

materials and products based on them for medical purposes]. Moskva, 1987: 98.

11. **Malanchuk V. O., Krischuk M. G., Kopchak A. V.** Imitatsiynе kompiutерne modelivannia v schelepno-litsevii hirurgii [Imitative computer simulation in maxillofacial surgery]. Kiyiv, 2013:230.

Надійшла 11.02.15



УДК: 616.716.4 – 001.5 (083.41)

**В. О. Маланчук, д. мед. н., А. В. Копчак, к. мед. н.,
М. А. Гордийчук, к. мед. н., Р. О. Мамонов,
А. В. Рыбачук, М. Г. Кравчук, к. мед. н.**

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

ТРАВМАТИЧНІ ПЕРЕЛОМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З 1995 ПО 2009 РР (МАТЕРІАЛИ КЛІНІКИ КАФЕДРИ)

В ході ретроспективного аналізу матеріалів кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця досліджено зміни етіології, характеру та важкості травматичних переломів нижньої щелепи за період з 1995 по 2009 рр. Було отримано відомості щодо 2707 хворих у яких було діагностовано 4070 переломів різної локалізації. Серед постраждалих 87,8 % склали чоловіки, 86,9 % – відносилися до найбільш працездатної вікової групи від 20 до 50 років. В 93,5 % випадків переломи виникали внаслідок побиттів та бійок або падіння з висоти росту. Відзначена тенденція до збільшення частки молодших вікових груп серед постраждалих та зростання важкості травми, що полягає в збільшенні частоти подвійних та множинних переломів і поєднаних травм. Середня кількість зон перелому, що припадала на одного хворого зросла з 1,41 до 1,57.

Ключові слова: травматичні переломи нижньої щелепи, етіологія, структура, ретроспективний аналіз.

**В. А. Маланчук, А. В. Копчак, М. А. Гордейчук,
Р. А. Мамонов, А. В. Рыбачук, М. Г. Кравчук**

Национальный медицинский университет
им. А. А. Богомольца

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С 1995 ПО 2009 ГГ. (МАТЕРИАЛЫ КЛИНИКИ КАФЕДРЫ)

В ходе ретроспективного анализа материалов кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии НМУ имени А.А. Богомольца исследованы изменения этиологии, характера и тяжести травматических переломов нижней челюсти за период с 1995 по 2009 гг. Получены сведения о 2707 больных, у которых было диагностировано 4070 переломов различной локализации. Среди пострадавших 87,8 % составили мужчины, 86,9 % – относились к наиболее трудоспособной возрастной группе от 20 до 50 лет. В 93,5 % случаев перелома возникали вследствие побоев, драк или падения с высоты роста. За период наблюдения отмечена тенденция к увеличению доли младших возрастов среди пострадавших и постепенный рост тяжести травмы, который проявлялся увеличением частоты двой-

ных и множественных переломов, а также сочетанных травм. Среднее количество зон перелома, приходившихся на одного больного, возросло с 1,41 до 1,57.

Ключевые слова: травматические переломы нижней челюсти, этиология, структура, ретроспективный анализ.

**V. A. Malanchuk, A. V. Kopchak, M. A. Gordiychuk,
R. O. Mamonov, A. V. Rybachuk, M. G. Kravchuk**

National Medical University named by O. O. Bogomolets

TRAUMATIC FRACTURES OF THE MANDIBLE IN 1995 TO 2009 (MATERIALS OF THE DEPARTMENTS CLINIC)

ABSTRACT

The aim of the study was to investigate the changes in etiology, structure and severity of traumatic mandibular fractures during 15-year period (from 1995 to 2009 years).

Materials and methods. The study evaluated all patients who had received medical care for mandibular fractures at the Maxillofacial Department of National Medical University from 1995 to 2009. Patients were identified by the medical record department. Complete data for detailed review was available for 2707 patients with 4070 mandibular fractures diagnosed. Case histories of all the patients were reviewed retrospectively regarding age, sex, preexisting medical conditions, etiology, fracture location and severity, combined injuries, terms of medical care, drug and alcohol abuse, time between trauma and treatment, treatment protocol, type of reduction, antibiotic and physiotherapy used.

