

performed in a death COVID-19 patient, and the results showed moderate microvascular steatosis and mild lobular and portal activity, indicating the injury could have been caused by either SARS-CoV-2 infection or drug-induced liver injury. Similar to the situation in SARS, antibiotics, antivirals and steroids are widely used for the treatment of COVID-19. These drugs are all potential causes of liver injury during COVID-19, but not yet being evident. Actually, a recent study reported that the liver injury observed in COVID-19 patients might be caused by lopinavir/litonavir, which is used as antivirals for the treatment of SARS-CoV-2 infection. So far, there is a lack of reports that liver failure occurs in COVID-19 patients with chronic liver diseases, such as chronic hepatitis B or C [6].

Conclusions. This review summarized the reports of liver injury caused by SARS-CoV-2 infection. The mechanisms of liver injury that occurred during SARS-CoV-2 infection remain largely unclear. Current understanding suggests that infection of highly pathogenic human coronavirus may result in liver injury by direct virus-induced cytopathic effects and/or immunopathology induced by overshooting inflammatory responses. Meanwhile, SARS-CoV may aggravate liver injury in patients with viral hepatitis, but there is no evidence for MERS-CoV and SARs-CoV-2. Importantly, drug-induced liver injury during the treatment of coronavirus infection should not be ignored and needs to be carefully investigated.

УДК [616.31-08-039.71]+[616-053.5+616.72-002.77]

Денга О.В.,
д. мед. н.

Дорош І.В.,

Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицьової хірургії Національної академії медичних наук України»

Рожко П.Д.

д. мед. н. Одеський національний медичний університет

Ходорчук К.В.,

к. мед. н., Одеський національний медичний університет

[DOI: 10.24412/2520-6990-2021-24111-43-46](https://doi.org/10.24412/2520-6990-2021-24111-43-46)

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ В ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Denga O.V.,
M.D.

Dorosh I.V.,

State Establishment «The Institute of Stomatology and Maxillo-Facial Surgery National Academy of Medical Science of Ukraine»

Rozhko P.D.

Odessa National Medical University

Hodorchuk K.V.,

PhD, assistant Odesa National Medical University,

DENTAL STATUS OF CHILDREN WITH JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS IN COMPLEX TREATMENT PROCESS

Анотація.

Отримані результати свідчать про достатньо ефективну дію запропонованого лікувально-профілактичного комплексу, який включав препарати імунomodуючої, дезінтоксикаційної, протимікробної, антиоксидантної, мембраностабілізуючої та регулюючої мікробіоценоз дії, при стоматологічному лікуванні дітей 6-8 та 12-14 років з ювенільним ревматоїдним артритом. У дітей з даною патологією під дією лікувально-профілактичних заходів карієпрофілактична ефективність за 2 роки спостережень складала 40,7% у 6-8 річних, а у 12-14 річних дітей – 45,1%. Під дією лікувально-профілактичного комплексу

у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом суттєво покращились пародонтальні індекси (PMA, %, кровоточивості, проба Шиллера-Писарева) та індекси гігієни порожнини рота (Silness-Loe i Stallard).

Abstract.

The results obtained indicate a fairly effective action of the proposed treatment and prophylactic complex, which included drugs immunomodulating, detoxification, antimicrobial, antioxidant, membrane stabilizing and microbiocenosis regulating action in dental treatment children 6-8 and 12-14 years old with juvenile rheumatoid arthritis. In children with this pathology under the influence of therapeutic and prophylactic measures caries prophylactic efficacy for 2 years of observation was 40.7% in 6-8-year-olds, and in 12-14-year-olds - 45.1%. Under the influence of treatment and prophylactic complex in children with juvenile rheumatoid arthritis significantly improved periodontal indices (PMA%, bleeding test, Schiller-Pisarev test) and oral hygiene indices (Silness-Loe and Stallard).

Ключові слова: діти, ювенільний ревматоїдний артрит, стоматологічний статус, профілактика.
Key words: children, juvenile rheumatoid arthritis, dental status, prevention.

