

Здійснено оцінку дисплазії шийки матки в поєднанні з вірусом папіломи людини та іншими венеричними захворюваннями. Доведено, що на ранніх стадіях неопластичні процеси шийки матки симптоматично не проявляються. Визначено, що онкологічний ризик раку шийки матки в 2,58 рази вище у жінок з позитивним тестом на вірус папіломи людини, ніж у неінфікованих жінок. Також хламідіоз, трихомоніаз, герпесвірус частіше діагностований у жінок, інфікованих зазначеним вірусом. Зате уреaplазмоз, бактеріальний вагіноз, геніальний мікоплазмоз частіше діагностовано у жінок з відсутнім вірусом папіломи людини.

Ключові слова: дисплазія шийки матки, неоплазма шийки матки, рак шийки матки, вірус папіломи людини, венеричні хвороби, метод Папаніколау.

Резюме

Аль касы Мей Гази. *Оценка риска дисплазии шейки матки в сочетании с вирусом папилломы человека и другими венерическими заболеваниями.*

Осуществлена оценка дисплазии шейки матки в сочетании с вирусом папилломы человека и другими венерическими заболеваниями. Доказано, что на ранних стадиях неопластические процессы шейки матки симптоматично не проявляются. Определено, что онкологический риск рака шейки матки в 2,58 раза выше у женщин с положительным тестом на вирус папилломы человека, чем у неинфицированных женщин. Также хламидиоз, трихомониаз, герпесвирус чаще диагностирован у женщин, инфицированных указанным вирусом. Зато уреaplазмоз, бактериальный вагиноз, генитальный микоплазмоз чаще диагностирован у женщин с отсутствующим вирусом папилломы человека.

Ключевые слова: дисплазия шейки матки, неоплазма шейки матки, рак шейки матки, вирус папилломы человека, венерические болезни, метод Папаніколау.

Summary

Al Kasi Mae Ghazi. *Assessment of risk of cervical dysplasia in conjunction with the human papilloma virus and other sexually transmitted diseases.*

The estimation of cervical dysplasia in combination with the human papillomavirus and other venereal disease was accomplished. It was proved that at the early stages the neoplastic processes of the cervix of uterus are not revealed symptomatically. Certainly, that the oncologic risk of the cervical cancer is 2,58 times higher at women with positive test of human papillomavirus, that at the unaffected women. Also chlamydiosis, trichomoniasis, and herpesvirus were more frequently diagnosed at women infected with the specified virus. Instead ureaplasmosis, bacterial vaginosis, and genital mycoplasmosis were more frequently diagnosed at women with the absent human papillomavirus.

Key words: cervical dysplasia, neoplasm of the cervix of uterus, cancer of the cervix of uterus, human papillomavirus, venereal disease, Papanicolaou method.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.В. Сімрок

УДК 616.31:[616.176.8+617.52]-001-036-07-08-084-092

ДООПЕРАЦІЙНА СТРАТИФІКАЦІЯ РИЗИКУ ПАТОЛОГІЇ ПАРОДОНТУ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З ОДОНТОГЕННИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

А.О. Григорова

Харківський національний медичний університет

Вступ

Результати клінічного периопераційного моніторингу пацієнтів з запальними захворюваннями (ЗЗ) щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) свідчить про вплив комплексу факторів на формування у частини таких пацієнтів у післяопераційному періоді патології пародонту та, відповідно, зростання потреби у його лікуванні [1]. Серед провідних впливових факторів визначають: клініко-анамнестичні [8], морфологічні та конституційні фактори [2, 9], поведінкові та психофізіологічні [13], фактори, що характеризують обсяги і якість хірургічної допомоги [3, 10]. Індивідуальні комбінації таких факторів у пацієнтів з ЗЗ ЩЛД та їх поєднаний вплив здатні формувати безпосередній та тригерний ефект щодо розвитку патології пародонту у віддаленому післяопераційному періоді [2, 3, 12]. Відомі методичні підходи до оцінки такого впливу базуються на урахуванні патометричних показників окремих факторів та комплексного їх урахування шляхом визначення індивідуального несприятливого прогнозу патології пародонту з відповідною подальшою модифікацією факторів та корекції лікувально-реабілітаційної тактики, починаючи з доопераційного періоду [2, 3].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано згідно з планом науково-дослідних робіт Харківського національного медичного університету МОЗ України «Лікування та реабілітація при запальних захворюваннях та пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки з урахуванням психофізіологічного стану пацієнтів» (2013-2015 р.).

