям стоматолога. Успіх лікування значною мірою залежить від готовності хворого придержуватись рекомендацій лікаря та систематичності відвідування клініки [11]. Тривалість підтримуючої пародонтальної допомоги і її систематичність

визначається як фактор ризику втрати зубів [12]. Виконання лікарем комплаєнса ведення пародонтологічного хворого призводить до зменшення зубного нальоту та кровоточивості ясен під час зондування, а також потенційного уповільнення або зупинки прогресування захворювання [6].

Результати досліджень вказують на неприпустимий відсоток пацієнтів, які припиняють підтримуючу пародонтальну терапію [6]. Припинення терапії чи порушення її плану може бути обумовлено і стоматологічною фобією, яка спричиняє прогресування захворювання та погіршення клінічних результатів, оскільки пародонтологічна допомога надається вже на пізніх стадіях хвороби і потребує більш інвазивного лікування [13]. Запущені ураження тканин пародонта зазвичай пов'язані зі зниженим дренажем глибокої пародонтальної кишені, викликають швидке руйнування тканин, що може поставити під загрозу прогноз зубів і є однією з найчастіших причин для їх видалення [14].

Отже, комплаєнс, прихильність і наполегливість пацієнта є найважливішими для довгострокового успіху пародонтальної терапії [6]. Причинами недостатнього ставлення пацієнтів до комплаєнса лікування пародонтита можуть виступати різні фактори, які обумовлені діями як з боку лікаря, так і самого пацієнта. В доступній літературі ми не знайшли даних про залежність пародонтального статусу пацієнтів від причин їх недостатньої прихильності до лікування пародонтиту.

Ціль: встановлення зв'язку пародонтального статусу з дотриманням хворими комплаєнса лікування генералізованого пародонтиту та з'ясування можливих причин його порушення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було обстежено 104 хворих (46 – чоловіків і 58 жінок) у віці 35-44 років. Усі пацієнти мали II ступінь тяжкості генералізованого пародонтиту, хронічного перебігу. Обстеження включало збір анамнезу, визначення пародонтального статусу за загальноприйнятою методикою в перше відвідування, через 3, 6, 9 і 12

місяців [15]: глибина пародонтальних кишень (ПК), якісна проба Шилера-Пісарєва, йодне число Свракова (ЙЧС), індекс РМА у модифікації Парма, комплексний пародонтальний індекс (КПІ), кровоточивість ясен (РВІ), гігієнічний індекс за Федоровим-Володкіною. Для встановлення ступеня тяжкості процесу проводили ортопантомографічне дослідження в перше відвідування. При діагностиці захворювань пародонта і формулюванні діагнозу додержувались рекомендованої тематики захворювань (Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., 2000) [16].

До початку медикаментозної терапії велику увагу приділяли гігієнічному стану ротової порожнини. З хворими проводили бесіду про дотримання гігієни ротової порожнини, навчання пацієнтів, давали рекомендації щодо методів і засобів гігієнічного догляду. Базову терапію починали з професійної гігієни ротової порожнини і усунення місцевих подразнюючих факторів: видаляли мінералізовані та немінералізовані зубні відкладення скейлером, проводили пришліфовування або заміну пломб, санували ротову порожнину. Для впливу на мікрофлору використовували розчин Гівалексу для механічної обробки зубів і ясен та у вигляді інстиляцій на турундах в ПК протягом 15 хвилин з одночасною аплікацією препарату на ясна. Розведення розчину відповідало вказівкам в інструкції. Додатково ополіскувач призначали пацієнтам 4 рази на день протягом 5 днів.. Для патогенетичної терапії використовували гель Індовазин, який накладали у вигляді пародонтальні пов'язки на окису цинку, білій глині і водному дентині в співвідношенні 2:2:1 на 30 хвилин. В комплекс лікувальних заходів включали за показанням хірургічні – кюретаж ПК, гігнівотомію. Ортопедичні заходи були спрямовані на досягнення артикуляційної рівноваги, усунення парафункцій, відновлення жувальної ефективності, нормалізації прикусу: вибіркоче пришліфовування зубів, тимчасове шинування армованими композитами. У випадках дефектів зубного ряду хворих направляли до ортопеда-стоматолога. При наявності супутньої патології хворих консультували у відповідних фахівців. Із засобів

загальної терапії призначали декамевіт по 1 таблетці 1 раз на добу, протягом 20 діб. Базову пародонтальну терапію (БПТ) проводили при первинному зверненні і підтримуючу пародонтальну терапію (ППТ) при кожному повторному візиті пацієнтів через 3, 6, 9 та 12 місяців (за показанням).

