

© Григорова А. О.

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

Григорова А. О.

ІНТЕНСИВНІСТЬ УРАЖЕННЯ КАРІЄСОМ ТА УЗАГАЛЬНЕНІ ІНДЕКСИ ПОТРЕБИ У ЛІКУВАННІ ПАРОДОНТУ НА ЕТАПАХ ІММОБІЛІЗАЦІЇ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

Комунальний заклад охорони здоров'я «Харківська обласна клінічна лікарня – Центр екстренної 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. кер. – 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. Питома вага в структурі загального травматизму пошкоджень щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) коливається у межах 3,2-8,0% [1, 3, 5, 7], а за даними спеціалізованих стаціонарів хірургічної стоматології – до 39,0%, що свідчить про медичну й соціальну значущість даної патології [1, 5, 9]. На етапах надання спеціалізованої допомоги таким пацієнтам одним із основних питань є збереження та відновлення функціонального стоматологічного статусу (СС). Це пов'язано з тим, що на тлі навіть адекватної хірургічної допомоги, на етапах іммобілізації, в тканинах пародонта формується визначені зміни [2, 4]. Саме це обумовлює подальші пошуки шляхів вирішення проблеми лікування та реабілітації постраждалих з ушкодженнями ЩЛД [5, 10, 11].

Мета дослідження полягала у вивченні інтенсивності ураження карієсом та динаміки узагальненого індексу потреби в лікуванні пародонту на етапах клінічного моніторингу 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 доіммобілізаційному періоді, на другому етапі – на момент закінчення першого іммобілізаційного періоду (через 3-5 діб), на третьому етапі – на момент закінчення другого періоду іммобілізації (2-3 тижні) та на четвертому – у післяіммобілізаційному періоді (через 5-6 тижнів). Оцінку стоматологічного статусу виконано за показниками:

каріозні-пломбовані видалені (КПВ) за загальноприйнятою методикою [6]; аналіз потреби в лікуванні пародонту проводили за узагальненим індексом CPITN [6], 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. Дослідження виконано за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів. 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 відмінності середніх за одностороннім критерієм Ст'юдента при $p < 0,05$).

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз інтенсивності ураження карієсом виконано за показником КПВ (карієс, пломби, видалені зуби) виявив, що пацієнти з пошкодженнями ЩЛД на етапах клінічного моніторингу не відрізнялись за мінімальними значеннями цього індексу (≤ 5), тобто питома вага осіб з мінімальним враженням карієсом була однаковою (табл. 1) та коливалась у межах від $(2,2 \pm 1,1)\%$ до $(1,7 \pm 1,0)\%$. Інтенсивність ураження карієсом у

Таблиця 1

Показники інтенсивності враження карієсом на етапах клінічного моніторингу пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки

| Індекс КПВ | Етапи клінічного моніторингу ($n_0 = 179$) | | | | | | | |
|----------------------|--|----------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| | доіммобілізаційний період | | перший період іммобілізації | | другий період іммобілізації | | післяіммобілізаційний період | |
| | абс. | $P \pm m, \%$ | абс. | $P \pm m, \%$ | абс. | $P \pm m, \%$ | абс. | $P \pm m, \%$ |
| ≤ 5 | 4 | $2,2 \pm 1,1$ | 4 | $2,2 \pm 1,1$ | 4 | $2,2 \pm 1,1$ | 3 | $1,7 \pm 1,0$ |
| $6 \div 10$ | 73 | $40,8 \pm 3,7$ | 62 | $34,6 \pm 3,6$ | 62 | $34,6 \pm 3,6$ | 58 | $32,4 \pm 3,5$ |
| $11 \div 15$ | 69 | $38,5 \pm 3,6$ | 74 | $41,3 \pm 3,7$ | 74 | $41,3 \pm 3,7$ | 79 | $44,1 \pm 3,7$ |
| $15 \div 20$ | 24 | $13,4 \pm 2,5$ | 28 | $15,6 \pm 2,7$ | 28 | $15,6 \pm 2,7$ | 27 | $15,1 \pm 2,7$ |
| > 20 | 9 | $5,0 \pm 1,6$ | 11 | $6,1 \pm 1,8$ | 11 | $6,1 \pm 1,8$ | 12 | $6,7 \pm 1,9$ |
| $M \pm m, \text{од}$ | $10,6 \pm 0,6$ | | $12,1 \pm 0,3$ | | $12,1 \pm 0,3$ | | $12,7 \pm 0,5^a$ | |