Існують окремі роботи по лікуванню карієсу зубів у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом (ЮРА) [1, 2], обумовленим тривалим прийомом глюкокортикостероїдів при цьому і порушенням обмінних процесів в організмі. Профілактика та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей з ЮРА є достатньо складним завданням. Ювенільний ревматоїдний артрит суттєво впливає на стоматологічний статус дітей та призводить до уповільненого фізичного розвитку, інвалідності, зменшення тривалості життя [3, 4].

Метою даної роботи було вивчення впливу розробленого лікувально-профілактичного комплексу на стоматологічний статус дітей з ЮРА.

Матеріали і методи. В клінічних дослідженнях брали участь діти з ЮРА віком 6-8 років (основна група – 21 осіб, група порівняння – 17 осіб) та 12-14 років (основна група – 19 осіб, група порівняння – 16 осіб). Діагноз встановлював педіатр,

який назначав базову терапію за стандартами лікування ЮРА. У дітей груп порівняння проводилася санація порожнини рота та професійна гігієна. Діти основних груп додатково отримували розроблений при ЮРА лікувально-профілактичний комплекс, який включав препарати імуномодулюючої («Атосмі-жен»), дезінтоксикаційної, протимікробної («Атоксіл»), антиоксидантної, мембраностабілізуючої («Квертицин») та регулюючої мікробіоценоз дії («БіоГая ПроДентис», «Квертулідон-гель»). В процесі дослідження у дітей оцінювали стан твердих тканин зубів, стан тканин пародонту та гігієнічний стан порожнини рота [5].

Результати та їх обговорення. У таблиці 1 представлені результати зміни показника твердих тканин зубів (КПВз) у дітей з ЮРА двох вікових груп в процесі комплексного стоматологічного лікування.

Таблиця 1

Динаміка інтенсивності ураження карієсом зубів (КПВз) у дітей з ревматоїдним артритом в процесі лікування

Група \ Терміни	Вихідний стан	Через 6 місяців	Через 1 рік	Через 2 роки
Діти 6-8 років				
Основна група n = 21	3,29 ± 0,20 p > 0,05	3,47 ± 0,25 p > 0,05	3,64 ± 0,23 p > 0,05	3,8 ± 0,22 p > 0,05
Група порівняння n = 17	3,21 ± 0,23	3,50 ± 0,27	3,71 ± 0,24	4,07 ± 0,27
Діти 12-14 років				
Основна група n = 19	7,13 ± 0,41 p > 0,05	7,4 ± 0,35 p > 0,05	7,53 ± 0,40 p > 0,05	7,8 ± 0,35 p > 0,05
Група порівняння n = 16	7,2 ± 0,43	7,5 ± 0,37	7,75 ± 0,39	8,42 ± 0,40

Примітка: p – показник достовірності відмінностей від групи порівняння.

В основній групі дітей 6-8 років, що отримувала комплексну профілактику, індекс КПВз за 2 роки спостережень збільшився в 1,16 рази, в той час як в групі порівняння, що отримувала тільки базову терапію, цей показник збільшився в 1,27 рази. При цьому карієспрофілактична ефективність (КПЕ) склала:

$$\text{КПЕ} = 100 - \frac{0,51 \cdot 100}{0,86} = 40,7 \%$$

В основній групі дітей 12-14 років з ЮРА індекс КПВз за 2 роки спостережень збільшився в 1,1

рази, в той час як в групі порівняння, що отримувала тільки базову терапію, цей показник збільшився в 1,17 рази (табл. 1). КПЕ при цьому склала 45,1 %:

$$\text{КПЕ} = 100 - \frac{0,67 \cdot 100}{1,22} = 45,1 \%$$

У таблиці 2 представлені результати оцінки стану тканин пародонту у дітей з ЮРА в процесі комплексного стоматологічного лікування.

