

СТОМАТОЛОГІЯ

© 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 КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ 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. Одним із важливих завдань щелепно-лицевої хірургії на етапах лікування запальних захворювань (ЗЗ) щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) є необхідність подальшого вдосконалення комплексного лікування, включаючи периопераційний захист тканин пародонту [2, 7], що може досягатися за рахунок цілісного підходу до пацієнта та раннього початку реабілітаційної програми [1, 8]. Сучасні тенденції в лікуванні хворих з ЗЗ ЩЛД зазнають кардинальних змін, що пов'язано з впровадженням в практику нових сучасних хірургічних технологій, методів оцінки і корекції адаптаційних механізмів [5]. Подальшого удосконалення потребує, також, випереджуюча лікувально – реабілітаційна тактика хірурга – стоматолога. Звичайно, що перебіг одонтогенних ЗЗ ЩЛД може визначатися комплексом анамнестичних, клінічних та поведінкових факторів конкретного пацієнта, а динаміка потреби в лікуванні тканин пародонту впродовж периопераційного періоду – залежати від первісного стану пародонту, обсягів втручання, судинно-гемодинамічного забезпечення інших патогенетичних факторів.

Мета дослідження полягала у вивченні інтенсивності ураження карієсом та динаміки узагальненого індексу потреби в лікуванні пародонту на етапах лікування пацієнтів з запальними захворюваннями щелепно-лицеві ділянки.

Об'єкт і методи дослідження. Вивчення стоматологічного статусу 147 пацієнтів з одонтогенними

ЗЗ ЩЛД виконано на етапах їхнього периопераційного моніторингу (КМ): на першому етапі – у доопераційному періоді, на другому етапі – у ранньому післяопераційному (через 3-5 діб), на третьому – у пізньому післяопераційному (через 2-3 тижні) та на четвертому – у віддаленому післяопераційному періодах (через 5-6 тижнів). Оцінку стоматологічного статусу виконано за показниками: каріозні-пломбовані-видалені (КПВ) за загальноприйнятою методикою [3]; аналіз потреби в лікуванні пародонту проводили за узагальненим індексом СРІТН, 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

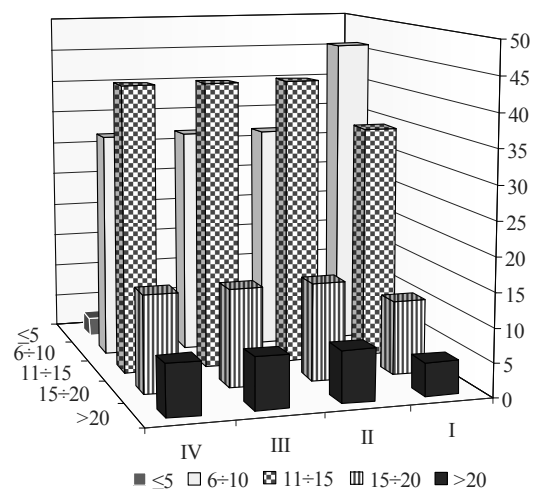


Рис. 1. Розподіл пацієнтів з запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки за індексним показником «карієс-пломбовані-видалені»; на етапах (I-IV) периопераційного моніторингу.

Таблиця 1
Показник КПВ етапах клінічного моніторингу пацієнтів з запальними захворюваннями щелепно-лищевої ділянки

Індекс КПВ	Етапи клінічного моніторингу (n ₁ = 147)							
	доопераційний період		ранній післяопераційний період		пізній післяопераційний період		віддалений післяопераційний період	
	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %
≤5	5	3,4 ± 1,5	4	2,7 ± 1,3	4	2,7 ± 1,3	4	2,7 ± 1,3
6 ÷ 10	68	46,3 ± 4,1	49	33,3 ± 3,9 ^{а,б}	49	33,3 ± 3,9 ^а	49	33,3 ± 3,9 ^а
11 ÷ 15	51	34,7 ± 3,9	62	42,2 ± 4,1	62	42,2 ± 4,1	62	42,2 ± 4,1
15 ÷ 20	16	10,9 ± 2,6	21	14,3 ± 2,9	21	14,3 ± 2,9	21	14,3 ± 2,9
> 20	7	4,8 ± 1,8	11	7,5 ± 2,2	11	7,5 ± 2,2	11	7,5 ± 2,2
M ± m, од	12,1 ± 1,1		14,3 ± 1,8					

Примітка: ^а – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником в доопераційному періоді, при p ≤ 0,05; ^б – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником попереднього періоду, при p ≤ 0,05.

