

На правах рукописи

Макаревич Александра Андреевна

**КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРОДОНТА БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ
АРТРИТОМ**

14.01.14. – Стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2019

Работа выполнена в ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Тарасенко Светлана Викторовна**

Официальные оппоненты:

Лепилин Александр Викторович – Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии, заведующий кафедрой

Гайдук Игорь Викторович – кандидат медицинских наук, доцент, ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, кафедра хирургической стоматологии, доцент кафедры

Ведущая организация: ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России

Защита состоится «26» декабря 2019 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.14 при ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр. 2

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37, стр. 1 и на сайте организации www.sechenov.ru

Автореферат разослан «__» _____ 2019 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Кандидат медицинских наук, доцент

Дикопова Наталья Жоржевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Ведущую роль в развитии патологии пародонта большинство исследователей отводят микробному фактору (Ламонт, Р. Дж. и соавт., 2010; Луцкая И.К., 2010; Marchant S. et al., 2001). Авторы указывают на прямую связь между воспалением десны и плохой гигиеной рта, сопровождающейся количественными и качественными изменениями микробиоценоза десны. При нарастании степени тяжести заболевания доказано увеличение в пародонтальных карманах анаэробных представителей патогенной микрофлоры, таких как *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola*, *Prevotella intermedia* (Лепилин А.В. с соавт., 2019; Айвазова Р.А. с соавт., 2018; Грудянов А.И. с соавт., 2011; Зорина О.А. с соавт., 2011; Кулаков А.А. с соавт., 2011; Socransky S. et al., 2005).

Ученые из многих стран мира в формировании соматической патологии важную роль отводят одонтогенной инфекции. Пародонтальные патогены, продукты их жизнедеятельности, а также воспалительные медиаторы, производящиеся в тканях пародонта, попадая в кровоток, вызывают системные эффекты и/или способствуют развитию системных заболеваний. На основе этого механизма хронический пародонтит был предложен в качестве фактора риска не только сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, но и бактериального эндокардита, ревматоидного артрита и т. д. (Грудянов А.И. с соавт., 2017; Madianos P. N. et al., 2013; Mustapha I. Z. et al., 2007).

До сих пор нет единых взглядов на этиологию РА. Пока не удалось доказать связь РА с тем или иным конкретным этиологическим фактором, однако последние данные говорят о роли микробиома в данном процессе: микробиом может оказывать влияние на доклиническую фазу болезни несколькими способами, в том числе путем отклонения в составе микрофлоры (дисбиоз), а также действуя в качестве мишени для иммунной системы организма, вызывая ее дисбаланс, в кишечнике он проявляется в виде спондилоартритов, а аналогичные процессы во рту активно рассматриваются в качестве возможного предиктора развития РА (Галушко Е.А. и соавт., 2016; Гордеев А.В. и соавт., 2018).

Проводимые исследования показывают, что у пациентов с ревматоидным артритом в 8 раз чаще развивается пародонтит, по сравнению с пациентами без артрита в анамнезе. В свою очередь очаги хронической инфекции во рту могут стать пусковым и поддерживающим фактором в развитии системной болезни (Fisher B.A. et al., 2015; Fowler E.B. et al., 2001). Пациенты с болезнями пародонта тяжелой степени имеют более высокий риск развития ревматоидного артрита (Dissick A. et al., 2010).

Заболевания пародонта представляют значимую медико-социальную проблему ввиду увеличения их распространенности в современной популяции и связанной с ними потерей зубов, нарушениями акта жевания и речи, ухудшением качества жизни и общего состояния организма. Поскольку хронический пародонтит часто сопутствует ревматоидным заболеваниям и имеет с ними общие патогенетические механизмы развития, особенно актуальным становится изучение аспектов совместного естественного течения данных патологических состояний. Особую роль в понимании взаимного влияния этих заболеваний может сыграть изучение клинических и лабораторно-инструментальных характеристик пародонта и состава микрофлоры рта при ревматоидном артрите, что поможет разработать конкретные лечебные и диагностические алгоритмы, позволяющие определять тяжесть повреждения пародонта и проводить оптимальную диагностику и лечение заболеваний пародонта при ревматоидном артрите.

Цель исследования

Совершенствование алгоритма диагностики и лечения пациентов с заболеваниями пародонта на фоне ревматоидного артрита.

Задачи исследования

1. Оценить состояние пародонта у пациентов с ревматоидным артритом в зависимости от возраста и стадии заболевания с использованием индексов: Green-Vermillion, Silness-Loe, РМА, ПИ, Muhlemann, CPI, а также определение биотипа и рецессий десны.
2. Изучить минеральную плотность альвеолярной кости челюстей и осевого скелета у больных ревматоидным артритом.
3. Оценить биоценоз рта у больных ревматоидным артритом в зависимости от стадии заболевания.
4. Оценить взаимосвязь наличия высоких титров АЦЦП со степенью тяжести пародонтита у больных ревматоидным артритом.
5. Разработать алгоритм клинико-диагностических мероприятий с целью профилактики заболеваний пародонта у больных с ревматоидным артритом.

Научная новизна исследования

Впервые проведена комплексная клиническая и лабораторно-инструментальная оценка состояния тканей пародонта у больных ревматоидным артритом.

Впервые изучена минеральная плотность альвеолярного отростка челюсти и осевого скелета у больных ревматоидным артритом.

Установлена взаимосвязь тяжести пародонтита с количественным составом патогенной микрофлоры пародонтальных карманов у больных ревматоидным артритом.

Дана оценка взаимосвязи титров АЦЦП в сыворотке крови со степенью тяжести хронического пародонтита у больных ревматоидным артритом.

Теоретическая и практическая значимость

Изучены особенности клинического течения пародонтита у больных ревматоидным артритом.

Изучена взаимосвязь показателей теста-АЦЦП и степени тяжести пародонтита у больных ревматоидным артритом.

Обнаружены специфика количественного и качественного состава патогенной микрофлоры пародонтальных карманов у больных ревматоидным артритом.

Выявлены особенности минеральной плотности альвеолярной кости челюстей и осевого скелета у больных ревматоидным артритом.

Разработаны практические рекомендации для врачей–стоматологов по обследованию больных ревматоидным артритом для расширения возможности ранней диагностики и оценки эффективности лечения пародонтита.

Основные научные положения, выносимые на защиту

1. По результатам полного клинического и лабораторно-инструментального обследования состояния тканей пародонта у больных ревматоидным артритом установили: у всех пациентов основной группы выявлена коморбидность с ХГП различной степени тяжести. Среди пациентов с ревматоидного артрита преобладают женщины (79,5%). Для пациентов с РА, в основном, характерен тонкий биотип десны. Значения индекса РМА, кровоточивости десен, PI у пациентов с РА выше, чем у пациентов без ревматоидного артрита. Причем, отмечаются достоверные гендерные особенности со стороны индексов Green—Vermillion и кровоточивости Muhlemann, более значительный их рост характерен для мужчин.
2. Выявлено, что у пациентов с повышением значений теста – АЦЦП возрастает степень тяжести пародонтита.
3. При изучении минеральной плотности альвеолярного отростка челюсти и осевого скелета выявлено значительное ее снижение у больных ревматоидным артритом по сравнению с группой сравнения.
4. Установлена взаимосвязь тяжести пародонтита и степени активности РА.
5. Выявлено значительное превалирование частоты встречаемости и титра основных пародонтопатогенов (*A. actinomycetemcomitans*; *P. gingivalis*) и *Candida spp.* в содержимом пародонтальных карманов больных РА по сравнению с пациентами с ХГП без соматической патологии.