Таблиця 2

Динаміка стану тканин пародонту у дітей з ревматоїдним артритом в процесі лікування (індекс РМА, %)

Група \ Терміни	Вихідний стан	Через 6 місяців	Через 1 рік	Через 2 роки
Діти 6-8 років				
Основна група n = 21	25,08	17,62	19,42	19,52
Група порівняння n = 17	24,95	20,93	23,5	24,5
Діти 12-14 років				
Основна група n = 19	33,46	17,1	17,0	16,9
Група порівняння n = 16	33,29	27,3	29,5	30,1

В основній групі дітей 6-8 років, які отримували ЛПК, за 2 роки спостережень індекс РМА % зменшився в 1,3 рази, в той час як в групі порівняння, що отримувала тільки базову терапію, він практично не змінився. В основній групі дітей 12-14 років вже через 6 місяців індекс РМА % зменшився практично в 2 рази і залишався на цьому рівні і

через 2 роки. В групі порівняння достовірної зміни за цей період індексу РМА% не спостерігалось.

Крім того, в основній групі дітей з ЮРА 6-8 років індекс кровоточивості за 2 роки збільшився у 1,25 рази, в той час, як в групі порівняння він збільшився в 3,3 рази (табл. 3).

Таблиця 3

Динаміка стану тканин пародонту у дітей з ревматоїдним артритом в процесі лікування (індекс кровоточивості)

Група \ Терміни	Вихідний стан	Через 6 місяців	Через 1 рік	Через 2 роки
Діти 6-8 років				
Основна група n = 21	0,12 ± 0,01 p > 0,05	0,12 ± 0,01 p < 0,005	0,10 ± 0,01 p < 0,005	0,15 ± 0,01 p < 0,005
Група порівняння n = 17	0,14 ± 0,01	0,22 ± 0,02	0,36 ± 0,02	0,46 ± 0,03
Діти 12-14 років				
Основна група n = 19	0,30 ± 0,02 p > 0,05	0,11 ± 0,01 p < 0,01	0,1 ± 0,01 p < 0,005	0,13 ± 0,01 p < 0,01
Група порівняння n = 16	0,29 ± 0,02	0,22 ± 0,02	0,25 ± 0,02	0,26 ± 0,02

Примітка: p – показник достовірності відмінностей від групи порівняння.

В основній групі дітей з ЮРА 12-14 років цей показник за 2 роки зменшився в 2,3 рази, в той час, як в групі порівняння він достовірно не змінився.

Показник ступеня запалення тканин пародонта (індекс Шиллера-Писарєва) в основній групі дітей з

ЮРА 6-8 років за 2 роки спостережень зменшився в 1,73 рази, а в групі порівняння він достовірно не змінився (табл. 4).

Таблиця 4

Динаміка стану тканин пародонту у дітей з ревматоїдним артритом в процесі лікування (індекс Шиллера-Писарєва)

Група \ Терміни	Вихідний стан	Через 6 місяців	Через 1 рік	Через 2 роки
Діти 6-8 років				
Основна група n = 21	1,21 ± 0,1 p > 0,05	0,75 ± 0,08 p > 0,05	0,69 ± 0,07 p < 0,05	0,7 ± 0,06 p < 0,05
Група порівняння n = 17	1,21 ± 0,1	1,03 ± 0,1	1,15 ± 0,1	1,19 ± 0,1
Діти 12-14 років				
Основна група n = 19	1,51 ± 0,12 p > 0,05	0,86 ± 0,09 p < 0,05	0,73 ± 0,06 p < 0,05	0,69 ± 0,06 p < 0,05
Група порівняння n = 16	1,49 ± 0,11	1,21 ± 0,10	1,28 ± 0,12	1,31 ± 0,12

Примітка: p – показник достовірності відмінностей від групи порівняння.

Індекс Шиллера-Писарева в основній групі дітей з ЮРА 12-14 років за 2 роки спостережень зменшився в 2,22 рази, а в групі порівняння – в 1,14 рази

Гігієнічний стан тканин порожнини рота дітей 6-8 років з ЮРА також суттєво покращився під дією ЛПК. Так, в основній групі дітей індекс

Silness-Loe за 2 роки спостереження зменшився в 1,46 рази, в той час як в групі порівняння він збільшився в 1,5 рази. Показник рівня гігієни порожнини рота Silness-Loe у дітей 12-14 років основної групи за 2 роки спостережень зменшився в 1,63 рази, а в групі порівняння він збільшився в 1,36 рази (табл. 5).