Results. Among the victims 87,8 % were males, 86,9 % – related to the most employable age group from 20 to 50 years. In most cases (93,5 %) fractures occurred as a result of assaults or accidental falls. During the observation period there was a tendency towards increase of younger age groups among the victims and the gradual increase in the severity of injuries due to increase in frequency of double and multiple fractures and concomitant injuries. The average number of fracture zones related to one patient increased from 1,41 to 1,57. Marked increase in the incidence of open fractures, mainly in the area of the mandibular angle was observed as well as an increase in general physical health problems, systemic diseases and associated injuries among the patients, included to the survey.

Keywords: traumatic mandibular fractures, etiology, structure, retrospective analysis.

Вступ. Травматичні ушкодження щелепно-лицевої ділянки становлять значну медико-соціальну і економічну проблему, пов'язану із значним залученням ресурсів системи охорони здоров'я та фінансовими затратами на лікування і реабілітацію постраждалих. Протягом останніх років автори відзначають збільшення частоти травматичних ушкоджень щелепно-лицевої ділянки з переважанням більш тяжких форм [1, 3, 5].

Переломи нижньої щелепи (ПНЩ) є найпоширенішими серед травматичних уражень лицевого черепа, – їх питома вага в структурі щелепно-лицевого травматизму складає від 60 до 80,8 % і має стійку тенденцію до зростання. Відомості щодо етіології, локалізації та характеру переломів нижньої щелепи різноманітні. Це пояснюють особливостями надання стаціонарної і амбулаторної допомоги, різною потужністю стаціонарних установ, концентрацією певних кон-

тингентів хворих і, не в останню чергу, – етно-географічними і соціальними особливостями різних регіонів [2, 4, 8].

Серед основних причин ПНЩ переважають побутова травма і ураження внаслідок дорожньо-транспортних пригод, доля яких коливається відповідно в межах 33-91 % та 23-55 %. Абсолютну більшість постраждалих за літературними даними складають чоловіки працездатного віку (до 78-89 %) [2, 6, 7]. Для травматичних уражень нижньої щелепи характерна висока частота поєднаної травми, перш за все черепно-мозкової. Переломи основи черепа, струс та забій головного мозку, інтракраніальні гематоми поєднуються з переломами нижньої щелепи у 18% постраждалих [1, 3].

Аналіз багаторічного досвіду роботи великих спеціалізованих центрів дозволяє висловитись про певні тенденції, що намітились в структурі щелепно-лицевого травматизму. Так, автори відзначають значне збільшення частоти ТПНЩ в наслідок побоїв і бі-йок протягом останніх 20 років. Занепокоєння викликає той факт, що цей вид переломів частіше зустрічається серед соціально-неадаптованих шарів населення, причому на момент травми до 44-50 % постраждалих перебувають в стані алкогольного сп'яніння, що певною мірою зумовлює пізні терміни звертання. Стабільно високими залишаються показники автодорожнього травматизму, що як правило призводить до тяжких поєднаних уражень нижньої щелепи (НЩ) і інших кісток обличчя [2, 5, 6].

Вивчення етіології, структури та епідеміології травматичних ушкоджень НЩ, в зв'язку з цим набуває особливого значення для правильної організації спеціалізованої медичної допомоги, підготовки фахівців в галузі черепно-щелепно-лицевої хірургії, впровадження нових методів лікування і профілактики ПНЩ тощо.

Мета роботи. Дослідити зміни етіології, характеру та важкості травматичних ПНЩ за 15-ти літній період (з 1995 по 2009 рр.) на основі ретроспективного аналізу матеріалів кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця.

Матеріали і методи. Для вирішення поставлених задач було проведено ретроспективний аналіз архівних матеріалів відділення щелепно-лицевої хірургії Київської міської клінічної лікарні № 23 та відділення щелепно-лицевої хірургії №2 Київської міської клінічної лікарні № 12, що є клінічними базами кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії НМУ імені О.О. Богомольця за період з 1995 по 2009 роки.