Внедрение в практику результатов исследования

Результаты работы внедрены в практику отделения хирургической стоматологии Института стоматологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), а также включены в лекционный курс и практические занятия студентов Образовательного департамента Института стоматологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Апробация работы

Основные положения диссертации были доложены на межрегиональной научно-практической конференции «Онкопатология и роль врача-стоматолога в её профилактике и ранней диагностике» (15-16 мая 2018 года, Рязань), XV Всероссийском стоматологическом форуме выставки-ярмарки «Дентал-Ревю» (12-14 февраля 2018 года, Москва), Научно-практической конференции СтАР «Современные подходы, тенденции и достижения при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями лица и шеи» (24 сентября 2018, Москва).

Апробация диссертационной работы проведена на совместном заседании кафедры хирургической стоматологии, кафедры ортопедической стоматологии, кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний, кафедры терапевтической стоматологии, кафедры челюстно-лицевой хирургии Института стоматологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (г. Москва, 29.04.2019 (пр. №17)).

Личный вклад автора

Автором проведены все этапы выполнения данного исследования: анализ научной литературы по теме диссертации; отбор пациентов, удовлетворяющих критериям включения в исследование; проведение стоматологического обследования 74 человек (44 больных ревматоидным артритом и 30 пациентов с хроническим пародонтитом различной степени тяжести) с индексной оценкой состояния тканей пародонта; получение биологических образцов из пародонтального кармана; формирование электронных массивов и статистическая обработка полученных данных с применением параметрических и непараметрических методов; анализ полученных результатов; подготовка материалов диссертации, публикаций и докладов.

Публикации

По материалам исследования опубликовано 6 научных работ, из них: 4 в журналах, рецензируемых ВАК при Минобрнауки РФ.

Объем и структура работы

Диссертационная работа изложена на 145 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 4 глав с результатами собственных исследований, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертационная

работа содержит 24 таблицы и иллюстрирована 26 рисунками. Список литературы включает 237 источников, из них 97 отечественных и 140 зарубежных.

Соответствие диссертации паспорту научных специальностей

Научное положение диссертации соответствует шифрам и формулам специальности: 14.01.14 – Стоматология. Результаты проведенного исследования соответствуют пункту 3 области исследования паспорта специальности «Стоматология».

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 100 человек: 70 - пациенты с РА (основная группа) и 30 (контрольная) – пациенты с пародонтитом различной степени тяжести без сопутствующей соматической патологии в возрастном диапазоне основной группы. По различным причинам (смена места жительства, семейные обстоятельства, др.) из исследования выбыли 26 человек основной группы. Пациенты обеих групп были ознакомлены с целью и задачами исследования, отсутствием рисков для их здоровья, всем пациентам была выдана памятка «Информация для пациента».

Распределение пациентов по группам представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов по группам в зависимости от тяжести течения пародонтита (абс.зн., %)

Группы	Количество пациентов (n=74)					
	ХГП л. ст.		ХГП ср. ст.		ХГП тяж. ст.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная(пациенты с РА) (n=44)	5	11,4	35	79,5	4	9,1
Контрольная (n=30)	6	20,0	16	53,3	8	26,7
Всего (n=74)	11	14,9	51	68,9	12	16,2

Результаты клинического исследования были занесены в разработанную нами пародонтологическую карту ревматологического больного, где учитывались все данные,

необходимые для решения задач исследования. Клиническое обследование пациентов обеих групп включало: выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр органов и тканей рта. Изучение пародонтологического статуса проводили по общепринятой методике: оценка гигиенического статуса, для визуализации налета использовали ревелаторы, рассчитывали пародонтальный индекс, оценивали тяжесть и распространенность гингивита, индекс кровоточивости десны. Определяли подвижность зубов, цвет, плотность и рецессию десны.

При денситометрии проводили оценку T- и Z-критерия. Измерение плотности костной ткани челюстей производили в идентичных точках челюстей – «зоны интереса» - у всех пациентов: две точки на нижней челюсти (вырезка нижней челюсти, область между корнями зубов 33 и 34, 43 и 44 на уровне верхушек) и две на верхней (справа или слева в боковых отделах челюстей при наличии зубов и во фронтальном отделе в области корней 12 и 13).

Для выявления факультативно-анаэробных, облигатно-анаэробных условно-патогенных видов микроорганизмов и грибов исследовали видовой и количественной состав микрофлоры пародонтальных карманов.

Молекулярно-биологические исследования включали определение маркерной ДНК 5 пародонтопатогенных видов: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a.), *Tannerella forsythia* (T.f.), *Porphyromonas gingivalis* (P.g.), *Prevotella intermedia* (P.i.), *Treponema denticola* (T.d.) с помощью мультиплексной полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для этого использовали отечественный набор реагентов «Мультидент-5» (НПФ «Генлаб», Россия).

Каждому пациенту был проведен анализ на наличие антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), посредством которого удается на ранних стадиях развития патологии выявить признаки ревматоидного процесса у пациентов в организме.

Статистическую обработку полученных в ходе исследования данных производили с помощью программ Microsoft Office Excel и пакета статистических программ SPSS Statistics, версия 21.

Результаты собственного исследования и их обсуждение

Средний возраст основной группы составил $47 \pm 2,6$ лет, контрольной - $48 \pm 2,4$ лет. В основную группу входили 35 (79,5%) женщин и 9 (20,5%) мужчин, контрольную – 14 (46,7%) женщин и 16 (53,7%) мужчин (Рисунок 1). Из литературных источников известно, что РА встречается во всех возрастных группах, но пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный возраст - 40–55 лет, а соотношение женщин к мужчинам — 3:1.

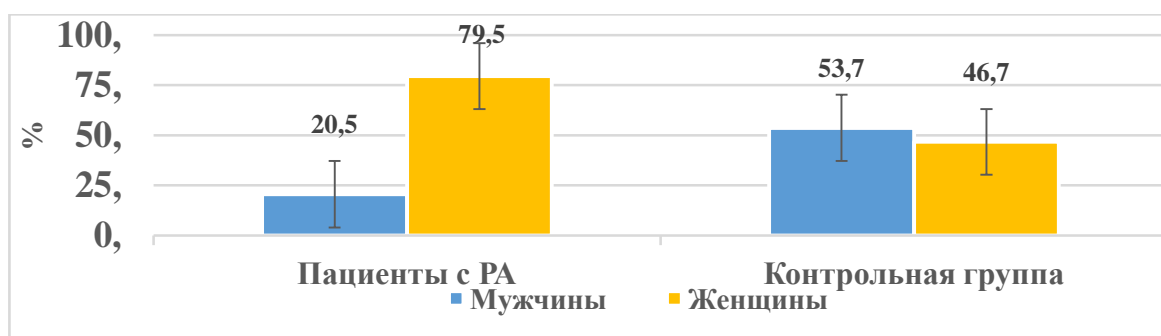


Рисунок 1 – Распределение пациентов по полу

Распределение пациентов по гендерно – возрастному признаку в зависимости от степени тяжести ХГП представлено в Таблице 2.