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

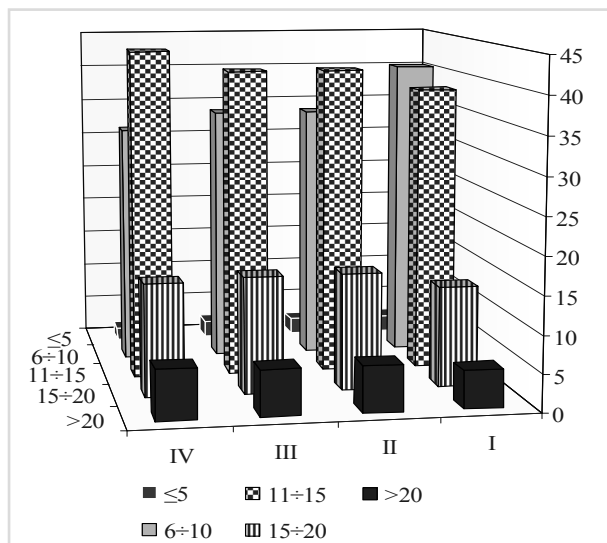


Рис. 1. Розподіл пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки за індексним показником «каріес-пломбовані-видалені»; на етапах (I-IV) клінічного моніторингу.

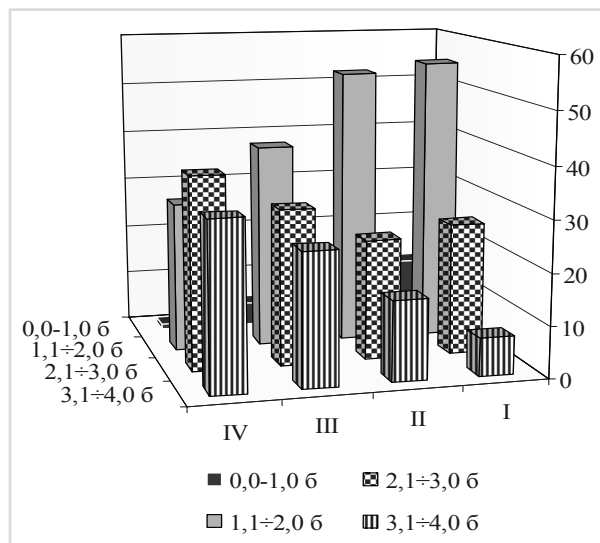


Рис. 2. Розподіл пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки за узагальненим індексом потреби в лікуванні пародонту (CPITN); на етапах (I-IV) клінічного моніторингу.

Показники узагальненого індексу потреби в лікуванні пародонту на етапах клінічного моніторингу пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки

| Показники індексу потреби в лікуванні пародонту | Етапи клінічного моніторингу (n ₂ = 179) | | | | | | | |
|---|---|------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | доімобілізаційний період | | перший період імобілізації | | другий період імобілізації | | післяімобілізаційний період | |
| | абс. | P ± m, % | абс. | P ± m, % | абс. | P ± m, % | абс. | P ± m, % |
| 0,0-1,0 балів | 21 | 11,7 ± 2,4 | 13 | 7,3 ± 1,9 | 8 | 4,5 ± 1,5 ^a | 2 | 1,1 ± 0,8 ^a |
| 1,1-2,0 балів | 99 | 55,3 ± 3,7 | 96 | 53,6 ± 3,7 | 71 | 39,7 ± 3,7 ^a | 52 | 29,1 ± 3,4 ^{a,6} |
| 2,1-3,0 балів | 46 | 25,7 ± 3,3 | 42 | 23,5 ± 3,2 | 54 | 30,2 ± 3,4 | 67 | 37,4 ± 3,6 ^a |
| 3,1-4,0 балів | 13 | 7,3 ± 1,9 | 28 | 15,6 ± 2,7 ^{a,6} | 46 | 25,7 ± 3,3 ^{a,6} | 58 | 32,4 ± 3,5 ^a |
| M ± m, од | 2,04 ± 0,09 | | 2,37 ± 0,10 ^{a,6} | | 2,59 ± 0,08 ^{a,6} | | 2,74 ± 0,08 ^a | |

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

межа значення індексу КПВ (6-10) од однаково часто зареєстрована на усіх етапах КМ – у межах від (40,8 ± 3,7) % до (32,4 ± 3,5) %. Стабільність цього показника у післяопераційному періоді пояснюється відсутністю видалень зубів та відсутністю нових каріотичних уражень. Практично з однаковою частотою на етапах КМ виявлена питома вага пацієнтів з індексом КПВ у межах (11+15) од. На етапах КМ, також значимо не змінювалась питома вага пацієнтів з індексом КПВ у межах (15+20) од.

Таким чином (рис. 1), інтенсивність враження карієсом у пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД достовірно не змінювалась, тоді як середнє значення індексу становило: у доімобілізаційному періоді – (10,6 ± 0,6) од, в післяімобілізаційному – (12,7 ± 0,5) од., p < 0,05, що пояснюється видаленням зубів, що знаходилися у щілині перелому.