Мета дослідження полягала у обґрунтуванні алгоритму стратифікації пацієнтів з запальними захворюваннями ЩЛД за показником інтегрального ризику патології пародонту.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження залучені пацієнти ($n_1=147$) з одонтогенними 33 ЩЛД, попередньо розподілені на дві підгрупи: до першої ($^1n_1=69$ осіб) віднесені пацієнти, які у віддаленому після хірургічному періоді мали показник узагальненого індексу потреби у лікуванні пародонту $CPITN \geq 2$; до другої ($^2n_1=78$ осіб) – з $CPITN < 2$. аналіз потреби в лікуванні пародонту проводили за узагальненим індексом $CPITN$, оцінку якого виконували в балах: 0 б. – відсутність запалення, 1,0 б. – кровоточивість ясен після зондування, 2,0 б. – наявність над- та під'ясенного каменю, 3,0 б. – патологічний карман глибиною 4-6 мм, 4,0 б. – карман понад 6,0 мм [6]. Дослідження виконано за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів. При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні: анамнестичний кількісний аналіз [7], варіаційна статистика та імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності результатів [11]. По кожному із факторів, за результатами дисперсійного аналізу [5] визначені: сила впливу фактора (η^2 , %), його інформативність (I, біт), коефіцієнти правдоподібності та відповідні та патометричні (прогностичні) коефіцієнти (ПК, пат). Клініко-статистичні дані оброблені за допомогою методів варіаційної статистики (середні арифметичні, їх похибки; достовірними вважали відмінності середніх за одностороннім критерієм Ст'юдента при $p < 0,05$). При розробці алгоритму стратифікації застосовано послідовний аналіз Вальда у модифікації Е.В.Гублера [4]. Алгоритм базується на використанні прогностичного значення діагностично цінних показників і структурно має вигляд формалізованої таблиці, яка включає ознаки, прогностичні коефіцієнти (ПК) та шкалу оцінки результату.

Отримані результати та їхнє обговорення

Дослідження факторів ризику формування патології пародонту виявило, із понад 30 можливих факторів, 20 – є значимі та прогностично цінними для пацієнтів з захворюваннями ЩЛД. Так, найбільш інформативним виявилася наявність в анамнезі пацієнтів ЧМТ (табл. 1); ЧМТ мала місце серед (62,3±5,8)% пацієнтів з $CPITN \geq 2$ та лише серед (9,0±3,2)% пацієнтів з $CPITN < 2$ у віддаленому періоді ($p \leq 0,0001$). Загальна інформативність фактора склала 3,266 біт, а рівень відносного ризику формування патології пародонту за умов наявності ЧМТ практично в 12 разів вище.

Таблиця 1

Прогностичне значення факторів формування потреби в лікуванні патології пародонту у пацієнтів з запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки

Ранг фактора	фактори		Пацієнти з захворюваннями ЩЛД ($^2n_0=147$)				Прогностичне значення	Інформативність критерія	Сила впливу фактора
			$CPITN \geq 2$ $^1n_1=69$		$CPITN < 2$ $^2n_1=78$				
			абс.	$P \pm m$ (%)	абс.	$P \pm m$ (%)			
1	Черепно-мозкова травма в анамнезі	так	43	62,3±5,8	7	9,0±3,2	+8,4	2,245	31
		ні	26	37,7±5,8	71	91,0±3,2	-3,8	1,022	
2	Наявність КВП в анамнезі	так	44	63,8±5,8	17	21,8±4,7	+4,7	0,978	18
		ні	25	36,2±5,8	61	78,2±4,7	-3,3	0,701	
3	Наркозалежність	так	21	30,4±5,5	2	2,6±1,8	+10,1	1,497	14
		ні	48	69,6±5,5	76	97,4±1,8	-1,4	0,204	
4	Тютюнова залежність	так	38	55,1±6,0	14	17,9±4,3	+4,8	0,904	14
		ні	31	44,9±6,0	64	82,1±4,3	-2,6	0,486	
5	Зловживання алкоголем	так	41	59,4±5,9	18	23,1±4,8	+4,1	0,746	13
		ні	28	40,6±5,9	60	76,9±4,8	-2,8	0,505	
6	Локалізація (обсяги) запалення	звичайні	49	71,0±5,5	27	34,6±5,4	+3,1	0,568	13
		значні	20	29,0±5,5	51	65,4±5,4	-3,5	0,643	
7	Часті тривалі ГРВІ в анамнезі	так	48	69,6±5,5	27	34,6±5,4	+3,0	0,530	12
		ні	21	30,4±5,5	51	65,4±5,4	-3,3	0,580	
8	Дефекти зубного ряду	так	59	85,5±4,2	42	53,8±5,6	+2,0	0,318	11
		ні	10	14,5±4,2	36	46,2±5,6	-5,0	0,796	
9	Аномалії росту зубів	так	24	34,8±5,7	6	7,7±3,0	+6,5	0,888	11
		ні	45	65,2±5,7	72	92,3±3,0	-1,5	0,204	
10	Терміни хірургічного втручання	своєчасно	10	14,5±4,2	32	41,0±5,6	-4,5	0,600	9
		несвоєчасно	28	40,6±5,9	29	37,2±5,5	+0,3	0,006	
		повторно	31	44,9±6,0	17	21,8±4,7	+3,1	0,363	

Примітка: η^2 – сила впливу відповідного фактора, p – достовірність відмінностей відповідного фактора між групами порівняння, ПК – прогностичні коефіцієнти відповідних градацій фактора (пат), I – інформативність фактора (біт), $P \pm m$ (%) – частота відповідних градацій аналізованих факторів, КВП (од) – індекс: каріозні, пломбовані, видалені.

Високоінформативним ($I=1,680$ біт) виявився фактор наявності коморбідної з захворюванням ШЦД кардіоваскулярної патології, частота якої серед пацієнтів з $CRITN \geq 2$ достовірно ($p < 0,0001$) була вищою, ніж серед пацієнтів з $CRITN < 2$ у віддаленому післяхірургічному періоді (відповідно $(63,8 \pm 5,8)\%$ та $(21,8 \pm 4,7)\%$). Рівень відносного ризику формування патології пародонту за умов наявності КВП практично в 7 разів вищий.

За результатами клініко-сататистичного аналізу виявлено, що високий рівень інформативності стосовно формування патології пародонту у пацієнтів з захворюваннями ШЦД має такий фактор ($\eta^2=14,0\%$), як наркозалежність ($I=1,701$ біт). Зокрема, відносний ризик патології пародонту у наркозалежних пацієнтів зростає практично в 11 р. у порівнянні з іншими пацієнтами: частота наркозалежних серед осіб з патологією пародонту у віддаленому післяхірургічному періоді достовірно перевищує аналогічний показник серед пацієнтів без патології пародонту (відповідно $(30,4 \pm 5,5)\%$ та $(2,6 \pm 1,8)\%$, $p < 0,0001$). Аналогічною закономірністю впливу ($\eta^2=13,0\%$) характеризувався фактор зловживання алкоголем; який мав місце серед $(30,4 \pm 5,5)\%$ пацієнтів з $CRITN \geq 2$ та лише серед $(23,1 \pm 4,8)\%$ пацієнтів з $CRITN < 2$ ($p < 0,0001$). Загальна інформативність фактора склала 1,251 біт, а рівень відносного ризику формування патології пародонту за умов наявності цього фактора практично в 8 разів вищий ($ПК=-2,8$ пат, $ПК=+4,1$ пат).

Частота тютюнової залежності у пацієнтів з патологією пародонту, що сформувалася у віддаленому післяопераційному періоді достовірно ($p < 0,0001$) перевищувала аналогічний показник серед осіб з 33 ШЦД та без патології пародонту (відповідно $(55,1 \pm 6,0)\%$ та $(17,9 \pm 4,3)\%$).