Таблица 2 – Гендерно-возрастное распределение участников исследования в зависимости от степени тяжести хронического генерализованного пародонтита (ХГП) (абс.зн, %)

ХГП	Группы исследования		Средний возраст (лет)		Пол (%)			
					женщины		мужчины	
	РА	Контр	РА	Контр	РА	Контр	РА	Контр
Легкая ст.	5 (11%)	6(20%)	38±1,9	49±2,4	60	50	40	50
Средняя ст.	35(80%)	16(53%)	47±2,4	49±2,4	86	50	14	50
Тяжелая ст.	4(9%)	8(27%)	57±2,9	45±2,3	67	38	33	63

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

Возраст пациентов основной группы увеличивается с нарастанием патологических процессов в пародонте: легкая степень – 38±1,9, средняя - 47±2,4, тяжелая - 57±2,9 лет. Для контрольной группы не наблюдается той же тенденции, а, наоборот, возраст контрольной группы с ХГПЛС и ХГПСС идентичен и равен 49±2,4 лет, молодеют пациенты с ХГПТС - 45±2,3 лет. При распределении пациентов обеих групп в зависимости от степени тяжести пародонтита прослеживается преобладание женщин в основной группе (60%; 86%; 67%), в контрольной группе этого явления отмечено не было.

Таблица 3 – Характеристика биотипа десны в зависимости от степени тяжести ХГП (абс.зн, %)

ХГП	Биотип-толстый (%)		Биотип-тонкий (%)	
	РА	Контроль	РА	Контроль
Легкая степень (n=11)	1(20%)	5(83%)	4(80%)	1(17%)
Средняя степень (n=51)	9(26%)	6(38%)	26(74%)	10(63%)
Тяжелая степень (n=12)	0	2(25%)	4(100%)	6(75%)

При определении биотипа десны выяснили, что для пациентов с РА, в основном, характерен тонкий биотип десны: при ХГПЛС в 80%, при ХГПСС 74%, при ХГПТС в 100% случаев. В контрольной группе зафиксирован толстый биотип десны при ХГПЛС в 83%, а при ХГПСС и ХГПТС – в основном, тонкий (63% и 75%, соответственно) (Таблица 3).

Таблица 4 - Характеристика биотипа десны у пациентов с РА (абс. зн.,%)

Стадия РА	Биотип-толстый (%)	Биотип-тонкий (%)
1 ст.(n=5)	20	80
2 ст.(n=35)	30	70
3 ст.(n=4)	17	83

При сравнении биотипов десны в основной группе обнаружили, что независимо от стадии РА у пациентов с РА чаще встречается тонкий биотип десны (80%, 70%, 83%, соответственно) (Таблица 5).

Эффективность результатов любого хирургического вмешательства во многом зависит от биотипа десны, поэтому важно учитывать данный показатель особенно у пациентов с тонким биотипом. Также наличие тонкого биотипа способствует формированию множественных рецессий при нарушении распределения жевательной нагрузки, поэтому при лечении ХГП у пациентов с тонким биотипом требуется их устранение параллельно с углублением мелкого преддверия рта и восстановление костных дефектов.

Регистрацию патологических изменений в пародонте в обследуемых группах оценивали с использованием индекса CPI (Рисунок 2). Для пациентов с 1 ст. РА индекс CPI составлял 2, что соответствует коду наличия поддесневого зубного камня, со 2 ст. РА и контрольной группой (код 2,7) – наличие поддесневого зубного камня и пародонтального кармана глубиной 4мм. Для пациентов с 3 ст. РА характерен более высокий код 3,2 – пародонтальный карман приближен к отметке 6 мм.

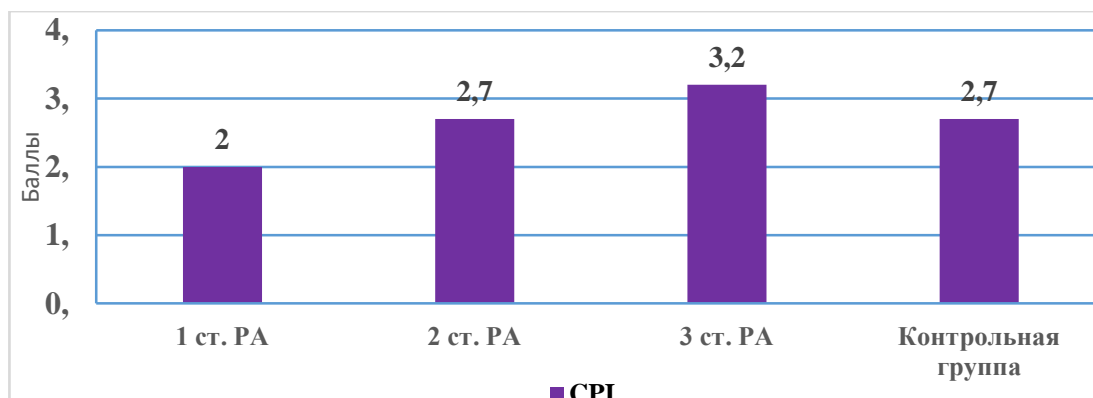


Рисунок 2. Значение индекса CPI в основной и контрольной группах.

Важным для оценки состояния тканей пародонта является определение гигиенического состояния рта. Для этого определяли индексы Green- Vermillion и Silnes-Loe. Для пациентов обеих групп данный показатель указывает на удовлетворительную гигиену рта независимо от степени тяжести ХГП, хотя в основной группе он несколько выше, чем в контрольной (1,71 против 1,09; 2,08 – 1,46; 2,55 – 2,31). Индекс Silnes-Loe, характеризующий толщину зубного налета, также имеет более высокие значения у пациентов с РА по сравнению с контролем (1,0 против 0,58; 1,3 – 0,89; 1,85 – 1,79). Многочисленными исследованиями доказана зависимость степени тяжести поражения пародонта от количества микробного налета, а также времени его фиксации на зубах.

С помощью индексов РМА, ПИ и Muhlemann была определена степень поражения тканей пародонта. Индекс РМА определяет выраженность воспалительных процессов в тканях пародонта и помогает оценить эффективность лечебных мероприятий. Как и два ранее анализируемых индекса, происходит увеличение значений РМА с нарастанием воспалительных процессов в пародонте. При оценке данного индекса у пациентов с РА значительно выше его значения, чем у пациентов без РА (25% против 14%; 34% - 23%; 53% - 43%). В основной группе с ХГПСС и ХГПТС значение индекса соответствует среднетяжелой степени гингивита.

