

ISSN 2077-4214

ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ

Український
науково-практичний журнал
засновано у листопаді 1993 року
ЖУРНАЛ
виходить 1 раз на квартал

Випуск 4, Том 4 (116)

**Рекомендовано до друку
Вченою радою ВДНЗУ
«Українська медична
стоматологічна академія»
Протокол № 2 від 26.09.2014 р.**

Включений до Російського індексу
цитовання (РІНЦ) на базі Наукової
електронної бібліотеки eLIBRARY.RU
та Google Scholar на базі Наукової
електронної бібліотеки CyberLeninka

**Відповідно до постанови
президії ВАК України
від 11 жовтня 2000 р. №1-03/8,
від 13 грудня 2000 р. №1-01/10,
від 14.10.2009 р. №1-05/4 журнал
пройшов перереєстрацію і внесений
до Переліку № 6 і № 7 фахових
видань, в якому можуть
публікуватися результати
дисертаційних робіт на
здобуття наукових ступенів
доктора і кандидата наук**

© ВДНЗУ «УМСА» (м. Полтава), 2014
Підписано до друку 02.10.2014 р.
Замовлення № 91
Тираж 200 примірників

Біологічні і медичні науки

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

ЖДАН В. М., д. мед. н.
– головний редактор (м. Полтава)
ПРОНІНА О. М., д. мед. н.
– заступник головного редактора (м. Полтава)
ЧАЙКОВСЬКИЙ Ю. Б., д. мед. н. (м. Київ)
ANDREJ KIELBASSA, Dr. med. dent. habil., Dr. h. c. (Krems, Austria)
КИКАЛИШВИЛИ Л. А., д. мед. н. (Тбілісі, Грузія)
КОЧИНА М. Л., д. біол. н. (м. Харків)
КУРСЬКИЙ М. Д., д. біол. н. (м. Київ)
ОЛІЙНИК С. А., д. біол. н. (Seoul, South Korea)
ПОХОДЕНЬКО-ЧУДАКОВА И. О., д. мед. н. (Мінськ, Беларусь)
РИБАКОВ С. Й., д. мед. н. (USA, Washington DC - Київ)
ШАПОШНИКОВ А. А., д. біол. н. (Белгород, Россия)

РЕДАКЦІЙНА РАДА

АВЕТИКОВ Д. С., д. мед. н. (м. Полтава)
БАБІЙЧУК Г. А., д. біол. н. (м. Харків)
БЕЗШАПОЧНИЙ С. Б., д. мед. н. (м. Полтава)
БІЛАШ С. М., д. біол. н. (м. Полтава)
БОБІРЬОВ В. М., д. мед. н. (м. Полтава)
БОНДАРЕНКО В. А., д. біол. н. (м. Харків)
ГАПОН С. В., д. біол. н. (м. Полтава)
ГАСЮК А. П., д. мед. н. (м. Полтава)
ГРОМОВА А. М., д. мед. н. (м. Полтава)
ДУБІНІН С. І., д. мед. н. (м. Полтава)
ДУДЕНКО В. Г., д. мед. н. (м. Харків)
ДУДЧЕНКО М. О., д. мед. н. (м. Полтава)
КАТЕРЕНЧУК І. П., д. мед. н. (м. Полтава)
КОСТИЛЕНКО Ю. П., д. мед. н. (м. Полтава)
ЛОБАНЬ Г. А., д. мед. н. (м. Полтава)
ЛУЗІН В. І., д. мед. н. (м. Луганськ)
ЛЯХОВСЬКИЙ В. І., д. мед. н. (м. Полтава)
МІШАЛОВ В. Д., д. мед. н. (м. Київ)
МІЩЕНКО І. В., д. мед. н. (м. Полтава)
НЕПОРАДА К. С., д. мед. н. (м. Полтава)
НОВІКОВ В. М., д. мед. н. (м. Полтава)
ОЛІЙНИК І. Ю., д. мед. н. (м. Чернівці)
ОСТРОВСЬКА С. С., д. біол. н. (м. Дніпропетровськ)
ПОХИЛЬКО В. І., д. мед. н. (м. Полтава)
ПОПОВ О. Г., д. мед. н. (м. Одеса)
СКРИПНИК І. М., д. мед. н. (м. Полтава)
СКРИПНИКОВ А. М., д. мед. н. (м. Полтава)
СКРИПНИКОВ П. М., д. мед. н. (м. Полтава)
СОБОЛЄВ В. І., д. біол. н. (м. Донецьк)
ТКАЧЕНКО П. І., д. мед. н. (м. Полтава)
ТОПКА Е. Г., д. мед. н. (м. Дніпропетровськ)
ЦЕБРЖИНСЬКИЙ О. І., д. біол. н. (м. Полтава)
УДОД О. А., д. мед. н. (м. Донецьк)

ДАНИЛЬЧЕНКО С. І. зав. редакції

ВІСНИК ПРОБЛЕМ БІОЛОГІЇ І МЕДИЦИНИ

ЗАСНОВНИКИ:

Українська академія наук Вищий державний навчальний заклад
України «Українська медична стоматологічна академія»

Порядковий номер випуску і дата його виходу в світ:

Випуск 4, Том 4 (116) від 14.10.2014 р.