За результатами клініко-сататистичного аналізу виявлено, що високий рівень інформативності стосовно формування патології пародонту у пацієнтів з захворюваннями ШЦД має такий фактор ($\eta^2=13,0\%$), як обсяги хірургічного втручання ($I=1,311$ біт). Зокрема, відносний ризик патології пародонту у пацієнтів зі значним обсягом втручань зростає практично в 6 разів у порівнянні з пацієнтами, яким виконувалися «звичайні обсяги хірургічного втручання»: серед осіб зі значними обсягами хірургічних втручань частота осіб з патологією пародонту у віддаленому післяхірургічному періоді достовірно (вдвічі, $p < 0,0001$) перевищує аналогічний показник осіб групи порівняння (відповідно $(71,0 \pm 5,5)\%$ та $(34,6 \pm 5,4)\%$).

Інформативним виявилася наявність в анамнезі пацієнтів ГРВІ; три та більше випадків ГРВІ за останні 12 міс. зареєстровані серед $(69,6 \pm 5,5)\%$ пацієнтів з $CRITN \geq 2$ та лише серед $(34,6 \pm 5,4)\%$ пацієнтів з $CRITN < 2$ у віддаленому післяхірургічному періоді ($p < 0,0001$). Загальна інформативність фактора склала 1,110 біт, а рівень відносного ризику формування патології пародонту за умов наявності частих чи тривалих ГРВІ практично в 6 разів вищий.

Виявлено, також, що наявність дефектів зубного ряду (незалежно від наявності ортопедичної їх корекції) у пацієнтів з 33 ШЦД достовірно ($p < 0,0001$) підвищувало ризик формування патології пародонту в післяхірургічному періоді, а відсутність таких дефектів, відповідно зменшувало цей ризик (є фактором антиризик). Підтвердження цьому є достовірно ($p < 0,0001$) більша кількість пацієнтів з дефектами зубного ряду серед осіб, у яких в післяопераційному періоді зросла потреба у лікуванні пародонту (відповідно $(85,5 \pm 4,2)\%$ та $(53,8 \pm 5,6)\%$). Підвищує рівень ризику патології пародонту (в 8 разів) наявність аномалій росту (розташування) зубів; виявлено, що таких осіб серед пацієнтів з патологією пародонту, що сформувалась у післяхірургічному періоді було достовірно ($p < 0,0001$) більше, ніж серед інших пацієнтів цієї групи (відповідно $(34,8 \pm 5,7)\%$ та $(7,7 \pm 3,0)\%$).

До переліку 10 найбільш інформативних факторів стосовно формування патології пародонту серед пацієнтів з 33 ШЦД відноситься, також, фактор своєчасності хірургічного втручання. Зокрема, виявлено, що несвоєчасне звернення пацієнта чи застосування хірургічного методу у випадках вже ускладненого 33 ШЦД є прогностично несприятливим. Так, серед осіб з патологією пародонту достовірно ($p < 0,0001$) більша частка тих, що несвоєчасно звернулися за медичною допомогою, або мали повторний випадок гострого одонтогенного 33 (відповідно $(44,9 \pm 6,0)\%$ та $(21,8 \pm 4,7)\%$).

За даними порівняльного вивчення перелічених вище (перші 10 рангів) та наведених у табл. 1 анамнестичних, поведінкових та клініко-технологічних факторів, застосовуючи стандартизовану процедуру визначення діагностичної цінності та прогностичного їх значення, опрацьовано алгоритм прогнозування ризику формування патології пародонту у пацієнтів з 33 ШЦД.

Принцип прийняття прогностичного рішення у ПА досить простий і зводиться до додавання патометричних коефіцієнтів, за умов додержання послідовності аналізу індикаторів. Клінічну верифіка-

цію наведеного алгоритму виконано серед 91 пацієнтів спеціалізованого стаціонару (I-ша підгрупа – пацієнти з одонтогенними 33 ЩЛД у яких і віддаленому післяопераційному періоді зареєстровано рівні пореби у лікуванні патології пародонту при $CRITN \geq 2$; II-га - у яких і віддаленому післяопераційному періоді зареєстровано рівні пореби у лікуванні патології пародонту при $CRITN < 2$) і доведено, що частота помилок першого роду (α) становить 4,2% (у 2 із 47 пацієнтів I-ої підгрупи), а помилок (β) другого роду - 6,8% (у 2 із 44 пацієнтів II-ої підгрупи). Отже, специфічність прогностичного алгоритму становить – 95,8%, а його чутливість – 93,2%, що дозволяє рекомендувати його у якості попереднього етапу при доопераційній стратифікації пацієнтів на групи ризику розвитку патології пародонту при 33 ЩЛД у віддаленому післяопераційному періоді.