Таблиця 2
Узагальнений індекс потреби в лікуванні пародонту на етапах клінічного моніторингу пацієнтів з запальними захворюваннями щелепно-лищевої ділянки

Показники індексу потреби в лікуванні пародонту	Етапи клінічного моніторингу (n ₁ = 147)							
	доопераційний період		ранній післяопераційний період		пізній післяопераційний період		віддалений післяопераційний період	
	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %	абс.	P ± m, %
0,0-1,0 балів	18	12,2 ± 2,7	16	10,9 ± 2,6	14	9,5 ± 2,4	11	7,5 ± 2,2
1,1 ÷ 2,0 балів	72	49,0 ± 4,1	69	46,9 ± 4,1	70	47,6 ± 4,1	67	45,6 ± 4,1
2,1 ÷ 3,0 балів	51	34,7 ± 3,9	54	36,7 ± 4,0	53	36,1 ± 4,0	57	38,8 ± 4,0
3,1 ÷ 4,0 балів	6	4,1 ± 1,6	8	5,4 ± 1,9	10	6,8 ± 2,1	12	8,2 ± 2,3 ^а
M ± m, од	1,92 ± 0,10		2,07 ± 0,10		2,18 ± 0,09 ^а		2,24 ± 0,08 ^а	

Примітка: ^а – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником в доопераційному періоді, при p ≤ 0,05; ^б – достовірні відмінності у порівнянні з відповідним показником попереднього періоду, при p ≤ 0,05.

результатів. При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні: анамнестичний кількісний аналіз [4], варіаційна статистика та імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності результатів [6]. 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 серед хворих на етапах клінічного моніторингу не відрізнялись за мінімальними значеннями цього індексу (≤5), тобто питома вага осіб з мінімальним враженням карієсом була однаковою (**табл. 1, рис. 1**) та коливалась у межах від (2,7 ± 1,3) % до (3,4 ± 1,5) %. Інтенсивність враження карієсом у межах значення

індексу КПВ (6ч10) од достовірно частіше зареєстрована у доопераційному періоді – (46,3 ± 4,1) %; в післяопераційному – (33,3 ± 3,9) %, p ≤ 0,05. Стабільність цього показника у післяопераційному періоді пояснюється відсутністю видалень зубів та відсутністю нових каріотичних уражень.

Практично з однаковою частотою на етапах клінічного моніторингу виявлена питома вага пацієнтів з індексом КПВ у межах (11 ÷ 15) од. (I-й етап КМ – у (34,7 ± 3,9) %, на II-IV етапах – у (42,2 ± 4,1) %, p ≥ 0,05). На етапах КМ, також значимо не змінювалась питома вага пацієнтів з індексом КПВ у межах (15 ÷ 20) од. Так, якщо на I-му етапі КМ їх було (10,9 ± 1,8) % обстежених мали такі значення індексу, то в післяопераційному періоді осіб з індексом КВП (15 ÷ 20) од – (14,5 ± 2,9) %, p ≥ 0,05. Таким чином, інтенсивність враження карієсом у пацієнтів з захворюваннями ЩЛД достовірно не змінювалась, тоді як середнє значення становило: у доопераційному періоді – (12,1 ± 1,1) од, в післяопераційному – (14,3 ± 1,8) од., p > 0,05. Аналіз узагальненого індексу потреби в лікуванні пародонту (СРІТН) по періодах КМ виявив, що в доопераційному періоді потребували спрямованої комплексної терапії пародонту (38,8 ± 4,0) % хворих, окрім того (34,7 ± 3,9) % мали патологічний карман глибиною понад 4 мм та потребували видалення відкладень та проведення кюретажу, а (49,0 ± 4,1) % хворих потребували видалення зубних каменів та проведення професійної гігієни порожнини рота.

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 (46,9 ± 4,1) % хворих потребували видалення зубних каменів та проведення професійної гігієни порожнини рота (**табл. 2, рис. 2**). На етапах КМ кількість пацієнтів, які потребували лише гігієни порожнини рота (СРІТН ≤ 1,0) зменшилась з (12,2 ± 2,7) % до (7,5 ± 2,2) %, тоді збільшувалась потреба у проведенні професійної гігієни ротової порожнини та достовірно зросла частка осіб з потребою виконання комплексного стоматологічного лікування із проведення кюретажу (СРІТН = 2,1-3,0) чи додаткового виконання лоскутних операцій (СРІТН ≥ 3,1).

