

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»

КЛІНІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

Щоквартальний
науково-практичний журнал

Заснований у грудні 2010 року

- Експериментальні дослідження
- Терапевтична стоматологія
- Хірургічна стоматологія
- Ортопедична стоматологія
- Дитяча стоматологія

№ 3–4 (12–13), 2015

<i>Гасюк Н. В., Левків М. О.</i> Вплив вогнища пародонтальної інфекції на клітинний склад слизової оболонки порожнини рота	105
<i>Мисула Н. І.</i> Індексна оцінка стану пародонта та слизової оболонки порожнини рота у хворих на гастродуоденіт	105
<i>Скрипников П. М., Непокупна-Слободянюк Т. С., Шинкевич В. І.</i> Пролонгований курс азитроміцину підвищує ефективність лікування хронічного генералізованого пародонтиту.....	106
<i>Кузняк Н. Б., Кіцак Т. С.</i> Стан гігієни порожнини рота у провідників пасажирських вагонів.....	107
<i>Кузняк Н. Б., Шостенко А. А.</i> Вплив імунокорегуючої терапії на стан секреторного імунітету в комплексному лікуванні хворих із різними проявами генералізованого катарального гінгівіту	108
<i>Кузняк Н. Б., Дроник І. І.</i> Визначення бактеріального складу вмісту пародонтальних кишень у хворих на хронічний генералізований пародонтит	109
<i>Антонишин І. В., Бржиський А. В., Лоза Є. О.</i> Особливості структурної організації твердих тканин зубів білих щурів за умов аліментарного ожиріння	110
<i>Бойцянук С. І., Фалінський М. М., Островський П. Ю.</i> Об'єктивна візуалізація як фактор мотивації пацієнта до комплексної санації порожнини рота	111
<i>Семенюк Г. Д.</i> Віддалені результати комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит із застосуванням симбіотика	112
<i>Герелюк В. І., Кобрин О. П., Кукурудз Н. І., Павелко Н. М., Кобрин Н. Т.</i> Стан неспецифічної резистентності, вираженість запального процесу та інтоксикації у хворих на генералізований пародонтит	113
<i>Бандрівський Ю. Л., Бандрівська О. О., Бандрівська Н. Н.</i> Зміни показників вуглеводного метаболізму в сироватці крові й ротовій рідині у хворих на генералізований пародонтит із різною груповою приналежністю крові	114

ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>Аветіков Д. С., Гутник А. А.</i> Планування та проведення верхньої ретидектомії з урахуванням антропометричних показників	115
<i>Шувалов С. М., Нагайчук В. В., Кузняк Н. Б., Паліс С. Ю.</i> Кісти та пухлиноподібні ураження щелепних кісток, які розвиваються із залишкового залозистого епітелію	115
<i>Кузняк Н. Б., Трифаненко С. І., Бойчук І. Т.</i> Застосування місцевої сорбційної терапії при лікуванні альвеолітів	116
<i>Ліхницький О. О.</i> Вивчення впливу кріоконсервованої плаценти на процес репаративної регенерації кісткової тканини.....	118
<i>Хомич Н. М., Огоновський Р. З., Сороківський І. С.</i> Ефективність застосування дексаметазону після атипичного видалення нижніх зубів мудрості	118
<i>Ружицька О. В.</i> Антиоксидантний статус у хворих із післяопераційними дефектами м'яких тканин альвеолярних відростків щелеп	120
<i>Нагірний Я. П., Гутор Н. С.</i> Вікові особливості реакції імунної системи у постраждалих із травматичними переломами нижньої щелепи.....	120
<i>Скочило О. В.</i> Морфологічна оцінка процесів репаративної регенерації кісткової тканини щелеп у ранні терміни експерименту.....	122
<i>Олійник А. Г.</i> Обстеження пацієнтів, яким проведено дентальну імплантацію.....	123
<i>Вітковський О. О.</i> Лікування переломів нижньої щелепи, ускладнених гнійно-запальними процесами.....	124
<i>Льницький Я. М.</i> Результати застосування нового методу ураноальвеолоостеопластики у дітей ...	125
<i>Мельничук Ю. М.</i> Оцінка ефективності комбінованого методу профілактики формування патологічних рубців за допомогою удосконаленої Ванкуверської шкали	127

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

<i>Гасюк П. А., Воробець А. Б., Радчук В. Б.</i> Методика отримання відгисків при протезуванні з використанням дентальних імплантатів.....	129
<i>Радчук В. Б., Гасюк П. А., Росоловська С. О.</i> Вплив одонтопрепарування під металокерамічні конструкції на стан тканин зуба	129
<i>Бандрівська О. О., Бандрівський Ю. Л., Беденюк О. А.</i> Особливості лікування генералізованого пародонтиту знімними ортопедичними конструкціями	130
<i>Беденюк О. А., Щерба В. В., Беденюк О. С.</i> Роль гіпофункції слинних залоз у розвитку системних захворювань організму	131

періімплантатних дефектів (А. Г. Олійник і співавт., 2014).

Клінічний, інструментальний і рентгенологічний аналізи стану навколишніх періімплантатних тканин дозволили встановити, що вихідні значення параметрів м'яких тканин, які оточують дентальні імплантати, у 53 обстежених пацієнтів (79 %) відповідають фізіологічним значенням. У 9 пацієнтів (13 %) при обстеженні спостерігали наявність початкових порушень, зростання запальних явищ у періімплантатних м'яких тканинах. При обстеженні 5 (8 %) пацієнтів встановили маніфестовані скарги на больові відчуття, набряк, самовільну кровоточивість періімплантатних ясен та непремний запах із порожнини рота. Клінічні, інструментальні та рентгенологічні показники вказували на поглиблення запального процесу в

періімплантатних м'яких тканинах і розповсюдження його на кісткове оточення дентальних імплантатів.