Пропонували всім пацієнтам заповнити розроблений нами опитувальник при кожному повторному візиті.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на ПЕОМ IBM PC/AT за допомогою інтегрованого пакету статистичної програми AtteStat 10.8.4. for MS Excel. Проводили перевірку нормальності розподілу кількісних значень з використанням критерію Колмогорова-Смірнова, визначали середнє (М) та її похибку (m). Статистичну значущість різниці в двох незалежних групах при нормальному розподілі варіант визначали за допомогою параметричного двостороннього t-критерію (критерій Ст'юдента). У разі ненормального розподілу використовували непараметричний U-критерій Манна-Уїтні, Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як видно з таблиці 1, дані показників пародонтального статусу у хворих на генералізований пародонтит змінюються залежно від терміну відвідування лікаря. При первинному обстеженні хворих їх стан пародонта відповідав клінічній картині генералізованого пародонтита II ступеня тяжкості, хронічного перебігу хвороби.

Через 3 місяці після лікування на підтримуючу терапію з'явилося 34 з 104 хворих (32,7%). Стан тканин пародонта був значно кращим, відмічалось статистично значуще покращення по всім показникам (крім глибини ПК).

Через 6 місяців підтримуючу пародонтальну терапію отримали 58 з 104 пацієнтів (55,8%), з них 24 особи, які повторно не звернулися на 3-й місяць спостереження. Вже в цей термін перебігу хвороби стан тканин пародонта погіршився. У 11 з 58 хворих (19%) відмічали загострення запального процесу, але більшість

показників пародонтального статусу були кращими за показники первинного огляду.

Через 9 місяців на ППТ звернулись 80 з 104 пацієнтів (76,9%). Серед них 34 особи, яким було проведено ППТ через 3 та 6 міс і 19 – після ППТ через 6 місяців. Первинно на підтримуючу терапію з'явилося 27 хворих. При огляді відмічали погіршення стану тканин пародонта за всіма показниками, вони не мали статистично значущої різниці з показниками при первинному огляді, до базової пародонтальної терапії. У більшості хворих відмічали хронічний перебіг захворювання, проте 14 з 80 осіб (17,5%) мали загострення запального процесу.

Через 12 місяців на ППТ звернулись 94 з 104 пацієнтів (90,4%). Серед них 34 особи, яким було проведено ППТ через 3 та 6 міс, 19 – після ППТ через 6 місяців, 23 – після ППТ через 9 місяців. Первинно підтримуюча терапія проведена 18 хворим. Показники пародонтального статусу були значно гіршими за попередній термін і майже наближались до рівня показників при первинному огляді. Загострення запального процесу в тканинах пародонта реєстрували у 23 з 94 (24,5%) хворих.

Аналізуючи дані про кількість візитів хворими для підтримуючої пародонтальної терапії, слід звернути увагу, що їх відвідування

були вкрай нерегулярними. Так, після БПТ з 104 хворих на підтримуючу терапію з'явилося через 3 місяці 34 (32,7%), 6 місяців – 58 (55,8%), 9 місяців – 80 (85,1%), 12 місяців – 94 (90,4%) осіб. Цілком очевидно, що у вказані терміни зверталися за пародонтологічною допомогою ті, хто регулярно проходив підтримуючу терапію, а також й ті, хто не дотримувався регулярності візитів до лікаря. Іноді ППТ починалася лише через 6, 9 або навіть 12 місяців. Нерегулярні відвідування хворих при лікуванні пародонтиту виступали головним чинником загострення процесу в тканинах пародонта і погіршення пародонтального статусу.

Для з'ясування можливих причин нерегулярного відвідування з метою підтримуючої терапії, нами був розроблений опитувальник, який пацієнти заповнювали під час кожного візиту (табл. 2). Умовно він складався з двох блоків питань. Перший блок охоплював оцінку дій лікаря, другий – самого пацієнта. Зауважимо, що відповіді на питання могли відрізнятися залежно від термінів візиту. Наприклад, відповіді «ні» або «частково» при відвідуванні лікаря через 6 місяців могли в подальшому інтерпретовані пацієнтами як «так» при візиті через 9 місяців, коли вони отримували повторну (додаткову, уточнюючу) інформацію.