Адреса редакції:

36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23, УМСА
кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії

Свідоцтво про Державну реєстрацію:

КВ №10680 від 30.11.2005 р.

Відповідальний за випуск: О. М. Проніна

Технічний секретар: С. І. Данильченко

Комп'ютерна верстка та замовник: А. І. Кушпільов

Художнє оформлення та тиражування: Ю. В. Мирон

Секретар інформаційної служби журналу: С. І. Данильченко

м. Полтава, тел. (05322) 7-51-81, 7-22-96, 7-24-84, (095) 691-50-32

Варес Я. Е., Кияк С. В. Планування операції атипичного видалення горизонтально ретенуваних нижніх третих молярів з допомогою комп'ютерної програми	316	Vares Ya. E., Kiyak S. V. Atypical Removal Planning of Horizontally Impacted Lower Third Molars with the Help of Computer Program
Видойник О. Я., Авдєєв О. В. Частота ускладнених форм та ступінь активності каріозного процесу у дітей, хворих на бронхіальну астму	321	Vydoynyk O., Avdeev O. Complication Rate Forms and Degree of Activity of Caries Process Children with Bronchial Asthma
Григорова А. О. Інтенсивність ураження карієсом та узагальнені індекси потреби у лікуванні пародонту на етапах імобілізації при пошкодженнях щелепно-лицевої ділянки	324	Hryhorova A. O. Caries Damage and Needs in Parodontium Treatment during Complex Treatment and Rehabilitation of Patients with Lesions of Maxillofacial Area
Демьяненко С. А. Характеристика гемодинамических нарушений на стоматологическом приеме в зависимости от качества жизни пациентов	328	Demyanenko S. A. Characteristics of Hemodynamical Disorders at a Dental Appointment Depending Upon Life Quality of the Patients
Зубачик О. В. Специфичность проявления гиперчувствительности при разных дефектах зуба	333	Zubachyk O. V. Specificity of Manifestation of Hypersensitivity at Different Defects of Tooth
Митченко О. В. Особенности клинических zmian власне жувальних м'язів при заміщенні дефектів дуговими протезами	337	Mitchenok O. V. Specific Features of Clinical Lesions of Proper Masticatory Muscles in Dental Restorations by Bar Dentures
Морозова М. Н. Шкалы оценки тяжести состояния пациентов с одонтогенными флегмонами	341	Morozova M. N. Scales of Estimation of Weight of the State of Patients in Cases of Odontogenous
Назаренко З. Ю. Клініко-морфологічне обґрунтування лікування хронічного катарального гінгівіту у хворих без супутньої патології	346	Nazarenko Z. Yu. The Clinical and Morphological Basis of Treatment of Chronic Catarrhal Gingivitis for Patients without Attendant Pathology
Петрушанко Т. О., Скрипников П. М., Литовченко І. Ю., Коломієць С. В. Тактика місцевого лікування хворих на хронічний генералізований пародонтит I-II ступенів тяжкості	351	Petrushanko T. A., Skripnikov P. N., Litovchenko, I. Y., Kolomiets, S. V. Local Treatment Tactics of Patients with Chronic Generalized Periodontitis of I-II Degrees
Пинда М. Я., Якимець М. М., Карнківська Г. Б. Показники систем гомеостазу порожнини рота у 6-річних дітей з високою інтенсивністю карієсу зубів	354	Pynda M. Y., Yakymets M. M., Karnkivska G. B. Indicators of Homeostasis Oral Cavity in 6-Year Old Children with High Caries
Слинько Ю. О., Назарян Р. С., Соколова І. І., Абрамова Л. П. Особенности биохимических показателей ротовой рідини дітей, які народилися від матерів з недостатнім рівнем рухової активності під час вагітності	357	Slinko Y. A., Nazaryan R. S., Sokolova I. I., Abramova L. P. Peculiarity of Biochemical Indices in Oral Liquid of Children, Born from Mothers with Insufficient Level of Motor Activity during their Pregnancy
Смоляр Н. І., Стадник У. О., Лисак Т. Ю., Дмишко Х. А. Ураженість карієсом зубів у дітей 6-9 років з різним психоемоційним станом	361	Smoliar N. I., Stadnyk U. O., Lysak T. Y., Dmyshko H. A. Prevalence of Dental Caries in 6-9 Years Old Children with Different Psycho-Emotional State