Комплексні клінічно-інструментальні дослідження дозволили виявити відмінності у стані м'яких тканин та навколишньої кісткової періімплантатної тканини вже в найближчому функціональному періоді. Ми розпрацювали алгоритм клінічно-інструментального та рентгенометричного обстеження пацієнтів із метою своєчасного виявлення порушень. Застосування пропонованого комплексу клінічно-інструментального та рентгенометричного моніторингу періімплантатного статусу пацієнтів дозволить запобігти можливим ускладненням вже в ранньому функціональному періоді та своєчасно застосувати адекватні лікувально-профілактичні заходи.

УДК 616.716.4-001.5-002-07-08

©О. О. Вітковський

ДВНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Лікування переломів нижньої щелепи, ускладнених гнійно-запальними процесами

Переломи нижньої щелепи становлять від 75 до 89 % від загального числа травмованих із пошкодженням кісток лицевого скелета. Актуальність даної проблеми пояснюється тенденцією до зростання кількості травм щелепно-лицевої ділянки, тяжкістю їх перебігу внаслідок значного об'єму пошкодження тканин, комбінацією з травмами суміжних ділянок та життєвоважливих органів, довготривалим лікуванням та розвитком післятравматичних ускладнень. Ряд авторів відмічає щорічний приріст кількості переломів кісток обличчя на 10–15 % та збільшення термінів реабілітації вдвічі (при наявності ускладнень). Тому своєчасна рання діагностика та правильний вибір лікування переломів нижньої щелепи із посттравматичними ускладненнями залишаються важливими та актуальними.

Метою дослідження було покращання ефективності лікування хворих із пере-

ломами нижньої щелепи, ускладнених гнійно-запальними процесами шляхом введення в післяопераційну рану дилаторів із нікелід-титану з ефектом пам'яті.

Використовували ранорозширювач із нікелід-титану марки ТН-10. Дилатор має форму корони і складається з 4–8 дровтових повертальних витків.

Виготовлення приладу з нікелід-титану марки ТН-10 дозволяє в охолоджену стані (0–5 °С) легко зменшити діаметр дилатора більш ніж в 20 раз. Це спрощує введення приладу в післяопераційну рану та зменшує травматичність його встановлення. Під впливом температури тканин прилад, поступово приймаючи свою початкову форму, самофіксується в рані, виконуючи дилатацію рани.

Хворих із переломами нижньої щелепи, ускладненими гнійно-запальними процесами, зокрема абсцесами навколощелепних м'яких тканин, було поділено на дві групи.

В основній групі (16 чоловік) проводилося лікування із додатковим введенням дилататорів із нікелід-титану в післяопераційну рану, а в контрольній групі (18 чоловік) – лікування із використанням традиційних методів.

Для оцінки клінічної ефективності застосування ми враховували наступні показники: зменшення набряку м'яких тканин (доба), припинення виділення з рани (доба), розсмоктування інфільтрату (доба), перші ознаки грануляції та епітелізації рани (до-

ба), рентгенологічні ознаки утворення первинної кісткової мозолі (доба) (табл.).

Отримані результати клінічних досліджень свідчать про достовірну ефективність використання дилататорів із нікелід-титану в комплексному лікуванні гнійно-запальних процесів, які виникають внаслідок ускладнення переломів нижньої щелепи. Лікування пацієнтів даним методом дає змогу попередити розвиток посттравматичного остеомієліту та нормалізувати процес регенерації кісткової тканини.

Таблиця. Результати лікування хворих основної та контрольної груп

Показник	Основна група (дилатаційний метод) (n=16)	Контрольна група (традиційний метод) (n=18)
Зникнення набряку	3,8±0,3	5,7±0,4
Припинення ексудації	5,1±0,4	7,3±0,7
Розсмоктування інфільтрату	5,3±0,4	8,3±0,9
Перші ознаки грануляції та епітелізації рани	7,8±0,5	10,6±0,8
Рентгенологічні ознаки утворення первинної кісткової мозолі	14,2±0,9	16,5±0,6

УДК 617.528-089.844-053.2

©Я. М. Ільницький

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Результати застосування нового методу ураноальвеолоостеопластики у дітей

Уроджені незрощення верхньої губи, альвеолярного відростка та піднебіння залишаються найбільш розповсюдженими вадами розвитку обличчя у дітей. У таких пацієнтів розвиваються анатомічні та функціональні розлади, які сповільнюють їхній розвиток та ускладнюють соціальну адаптацію. Тому розробка нових способів лікування таких хворих є актуальною проблемою щелепно-лицевої хірургії.

Запропоновано багато способів оперативного відновлення піднебіння та їхніх модифікацій. Однак вони не завжди дають хороші анатомічні й функціональні результати лікування. Одним із шляхів вирішення вказаної проблеми можна вважати удосконалення існуючих та розробки нових методів хірургічного та по-

стхірургічного лікування уроджених незрощень із застосуванням кісткової трансплантації.

Метою роботи було провести оцінку запропонованого методу лікування уроджених незрощень верхньої губи, альвеолярного відростка та піднебіння одномоментною кістковою пластикою комплексним композиційним остеотрансплантатом.

Оперативні втручання було проведено 62 хворим у віці від 4-х до 6-ти років, що перебували на лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії Львівської обласної клінічної лікарні з уродженими наскрізними незрощеннями піднебіння та альвеолярного відростка (лівобічними – 44, правобічними – 18). У 32 з них (23 хлопчики, 9 дівчаток) проведено ураноальвеолоостеопластику