

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ НА ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПОШКОДЖЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

Комунальний заклад охорони здоров'я «Харківська обласна клінічна лікарня – Центр
екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»

(м. Харків)

Дослідження виконано згідно з планом науково-дослідних робіт Харківського національного медичного університету МОЗ України (ректор – чл. -кор. НАМН України, професор В. М. Лісовий), зокрема кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії (наук. керівник – проф. В. П. Рузін) «Лікування та реабілітація при захворюваннях та пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки з урахуванням психофізіологічного стану пацієнтів» (2013-2015 р.) та є фрагментом кваліфікаційної наукової роботи автора.

Вступ. Останні роки в структурі травматизму збільшилася питома вага пошкоджень щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД); серед міського населення їх питома вага в структурі загального травматизму складає 3,2-8,0% [1, 3, 5]. У той же час, за даними спеціалізованих щелепно-лицевих стаціонарів, в структурі госпіталізованих 38,4% осіб з пошкодженнями (ЩЛД), що свідчить про медичну й соціальну значущість даної патології [1, 5]. Теоретичне обґрунтування механізмів розвитку та закономірностей перебігу пошкоджень ЩЛД дозволило вивчити морфофункціональні зміни, що розвиваються в тканинах пародонта у відповідь на зовнішні, у тому числі механічні дії [2, 4]. Висока питома вага травматичних ушкоджень в клініці щелепно-лицевої хірургії, зростання числа тяжких ушкоджень кісток лицевого скелета, а також високий рівень розвитку ускладнень обумовлюють подальші пошуки шляхів вирішення проблеми лікування та реабілітації постраждалих з ушкодженнями ЩЛД [5, 10, 11]. Планування обсягу, виду та етапів лікування, його термінів проводиться на підставі повного обстеження постраждалих, з урахуванням пошкоджень черепа, головного мозку, кісток лицевого черепа та тканин пародонту [7, 9].

Мета дослідження полягала у вивченні стану тканин пародонту на етапах лікування та реабілітації пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки.

Об'єкт і методи дослідження. Вивчення стоматологічного статусу 179 пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД виконано на етапах їх клінічного моніторингу

(КМ): на першому етапі – у доімобілізаційному періоді, на другому етапі – на момент закінчення першого іммобілізаційного періоду, на третьому етапі – на момент закінчення другого періоду іммобілізації та на четвертому – у післяіммобілізаційному періоді. Оцінку стоматологічного статусу виконано за показниками [6]: папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА), індексу гігієни порожнини рота (ОHI-S), гемодинамічним показником вакуумпресурної зональної стійкості капілярів ясен (ВЗСК). Дослідження виконано за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів. При оцінці РМА застосовували п'ятибальну систему (0 б. – відсутність запальної реакції; 1 б. – легкі прояви: легкий набряк, відсутність кровотечі при пальпації, незначні зміни кольору ясен; 2 б. – помірне запалення, гіперемія ясен, їх набряк, кровотеча у разі дотику; 3 б. – тяжке запалення, виразна гіперемія та набряк, поява виразок; 4 б. – наявність генералізованих проявів запалення. Оцінку ОHI-S виконано за методикою Green-Vermillion «Oral Hygiene Index Simplified, Green-Vermillion, 1964» [6]. Методика передбачала офарблювання вестибулярних та язичної поверхонь окремих зубів водомістким розчином. На відповідних поверхнях визначали індекс зубного нальоту (Debris-index) та індекс зубного каменю (Calculus-index), після чого обчислювали ОHI-S за формулою:

$$OHI - S = \left(\frac{\sum ZH}{n} \right) + \left(\frac{\sum ZK}{n} \right),$$

де $\sum ZH$ – сума балів зубного нальоту; $\sum ZK$ – сума балів зубного каменю; n – кількість зубів. Оцінку ОHI-S виконували за критеріями: 0–0,6 б. – добрий рівень; 0,7–1,6 б. – задовільний; 1,7–2,5 б. – незадовільний; більше 2,6 б. – поганий.

