СТОМАТОЛОГІЯ

© Григорова А. О.

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

Григорова А. О.

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ НА ЕТАПАХ 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. Лікування запальних захворювань (ЗЗ) щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) є однією з актуальних завдань щелепно-лицевої хірургії, а висока частота ускладнень при даній патології визначає необхідність подальшого вдосконалення комплексного лікування, включаючи своєчасне та адекватне використання реабілітаційних заходів [2, 7]. В системі комплексного лікування пацієнтів з ЗЗ ЩЛД непересічно значимим є, як доопераційний. так і післяопераційний період, коли на тлі відновлення морфологічного субстрату (загоєння рани) вирішальним щодо одужання та повного відновлення функцій є стан тканин пародонту та відновлення психофізіологічного стану хворого [8]. Це здатен забезпечувати функціональний підхід та ранній початок 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 адаптаційних резервів біоенергетики, тактики захисту тканин пародонту та реабілітаційних програм [5]. При цьому, подальшого удосконалення потребує, власне, випереджуюча лікувально – реабілітаційна тактика хірурга – стоматолога.

Мета дослідження полягала у вивченні стану тканин пародонту на етапах лікування та реабілітації пацієнтів з ЗЗ ЩЛД

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 періоді (через 3-5 діб), на третьому – у пізньому післяопераційному періоді (через 2-3 тижні) та на четвертому – у віддаленому післяопераційному періоді (через 5-6 тижнів). Оцінку стоматологічного статусу виконано за показниками [3]: папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА), індексу гігієни порожнини рота (OHI-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 OHI-S виконано за методикою Green-Vermillion «Oral Hygiene Index Simplified, Green-Vermillion, 1964» [3]. Методика передбачала офарблювання вестибулярних та язичної поверхонь окремих зубів водомістким розчином. На відповідних поверхнях визначали індекс зубного нальоту (Debris-index) та індекс зубного каменю (Calcuius – index), після чого обчислювали OHI-S за формулою:

$$OHI - S = (\frac{\sum зн}{n}) + (\frac{\sum зк}{n}),$$

де $\sum зн$ – сума балів зубного нальоту; $\sum зк$ – сума балів зубного каменю; n – кількість зубів. Оцінку OHI-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 [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;

Таблиця 1

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

Показники папілярно-маргінально-альвеолярного індексу	Етапи клінічного моніторингу (n_1=147)							
	дооперацiйний період		ранній післяопераційний період		пізній післяопераційний період		віддалений післяопераційний період	
	абс.	P±m,%	абс.	P±m,%	абс.	P±m,%	абс.	P±m,%
до 1,0 (Р)	29	19,7±3,3	24	16,3±3,0	15	10,2±2,5[а]	11	7,5±2,2[а]
1,1÷2,0 (М)	109	74,1±3,6	101	68,7±3,8	98	66,7±3,9[а]	88	59,9±4,0[а]
2,1÷3,0 (А)	9	6,1±2,0	22	15,0±2,9[а]	34	23,1±3,5[а]	48	32,7±3,9[а, б]
M±m, од	1,41±0,12		1,56±0,09[а, б]		1,73±0,08[а, б]		2,12±0,11[а, б]	