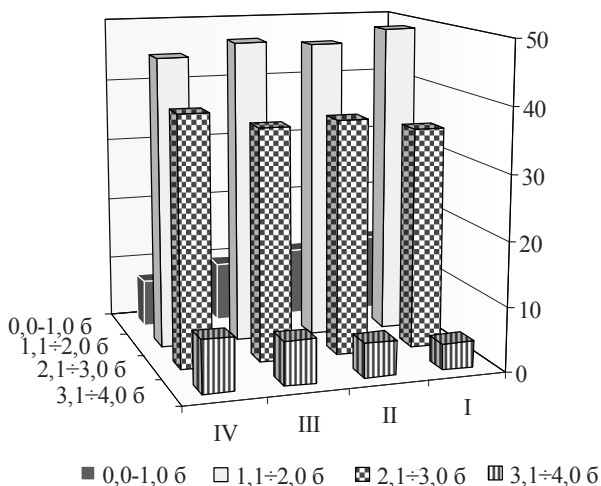


Рис. 2. Розподіл пацієнтів з запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки за узагальненим індексом потреби в лікуванні пародонту (CRITN); на етапах (I-IV) периопераційного моніторингу.

Висновки. Інтенсивність ураження карієсом у пацієнтів з ЗЗ ЩЛД достовірно не змінювалась, тоді як середнє значення становило: у доопераційному періоді – $(12,1 \pm 1,1)$ од, в післяопераційному – $(14,3 \pm 1,8)$ од., $p > 0,05$. На етапах комплексного лікування кількість пацієнтів, які потребували лише покращення гігієни порожнини рота ($CRITN \leq 1,0$) зменшилась з $(12,2 \pm 2,7)\%$ до $(7,5 \pm 2,2)\%$, тоді збільшувалась потреба у проведенні професійної гігієни ротової порожнини та достовірно зросла частка осіб з потребою виконання комплексного стоматологічного лікування із проведення кюретажу ($CRITN = 2,1-3,0$) чи додаткового виконання лоскутних операцій ($CRITN \geq 3,1$).

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

Література

- Аболмасов Н. Н. Стратегия и тактика профилактики заболеваний пародонта / Н. Н. Аболмасов // Стоматология. – 2003. – №4. – С. 34-39.
- Григорова А. О. Стан тканей пародонта на этапах лечения та реабилитации пациентов с воспалительными заболеваниями щелепно-лицевой области / А. О. Григорова // Вісник проблем біології та медицини. – 2014. – Вип. 4, Т. 1. – С. 349-354.
- Куцевляк В. И. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов / В. И. Куцевляк. – Харьков: ХНМУ, 2001. – 217 с.
- Лищук В. А. Информатизация клинической медицины / В. А. Лищук // Клин. информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7-13.
- Пат. 92052 У, Україна, МПК (2014. 01). А61В 10/00. Спосіб оцінки типу мітохондріально-біоенергетичного стану букального епітелію / Григорова А. О. (UA). – Заявлено 06.03.2014; заявка № u20140228; Опубл. 25.07.2014 // Бюл. № 14
- Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Підручник / Заг. ред. Москаленко В. М., Вороненко Ю. В. – Тернопіль, 2002. – С. 50-75.
- Физическая реабилитация. Руководство // Под ред. С. Н. Попова. – Ростов-на-Дону, 2005. – 359 с.
- Фомин Н. А. Адаптация: общепатологические и психофизиологические основы / Н. А. Фомин. – М., 2003. – 382 с.

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 ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Григорова А. О.

Резюме. За результатами периопераційного моніторингу пацієнтів з одонтогенними запальними захворюваннями ЩЛД визначено, що інтенсивність ураження карієсом достовірно не змінювалась (зменшилась за рахунок інтраопераційних видалень), водночас кількість пацієнтів, які потребували лише покращення гігієни порожнини рота зменшилась з $(12,2 \pm 2,7)\%$ до $(7,5 \pm 2,2)\%$, тоді збільшувалась потреба у проведенні професійної гігієни ротової порожнини та достовірно зросла частка осіб з потребою виконання комплексного стоматологічного лікування із проведення кюретажу чи додаткового виконання лоскутних операцій.

Ключові слова: стоматологічний статус, запальні одонтогенні захворювання, щелепно-лицева ділянка, периопераційний моніторинг.

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

ІНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕННЯ КАРІЄСОМ И ОБОБЩЁННЫЙ ИНДЕКС ПОТРЕБНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТА НА ЭТАПАХ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Григорова А. А.