При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні: анамнестичний кількісний аналіз [8], варіаційна статистика, імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності результатів [12]. Клініко-статистичні дані оброблені за допомогою методів варіаційної статистики

(середні арифметичні, їх похибки; достовірними вважали

Результати досліджень та їх обговорення. Вивчення показників папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (табл. 1) на етапах клінічного моніторингу пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД виявило, що частота та виразність запального процесу залежно від етапу – змінювалась. Так, якщо на I-му етапі КМ кількість пацієнтів з РМА до 1,0 б. становила (20,1±3,0)%, то в першому імібілізаційному періоді – (5,0±1,6) % та зменшувалась у другому імібілізаційному та післяімібілізаційному періодах (відповідно (3,9±1,4) % та (2,8±1,2) %, $p \leq 0,05$). Тобто, впродовж комплексного лікування кількість таких пацієнтів зменшилась практично в 9-10 разів. В доімібілізаційному періоді (79,9±3,0) % пацієнтів потребували лікувально-профілактичних заходів щодо спрямованого лікування та оздоровлення тканин пародонту, а в післяімібілізаційному кількість таких пацієнтів достовірно ($p \leq 0,01$) збільшилась до (97,2±1,2) %.

У першому імібілізаційному періоді достовірно ($p \leq 0,05$), практично в 6 разів, зросла частота випадків гінгівіту тяжкого ступеня (поширене ураження тканин пародонту; відповідно (6,7±1,9) % та (45,8±3,7) % хворих). Слід також зазначити, що на цьому етапі КМ (95,0±1,6) % пацієнтів потребували лікувально-профілактичних заходів щодо спрямованого лікування та оздоровлення тканин пародонту. У першому імібілізаційному періоді зменшувалась питома вага пацієнтів зі значеннями РМА до 1,0 б. та зменшилась питома вага пацієнтів з помірним ураженням пародонту (з (49,2±3,7) % до (45,8±3,7) %, $p > 0,05$) за рахунок збільшення питомої ваги пацієнтів з гінгівітом тяжкого ступеня (до (50,3±3,7) %, $p < 0,05$). У післяімібілізаційний період зберігалась (рис. 1), виявлена в першому імібілізаційному періоді, тенденція до зменшення питомої ваги пацієнтів зі значеннями РМА до 1,0 б. та питомої ваги пацієнтів з помірним ураженням пародонту: кількість пацієнтів з гінгівітом тяжкого ступеня збільшилась, у порівнянні з доопераційним періодом в 9-10 разів – до (53,1±3,7) %, $p \leq 0,001$.

Таким чином, на етапах комплексного лікування пацієнтів з ушкодженнями ЩЛД, основні зміни показників РМА характеризувалися зменшенням питомої ваги пацієнтів з задовільним станом пародонту та зростанням частоти тяжкого ступеня гінгівіту. При цьому зазначимо, що у доімібілізаційному періоді (79,8±3,0) % пацієнтів потребували лікувально-профілактичних заходів щодо спрямованого лікування

Таблиця 1

Показники папілярно-маргінально-альвеолярного індексу на етапах клінічного моніторингу пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки

Показники папілярно-маргінально-альвеолярного індексу	Етапи клінічного моніторингу ($n_2 = 179$)							
	доімібілізаційний період		перший період імібілізації		другий період імібілізації		післяімібілізаційний період	
	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %
до 1,0 (P)	36	20,1±3,0	9	5,0±1,6 ^a	7	3,9±1,4 ^a	5	2,8±1,2 ^a
1,1±2,0 (M)	131	73,2±3,3	88	49,2±3,7 ^a	82	45,8±3,7 ^a	79	44,1±3,7 ^a
2,1±3,0 (A)	12	6,7±1,9	82	45,8±3,7 ^a	90	50,3±3,7 ^a	95	53,1±3,7 ^a
M ± m, од	1,43±0,10 ^a		1,94±0,08 ^{a,6}		2,18±0,07 ^{a,6}		2,61±0,08 ^{a,6}	

Примітка: ^a – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником в доімібілізаційному періоді, при $p \leq 0,05$; ⁶ – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником попереднього періоду, при $p \leq 0,05$.