Для определения тяжести течения болезней пародонта, оценивая степень воспаления, глубину пародонтальных карманов, подвижность зубов, использовали пародонтальный индекс РI, который показал, что его значение при ХГПЛС у пациентов с РА составляет $1,32 \pm 0,07$, это в 1,6 раза больше, чем в контрольной группе. При ХГПСС значения индекса практически равны: $2,48 \pm 0,12$ и $2,49 \pm 0,12$, соответственно. При ХГПТС у пациентов основной группы оно равно $5,21 \pm 0,26$, контрольной - $4,69 \pm 0,23$ (Таблица 5).

Таблица 5 - Индексные показатели в зависимости от степени тяжести пародонтита(баллы)

ХГП	Green-Vermillion		Silnes-Loe		РМА		ПИ		Muhlemann	
	РА	К	РА	К	РА	К	РА	К	РА	К
Легкая степень	$1,71 \pm 0,09$	$1,09 \pm 0,05$	$1,0 \pm 0,05$	$0,58 \pm 0,03$	25 ± 1	14 ± 1	$1,32 \pm 0,07$	$0,81 \pm 0,04$	$1,05 \pm 0,05$	$0,5 \pm 0,03$
Средняя степень	$2,08 \pm 0,1$	$1,4 \pm 0,07$	$1,3 \pm 0,07$	$0,89 \pm 0,04$	34 ± 2	23 ± 1	$2,48 \pm 0,12$	$2,49 \pm 0,12$	$1,51 \pm 0,08$	$1,04 \pm 0,05$
Тяжелая степень	$2,55 \pm 0,13$	$2,3 \pm 0,12$	$1,8 \pm 0,09$	$1,79 \pm 0,09$	53 ± 3	43 ± 2	$5,21 \pm 0,26$	$4,69 \pm 0,23$	$2,03 \pm 0,1$	$1,73 \pm 0,09$

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

При оценке показателей кровоточивости десен установили, что с ХГПДС у больных РА значение индекса в 2,1 раза больше, чем в контрольной группе, с ХГПСС – в 1,5 раза, с ХГПТС – в 1,2 раза, соответственно. При прогрессировании основного заболевания (РА) значения всех индексных показателей имеют тенденцию к повышению (Таблица 6).

Таблица 6 - Индексы гигиены основной группы в зависимости от стадии ревматоидного артрита(баллы)

		Green-Verm	Silnes-Loe	PMA	ПИ	Mulhlemann	CPI
Контроль		1,61±0,08	1,07±0,05	0,26±0,01	2,74±0,14	1,11±0,06	2,67±0,13
Основная	1 ст. РА	1,77±0,09	1,13±0,06	0,27±0,01	1,27±0,06	1,14±0,06	2±0,1
	2 ст. РА	2,05±0,1	1,26±0,06	0,32±0,02	2,35±0,12	1,43±0,07	2,67±0,13
	3 ст. РА	2,25±0,11	1,53±0,08	0,43±0,02	3,4±0,17	1,78±0,09	3,17±0,16

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

Отмечаются достоверные гендерные особенности со стороны индексов Green—Vermillion и кровоточивости Muhlemann. Более значительный рост указанных индексов характерен для мужчин: со стороны индекса кровоточивости в 1,6 раза (у женщин это только 1,3 раза), со стороны индекса Green—Vermillion в 1,4 раза (у женщин 1,3 раза) (Рисунок 3).

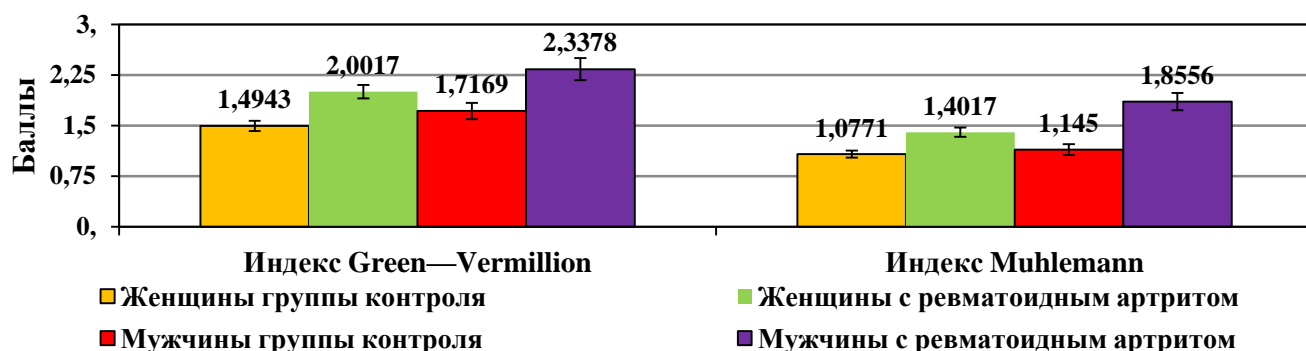


Рисунок 3. Значение индексов Green—Vermillion и кровоточивости Muhlemann в зависимости от гендерного признака в группах исследования

У пациентов из основной группы, имеющих рецессию десны, в среднем она была отмечена на 7 зубах с шириной $2,7 \pm 0,07$ мм, в контрольной группе – на 8 зубах с шириной $2,4 \pm 0,12$ мм.

Зависимость показателей рецессии десны от степени тяжести ХГП представлена в Таблице 7, из которой видно, что количество зубов с рецессией десны больше в контрольной группе независимо от степени тяжести пародонтита ($5,00 \pm 0,25$ против $3,6 \pm 0,18$; $8,25 \pm 0,41$ -

6,43±0,32; 9,5±0,48 - 8,67±0,43, соответственно), однако ее ширина больше только при легкой степени ХГП, а при ХГПСС и ХГПТС меньше, чем у пациентов с РА (2,38±0,12 против 2,26±0,11; 4,0±0,2 - 2,85±0,14).

Таблица 7 - Показатели рецессии десны в группах в зависимости от степени тяжести ХГП

ХГП	Ширина рецессии (мм)		Кол-во зубов с рецессией (абс. числа)	
	РА	К	РА	К
Легкая степень	1,76±0,09	2,18±0,11	3,6±0,18	5,00±0,25
Средняя степень	2,38±0,12	2,26±0,11	6,43±0,32	8,25±0,41
Тяжелая степень	4,0±0,2	2,85±0,14	8,67±0,43	9,5±0,48

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

В таблице 8 представлены данные по минеральной плотности (МП) костей челюстей.

Таблица 8 - Показатели компьютерной томографии в основной и контрольной группах (усл. ед.)