Матеріали і методи. Матеріалом даного дослідження слугували історії хвороби пацієнтів, госпіталізованих у вказані відділення з приводу травматичних ПНЩ, а також журнали реєстрації пацієнтів, що звернулися до щелепно-лицевого травматичного пункту в порядку надання швидкої медичної допомоги (для вивчення характеру травми у пацієнтів з ПНЩ, що з тих чи інших причин не були госпіталізовані та лікувались в амбулаторних умовах).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів з ПНЩ за віком і статтю

	До 20 років	20-39 років	40-59 років	60 років і старше	Всього
чоловіки	9,2%	60,2%	16,4%	2%	87,8%
жінки	1,3%	7,9%	2,4%	0,6%	12,2%
Всього	10,5%	68,1%	18,8%	2,6%	100%

Отримані з медичної документації дані систематизували і занесли до стандартної карти. Для аналізу збирали відомості про вік, стать, соціальний статус, шкідливі звички хворих, причину, локалізацію, сезонність та характер травми, супутню патологію, кількість щілин перелому, частоту поєднаної травми, строк від моменту травми до надання спеціалізованої медичної допомоги, метод лікування, що застосовувалася. В доступному медико-статистичні дані було комп'ютеризовано та зведено в загальні бази даних.

Результати. На підставі аналізу архівної інформації за період з 1995 по 2009 роки було отримано відомості щодо 2707 хворих з ПНЩ віком від 15 до 89 років, яким було надано допомогу на клінічних базах кафедри хірургічної стоматології НМУ. Розподіл хворих за віком і статтю наведено в табл. 1.

Серед відібраних для дослідження осіб 87,8 % склали чоловіки (середнє співвідношення чоловіків і жінок за різні роки склало 7,2:1). Крім того 86,9 % постраждалих відносилися до найбільш працездатної вікової групи від 20 до 50 років, що підтверджувало велике соціально-економічне значення даного виду травми.

За досліджений період вікова структура постраждалих зазнала незначних змін: було характерно невелике збільшення частки хворих, що належали до молодших вікових груп до 20 років (з 9,5 % до 11,5%) та 20-39 років (з 66 до 71 %). Співвідношення жінок і чоловіків серед постраждалих характеризувалося поступовим збільшенням частки чоловіків з 84,9 % до 90,4 %.

Не зважаючи на значний відсоток осіб молодого віку серед постраждалих нами виявлена тенденція до погіршення стану загальносоматичного здоров'я хворих, типова для популяції в цілому. Було характерне значне поширення хронічних захворювань різних органів і систем в некомпенсованій чи субкомпенсованій формі, здатних впливати на перебіг репаративної регенерації та збільшувати ризики в процесі комплексного лікування хворих.

Супутня соматична патологія за даними архівних матеріалів зростає з 12 % в 1995 році до 19 % в 2009 році. В структурі захворюваності переважали хронічні запальні захворювання шлунково-кишкового тракту, що зустрічалися у 5 % постраждалих, патологія ендок-

кринної системи була виявлена у 1 %, алкоголізм і наркоманія у 3,5 %, захворювання серцево-судинної системи (ІХС, гіпертонічна хвороба, серцева недостатність, важкі форми – атеросклерозу) – у 4%, хронічні захворювання інших внутрішніх органів і систем – у 4,5 %. Частота супутньої патології була значною мірою пов'язана з віком хворих і зростала від 8,5 % у хворих до 20 років до 42 % у хворих старше 60 років.

Серед етіологічних чинників травматичних переломів переважала побутова травма (побиття та бійки, падіння тощо), яка становила 93,5%; іншими причинами виникнення ПНЦ були дорожньо-транспортна, спортивна та виробнича травма (табл. 2).

Таблиця 2

Етіологічні чинники виникнення травматичних ПНЦ

Причина травми	%
побутова травма	93,5
дорожньо-транспортні пригоди	4,5
спортивна травма	1,3
Виробнича травма	0,7
Всього	100

За досліджений період відзначали тенденцію до збільшення частоти побутової травми майже на 4 %,

при цьому зростала частка постраждалих, що отримали травму в стані алкогольного сп'яніння. Частота інших видів травми дещо знизилась, особливо виразно для виробничої травми (з 1,4 до 0,1 %).

За локалізацією всі переломи нижньої щелепи (4070 переломів у 2707 хворих) було розділено на переломи в ментальному відділі (від ікла до ікла), в ділянці тіла нижньої щелепи, в ділянці кута (лінія перелому проходить через лунку 38 чи 48 зубів, або розташована безпосередньо за нею), переломи гілки, вінцевого та виросткового відростку (включаючи суббазальні переломи). Розподіл хворих за локалізацією щілини перелому наведено в таблиці 3.