Таблиця 2

Показники індексу гігієни порожнини рота (ОHI-S) на етапах клінічного моніторингу пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки

Показники індексу гігієни порожнини рота	Етапи клінічного моніторингу ($n_0 = 179$)							
	доімібілізаційний період		перший період імібілізації		другий період імібілізації		післяімібілізаційний період	
	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %
≤ 0,6 од.	23	12,8±2,5	10	5,6±1,7 ^a	11	6,1±1,8 ^a	13	7,3±1,9 ^a
0,7±1,6 од.	111	62,0±3,6	71	39,7±3,7 ^a	65	36,3±3,6 ^a	51	28,5±3,4 ^{a,6}
1,7±2,5 од.	31	17,3±2,8	65	36,3±3,6 ^a	68	38,0±3,6 ^a	74	41,3±3,7 ^a
≥ 2,6 од.	14	7,8±2,0	33	18,4±2,9 ^a	35	19,6±3,0 ^a	41	22,9±3,1 ^a
M ± m, од	1,29±0,14		1,67±0,09 ^a		1,75±0,11 ^a		1,79±0,12 ^a	

Примітка: ^a – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником в доімібілізаційному періоді, при $p \leq 0,05$; ⁶ – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником попереднього періоду, при $p \leq 0,05$.

та оздоровлення тканин пародонту. Найбільш різке погіршення у пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД зареєстровано у першому імібілізаційному періоді, що визначає потребу в удосконаленні лікувально-реабілітаційної тактики саме в ці терміни.

Динамічний аналіз стану гігієни порожнини рота (табл. 2) у пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД за

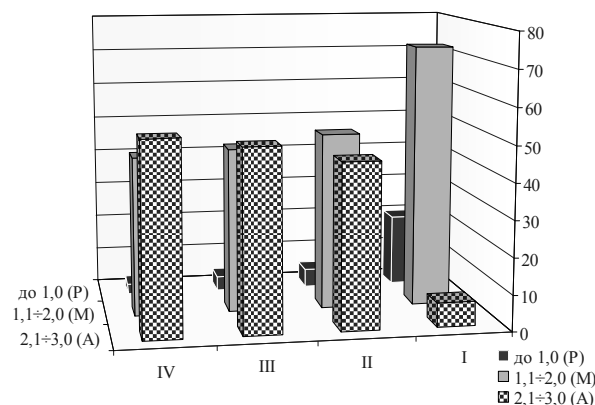


Рис. 1. Розподіл пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки за показником папілярно-маргінально-альвеолярного індексу; на етапах (I-IV) клінічного моніторингу.

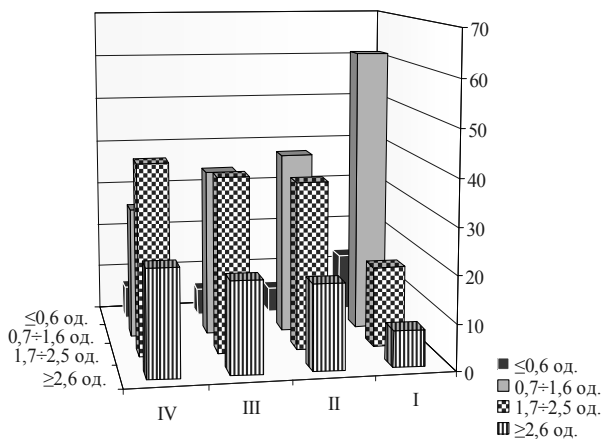


Рис. 2. Розподіл пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки за градаціями індексу гігієни порожнини рота (ОHI-S); на етапах (I-IV) клінічного моніторингу.

показниками гігієнічного індексу (ОHI-S) виявив, що питома вага пацієнтів з показниками цього індексу до 0,6 од вже у першому імібілізаційному періоді достовірно зменшилась (від $(12,8 \pm 2,5)\%$ до $(5,6 \pm 1,7)\%$, $p \leq 0,05$) та після цього практично не змінювалась у другому імібілізаційному та післяімібілізаційному періодах (відповідно $(6,1 \pm 1,8)\%$ та $(7,3 \pm 1,9)\%$).