Таблиця 2

Алгоритм передопераційної оцінки ризику формування патології пародонту у пацієнтів з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки

Клінічне значення ознак оцінки ризику формування патології пародонту у віддаленому післяопераційному періоді	Прогностичні коефіцієнти при різних варіантах передопераційного скринінгу	
	так	ні
черепно-мозкова травма в анамнезі	+8,4	-3,8
наявність кардіоваскулярної патології	+4,7	-3,3
наявність у пацієнта наркотичної залежності	+10,1	-1,4
наявність у пацієнта тютюнової залежності	+4,8	-2,6
зловживання алкоголем	+4,1	-2,8
обсяги запального процесу (обсяг II класу)	+3,5	-3,1
наявність частих або тривалих захворювань респ. системи	+3,0	-3,3
наявність дефектів зубного ряду	+2,0	-5,0
наявність аномалій росту (розташування) зубів	+6,5	-1,5
початок хірургічного лікування (у термінах III класу)	+3,1	-4,5
наявність обважченого алергологічного анамнезу	+4,6	-1,6

Лікувально - реабілітаційні групи (ЛРГ) пацієнтів з 33 ЩЛД залежно від ризику формування патології пародонту				
ЛРГ - 1	$DC_{\min} \leq -13$	ЛРГ - 2	$DC_{\max} \geq +13$	ЛРГ - 3
низький ризик		середній ризик	високий ризик	

Рис. 1. Шкала індивідуальної оцінки ризику формування патології пародонту у пацієнтів з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки на доопераційному етапі.

Висновки

1. Вивчена частота, діагностична цінність та прогностичне значення окремих факторів ризику формування патології пародонту у пацієнтів з 33 ЩЛД та виконано ранжування цих факторів.

2. Обґрунтовано табличний алгоритм стратифікації пацієнтів з 33 ЩЛД за ризиком формування патології пародонту, застосування якого дозволяє індивідуалізувати лікувально-реабілітаційну тактику, починаючи з доопераційного періоду.

3. Виконана клінічна верифікація алгоритму та доведено, що його специфічність і чутливість є задовільними для застосування у якості попереднього етапу при формуванні груп ризику розвитку патології пародонту на доопераційному етапі серед пацієнтів 33 ЩЛД.

4. Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою та апробацією аналогічного алгоритму прогнозування потреби у лікуванні пародонту серед пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД.

Література

1. Аболмасов Н.Н. Стратегия и тактика профилактики заболеваний пародонта / Н.Н. Аболмасов // *Стоматология*. - 2003. - № 4. - С. 34-39.

2. *Возможности и задачи медикаментозного лечения при воспалительных процессах [та ін.] // Матеріали науково-практичної конференції «Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія»*. – Київ, 2009. – С.198-199.

3. *Современные принципы лечения гнойно - воспалительных процессов челюстно-лицевой области* / С.М. Григоров, А.О. Григорова, О.А. Свідло [та ін.] // *Матеріали X з'їзду Асоціації стоматологів України «Інноваційні технології в стоматологічну практику»* – Полтава, 2008. – С.285.

4. Гублер Е.В. *Информатика в клинической медицине и педиатрии* / Е.В. Гублер. - Ленинград, 1992. - 213 с.

5. Гублер Е.В. *Математические методы анализа патологических процессов* / Е.В. Гублер. - Ленинград, 1967. - 347 с.

6. Куцевляк В.И. Профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов / В.И. Куцевляк. - Харьков: ХНМУ, 2001. - 217 с.

7. Орехова Л.Ю. Разработка рекомендаций по применению средств профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта на основе математического моделирования / Л.Ю. Орехова, О.В. Прохорова, М.В. Осипова // Стоматология. - 2006. - № 6. - С. 17-19.