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 імобілізації, 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 доімобілізаційному періоді, на другому етапі – на момент закінчення першого імобілізаційного періоду (через 3-5 діб), на третьому етапі – на момент закінчення другого періоду імобілізації (2-3 тижні) та на четвертому – у післяімобілізаційному 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 дослідження 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 ($n = 179$)							
	доімобілізаційний період		перший період імобілізації		другий період імобілізації		післяімобілізаційний 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	$1,7 \pm 1,0$
6-10	73	$40,8 \pm 3,7$	62	$34,6 \pm 3,6$	62	$34,6 \pm 3,6$	58	$32,4 \pm 3,5$
11-15	69	$38,5 \pm 3,6$	74	$41,3 \pm 3,7$	74	$41,3 \pm 3,7$	79	$44,1 \pm 3,7$
15-20	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 доімобілізаційному періоді, при $p \leq 0,05$; ^b – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником попереднього періоду, при $p \leq 0,05$.

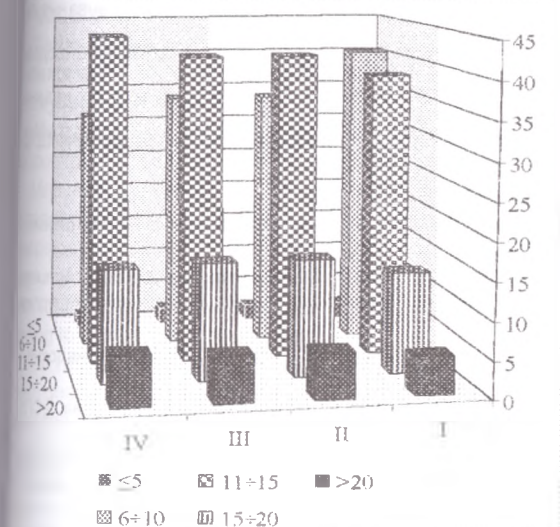


Рис. 1. Розподіл пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки за індексним показником «карієс-пломбовані-видалені»; на етапах (I-IV) клінічного моніторингу.

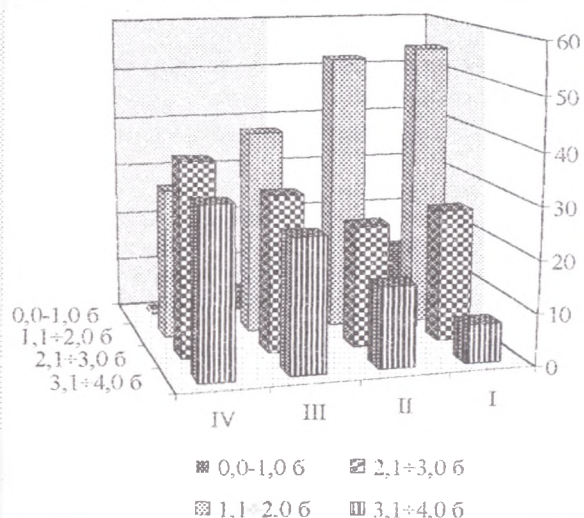


Рис. 2. Розподіл пацієнтів з пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки за узагальненим індексом потреби в лікуванні пародонту (CPITN); на етапах (I-IV) клінічного моніторингу.

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 _г = 179)							
	доімобілізаційний період		перший період імобілізації		другий період імобілізації		післяімобілізаційний період	
	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %
0-1,0 балів	21	11,7±2,4	13	7,3±1,9	8	4,5±1,5*	2	1,1±0,8*
1,1-2,0 балів	99	55,3±3,7	96	53,6±3,7	71	39,7±3,7*	52	29,1±3,4**
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*
3,1-4,0 балів	13	7,3±1,9	28	15,6±2,7**	46	25,7±3,3**	58	32,4±3,5*
Σm, од.	2,04±0,09		2,37±0,10**		2,59±0,08**		2,74±0,08*	

Примітка: * – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником в доімобілізаційному періоді, при $p < 0,05$; ** – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником попереднього періоду, при $p < 0,05$.

межах 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-го 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 патології пародонту на догоспітальному, впродовжгоспітального 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 повреждений 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 // Клин. 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 КАРІЄСОМ 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 СРІТН=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

ИНТЕНСИВНОСТЬ 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 postoperative 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 index (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 16-20, 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 practices, 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.