При цьому, достовірно ($p \leq 0,05$) зменшувалась частка пацієнтів зі значеннями індексу гігієни порожнини рота у межах $(0,7-1,6)$ од (з $(62,0 \pm 3,6)\%$ – у доімібілізаційному до $(28,5 \pm 3,4)\%$ – у післяімібілізаційному періоді. Практично у першому імібілізаційному періоді зареєстровано виразне погіршення гігієни порожнини рота, що проявилось двократним зростанням частки осіб з незадовільним станом гігієни порожнини рота; так, якщо на I-му етапі КМ таких осіб було 25,2%, то на II-му етапі – вдвічі більше – 54,7%. На наступних етапах КМ зареєстровано стабільний розподіл пацієнтів за градаціями ОHI-S (зберігалась ця закономірність) за виключенням достовірного зменшення частки (з $(36,3 \pm 3,6)\%$ до $(28,5 \pm 3,4)\%$) пацієнтів у післяімібілізаційному періоді зі значеннями ОHI-S у межах $(0,7-1,6)$ од (рис. 2). Закономірність погіршення гігієнічного стану порожнини характеризувалась зростанням у першому та другому імібілізаційних періодах питомої ваги пацієнтів зі значеннями індексу у межах $(1,7-2,5)$ од; так, якщо в доімібілізаційному періоді питома вага таких осіб становила 25,1%, то в першому – 54,7% та продовжувала зростати у

другому імібілізаційному та післяімібілізаційному періодах (відповідно, 57,6% та 64,2%, $p \leq 0,001$).

Дуже низькі (незадовільні, $\geq 2,6$ од) показники стану гігієни порожнини рота практично в три рази частіше реєструвались у післяімібілізаційному періоді, порівнюючи з доімібілізаційним (відповідно, у $(7,8 \pm 2,0)\%$ та $(22,9 \pm 3,1)\%$ пацієнтів). Отже, на етапах комплексного лікування пацієнтів з пошкодженням ЩЛД виявлені закономірності достовірного погіршення стану гігієни порожнини рота (рис. 2), що проявлялося трикратним зростанням питомої ваги осіб з незадовільною гігієною та наявністю загальної тенденції до погіршення у переважній кількості пацієнтів. Наведене визначає необхідність розробки лікувально-реабілітаційних заходів щодо забезпечення належного рівня гігієни ротової порожнини на етапах комплексного лікування пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД.

Зважаючи на патогенетичну спільність механізмів травматичного пошкодження ЩЛД та формування мікроциркуляторних порушень, досліджено вакуумпресурну зональну стійкість капілярів (ВЗСК) на етапах клінічного моніторингу цих пацієнтів (табл. 3).

Виявлено, що залежно від періоду КМ, питома вага пацієнтів з референтними рівнями ВЗСК зменшувалась з $(64,2 \pm 3,6)\%$ – на I-му етапі до $(51,4 \pm 3,7)\%$ – на IV етапі КМ; у післяімібілізаційному $(48,6 \pm 3,7)\%$ пацієнтів характеризувались гемодинамічно-мікроциркуляторними порушеннями. У I-му (доімібілізаційному) періоді КМ порушення мікроциркуляції пародонту виявлені серед $(35,8 \pm 3,6)\%$ пацієнтів, включаючи виразні гемодинамічні порушення ($VZCK \leq 49$ сек) – у 14,6%. Аналогічна тенденція зберігалась і у першому періоді імібілізації: референтні значення мали $(60,9 \pm 3,6)\%$ пацієнтів, виразні порушення мікроциркуляції пародонту – 16,2% пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД. У другому періоді імібілізації (III-й етап КМ) достовірно зменшилась питома вага пацієнтів з референтними

Таблиця 3

Вакуумпресурна зональна стійкість капілярів ясен на етапах клінічного моніторингу пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки

Тривалість вакуум-проби до утворення гематоми на яснах	Етапи клінічного моніторингу ($n_2 = 179$)							
	доімібілізаційний період		перший період імібілізації		другий період імібілізації		післяімібілізаційний період	
	абс.	$P \pm m, \%$	абс.	$P \pm m, \%$	абс.	$P \pm m, \%$	абс.	$P \pm m, \%$
≥ 60 сек	115	$64,2 \pm 3,6$	109	$60,9 \pm 3,6$	103	$57,5 \pm 3,7$	92	$51,4 \pm 3,7$
59-45 сек	38	$21,2 \pm 3,1$	41	$22,9 \pm 3,1$	37	$20,5 \pm 3,0$	39	$21,8 \pm 3,1$
49-40 сек	21	$11,7 \pm 2,4$	23	$12,8 \pm 2,5$	23	$12,8 \pm 2,5$	25	$14,0 \pm 2,6$
39-30 сек	3	$1,7 \pm 1,0$	4	$2,2 \pm 1,1$	9	$5,0 \pm 1,6$	12	$6,7 \pm 1,9$
29-20 сек	2	$1,2 \pm 0,8$	2	$1,2 \pm 0,8$	5	$2,8 \pm 1,2$	7	$3,9 \pm 1,4$
< 20 сек	-	-	-	-	2	$1,1 \pm 0,8$	4	$2,2 \pm 1,1$
$M \pm m, од$	$55,1 \pm 2,3$		$52,7 \pm 1,8$		$52,1 \pm 1,1$		$50,8 \pm 1,4$	

Примітка: ^a – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником в доімібілізаційному періоді, при $p \leq 0,05$; ^b – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником попереднього періоду, при $p \leq 0,05$.

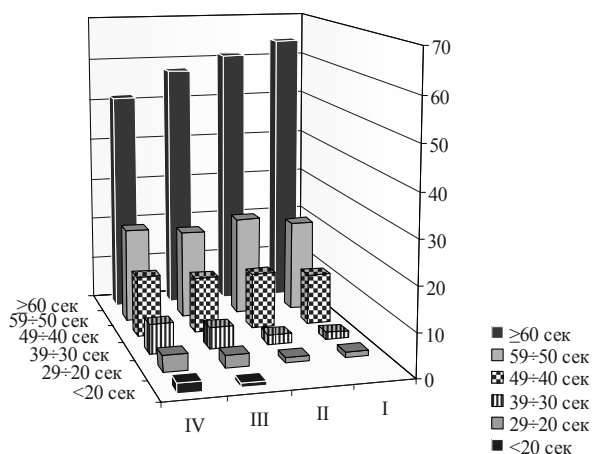


Рис. 3. Розподіл пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки за показником вакуумпресурної зональної стійкості капілярів ясен; на етапах (I-IV) клінічного моніторингу.

рівнями ВЗСК – до $(57,5 \pm 3,7)\%$ та достовірно зростає частка пацієнтів з показниками ВЗСК у межах $(49-40)$ с – з $14,6\%$ до $21,7\%$, $p \leq 0,05$.

У післяімобілізаційному періоді (IV-й етап КМ; **рис. 3**) зберігалась тенденція до погіршення мікроциркуляції на рівні пародонту, однак у $(21,8 \pm 3,1)\%$

пацієнтів показники ВЗСК залишились низькими, а серед $26,8\%$ – критично низькими.

Показовою є динаміка середньої тривалості ВЗСК ($M \pm m$, с) на етапах КМ (**табл. 3**): у доімобілізаційному періоді – $(55,1 \pm 2,3)$; у післяімобілізаційному $(50,8 \pm 1,4)$ с.

Висновки. Достовірні зміни показників стоматологічного статусу пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД характеризуються: у першому періоді імобілізації зростанням показників індексу РМА при одночасному зростанні показника ОНІ-S і потреби у лікуванні пародонту; у другому періоді імобілізації зареєстровано подальше зростання потреби у лікуванні пародонту за рахунок подальшого зростання індексу РМА; у післяімобілізаційному періоді, на тлі вищезазначених змін стоматологічного статусу, зареєстровано зростання показника РМА та достовірне погіршення гемодинамічно-мікроциркуляторного забезпечення пародонту.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з удосконаленням лікувально-відновної (реабілітаційної) тактики, що має враховувати виявлені закономірності та фактори ризику формування патології пародонту на догоспітальному, впродовж госпітального та на післягоспітальному етапах надання медичної допомоги пацієнтам з пошкодженнями ЩЛД.