Таблиця 1

Динаміка пародонтального статусу хворих за візитами

Показники статусу	Первинний огляд + БПТ (n-104)	Повторні візити + ППТ			
		3 міс (n-34)	6 міс. (n-58)	9 міс. (n-80)	12 міс. (n-94)
ГІ, бали	4,62±0,30	0,79±0,25*	2,97±0,20*	3,60±0,20	4,41±0,12
РМА, %	76,97±3,28	6,06±1,90*	38,18±3,78*	45,45±1,61	69,47±2,11
ЙЧС, бали	4,28±0,31	0,72±0,12*	1,84±0,17*	3,34±0,12	4,01±0,20
РВІ, бали	2,53±0,11	0,64±0,11*	1,87±0,12	1,89±0,11	2,06±0,04
ПК, мм	4,51±0,10	3,41±0,11	3,74±0,15	3,92±0,12	3,96±0,13
КПШ, бали	14,48±0,46	5,15±0,21*	9,22±0,28*	10,37±0,26	13,80±0,27

Примітка: * - статистично значуща різниця між даними первинного огляду і повторними візитами (p<0,05).

Таблиця 2

Опитувальник (перше відвідування з метою базового лікування, n=104)

Питання	Відповіді	Візити для підтримуючого лікування, n (%)			
		3 міс. (n-34)	6 міс. (n-58)	9 міс. (n-80)	12 міс. (n-94)
Вам надали інформацію про Вашу хворобу при відвідуванні лікаря?	так	34 (100)	58 (100)	80 (100)	94 (100)
	ні	–	–	–	–
Вам була зрозуміла надана інформація лікаря про Вашу хворобу?	так	31 (91,2)	50 (86,2)	68 (85,0)	75 (79,8)
	ні	–	2 (3,4)	–	5 (5,3)
	частково	3 (8,8)	6 (10,3)	12 (15,0)	14 (14,9)
Вам надали інформацію щодо лікування?	так	34 (100)	58 (100)	80 (100)	94 (100)
	ні	–	–	–	–
Вам була зрозуміла надана інформація лікаря щодо лікування?	так	28 (82,4)	49 (84,3)	68 (85,0)	80 (85,1)
	ні	–	–	–	–
	частково	6 (17,6)	9(15,5)	12(15,0)	14(14,9)
Вам надали рекомендації щодо гігієнічного догляду за ротовою порожниною?	так	33 (97,0)	58(100)	80(100)	94(100)
	ні	1 (3,0)	–	–	–
Вам була зрозуміла надана інформація щодо гігієнічного догляду за ротовою порожниною?	так	33 (97,0)	56(96,6)	77(96,3)	90(95,7)
	ні	1 (3,0)	–	–	–
	частково	–	2(3,4)	3(2,5)	4(4,3)
Ви дотримувалися запланованих візитів до лікаря?	так	34 (100)	34(58,6)	34(42,5)	34(36,2)
	ні	–	24(41,4)	46(57,5)	60(63,8)
	частково	–	–	–	–
Ви виконували призначення лікаря?	так	24 (70,6)	40(69,0)	61(76,3)	70(74,5)
	ні	–	2(3,4)	9(11,3)	14(14,9)
	частково	10 (29,4)	16(27,6)	10(12,5)	10(10,6)
Якщо не виконували призначення лікаря, вкажіть причину	див. в розділі «Результати»				
Ви дотримувалися гігієнічного догляду за ротовою порожниною?	так	30 (88,2)	52(89,7)	72(90,0)	80(85,1)
	ні	–	–	–	–
	частково	4(11,8)	6(10,3)	10(12,5)	14(14,9)

Результати опитування за першим блоком питань свідчать, що всім хворим надавали інформацію про його хворобу, лікування та рекомендації щодо гігієнічного догляду за ротовою порожниною. Проте, від 3,4% до 15% хворим інформація про його хворобу була незрозуміла або частково зрозуміла. Інформація лікаря щодо лікування пародонтиту була частково зрозуміла 15-17,6% пацієнтам. Не розуміли або частково розуміли рекомендації лікаря щодо гігієнічного догляду за ротовою порожниною 2,5 – 4,3% хворих. Це може зорієнтувати лікаря на можливі приховані резерви щодо мотивації хворих дотримуватися комплаєнта лікування. Якщо хворий чітко не розуміє питань, які стосуються його захворювання і лікування, відповідним буде і його поведінкове ставлення до рекомендацій лікаря. А поведінкові реакції хворих можуть значно покращити ступінь їх мотивації, дотримання та наполегливості щодо гігієни порожнини рота та підтримуючого лікування пародонту [6].