Группы		Вырезка н/ч	Зубы 33/34	Зубы 43/44	Зубы 12/13	Бок. отд. в/ч
Контроль		485±24	277±14	266±13	237±12	214±11
Основная (РА)	1 ст.РА	423±21	237±12	231±12	212±11	171±9
	2 ст.РА	419±21	188±9	208±10	176±9	146±7
	3 ст.РА	355±18	164±8	145±7	158±8	114±6

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

Из таблицы 8 видно, что в контрольной группе значительно выше МПКТ челюстей во всех точках по сравнению с больными РА: в области вырезки н/ч от 62 до 130 усл. ед.; между корней зубов 33/34 от 40 до 113 усл. ед.; между корней зубов 43/44 от 35 до 121 усл. ед.; между корней зубов 12/13 от 25 до 79 усл. ед.; в боковых отделах в/ч от 43 до 100 усл. ед. В свою очередь, при сравнении МПКТ в основной группе заметно ее снижение в зависимости от стадии РА: в области вырезки н/ч до 68 усл. ед.; между корней зубов 33/34 до 73 усл. ед.; между корней

зубов 43/44 до 86 усл. ед.; между корней зубов 12/13 до 54 усл. ед.; в боковых отделах в/ч до 57 усл. ед. (Рисунок 4).

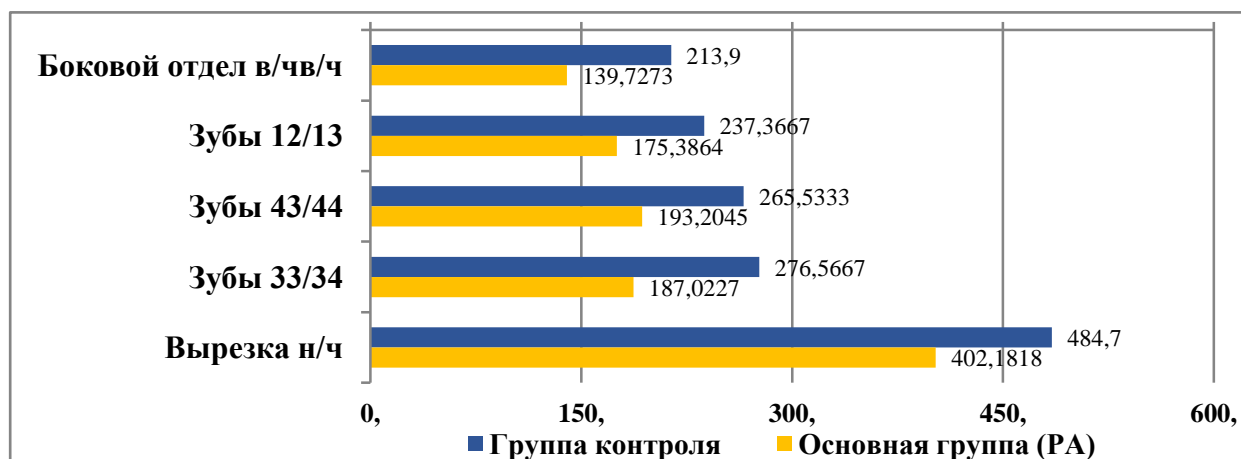


Рисунок 4. Сравнение данных компьютерной томографии (усл. ед.)

У больных РА при наличии у них ХГП это снижение происходит более выражено.

Таблица 9 - Показатели компьютерной томографии (усл. ед.) в зависимости от тяжести ХГП

ХГП	Вырезка н/ч		Зубы 33/34		Зубы 43/44		Зубы 12/13		Боковой отдел в/ч	
	РА	К	РА	К	РА	К	РА	К	РА	К
Легкая степень	433±22	496±25	238±12	291±15	225±11	285±14	217±11	253±13	167±8	221±11
Средняя степень	407±20	493±25	183±9	285±14	194±10	276±14	172±9	240±12	138±7	218±11
Тяжелая степень	270±14	459±23	146±7	249±12	111±6	230±12	134±7	221±11	87±4	201±10

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

В Таблице 10 представлена зависимость минеральной плотности костной ткани челюстей у больных РА от степени тяжести ХГП, возраста и показателей уровня антител к циклическому цитруллинированному пептиду (теста-АЦЦП). Полученные данные позволяют утверждать, что с увеличением возраста, уровня АЦЦП, утяжеления патологии пародонта среднее значение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) челюстей снижается в 1,7 раз.

Таблица 10 – Зависимость минеральной плотности костной ткани челюстей у больных РА от возраста и показателей теста -АЦЦП

ХГП	АЦЦП (ед/мл)	Возраст (лет)	Среднее значение МПКТ челюстей (усл.ед)
Легкая степень (n=5)	12,7±0,6	38±1,9	256±13
Средняя степень (n=35)	107,4±5,4	47±2,4	218±11
Тяжелая степень (n=4)	191±9,6	57±2,9	149,6±7

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

У пациентов с РА установлено снижение МПКТ челюстей в зависимости от степени тяжести ХГП и РА во всех областях исследования. Самая низкая МПКТ зарегистрирована в боковых отделах верхней челюсти (167±8; 138±7; 87±4 (ХГП); 171±9; 146±7; 114±6 (РА), что необходимо учитывать при проведении стоматологических манипуляций.

Таблица 11 – Сравнительная характеристика показателей уровня АЦЦП в группах исследования

Группы исследования		Средний возраст пациентов (лет)	АЦЦП (ед/мл)	Гендерный состав	
				Женщины	Мужчины
Контроль		48±2,4	2,5±0,1	47±2%	53±3%
Основная (РА)	1 ст. РА	38±1,9	6,3±0,3	60±3%	40±2%
	2 ст. РА	47±2,3	121,6±6,1	85±4%	15±1%
	3 ст. РА	52±2,6	106,2±5,3	75±4%	25±1%

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

АЦЦП являются наиболее высокоспецифичным и клинически информативным лабораторным диагностическим маркером РА. Установлено, что у пациентов с 1 ст. РА

показания теста - АЦЦП составляют $6,3 \pm 0,3$ ед/мл, их средней возраст равен $38 \pm 1,9$; со 2 ст. РА у пациентов значения теста превышает норму в 40 раз ($121,6 \pm 6,1$ ед/мл), их возраст - $47 \pm 2,3$, с 3 ст. РА тест показал снижение уровня антител по сравнению со 2 ст. РА ($106,2 \pm 5,3$ ед/мл), но повышение возраста пациентов ($52 \pm 2,6$). В контрольной группе показатели уровня АЦЦП находятся в пределах нормы независимо от возраста и пола пациентов (Таблица 11).

Таблица 12 – Сравнительная характеристика показателей теста - АЦЦП в группах исследования в зависимости от степени тяжести пародонтита

ХГП	АЦЦП (ед/мл)		Возраст (лет)	
	РА	Контроль	РА	Контроль
Легкая степень	$12,7 \pm 0,6$	$0,5 \pm 0$	$38 \pm 1,9$	$49 \pm 2,4$
Средняя степень	$107,4 \pm 5,4$	$4,2 \pm 0,2$	$47 \pm 2,4$	$49 \pm 2,4$
Тяжелая степень	$191 \pm 9,6$	$0,5 \pm 0$	$57 \pm 2,9$	$45 \pm 2,3$

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

У пациентов с РА при нарастании воспалительных и деструктивных процессов в пародонте установлено значительное повышение уровня антител к циклическому цитруллинированному пептиду (от 12,7 до 191 ед/мл) (Таблица 12). В контрольной группе отмечено повышение показателей теста – АЦЦП ($4,2 \pm 0,2$ Ед/мл) у пациентов с ХГПСС. Многими исследованиями было доказано, что выявление АЦЦП происходит задолго до появления первых симптомов РА.