Аналіз CPITN по періодам КМ виявив, що в доімобілізаційному періоді потребували спрямованої комплексної терапії пародонту (25,7 ± 3,3) % пацієнтів, окрім того (7,3 ± 1,9) % мали патологічний карман глибиною понад 4 мм та потребували видалення відкладень і проведення кюретажу, а (49,0 ± 4,1) % хворих потребували видалення зубних каменів.

У ранньому післяопераційному періоді достовірних змін не відбулося: (42,1 ± 4,0) % хворих потребували спрямованої комплексної терапії пародонту, (36,7 ± 4,0) % мали патологічний карман глибиною понад 4

мм та потребували видалення відкладень і проведення кюретажу, а (55,3 ± 3,7) % – видалення зубних каменів і проведення професійної гігієни (табл. 2). На етапах КМ кількість пацієнтів, які потребували лише гігієни порожнини рота (CPITN ≤ 1,0) зменшилась з (11,7 ± 2,4) % до (1,1 ± 0,8) %, тоді як збільшувалась потреба у проведенні професійної гігієни ротової порожнини та достовірно зростає частка осіб з потребою виконання комплексного стоматологічного лікування (рис. 2).

Проведення кюретажу в післяімобілізаційному періоді потребували практично в 1,5 разів більше пацієнтів ніж в доімобілізаційному (відповідно 25,7 ± 3,3 % та 37,4 ± 3,6 % – особи з CPITN = 2,1-3,0), а додаткового виконання лоскутних операцій (особи з CPITN ≥ 3,1) – в п'ять разів більше осіб (відповідно 32,4 ± 3,5 % та 7,3 ± 1,9 %).

Висновки. Індекс КПВ у доімобілізаційному періоді складав – (10,6 ± 0,6) од, в післяімобілізаційному – (12,7 ± 0,5) од., p < 0,05, що пояснюється насамперед видаленням зубів, що знаходилися у щілині перелому. Проведення кюретажу в післяімобілізаційному періоді потребували практично в 1,5 разів більше пацієнтів ніж в доімобілізаційному (відповідно 25,7 ± 3,3 % та 37,4 ± 3,6 % – особи з CPITN = 2,1-3,0), а додатково виконання лоскутних операцій

– в п'ять разів більше осіб (відповідно $32,4 \pm 3,5\%$ та $7,3 \pm 1,9\%$).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з удосконаленням лікувально-відновної (реабілітаційної) тактики, що має враховувати виявлені

закономірності та фактори ризику формування пародонтології пародонту на догоспітальному, впродовж госпітального та післягоспітального етапах надання медичної допомоги пацієнтам з пошкодженням ЩЛД.

Література

1. Аболмасов Н. Н. Стратегия и тактика профилактики заболеваний пародонта / Н. Н. Аболмасов // Стоматология. – 2003. – №4. – С. 34-39.
2. 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.
3. Бернадский Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю. И. Бернадский. – М.: Медицина, 1999. – 444 с.
4. Дерябин И. И. К патогенезу травматической болезни. / В кн.: Травматический шок / Под ред. проф. И. Р. Петрова. – СПб.: Медицина, 1999. – 357 с.
5. 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. Хახелева // Травма. – 2006. – Т. 7, №3. – С. 383-389.
6. Куцевляк В. И. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов / В. И. Куцевляк. – Харьков: ХНМУ, 2001. – 217 с.
7. 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.
8. Лищук В. А. Информатизация клинической медицине / В. А. Лищук // Клиническая информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7-13.
9. 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.
10. 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.
11. Михайлова Л. Н. Репаративная регенерация костной и хрящевой ткани в условиях воздействия различных биомеханических факторов : автореф. дисс. на соискание учёной степени доктора биол. наук : спец. 14.00.27 «Хирургия» / Л. Н. Михайлова; Институт эволюционной морфологии и экологии животных им. А. Н. Северцова. – М., 1988. – 29 с.
12. 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

ІНТЕНСИВНІСТЬ УРАЖЕННЯ КАРІЕСОМ ТА УЗАГАЛЬНЕНІ ІНДЕКСИ ПОТРЕБИ У ЛІКУВАННІ ПАРОДОНТУ НА ЕТАПАХ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПОШКОДЖЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Григорова А. О.

Резюме. За результатами клінічного моніторингу пацієнтів з пошкодженнями ЩЛД визначено, що індекс КПВ у доімобілізаційному періоді складав – ($10,6 \pm 0,6$) од, в післяімобілізаційному – ($12,7 \pm 0,5$) од., $p < 0,05$, що пояснюється насамперед видаленням зубів, що знаходилися у щілині перелому. Проведення юретажу в післяімобілізаційному періоді потребували практично в 1,5 разів більше пацієнтів ніж в доімобілізаційному (відповідно $25,7 \pm 3,3\%$ та $37,4 \pm 3,6\%$ – особи з $CRITN=2,1-3,0$), а додаткового виконання лоскутних операцій – в п'ять разів більше осіб (відповідно $32,4 \pm 3,5\%$ та $7,3 \pm 1,9\%$).