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

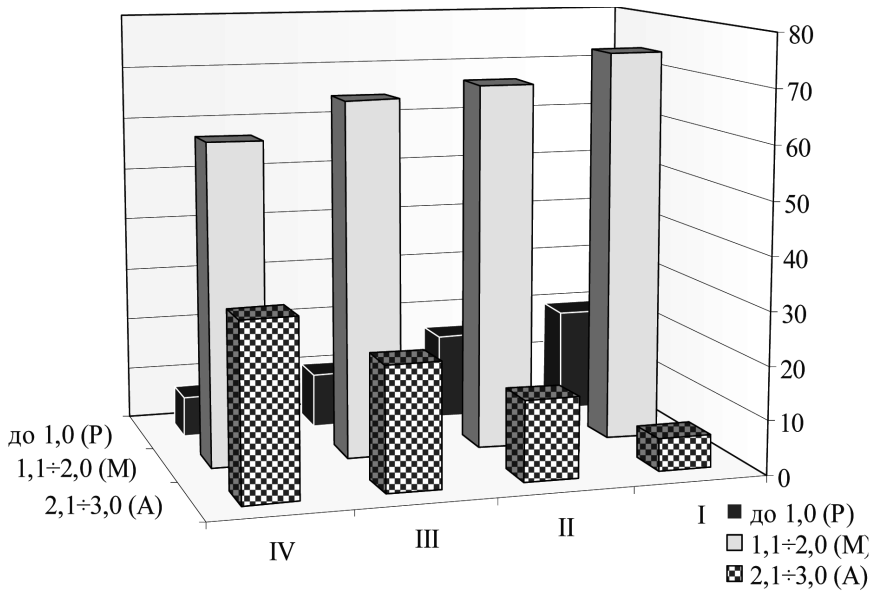

Рис. 1. Розподіл пацієнтів запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки за показником папілярно-маргінально-альвеолярного індексу; на етапах (I-IV) периопераційного моніторингу.

достовірними вважали відмінності середніх за односторонніми критерієм Ст'юдента при p < 0,05).

Результати досліджень та їх обговорення. Вивчення показників папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (**табл. 1, рис. 1**) на етапах клінічного моніторингу пацієнтів з ЗЗ ЩЛД виявило, що частота та виразність запального процесу тканин пародонта залежно від етапу – змінювалась. Так, якщо на I-му етапі КМ кількість хворих з РМА до 1,0 б. становила (19,7±3,3)%, то в ранньому післяопераційному періоді – (16,3±3,0)% та достовірно зменшувалась у пізньому та віддаленому післяопераційних періодах (відповідно (10,2±2,5)% та (7,5±2,2)%, p≤0,05). Тобто, впродовж моніторингу кількість таких пацієнтів зменшилась практично в 2,5 рази. У дооперацiйному періоді (74,1±3,6)% пацієнтів потребували лікувально-профілактичних заходів щодо спрямованого лікування та оздоровлення тканин пародонту.

У ранньому післяопераційному періоді достовірно (p≤0,05) зросла частота випадків гінгівіту тяжкого ступеня (поширене ураження тканин пародонту; відповідно (6,1±2,0)% та (15,0±2,9)% хворих). Слід також зазначити, що на цьому етапі КМ (68,7±3,8)% пацієнтів потребували лікувально – профілактичних заходів щодо спрямованого лікування та оздоровлення тканин пародонту.

У пізньому післяопераційному періоді достовірно (p≤0,05) зменшилась питома вага пацієнтів зі значеннями РМА до 1,0 б., достовірно зменшилась питома вага пацієнтів з помірним ураженням пародонту (з (74,1±3,6)% до (66,7±3,9)%, p≤0,05) та, практично в 4 рази у порівнянні з I ЕКМ зросла питома вага пацієнтів з гігнівітом тяжкого ступеня (відповідно (6,1±2,0)% та (23,1±3,5)%, p≤0,05).

У віддаленому післяопераційному періоді продовжувала зменшуватись питома вага пацієнтів зі значеннями РМА до 1,0 б., питома вага пацієнтів з помірним ураженням пародонту, а кількість пацієнтів з гігнівітом тяжкого ступеня збільшилась більш ніж в 5 разів, у порівнянні з дооперацiйним періодом (відповідно (6,1±2,0)% та (32,7±3,9)%, p≤0,001).

Таким чином, на етапах хірургічного лікування пацієнтів з ЗЗ 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 дооперацiйному періоді (74,1±3,6)% пацієнтів потребували лікувально – профілактичних заходів щодо спрямованого лікування та оздоровлення тканин пародонту.

Динамічний аналіз стану гігієни порожнини рота (**табл. 2**) за показниками індексу (OHI-S) виявило, що показники цього індексу до 0,6 од однаково часто реєструвались на всіх етапах КМ (від (7,5±2,2) од до (6,0±1,9) од, p≥0,05). Однак, достовірне (p≤0,05) зменшення частки осіб зі значеннями індексу гігієни порожнини рота у межах (0,7ч1,6) од виявлено вже в

Таблиця 2

Показники індексу гігієни порожнини рота (OHI-S) на етапах клінічного моніторингу пацієнтів з запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки

Показники індексу гігієни порожнини рота	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, %
≤0,6 од.	11	7,5±2,2	11	7,5±2,2	9	6,0±1,9	9	6,1±2,0
0,7÷1,6 од.	108	73,5±3,6	89	60,5±4,0 [а]	88	58,3±4,0 [а]	79	53,7±4,1 [а]
1,7÷2,5 од.	26	17,1±3,1	37	25,2±3,6 [а]	41	27,2±3,6 [а]	44	29,9±3,8 [а]
≥2,6 од.	2	1,4±1,0	10	6,8±2,1	13	8,6±2,3 [а]	15	10,2±2,5 [а]
M±m, од	1,22±0,11		1,35±0,09		1,48±0,09 [а]		1,44±0,10 [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.

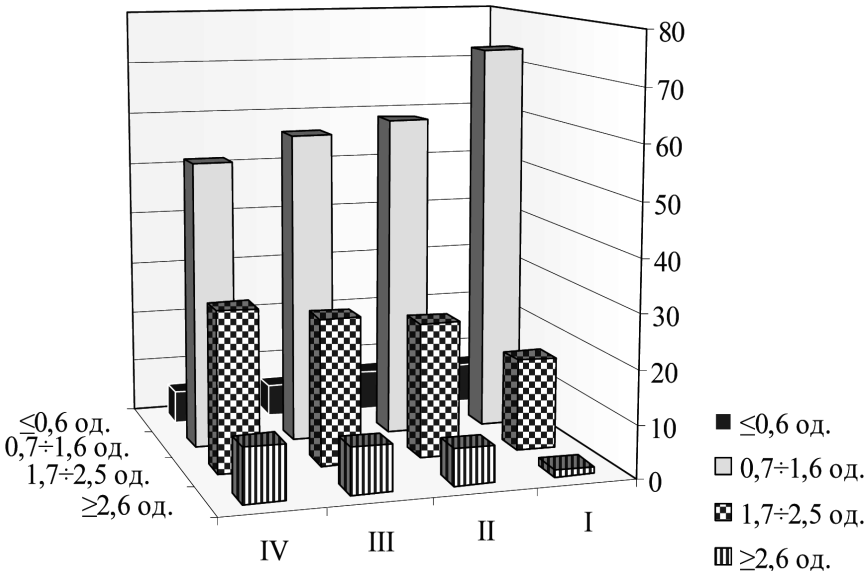

Рис. 2. Розподіл пацієнтів з запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки за індексом гігієни порожнини рота; на етапах (I-IV) периопераційного моніторингу.

ранньому післяопераційному періоді – (60,0±4,0)%, в доопераційному періоді – (73,5±2,5)%. Окрім того, у ранньому та віддаленому післяопераційних періодах питома вага таких осіб зменшувалась (відповідно (58,3±4,0)% та (53,7±4,1)%, p≤0,05).

Протилежна закономірність у показниках індексу гігієни порожнини рота виявлена в інтервалі його значень (0,7ч1,6) од; так, якщо в доопераційному періоді питома вага таких осіб становить (73,5±3,6)%, то в ранньому післяопераційному – достовірно менша – (60,5±4,0)% та продовжувала зменшуватись у пізньому та віддаленому післяопераційних періодах (відповідно, (58,3±4,0)% та (53,7±4,1)%, p≤0,001). Дуже низькі (незадовільні, ≥2,6 од) показники стану гігієни порожнини рота практично в 7 разів частіше реєструвались у віддаленому післяопераційному періоді, порівнюючи з доопераційним (відповідно у (10,2±2,5)% та (1,4±1,0)% пацієнтів). Виявлено також зростання питомої ваги пацієнтів з «граничними» значеннями гігієнічних показників: кількість пацієнтів зі значеннями у межах (1,7ч2,5) од у віддаленому післяопераційному періоді достовірно (p≤0,001) зросла, порівнюючи з доопераційним (відповідно, (29,9±3,8)% та (17,1±3,1)% пацієнтів.

Таким чином, на етапах хірургічного лікування пацієнтів з ЗЗ ЩЛД виявлені закономірності достовірного погіршення гігієни порожнини рота (**рис. 2**), що проявлялося 7-ми кратним зростанням питомої ваги осіб з незадовільною його гігієною та загальною тенденцією до погіршення у переважної кількості хворих.