Таблица 13 - Показатели денситометрии в группах исследования

	Контроль	Основная группа (РА)		
		1 ст. РА	2 ст. РА	3 ст. РА
BMD (L1-L4)	$1,10 \pm 0,06$	$1,03 \pm 0,05$	$0,99 \pm 0,05$	$0,96 \pm 0,05$
T (L1-L4)	$-0,40 \pm 0,02$	$-0,64 \pm 0,04$	$-0,86 \pm 0,03$	$-0,76 \pm 0,04$
Z (L1-L4)	$0,013 \pm 0,001$	$-0,020 \pm 0,001$	$-0,070 \pm 0,004$	$-0,117 \pm 0,006$
BMD (left hip)	$0,99 \pm 0,05$	$0,95 \pm 0,05$	$0,96 \pm 0,04$	$0,86 \pm 0,04$
T (left hip)	$-0,33 \pm 0,02$	$-0,54 \pm 0,03$	$-1,08 \pm 0,05$	$-1,77 \pm 0,04$
Z (left hip)	$0,060 \pm 0,003$	$-0,160 \pm 0,008$	$-0,379 \pm 0,019$	$-1,243 \pm 0,012$
BMD forearm	0	0	$0,48 \pm 0,03$	$0,49 \pm 0,05$
T forearm	0	0	$-1,5 \pm 0,03$	$-2,75 \pm 0,05$
Z forearm	0	0	$0,3 \pm 0,008$	$-1,26 \pm 0,08$

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

Результаты анализа МПКТ в группах исследования представлены в Таблице 13. Все пациенты с РА имеют более низкие показатели Т-критерия в различных областях (поясничном отделе позвоночника, шейке бедра, дистальном отделе предплечья), чем в контрольной группе, также снижение денситометрических показателей происходит по мере утяжеления стадии основного заболевания.

Таблица 14 - Показатели денситометрии у пациентов обеих групп в зависимости от степени тяжести ХГП

Показатель	ХГП					
	Легкая степень		Средняя степень		Тяжелая степень	
	РА	К	РА	К	РА	К
BMD (L1-L4)	1,038 ±0,052	1,010 ±0,06	0,979 ±0,049	1,141 ±0,057	0,929 ±0,046	1,033 ±0,052
T (L1-L4)	-0,78 ±0,039	-0,417 ±0,021	-0,736 ±0,037	-0,325 ±0,016	-1,09 ±0,045	-0,55 ±0,028
Z (L1-L4)	0 ±0,005	0,013 ±0,001	-0,097 ±0,005	0,075 ±0,004	-0,87 ±0,003	-0,1±0,01
BMD (left hip)	0,958 ±0,048	1,039 ±0,052	0,856 ±0,043	1,039 ±0,052	0,999 ±0,05	0,975 ±0,049
T (left hip)	-0,36 ±0,018	-0,033 ±0,002	-1,087 ±0,054	-0,288 ±0,014	-1,5 ±0,025	-0,638± 0,03
Z (left hip)	0±0,005	0,367± 0,018	-0,427 ±0,021	0,075 ±0,004	1,2±0,06	-0,2±0,01
BMD forearm	0	0	0	0	0,72	0
T forearm	0	0	0	0	-2,46 ±0,06	0
Z forearm	0	0	0	0	-1,73 ±0,06	0

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

В контрольной группе только 6,7% пациентов, возраст которых составлял $56,5 \pm 0,5$, имели показания Т-критерия в зоне L1-L4-1,1, причем, из них $\frac{1}{2}$ была с диагнозом ХГПТС, другая часть – с диагнозом ХГПСС; в других зонах показатели соответствовали норме.

В ходе микробиологического исследования были идентифицированы 26 микроорганизмов у больных РА и 32 – у пациентов с ХГП без соматической патологии. Для удобства сравнения некоторые из них объединили в группы по принадлежности к роду. Анализ

образцов содержимого пародонтальных карманов больных РА с ХГПЛС показал наличие в 47,3% присутствие *Streptococcus* spp., по 5,3% -*Staphylococcus* spp. и *Enterococcus* spp., по 5,0% - А.а. и Р.и., в 26,3% - *Candida* spp.; с ХГПСС - *Streptococcus* spp. в 37,2%, *Fusobacterium* spp. - 8,3%, А.а. – 3,4%, по 6,2% Р.и. и Р. г., в 9,7% - *Candida* spp.; с ХГПТС - *Streptococcus* spp. в 38,4%, *Enterobacter* spp. и *Candida* spp. по 15,4%, *Klebsiella* в 7,7%, присутствие данного микроорганизма не является характерным для рта, он активизируется, когда иммунитет у человека ослабевает. Наибольшее разнообразие представителей микрофлоры получено у больных РА с ХГПСС. Обсемененность пародонтальных карманов грибами рода *Candida* у больных РА с ХГПЛС оказалась выше, чем у лиц с более тяжелой степенью заболеваний пародонта. Количественный состав пародонтогенов, выявленных при классической микробиологии, равен А.а. – 10^5 - 10^6 , Р.и. - 10^5 - 10^6 , Р. г. – 10^7 и *Candida* spp.- 10^5 - 10^7 (Таблица 15).

Анализ полученных результатов в контрольной группе позволяет отметить, что при ХГП по мере утяжеления процесса происходят изменения микробиоценоза содержимого пародонтальных карманов: увеличение выделения *Fusobacterium* spp. от 3,4% до 21,9%, в количественном содержании от 10^3 до 10^5 , *Actinomyces* spp. от 10,3% до 9,4%, *Peptostreptococcus* spp. от 2,7% до 6,3%. Пародонтопатогены не обнаруживались при ХГПЛС, при ХГПСС выявлены А.а. (2,7%), *P. intermedia* (4,1%), *P. gingivalis* (1,4%), *T. denticola* (12,5%), кроме *T. forsythia*, при ХГПТС – все 5 пародонтогенов (А.а.- 9,4%, Р. и. – 6,3%, Р. г. –12,5%, Т. d. – 3,1%, Т. f. – 3,1%) и их количественный состав равен А.а. - 10^5 , Р.и. - 10^3 , Т. f. - 10^3 , Р. г. – 10^4 , Т. d. – 10^5 . Причем, при нарастании воспалительно-деструктивных проявлений частота выделений *Candida* spp. идет на спад от 10,3% до 3,1% (в количестве 10^3 - 10^4). В большом количестве были выделены *Streptococcus* spp. при ХГПСС (89,7%) среди остальных микроорганизмов (Таблица 16).