Література

- Аболмасов Н. Н. Стратегия и тактика профилактики заболеваний пародонта / Н. Н. Аболмасов // Стоматология. – 2003. – №4. – С. 34-39.
- Астахова В. С. Иммунологические аспекты современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В. С. Астахова, В. А. Маланчук, О. Л. Серенкова // Сб. тез. Республ. конф. «Современная стоматология и челюстно-лицевая хирургия». – Киев, 1998. – С. 9-10.
- Бернадський Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю. И. Бернадський. – М.: Медицина, 1999. – 444 с.
- Дерябин И. И. К патогенезу травматической болезни. – В кн.: Травматический шок / Дерябин И. И. / Под ред. проф. И. Р. Петрова. – Ленинград: Медицина, 1999. – 357 с.
- Калиновский Д. К. Совершенствование оказания медицинской помощи на этапах лечения и реабилитации пострадавших с травмами челюстно-лицевой области / Д. К. Калиновский, И. Н. Матрос-Таранец, С. Б. Алексеев, Т. Н. Хахалева // Травма. – 2006. – Т. 7, №3. – С. 383-389.
- Куцевляк В. И. Профилактика стоматологических заболеваний // Учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов / В. И. Куцевляк. – Харьков: ХНМУ, 2001. – 217 с.
- Лимберг А. А. Специализированное лечение поврежденных лица при сочетанной и множественной травме / А. А. Лимберг, Е. В. Запалова, Т. В. Муштакова // Советская медицина. – 1987. – № 10. – С. 58-60.
- Лищук В. А. Информатизация клинической медицине / В. А. Лищук // Клин. информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7-13.
- Маланчук В. А. Частота встречаемости патологических изменений в тканях челюстей и корреляции морфологических показателей поражения при одонтогенном остеомиелите у лиц с наркотической зависимостью / В. А. Маланчук, В. В. Григоровский, И. С. Бродецкий // Дентал Юг. – 2010. – №3. – С. 44-49.
- Матрос-Таранец Н. И. Воспалительные осложнения переломов нижней челюсти у лиц злоупотребляющих и не злоупотребляющих алкоголем: инфраструктура, течение и лечение / Н. И. Матрос-Таранец, Д. К. Калиновский, М. Ю. Павленко // Травма. – 2004. – Т. 5, № 2. – С. 215-219.
- Михайлова Л. Н. Репаративная регенерация костной и хрящевой ткани в условиях воздействия различных биомеханических факторов: автореф. дисс. на соискание учёной степени доктора мед. наук / Л. Н. Михайлова; Институт эволюционной морфологии и экологии животных им. А. Н. Северцова. – М., 1988. – 29 с.
- Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Заг. ред. Москаленко В. М., Вороненко Ю. В. – [Підручник]. – Тернопіль, 2002. – С. 50-75.

УДК 616. 31:[616. 176. 8+617. 52]-001-036-07-08-084-092

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ НА ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПОШКОДЖЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Григорова А. О.

Резюме. Досліджено зміни стоматологічного статусу на етапах комплексного лікування пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки та доведено, що достовірні зміни показників стоматологічного статусу пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД характеризуються: у першому періоді іммобілізації зростанням показників індексу РМА при одночасному зростанні показника ОНІ-S і потреби у лікуванні пародонту; у другому періоді іммобілізації зареєстровано подальше зростання потреби у лікуванні пародонту за рахунок подальшого зростання індексу РМА; у післяіммобілізаційному періоді, на тлі вищезазначених змін стоматологічного статусу, зареєстровано зростання показника РМА та достовірне погіршення гемодинамічно-мікроциркуляторного забезпечення пародонту.

Ключові слова: стоматологічний статус, пошкодження, щелепно-лицева ділянка, клінічний моніторинг.

УДК 616. 31:[616. 176. 8+617. 52]-001-036-07-08-084-092

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Григорова А. А.

Резюме. Изучено изменение стоматологического статуса на этапах комплексного лечения пациентов с повреждениями челюстно-лицевой области и доказано, достоверные изменения показателей стоматологического статуса характеризуются: у першому периоде иммобилизации – возрастанием показателей индекса РМА при одновременном возрастании показателя и потребности в лечении пародонта; во втором периоде иммобилизации зарегистрировано дальнейшее возрастание потребности в лечении пародонта, которая формируется за счет возрастания индекса РМА; в послеиммобилизационном периоде, на фоне вышеуказанных изменений стоматологического статуса зарегистрировано дальнейшее возрастание индекса РМА в сочетании с ухудшением гемодинамически-микроциркуляторного обеспечения пародонта.