Зважаючи на патогенетичну спільність механізмів перебігу ЗЗ ЩЛД та формування мікроциркуляторних порушень, досліджено вакуумпресурну зональну стійкість капілярів (ВЗСК) на етапах клінічного моніторингу пацієнтів з ЗЗ ЩЛД. Виявлено (**табл. 3**), що залежно від періоду КМ, питома вага пацієнтів з референтними рівнями ВЗСК з ростала від (51,7±4,1)% – на I-му етапі до (76,2±3,5)% – на IV етапі КМ, однак навіть у віддаленому післяопераційному періоді близько третини пацієнтів – (23,8±3,5)% характеризувались гемодинамічно – мікроциркуляторними порушеннями.

У I-му (доопераційному) періоді КМ порушення мікроциркуляції пародонту виявлені серед (48,3±4,1)% хворих, включаючи виразні гемодинамічні порушення (ВЗСК≤49 сек) – у 28,9% хворих. Аналогічна тенденція зберігалась і у ранньому післяопераційному періоді: референтні значення мали (55,1±4,1)% хворих, виразні порушення мікроциркуояції пародонту – 27,2% пацієнтів з ЗЗ ЩЛД. У пізньому післяопераційному періоді (III-й етап КМ) достовірно зросла питома вага пацієнтів з референтними рівнями ВЗСК – до (70,1±3,8)% та достовірно зпеншилась частка пацієнтів з показниками ВЗСК у межах (49ч40) с – з (18,4±3,2)% до (9,5±2,4)%, p≤0,05.

У віддаленому післяопераційному періоді (IV-й етап КМ; **рис. 3**) зберігалась тенденція до позитивних змін мікроциркуляції на рівні пародонту, однак у (23,8±3,5)% хворих показники ВЗСК залишились

Таблиця 3

Вакуумпресурна стійкість капілярів ясен на етапах клінічного моніторингу пацієнтів з запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки

Тривалість вакуум-проби до утворення гематоми на яснах	Етапи клінічного моніторингу (n_1 = 147)							
	доопераційний період		ранній після-операційний період		пізній після-операційний період		віддалений післяопера-ційний період	
	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %
≥60 сек	76	51,7±4,1	81	55,1±4,1	103	70,1±3,8 [а,б]	112	76,2±3,5 [а]
59ч50 сек	29	19,7±3,3	26	17,7±3,1	21	14,3±2,9	18	12,2±2,7 [а]
49ч40 сек	26	17,7±3,1	27	18,4±3,2	14	9,5±2,4 [а,б]	12	8,2±2,3 [а]
39ч30 сек	7	4,8±1,8	6	4,1±1,6	5	3,4±1,5	2	1,4±1,0 [а]
29ч20 сек	5	3,4±1,5	4	2,7±1,3	3	2,0±1,2	2	1,4±1,0
<20 сек	4	2,7±1,3	3	2,0±1,2	1	0,7±0,7	1	0,7±0,7
M±m, с	48,6±3,2		50,2±1,4		55,4±2,0 [а]		57,3±2,1 [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.