Дополнительно к классическому микробиологическому исследованию пациентам обеих групп проводили ПЦР–анализ, позволяющий идентифицировать микроорганизмы, оказывающие наиболее агрессивное действие на ткани пародонта: Р.и., Т.д., А.а., Р.г., Р.ф.

Таблица - 15. Характеристика микробиоценоза пародонтальных карманов у пациентов РА

№ п/п	Виды микроорганизмов	Частота выделения								
		Легкая степень			Средняя степень			Тяжелая степень		
		Абс. (n=19)	%	Lg КОЕ /см3	Абс. (n=145)	%	Lg КОЕ /см3	Абс. (n=13)	%	lg КОЕ /см3
1.	Streptococcus spp.	9	47,3	7,0	54	37,2	7,1	5	38,4	7,4
2.	Staphylococcus spp.	1	5,3	4,0	8	5,5	0	0	0	0
3.	Peptostr. anaerobius	0	0	0	9	6,2	7,7	0	0	0
4.	Enterococcus spp.	1	5,3	8,0	7	4,8	7,0	1	7,7	7,0
5.	Acinetobacter spp.	0	0	0	1	0,7	6,3	0	0	0
6.	Actinomyces spp.	0	0	0	4	2,8	6,2	0	0	0
7.	Corynobacterium spp.	0	0	0	2	1,4	6,0	0	0	0
8.	Haemophylus spp.	0	0	0	1	0,7	8,0	0	0	0
9.	Propionibacterium spp.	0	0	0	1	0,7	2,0	0	0	0
10.	Neisseria spp.	0	0	0	3	2,1	6,6	1	7,7	5,3
11.	Micrococcus spp.	0	0	0	0	0	0	1	7,7	6,0
12.	Enterobacter spp.	0	0	0	5	3,4	6,6	2	15,4	7,6
13.	Klebsiella	0	0	0	1	0,7	7,0	1	7,7	6,0
14.	Fusobacterium spp.	0	0	0	12	8,3	6,2	0	0	0
15.	A.a.	1	5,3	5,0	5	3,4	6,3	0	0	0
16.	P. intermedia	2	10,5	5,0	9	6,2	6,3	0	0	0
17.	P. gingivalis	0	0	0	9	6,2	6,7	0	0	0
18.	Candida spp.	5	26,3	7,1	14	9,7	6,5	2	15,4	5,0

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

Таблица 16 – Частота выделения патогенов в содержимом пародонтальных карманов у контрольной группы с ХГП различной степени тяжести (%)

№ п/п	Представители микробиоценоза	ХГП легк. ст. (n=29)			ХГП ср. ст. (n=74)			ХГП тяж. ст. (n=32)		
		Абс.	%	lg КОЕ /см ³	Абс	%	lg КОЕ /см ³	Абс.	%	lg КОЕ /см ³
1.	Streptococcus spp.	10	34,5	6,6	26	89,7	5,9	3	9,4	5,1
2.	S. epidermidis	2	6,9	2,0	5	6,8	4,7	2	6,3	4,1
3.	Staphylococcus aureus	0	0	0	3	4,1	2,2	0	0	0
4.	Neisseria spp.	4	13,8	5,8	1	1,4	2,8	0	0	0
5.	Actinomyces spp.	3	10,3	3,3	8	10,8	2,9	3	9,4	3,4
6.	Veilonella spp	3	10,3	3,1	3	4,1	4,0	2	6,3	3,7
7.	Enterobacter spp.	0	0	0	0	0	0	1	3,1	3,0
8.	Corynobacterium spp.	0	0	0	1	1,4	4,3	0	0	0
9.	Lactobacillus spp.	2	6,9	3,7	0	0	0	0	0	0
10.	Enterococcus spp.	0	0	0	1	1,4	7,0	0	0	0
11.	Fusobacterium spp.	1	3,4	2,6	11	14,9	3,6	7	21,9	5,0
12.	Peptostreptococcus spp.	1	3,4	3,0	2	2,7	5,5	2	6,3	4,0
13.	A.a.	0	0	0	2	2,7	2,8	3	9,4	5,1
14.	P. intermedia	0	0	0	3	4,1	4,4	2	6,3	2,8
15.	T. forsythia	0	0	0				1	3,1	3,3
16.	P. gingivalis	0	0	0	1	1,4	3,3	4	12,5	4,0
17.	T. denticola	0	0	0	2	12,5	3,3	1	3,1	4,7
18.	Candida spp.	3	10,3	4,4	5	6,8	2,7	1	3,1	4,0

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

Таблица 17 - Частота встречаемости пародонтопатогенов в основной и контрольной группах (%) при использовании метода ПЦР

ХГП	P. intermedia		T. forsythia		T. denticola		A.a.		P. gingivalis	
	РА	К	РА	К	РА	К	РА	К	РА	К
Легкая степень	20±1	67±3	40±2	83±4	40±2	67±3	60±3	33±2	100±5	67±3
Средняя степень	5,7±0,3	43,8±2,2	31±2	38±2	20±1	63±3	63±3	50±3	77±4	50±3
Тяжелая степень	0	63±3	0	75±4	100±5	38±2	50±3	50±3	100±5	63±3

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$

Частота встречаемости A.a у больных РА варьирует от 50±3% до 63±3%. Установлено, что A.a. встречается чаще в 1,8 раз у пациентов с РА при ХГПЛС, в 1,2 раза чаще при ХГПСС, чем в контрольной группе, при ХГПТС различий не выявлено (Таблица 17). Пародонтопатоген P. g. обнаружен у всех пациентов с РА при ХГПЛС и ХГПТС и в 77% случаев – при ХГПСС против контрольной группы 67%, 50%, 63%, соответственно. Также T. d. при утяжелении деструктивного процесса в тканях пародонта (ХГПТС) обнаружен у всех пациентов с РА, что больше в 2,6 раза по сравнению с группой без соматической патологии. Два пародонтопатогена A.a. и P.g. чаще встречаются у пациентов с РА независимо от степени тяжести пародонтита, а у пациентов без соматической патологии пять микроорганизмов имеют тенденцию к равномерному распределению в группе. Также установлено, что у пациентов с РА в 29,5% встречалась ассоциация A.a. и P. g., в 6,8% к комплексу присоединяется T. d. В контрольной группе ассоциация из трех микроорганизмов встретилась в 3,3% случаев. Именно наличие в пародонтальных карманах ассоциаций A.a. и P. g. приводят к быстрому и злокачественному течению ХГП. Таким образом, полноценная оценка состояния пародонта, клинических анализов крови, изучение МПКТ челюстей и осевого скелета, определение качественного и количественного состава микробиоценоза пародонтальных карманов у больных РА, у которых выявлена 100% коморбидность с ХГП, позволит назначить этиотропную антибактериальную терапию, создать оптимальные условия для последующего дифференцированного и персонализированного стоматологического лечения с последующим диспансерным наблюдением. Объем запланированной работы нами выполнен, получены интересные данные, но ставить точку на этом рано, потому что проблема коморбидности болезней (РА и ХГП) является многогранной и требует дальнейших исследований с целью повышения качества оказания медицинской помощи и качества жизни пациентов.