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

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

ІНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ И ОБОБЩЕННЫЙ ИНДЕКС ПОТРЕБНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТА НА ЭТАПАХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Григорова А. А.

Резюме. По результатам клинического мониторинга пациентов с повреждениями челюстно-лицевой области выявлено, что индекс КПВ в доиммобилизационном периоде составлял ($10,6 \pm 0,6$) ед, в послеиммобилизационном – ($12,7 \pm 0,5$) ед. ($p < 0,05$), что объясняется в первую очередь удалением зубов, которые находились в щели перелома. Потребность в проведении юретажа в послеиммобилизационном – возросла практически в 1,5 раза по сравнению с доиммобилизационным (соответственно с $25,7 \pm 3,3\%$ до $37,4 \pm 3,6\%$), а потребность в выполнении лоскутных операций – практически в 5 раз (соответственно с $7,3 \pm 1,9\%$ до $32,4 \pm 3,5\%$).

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

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

Caries Damage and Needs in Parodontium Treatment during Complex Treatment and Rehabilitation of Patients with Lesions of Maxillofacial Area

Hryhorova A. O.

Abstract. The aim of the research was to study caries lesions and dynamics of parodontium treatment during clinical monitoring of patients with injuries of maxillofacial area.

Materials and methods. The study of dental status of 179 patients with lesions of maxillofacial area has been done in stages of clinical monitoring (CM): the first stage – in the preoperative period, the second stage – the end of the first preoperative one (in 3-5 days), the third stage – the moment of the second postoperative (in 2-3 weeks) the fourth stage – postoperative period (in 5-6 weeks). The assessment has been made by dental status indicators: decayed, extracted, filled according to conventional method; analysis of the need for periodontal treatment has been done according to the conventional index.

The results and their discussion. Analysis of the intensity of carious lesions has been made in terms of the DEF (teeth decayed, extracted, filled) showed that patients with lesions of maxillofacial area did not differ at the lowest values of the index (≤ 5), i. e. the proportion of people with minimal carious lesions was similar and varied from $(2,2 \pm 1,1) \%$ to $(1,7 \pm 1,0) \%$. The intensity of carious lesions within the DEF index (6-10) units was registered in all stages of clinical monitoring from $(40,8 \pm 3,7) \%$ to $(32,4 \pm 3,5) \%$. The stability of this index in the postoperative period is due to the lack of teeth extractions and new carious lesions. Almost equal proportion of patients with the DEF index in the range of (11-15) has been revealed in the stage of clinical monitoring. In the stages of CM the proportion of patients with the DEF index in the range of (15-20) also has not significantly been changed. An analysis detected complex therapy of parodontium $(25,7 \pm 3,3) \%$ besides it had pathological pocket $(7,3 \pm 1,9) \%$ of 4 mm and required deposits extraction and curettage realization, so $(49,0 \pm 4,1) \%$ patients required calculus extraction. During early postoperative period changes have not been noticed: $(42,1 \pm 4,0) \%$ but patients required complex therapy of parodontium, $(36,7 \pm 4,0) \%$ showed pathological pocket of 4 mm and required deposits extraction and curettage realization, and $(55,3 \pm 3,7) \%$ – extraction of calculus and oral hygiene practices. During clinical monitoring of patients, who required only oral hygiene has increased from $(11,7 \pm 2,4) \%$ to $(1,1 \pm 0,8) \%$, so a need in professional oral hygiene has increased and number of patients who need professional dental treatment has also increased.

Conclusions. According to the results of clinical monitoring of patients with lesions of maxillofacial area has been determined, that an index of preoperative period contained – $(10,6 \pm 0,6)$ units, in postoperative one – $(12,7 \pm 0,5)$ units, $p < 0,05$, that is accompanied by teeth extraction that were located in a gap of fracture. Curettage realization in postoperative stage required in 1,5 more patients than in preoperative one (according to $25,7 \pm 3,3 \%$ and $37,4 \pm 3,6 \%$ – people), and also additional flap surgery has increased in five times $(32,4 \pm 3,5 \%$ and $7,3 \pm 1,9 \%)$.

Prospects for further research are related to rehabilitation tactics that should be taken into account identified patterns and risk factors for the formation of parodontium abnormality in the preoperative, perioperative and postoperative stages of medical care for patients with lesions of maxillofacial area.

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

Рецензент – проф. Скрипніков П. М.

Стаття надійшла 22. 09. 2014 р.