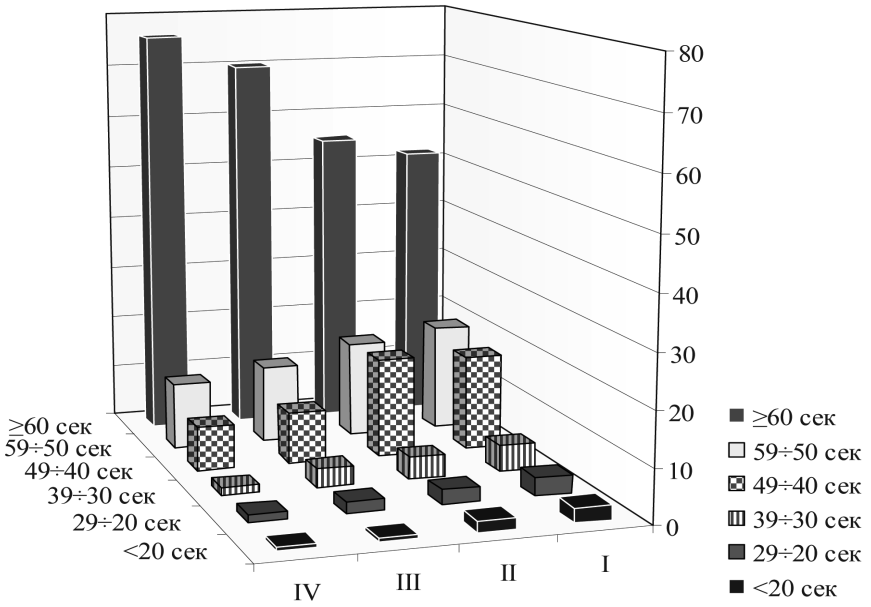

Рис. 3. Розподіл пацієнтів з запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки за показником вакуумпресурної зональної стійкості капілярів ясен; на етапах (I-IV) периопераційного моніторингу.

низькими, а серед 12,7% пацієнтів – критично низькими. Показовою є динаміка середньої тривалості ВЗСК (M±m, с) на етапах КМ: у доопераційному періоді – (48,6±3,2); у пізньому післяопераційному та віддаленому достовірно (p≤0,05) вищі, відповідно (55,4±2,0) с та (57,3±2,1) с.

Висновки. Пацієнти з ЗЗ ЩЛД на етапах лікування та реабілітації потребують активного саногенетичного (випереджаючого оздоровчого) впливу та спрямованого лікування щодо периопераційного захисту пародонту; обсяги цих заходів визначаються, принаймні, етапом лікування. Достовірні зміни показників СС пацієнтів з одонтогенними ЗЗ ЩЛД характеризуються: у ранньому післяопераційному періоді – відсутністю змін показників СС; у пізньому післяопераційному періоді зареєстровано зростання потреби у лікуванні пародонту за рахунок погіршення гігієни порожнини рота, зростання РМА та погіршення гемодинамічно – мікроциркуляторного забезпечення пародонту; у віддаленому періоді, на тлі вищезазначених змін СС, зареєстровано подальше зростання показника РМА.

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

Література

1. Аболмасов Н. Н. Стратегия и тактика профилактики заболеваний пародонта / Н. Н. Аболмасов // Стоматология. – 2003. – № 4. – С. 34-39.
2. Григорова А. О. Клініко-патогенетичний аналіз реабілітаційної тактики хірурга-стоматолога при запальних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки: проблемні питання та інноваційне удосконалення / А. О. Григорова // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – 2014. – Вип. 4 (120). – С. 96-102.
3. Куцевляк В. И. Профилактика стоматологических заболеваний / В. И. Куцевляк // Учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов. Харьков : ХНМУ, 2001. – 217 с.
4. Лищук В. А. Информатизация клинической медицине / Лищук В. А. // Клин. информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7-13.

5. Пат. 92052 U, Україна, МПК (2014. 01). A61B 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.
6. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Заг. ред. Москаленко В. М., Вороненко Ю. В. / Підручник. – Тернопіль, 2002. – С. 50-75.
7. Физическая реабилитация. Руководство // Под ред. С. Н. Попова. – Ростов-на-Дону, 2005. – 359 с.
8. Фомин Н. А. Адаптация: общебиологические и психофизиологические основы / Н. А. Фомин. – М., 2003. – 382 с.

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

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

Григорова А. О.

Резюме. Досліджено зміни стоматологічного статусу на етапах комплексного лікування пацієнтів з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки та доведено, що у пізньому післяопераційному періоді зростає потреба у лікуванні пародонту за рахунок погіршення гігієни порожнини рота, зростання папілярно-маргінально-альвеолярного індексу та погіршення гемодинамічно-мікроциркуляторного забезпечення пародонту; у віддаленому післяопераційному періоді, на тлі вищезазначених змін, зареєстровано додаткове зростання папілярно-маргінально-альвеолярного індексу.

Ключові слова: стоматологічний статус, запальні одонтогенні захворювання, 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 ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Григорова А. А.

Резюме. Исследован стоматологический статус на етапах комплексного лечения пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и доказано, что в позднем послеоперационном периоде возростает потребность в лечении пародонта за счёт ухудшения показателей гигиены полости рта, возростания папилярно-маргинально-альвеолярного индекса и ухудшения мікроциркуляторного обеспечения пародонта; в отдалённом послеоперационном периоде, на фоне вышеуказанных изменений, зареєстрировано дополнительное возростание папилярно-маргинально-альвеолярного индекса.