Аналіз відповідей на другий блок питань свідчив, що від 41,4% до 63,8% хворих не дотримувались запланованих візитів до лікаря, 3,4 – 29,4% не виконували або частково виконували призначення лікаря, 10,3 – 14,9% частково дотримувались гігієнічного догляду за ротовою порожниною. Тобто, хворі не були мотивовані повністю виконувати рекомендації лікаря.

Заслуговує на увагу причини, через які пацієнти порушували комплаєнс лікування пародонтиту. Серед них близько 3% хворим лікар не виписував рецепт та надавав рекомендації і призначав лікування в усній формі, 12,4% пацієнтів – через недостатнє розуміння плану лікування і призначених ліків, 2,4% – через відсутність наполегливості/переконливості з боку лікаря, 78,8,2% – через обмеження фінансових ресурсів, 3,4% – через інші причини.

Отже, дотримання комплаєнса лікування пародонтиту пацієнтами залежить від низки багатьох факторів, які можуть сприяти результату лікування пародонтиту [8]. Комплаєнс пацієнта можна вважати фактором, який модифікує захворювання і це позитивно впливає на збереження зубів при пародонтиті в подальшому [6].

ВИСНОВОК

Порушення хворими комплаєнса лікування генералізованого пародонтиту призводить до погіршення їх пародонтального статусу. Причинами порушення комплаєнса лікування пародонтиту можуть виступати фактори, обумовлені діями як лікаря, так і самого пацієнта.

Конфлікт інтересів. При підготовці та написанні статті конфлікти інтересів відсутні.

Джерела фінансування. Виконання цього дослідження та написання рукопису було здійснено без залучення зовнішнього фінансування.

REFERENCES

1. Ababneh KT, Abu Hwaij ZM, Khader YS. Prevalence and risk indicators of gingivitis and periodontitis in a multi-centre study in North Jordan: a cross sectional study. BMC Oral Health. 2012;12:8. DOI: 10.1186/1472-6831-12-1
2. Tadjoeidin FM, Fitri AH, Kuswandani SO, Sulijaya B, Soeroso Y. The Correlation between Age and Periodontal Diseases. Journal of International Dental and Medical Research. 2017;10(2):327-332.
3. Sluchevska OO, Pavlenko OV, Mochalov YuO, Shupiatyskyi IM. [Some aspects of the prevalence of severe forms of generalised periodontitis in the population of Ukraine.] Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2021;4(90):19-24. [in Ukrainian] DOI:10.11603/1681-2786.2021.4.12848
4. Bilan VO, Bandrivskyi YuL. The prevalence and structure of periodontal tissue diseases in the Armed Forces of Ukraine depending on age and duration of stay in the combat zone. Intermedical journal. 2024;(1):10-5. [in Ukrainian] DOI:10.32782/2786-7684/2024-1-2
5. Mihaela SS, Gianina I, Liliana P, Georgeta SI, Ioana M, Ionuț L, Silvia M. Risk predictors in periodontal disease. Romanian Journal of Oral Rehabilitation. 2017;9(3):89-96
6. Echeverría, JJ, Echeverría A, Caffesse RG. Adherence to supportive periodontal treatment. Periodontology 2000. 2019;79(1):200-9. DOI :10.1111/prd.12256