Резюме. По результатам периоперационного мониторинга пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области выявлено, что интенсивность поражения карие- сом

достовірно не мінялась (індекс зменшився за рахунок інтраопераційного видалення зубів); в той же час, кількість пацієнтів, яким вимагалась тільки лише більш ретельна гігієна порожнини рота зменшилась з $(12,2 \pm 2,7)\%$ до $(7,5 \pm 2,2)\%$, тоді як зросла потреба в проведенні професійної гігієни порожнини рота і достовірно зріс удільний вага осіб з потребою виконання комплексного стоматологічного лікування, зокрема виконання кюретажа і лоскутних операцій.

Ключевые слова: стоматологічний статус, одонтогенні запальні захворювання, щелепно-лицьова область, періопераційний моніторинг.

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

Intensity of Carious Lesions and Community Periodontal Index of Treatment Needs in Stages of Treatment and Rehabilitation of Patients with Inflammatory Diseases of Maxillofacial Area

Hryhorova A.

Abstract. *The aim of the study* was to examine the intensity of carious lesions and dynamics of the Community Periodontal Index of Treatment Needs in stages of treatment of patients with inflammatory diseases (ID) of maxillofacial area (MFA).

Materials and methods. The study of dental status of 147 patients with odontogenic ID MFA has been performed in the stages of their perioperative monitoring (CM): the first stage – in the preoperative period, the second stage – in the early postoperative one (in 3-5 days), the third stage – in the late postoperative period (in 2-3 weeks), and the fourth stage – in the remote postoperative one (in 5-6 weeks). The assessment has been performed by dental status indicators: decayed, extracted by conventional method, filled (DEF); analysis of the need for periodontal treatment was being conducted by the Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN), performed in points: 0 – absence of inflammation, 1.0 – bleeding gums after intubation, 2.0 – supragingival and subgingival calculus, 3.0 – pathological pocket with depth of 4-6 mm, 4.0 – pocket depth more than 6.0 mm.

The results and their discussion. Analysis of the intensity of carious lesions made in terms of the DEF (teeth decayed, extracted, filled) has found that among patients in the stages of clinical monitoring it 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 $(2.7 \pm 1.3)\%$ to $(3.4 \pm 1.5)\%$. The intensity of carious lesions within the DEF index (6÷10) was significantly more registered in the preoperative period $(46.3 \pm 4.1)\%$; in the postoperative one it was $(33.3 \pm 3.9)\%$, $p \leq 0.05$. The stability of this index in the postoperative period is due to lack of teeth extractions and no 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. (At stage I of CM there were $(34.7 \pm 3.9)\%$, at stages II-IV – $(42.2 \pm 4.1)\%$, $p \geq 0.05$). 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. Thus, if in the first stage of CM $(10.9 \pm 1.8)\%$ of surveyed had such index, while in the postoperative period there were $(14.5 \pm 2.9)\%$ persons, $p \geq 0.05$ with the DEF index in the range of (15÷20). Thereby, the intensity of carious lesions in patients with ID MFA has not significantly been changed, while the average value has been as follows: in the preoperative period – (12.1 ± 1.1) , in the postoperative one – (14.3 ± 1.8) , $p > 0.05$. Analysis of the Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) for periods of CM has found out that preoperative period $(38.8 \pm 4.0)\%$ of patients needed comprehensive periodontal therapy, in addition $(34.7 \pm 3.9)\%$ had abnormal pocket depth greater than 4 mm and required removal of sediment and curettage, and $(49.0 \pm 4.1)\%$ of patients required removal of tartar and professional oral hygiene.

Conclusions. As a result of perioperative monitoring of patients with odontogenic ID MFA it has been determined that the intensity of carious lesions has not been significantly changed (decreased by intraoperative extractions), while the number of patients who needed only to improve oral hygiene has decreased from $(12.2 \pm 2.7)\%$ to $(7.5 \pm 2.2)\%$, then the need for professional oral hygiene has increased and the proportion of people with the need for complex dental treatment with curettage or conducting additional flap surgery to be performed has significantly increased.

Prospects for further research are related to rehabilitation tactics that should take into account identified patterns and risk factors for the formation of periodontal pathology in the preoperative, perioperative and postoperative stages of medical care for patients with ID MFA.

Keywords: dental status, odontogenic inflammatory diseases, maxillofacial area, perioperative monitoring.

Рецензент – проф. Аветіков Д. С.

Стаття надійшла 19. 09. 2014 р.