Ключевые слова: стоматологический статус, одонтогенные воспалительные заболевания, челюстно-лицевая область, клинический мониторинг.

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

State of Periodontal Tissues during the Treatment and Recovery of Patients with Inflammatory Diseases of Maxillofacial Area

Grygorova A. O.

Abstract. *The purpose of research* was aimed at study of periodontal tissues condition during the treatment and recovery of patients with inflammatory diseases of maxillofacial area (MFA).

Materials and Methods. Dental status of 147 patients with odontogenous inflammatory diseases (ID) of MFA has been studied at the stages of its perioperative monitoring. Dental status (DS) have been estimated according to the following indices: papillary- marginal-alveolar (PMA) index, oral hygiene index (OHI-S), index of zonal vacuum-pressing persistence of gingival capillaries (ZVPC) at the stages of monitoring.

Results and Discussion. The analysis of PMA index values during clinical monitoring of patients with MFA ID showed that the frequency and manifestation of inflammatory process in periodontal tissues varied from stage to stage. In the pre-surgical period (74,1±3,6)% of patients required medioprophylactic management related to systemic treatment and sanitation of periodontal tissues. In the postsurgical period the frequency of occurrences of severe gingivitis significantly ($p \leq 0,05$) increased. In the late postsurgical period the ratio of patients with PMA values up to 1,0 p significantly decreased; the ratio of patients with moderate lesion of parodentium (from 74,1±3,6)% to (66,7±3,9)%, $p \leq 0,05$) significantly decreased, too, and the ratio of patients with severe gingivitis was almost 4 times as high.

Dynamic analysis of state of oral health according to OHI-S values showed the significant ($p \leq 0,05$) decrease in number of patients with OHI-S values within (0,7ч1,6) units since the early postsurgical period (60,0±4,0)%, and (73,5±2,5)% in pre-surgical period. The increase of ratio of patients with "boundary" values of oral health indices has been revealed: number of patients with values within (1,7ч2,5) units in the remote postsurgical period significantly ($p \leq 0,001$) increased.

It has been ascertained that ,depending on the period of clinical monitoring, the ratio of patients with reference degrees of ZVPC was increasing from (51,7±4,1)% at the Stage I to (76,2±3,5)% at the Stage IV of clinical

monitoring; however, even in the remote postsurgical period about one third of patients (23,8±3,5)% is hemodynamically characterized by microcirculatory disorders. In pre-surgical period microcirculatory disorders have been revealed in (48,3±4,1)% of patients, including manifested disorders (VZPC≤49 sec) in 28,9% of patients. The similar tendency was also admitted in early postsurgical period: reference values were observed in (55,1±4,1)% of patients, manifested parodentium microcirculation disorders were observed in 27,2% of patients with inflammatory disease of MFA. In the late postsurgical period the ratio of patients with reference ZVPC degrees up to (70,1±3,8)%, p≤0,05, significantly increased. In the remote postsurgical period the tendency to positive changes of parodentium microcirculation has been preserved; however, (23,8±3,5)% of patients demonstrated low indices of VZPC, and critically low values have been detected in 12,7% of patients.

Conclusions. At the stages of treatment patients with MFA ID require active sanogenetic approach and systemic treatment related to perioperative protection of parodentium; the amount of such measures are defined, at least, by the stage of treatment. The significant changes of indices of dental status of patients with inflammatory diseases of MFA are characterized by: in the early period by the absence of changes of DS indices; in the late postsurgical period the increase of need in parodentium treatment due to oral health and parodentium microcirculation worsening, as well as increasing PMA, has been registered; in the remote postsurgical period increase of PMA index has been registered against the background of DS changes, mentioned above.

Perspectives of further research are connected with the enhancement of treatment-and-recovery (rehabilitation) management, considering the revealed mechanisms and risk factors for parodentium pathology development at pre-hospital, during hospital and post-hospital stages of medical care provision for patients with MFA ID.

Keywords: dental status, odontogenous inflammatory diseases, maxillofacial area, clinical monitoring.

Рецензент – проф. Рибалов О. В.

Стаття надійшла 20. 08. 2014 р.