7. Schwendicke F, Stolpe M, Plaumann A, Graetz C. Cost-effectiveness of regular versus irregular supportive periodontal therapy or tooth removal. *Journal of Clinical Periodontology*. 2016;43(11):940-7. DOI:10.1111/jcpe.12595
8. Jaramillo RM, Agudelo-Suárez AA. Factors related to compliance with periodontal disease treatment appointments: a literature review. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2022;14(11):967-971. DOI:10.4317/jced.59752
9. Evidence for action World Health Organization 2003 [Internet]. Available on: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Costa FO, Cota LOM, Cortelli JR, Cortelli SC, Cyrino RM, Lages EJP, Oliveira APL. Surgical and Non-Surgical Procedures Associated with Recurrence of Periodontitis in Periodontal Maintenance Therapy: 5-Year Prospective Study. *PLOS ONE*. 2015;10(10):1-13. DOI: 10.1371/journal.pone.0140847
11. Rabelo CC, Feres M, Gonçalves C, Figueiredo LC, Faveri M, Tu Y-K, Chambrone L. Systemic antibiotics in the treatment of aggressive periodontitis. A systematic review and a Bayesian Network meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2015;42(7):647-657. DOI: 10.1111/jcpe.12427
12. Bartha V, Mohr J, Krumm B, Herz MM, Wolff D, Petsos H. Minimal periodontal basic care-no surgery, no antibiotics, low adherence. What can be expected? A retrospective data analysis. *Quintessence International* (Berlin, Germany: 1985). 2022;53(8):66-675. DOI:10.3290/j.qi.b3149423
13. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2016;8:35-50. DOI: 10.2147/CCIDE.S63626.
14. Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *Journal of clinical periodontology*. 2018;45:78-94. DOI: 10.1111/jcpe.12941.
15. Batih VM, Mytchenok OV, Kilmukhametova YuH. [Diagnostic process in therapeutic dentistry]. Chernivci: BSMU. 2018. 84 p [in Ukrainian].
16. Danylevskyy MF, Borysenko AV, Antonenko MYu, Sidelnikova LF, Nesyn OF, Dikova IH. (2018). [Therapeutic dentistry]. Kyiv: VSV «Medytsyna» 2018. 624 p. [in Ukrainian].

PERIODONTAL STATUS OF PATIENTS WITH DIFFERENT ATTITUDES TO PERIODONTITIS TREATMENT COMPLIANCE

Lakhtin Y. V., Kuzenko Y. V., Galich L. V., Tsyganok O. V., Moskalenko P. O.

Educational-scientific Medical Institute, Sumy State University, Sumy, Ukraine

y.lakhtin@med.sumdu.edu.ua

Background. Adherence to periodontal therapy can positively or negatively affect the onset or progression of periodontal disease. Irregular maintenance therapy leads to higher rates of periodontitis recurrence compared to patients who regularly adhere to the treatment regimen.

Aim: to establish the relationship between periodontal status and patients' compliance with the treatment of generalised periodontitis and to find out the possible causes of its violation.

Materials and methods. The state of periodontal tissues of 104 patients with generalised periodontitis of II degree of severity, chronic course at the age of 35-44 years was examined by conventional methods. The Schiller-Pisarev test, Svrakov iodine number, periodontal pocket depth, PMA index, comprehensive periodontal index, gingival bleeding, and Fedorov-Volodkina hygiene index were determined at the first visit, 3, 6, 9, and 12 months later. Basic and maintenance periodontal therapy was performed. All patients filled out a questionnaire developed by us at each follow-up visit.

Results. In 3 months after the baseline treatment, the condition of periodontal tissues was significantly better, with statistically significant improvement in all indicators. After 6 months, the periodontal condition worsened. In 11 out of 58 patients (19%), there was an exacerbation of the inflammatory process, but most periodontal status indicators were better than at the initial examination. After 9 months, deterioration of periodontal tissues was noted by all indicators, they did not have a statistically significant difference with the indicators at the initial examination, before basic periodontal therapy. In 14 out of 80 patients (17.5%) there was an exacerbation of the inflammatory process. After 12 months, the periodontal status was significantly worse than before and almost approached the level at the initial examination. Exacerbation of the inflammatory process in periodontal tissues was recorded in 23 of 94 (24.5%) patients. The regularity of patients' visits for maintenance periodontal therapy was extremely unsatisfactory. Thus, after basic periodontal therapy, 34 (32.7%) out of 104 patients came for maintenance therapy in 3 months, 58 (55.8%) in 6 months, 80 (85.1%) in 9 months, and 94 (90.4%) in 12 months. The results of the survey on the first set of questions show that all patients were given information about their disease, treatment and recommendations for oral hygiene care. However, from 3.4% to 15% of patients did not understand or partially understood the information about their disease. The doctor's information on periodontitis treatment was partly understood by 15-17.6% of patients. The doctor's recommendations for oral hygiene care were not understood or partially understood by 2.5-4.3% of patients. The analysis of answers to the second set of questions showed that 41.4% to 63.8% of patients did not keep their scheduled visits to the doctor, 3.4-29.4% did not fulfill or partially fulfill their doctor's prescriptions, and 10.3-14.9% partially adhered to oral hygiene care.

Conclusion. Thus, patients' failure to comply with the treatment of generalised periodontitis leads to a deterioration in their periodontal status. The reasons for the violation of compliance with periodontitis treatment may be factors caused by the actions of both the doctor and the patient.

Key words: dentistry, periodontium, periodontitis, periodontal ligament – gap, compliance.