Таблиця 5

Динаміка гігієнічного стану ротової порожнини у дітей з ревматоїдним артритом в процесі лікування (індекс Silness-Loe)

Група \ Терміни	Вихідний стан	Через 6 місяців	Через 1 рік	Через 2 роки
Діти 6-8 років				
Основна група (n = 21)	1,42 ± 0,13 p > 0,05	0,85 ± 0,09 p < 0,005	0,93 ± 0,09 p < 0,005	0,97 ± 0,09 p < 0,001
Група порівняння (n = 17)	1,43 ± 0,12	1,32 ± 0,13	1,79 ± 0,15	2,15 ± 0,17
Діти 12-14 років				
Основна група n = 19	1,52 ± 0,12 p > 0,05	0,95 ± 0,08 p < 0,01	1,15 ± 0,10 p < 0,01	0,93 ± 0,10 p < 0,005
Група порівняння n = 16	1,51 ± 0,11	1,42 ± 0,12	1,69 ± 0,14	2,06 ± 0,17

Примітка: p – показник достовірності відмінностей від групи порівняння.

Приблизно таку ж динаміку покращення в основній групі дітей мав індекс Stallard. За 2 роки спостережень у дітей 6-8 років основної групи він зменшився приблизно в 2 рази. В той же час в групі порівняння він достовірно не змінився (табл. 6).

Таблиця 6

Динаміка гігієнічного стану ротової порожнини у дітей з ревматоїдним артритом в процесі лікування (індекс Stallard)

Група \ Терміни	Вихідний стан	Через 6 місяців	Через 1 рік	Через 2 роки
Діти 6-8 років				
Основна група n = 21	1,33 ± 0,12 p > 0,05	0,75 ± 0,07 p > 0,05	0,63 ± 0,07 p < 0,01	0,72 ± 0,07 p < 0,005
Група порівняння n = 17	1,33 ± 0,10	0,98 ± 0,09	1,05 ± 0,10	1,28 ± 0,11
Діти 12-14 років				
Основна група n = 19	1,51 ± 0,13 p > 0,05	0,71 ± 0,08 p > 0,05	0,65 ± 0,07 p < 0,005	0,74 ± 0,07 p < 0,005
Група порівняння n = 16	1,49 ± 0,12	1,09 ± 0,10	1,23 ± 0,11	1,29 ± 0,11

Примітка: p – показник достовірності відмінностей від групи порівняння.

У дітей 12-14 років в основній групі індекс Stallard зменшився в 2,04 рази, в той час як в групі порівняння – в 1,16 рази.

Висновки:

– отримані результати свідчать про достатньо ефективну дію запропонованого ЛПК при стоматологічному лікуванні дітей 6-8 та 12-14 років з ЮРА;

– у дітей з ЮРА під дією лікувально-профілактичного комплексу карієпрофілактична ефективність за 2 роки спостережень склала 40,7 % у 6-8 річних, а у 12-14 річних дітей – 45,1 %;

– під дією лікувально-профілактичного комплексу у дітей з ЮРА суттєво покращились пародонтальні індекси (РМА, %, кровоточивості, проба Шиллера-Писарева) та індекси гігієни порожнини рота (Silness-Loe і Stallard).

Список літератури

1. Пилипюк О.Ю. Обґрунтування комплексної профілактики і лікування карієсу зубів у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.22 Ужгород. Ужгородський національний університет. — Ужгород, 2019. — 20 с.
2. Галкина О.П. Стоматологический статус больных ювенильным ревматоидным артритом // Научный вестник Крыма. — 2016. — №2 (2). — С. 1-3.
3. Шелепина Т.А. Ограничение жизнедеятельности у больных ювенильным хроническим артритом // Современная ревматология. — 2012. — Т. 6. — № 4. — С. 70-72.
4. Салугина С.О. Эволюция системного ювенильного артрита при длительном наблюдении // Научно-практическая ревматология. — 2012. — № 6 (50). — С. 88-93.
5. Хоменко Л. О., Чайковский Ю. Б., Смоляр Н. І. та ін. Терапевтична стоматологія дитячого віку — Київ: Книга плюс, 2014. — 432 с.