ВЫВОДЫ

1. У всех больных ревматоидным артритом выявлена коморбидность с ХГП различной степени тяжести. У всех больных ревматоидным артритом был установлен диагноз хронический генерализованный пародонтит различной степени тяжести на основании отсутствия зубодесневого соединительнотканного прикрепления.
2. Для пациентов с ревматоидным артритом, в основном, характерен тонкий биотип десны: при хроническом генерализованном пародонтите легкой степени в 80%, при средней степени 74%, при тяжелой степени в 100% случаев. Значения индекса РМА у пациентов с ревматоидным артритом значительно выше его значения, чем у пациентов без соматической патологии (25% против 14%; 34% - 23%; 53% - 43%). При оценке показателей кровоточивости десен установили, что при хроническом генерализованном пародонтите легкой степени у больных ревматоидным артритом значение индекса в 2,1 раза больше, чем в контрольной группе, при средней степени – в 1,5 раза, при тяжелой степени – в 1,2 раза, соответственно. Значение пародонтального индекса РІ при хроническом генерализованном пародонтите легкой степени у пациентов с ревматоидным артритом составляет $1,32 \pm 0,07$, это в 1,6 раза больше, чем в контрольной группе, при средней степени значения индекса практически равны, при тяжелой степени у пациентов основной группы оно равно $5,21 \pm 0,26$, контрольной - $4,69 \pm 0,23$. Рецессия десны у пациентов с ревматоидным артритом была диагностирована в 88,6%, в контрольной группе - в 96,6% случаев. Ширина рецессии десны больше у пациентов с ревматоидным артритом при хроническом генерализованном пародонтите средней и тяжелой степени ($2,38 \pm 0,12$ против $2,26 \pm 0,11$; $4,0 \pm 0,2$ - $2,85 \pm 0,14$) при меньшем количестве зубов, подверженных рецессии.
3. Все пациенты с ревматоидным артритом имеют более низкие показатели Т-критерия в различных областях (поясничном отделе позвоночника, шейке бедра, дистальном отделе предплечья), чем в контрольной группе, также снижение денситометрических показателей происходит по мере утяжеления основного заболевания.
4. У пациентов с ревматоидным артритом установлено снижение МПКТ челюстей по сравнению с контрольной группой, а также значительное снижение данного показателя в зависимости от степени активности основного заболевания во всех областях исследования. Денситометрия костной ткани - информативный для диагностики метод исследования, который должен использоваться в ходе лечения и для оценки его отдаленных результатов. Самая низкая МПКТ зарегистрирована в боковых отделах верхней челюсти в зависимости от степени тяжести ХГП (167 ± 8 ; 138 ± 7 ; 87 ± 4 усл. ед.), что необходимо учитывать при проведении стоматологических манипуляций.

5. Необходимо проводить метод ПЦР у пациентов с ревматоидным артритом, имеющий точность не ниже 98% для определения наиболее значимых пародонтопатогенов: *A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, *P. intermedia*, *T. forsythensis*, *T. denticola*, *C. albicans*. Пародонтопатоген *A. actinomycetemcomitans* встречается чаще в 1,8 раз у пациентов с РА при ХГПЛС, в 1,2 раза чаще при ХГПСС, чем в контрольной группе, при ХГПТС различий не выявлено. *P. gingivalis* обнаружен у всех пациентов с РА при ХГПЛС и ХГПТС и в 77% случаев – при ХГПСС против контрольной группы 67%, 50%, 63%, соответственно. *T. denticola* при утяжелении деструктивного процесса в тканях пародонта (ХГПТС) обнаружен у всех пациентов с ревматоидным артритом, что больше в 2,6 раза по сравнению с группой без соматической патологии. Обсемененность пародонтальных карманов грибами рода *Candida* у больных ревматоидным артритом с ХГПЛС оказалась выше, чем у лиц с более тяжелой степенью заболеваний пародонта. Количественный состав пародонтогенов, выявленных при классической микробиологии, равен *A.a.*– 10^5 - 10^6 , *P.i.* - 10^5 - 10^6 , *P. g.* – 10^7 и *Candida spp.*- 10^5 - 10^7 .
6. Возрастание уровня антител к циклическому цитруллинированному пептиду (от $12,7 \pm 0,6$ до $191 \pm 9,6$) у больных РА происходит с увеличением возраста (от $38 \pm 1,9$ до $57 \pm 2,9$), утяжелением патологии пародонта, снижением МПКТ челюстей (от 256 ± 13 до $149,6 \pm 7$). Это необходимо учитывать при стоматологических вмешательствах хирургического и ортопедического профиля у данной категории пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» внести в Клинические рекомендации (протоколы лечения) по диагностике и лечению ревматоидного артрита дополнительную медицинскую услугу – Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный.
2. Врачам-стоматологам-хирургам и врачам-стоматологам-ортопедам всем пациентам с заболеваниями пародонта в сочетании с ревматоидным артритом необходимо проводить скрининг МПКТ челюстей для персонифицированного подбора методов лечения, а пациентам с тяжелыми деструктивными изменениями пародонта рекомендовать пройти тест-АЦЦП.
3. Врачам-стоматологам при лечении пациентов с ревматоидным артритом необходимо иметь заключение врача ревматолога о стадии и активности болезни для составления комплексного плана по санации рта, назначении профилактических осмотров с проведением профессиональной гигиены (не реже 1 раза в 3 месяца) и подбором средств индивидуальной гигиены рта.

4. Включить в программу дополнительного профессионального образования медицинских работников модуль, включающий вопросы комплексного лечения болезней пародонта у больных ревматоидным артритом.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Тарасенко С.В., **Макаревич А.А.** Современная концепция взаимосвязи этиологии и патогенеза болезней пародонта и ревматоидного артрита (обзор литературы) // **Институт стоматологии.** – 2017. – №2(75). – С. 42-45.
2. Тарасенко С.В., **Макаревич А.А.** Индексная оценка состояния пародонта у больных ревматоидным артритом // **Российский стоматологический журнал.** – 2018. – Т. 22. – №4. – С. 199-202.
3. Тарасенко С.В., **Макаревич А.А.** Характеристика микробиоценоза пародонтальных карманов больных ревматоидным артритом // **Российский стоматологический журнал.** – 2018. – Т. 22. – №5. – С. 245-248.
4. **Макаревич А.А.** Контаминация микробной флоры пародонтальных карманов у больных ревматоидным артритом // **Стоматология.** - 2018. – Т. 97. – №6. – С. 44.
5. Тарасенко С.В., Дыдыкина И.С., Николаева Е.Н., Царев В.Н., **Макаревич А.А.** Значение дополнительных методов обследования пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом в сочетании с ревматоидным артритом // **Клиническая стоматология.** – 2019. – №3(91). – С. 34-37.
6. S. Tarasenko, **A. Makarevich**, I. Makarevich. The modern concept of the relationship of etiology and pathogenesis on the course of periodontal diseases in patients with rheumatoid arthritis – a review of the literature // **IAJPS.** – 2019. – №06 (02). – P. 4452-4457.