Ключевые слова: стоматологический статус, повреждение, челюстно-лицевая область, клинический мониторинг.

UDC 616. 31:[616. 176. 8+617. 52]-001-036-07-08-084-092

Condition of Periodontal Tissues during Treatment and Rehabilitation of Patients with Lesions of Maxillofacial Area

Hryhorova A. O.

Abstract. *The purpose of the study* was to identify and detect periodontal tissues during treatment and rehabilitation of patients with lesions of maxillofacial area.

Materials and methods. The study of dental status of 179 patients with lesions of maxillofacial area was examined at stages of their clinical monitoring. An assessment of dental status was carried out according to the following indexes: papillary, marginal and alveolar index (PMA), index of oral hygiene, (OHI-S), index of vacuumpressed zonal resistance to gums' capillaries (VZRC).

Results and discussion. The study of papillary, marginal and alveolar indexes detected that number of patients increased in 9-10 times during complex treatment. During the first period of immobilization (79,9±3,0)% patients required therapeutic measures directed at treatment and recovery of periodontal tissues, but the last period detected number of such patients increased to (97,2±1,2)%.

Dynamic analysis of oral hygiene condition in patients with lesions of maxillofacial area detected that number of patients decreased to 0,6 units during the first period of immobilization (from (12,8±2,5)% to (5,6±1,7)% , $p \leq 0,05$) and it did not change at the second and the last period of immobilization (accordingly to (6,1±1,8)% and (7,3±1,9)%). Indexes of oral hygiene ($p \leq 0,05$) detected number of patients decreased (0,7±1,6) (from (62,0±3,6)% – during the first stage of immobilization to (28,5±3,4)% – at the last period of immobilization. Deterioration of oral hygiene condition was characterized by increase of patients' unit weight with such indexes (1,7±2,5) at the first and the second periods of immobilization; so, if unit weight contained 25,1%, but at the first period there were – 54,7% units and prolonged to increase during the second and the last periods (57,6% and 64,2%, $p \leq 0,001$). Low indexes of oral hygiene condition ($\geq 2,6$) were registered during the last period of immobilization in comparison with with the first one (accordingly to (7,8±2,0)% and (22,9±3,1)% number of patients).

We have detected number of patients with referential unit of vacuumpressed zonal resistance to gums' capillaries increased to the clinical monitoring (64,2±3,6)% – during the first stage to (51,4±3,7)% – during the fourth stage of clinical monitoring; during the last period (48,6±3,7)% it was characterized by haemodynamic and microcirculatory distortions. During the first period of clinical monitoring distortions of periodontal tissues were detected among (35,8±3,6)% patients, including haemodynamic distortions ($VZRC \leq 49$ sec) – in 14,6% patients. Analogue tendency was present at the first period of immobilization: referential units had (60,9±3,6)% patients, distortions

of periodontal tissue had 16,2% patients with lesions of maxillofacial area. At the second period of immobilization (the third stage of clinical monitoring) number of patients decreased with referential units of vacuumpressed zonal resistance to gums' capillaries to – $(57,5 \pm 3,7)$ % and part of patients increased with such indexes (49ч40) with – 14,6% to 21,7%, $p \leq 0,05$. At the last period there was a tendency to distortion of microcirculatory of periodontal tissues, in $(21,8 \pm 3,1)$ % patients but indexes of vacuumpressed zonal resistance to gums' capillaries were low and among them 26,8% were critically low.

Conclusions. Significant changes of patients' indexes with lesions of maxillofacial area are characterized by increase of papillary, marginal and alveolar index, development of oral hygiene index and necessity in periodontium treatment during the first period of immobilization; the second period of immobilization is characterized by subsequent need in treatment of periodontal tissues; the last period of immobilization is characterized by increase of papillary, marginal and alveolar index and distortion of haemodynamic and microcirculatory periodontium supply.

Keywords: dental status, lesion, maxillofacial area, clinical monitoring.

Рецензент – проф. Аветіков Д. С.

Стаття надійшла 22. 08. 2014 р.