8. Пат. 48431 А, UA, МПК А61В 10/00 (2011.01). Спосіб доклінічної діагностики захворювань тканин пародонту / Мельничук Г.М. (UA), Ковальчук Л.Є. (UA), Осипчук М.М. (UA), Мельничук С.С. (UA). - № u2001075236; заявл. 23.07.2001; опубл. 15.08.2002, Бюл. № 8.

9. Пат. 54214, UA, МПК А61В 10/00 (2011.01). Спосіб визначення схильності до пародонтиту в експерименті / Шнайдер С.А. (UA), Ульянов В.О. (UA); Одеський державний медичний університет (UA). - № u201007715; заявл. 21.06. 2010; опубл. 25.10.2010., Бюл. № 20.

10. Пат. 56932 А, UA, МПК(2006.01). А61К 31/355 Спосіб профілактики пародонтиту / Хоменко Л.О. (UA), Майборода Т.О. (UA), Остапко О.І. (UA); Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (UA). - № u2002119522; заявл. 29.11.2002; опубл. 15.05.2003, Бюл. № 5.

11. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: підручник / Заг. ред. В.М. Москаленко, Ю.В. Вороненко. - Тернопіль, 2002. - С. 50-75.

12. Улитовский С.Б. Принципы профилактики основных стоматологических заболеваний / С.Б. Улитовский // Новое в стоматологии. - 2003. - № 8. - С. 29-39.

13. Фомин Н.А. Адаптация: общепсихологические и психофизиологические основы / Н.А. Фомин. - М.: Медицина, 2003. - 382 с.

Резюме

Григорова А.О. Доопераційна стратифікація ризику патології пародонту серед пацієнтів з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки.

Вивчена частота, діагностична цінність та прогностичне значення окремих факторів ризику формування патології пародонту у пацієнтів з 33 ЩЛД та виконано ранжування цих факторів. Обґрунтовано табличний алгоритм стратифікації пацієнтів з 33 ЩЛД за ризиком формування патології пародонту, застосування якого дозволяє індивідуалізувати лікувально-реабілітаційну тактику, починаючи з доопераційного періоду. Виконана клінічна верифікація алгоритму та доведено, що його специфічність і чутливість є задовільними для застосування у якості попереднього етапу при формуванні груп ризику розвитку патології пародонту на доопераційному етапі серед пацієнтів 33 ЩЛД.

Ключові слова: одонтогенні запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки, стратифікація, патологія пародонту, лікування, реабілітація.

Резюме

Григорова А.А. Доопераційна стратифікація ризику патології пародонту серед пацієнтів з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої області.

Изучена частота, диагностическая ценность и прогностическое значения отдельных факторов риска формирования патологии пародонта у пациентов с воспалительными заболеваниями щелепно-лицевой области и выполнено ранжирование этих факторов. Обоснован табличный алгоритм стратификации пациентов по степени риска формирования патологии пародонта, применение которого позволяет индивидуализировать лечебно - реабилитационную тактику, начиная с дооперационного периода. Выполнена клиническая верификация алгоритма и доказана его достаточная специфичность и чувствительность на дооперационном этапе формирования групп риска развития патологии пародонта.

Ключевые слова: одонтогенные воспалительные заболевания щелепно-лицевой области, стратификация, патология пародонта, лечение, реабилитация.

Summary

Hryhorova A.O. Preoperative stratification of paradontium pathology risk among patients with odontogenic inflammatory diseases of maxillofacial area.

It is studied frequency, diagnostic value and prognostic significance of separate risk factors of paradontium pathology forming for patients with inflammatory diseases of maxillofacial area (ID MFA) and it is executed ranking of these factors. It is grounded the algorithm of stratification of patients with ID MFA after the risk of paradontium pathology forming, application of that allows to individualize curatively-rehabilitation tactics beginning from the preoperative period. It is executed clinical verification of algorithm and it is proved that its specificity and sensitivity are satisfactory for application as the previous stage at forming of high-risk groups of paradontium pathology development on the preoperative stage among the patients with ID MFA.

Key words: odontogenic inflammatory diseases of maxillofacial area, stratification, pathology of paradontium, treatment, rehabilitation.

Рецензент: к.мед.н., доц. С.Ю. Труфанов