В структурі переломів переважали відкриті переломи, локалізовані в межах зубного ряду, що в середньому становили 77,8 %. Їх частка з 1995 по 2009 рік зросла переважно за рахунок переломів на ділянці кута, що характеризуються найбільшою частотою гнійно-запальних ускладнень і є складними для лікування. Водночас відзначали збільшення кількості переломів зі зміщенням, подвійних та уламкових переломів. Середня кількість переломів на одного постраждалого в 1995-1999 роках становила 1,41, в 2000-2004 роках вона зросла до 1,52, а в 2005-2009 становила 1,57 (рис. 1), що свідчило про зростання важкості травми за досліджений період.

Таблиця 3

Розподіл хворих за локалізацією щілини перелому протягом досліджуваного періоду

Локалізація	1995-1999	2000-2004	2005-2009	загалом
Кут	35,2%	38,7%	42,3%	38,9%
Тіло	20,35%	26%	15%	19,8%
Ментальний	20%	18%	19%	19,1%
гілка	0,15%	1,3%	1%	1%
Виростковий відросток	24%	16%	22,4%	21,1%
Вінцевий відросток	0,2%	–	0,3%	0,1%
Загалом	100%	100%	100%	100%

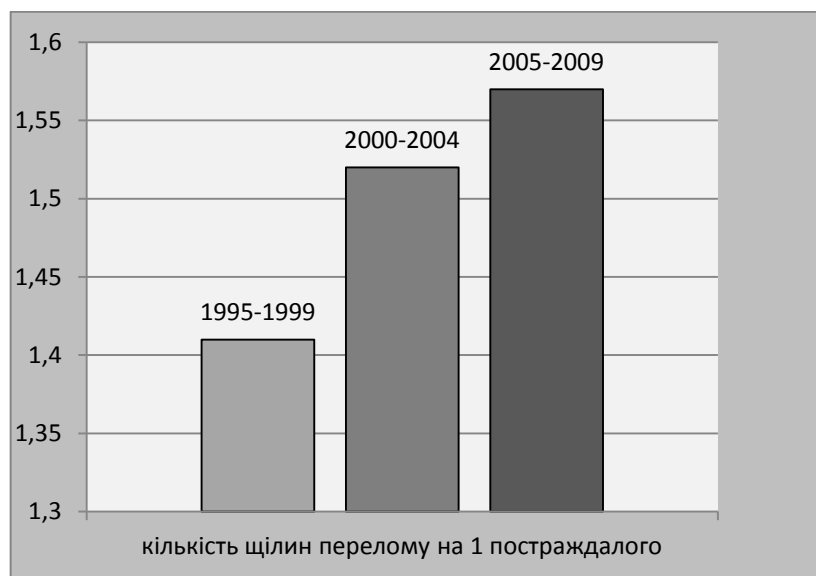


Рис. 1. Збільшення середньої кількості зон перелому на 1 постраждалого за період спостереження.

Серед подвійних переломів переважали поєднання перелому кута і тіла, кута і ментального відділу, двосторонні переломи кута нижньої щелепи, дещо рідше зустрічалося поєднання перелому виросткового відростку із переломом ментального відділу, тіла або двосто-

ронні переломи виросткового відростку (табл. 4). Розповсюдженість цих типів переломів була обумовлена механізмом травми, що переважно виникала в наслідок побоїв і бійок, рідше - падіння на підборіддя.

Таблиця 4

Розподіл подвійних переломів нижньої щелепи за локалізацією протягом досліджуваного періоду в різні періоди

Локалізація	1995-1999	2000-2004	2005-2009
Тіло/тіло	3%	3%	1%
виростковий відросток/тіло	14%	11%	12%
виростковий відросток /ментальний	19%	17%	28%
Кут/ виростковий відросток	4%	3%	5%
Тіло/ментальний	6%	3%	2%
виростковий відросток з 2 боків	4%	2%	4%
Кут/тіло	19%	30%	14%
Кут/кут	6%	7%	6%
Кут/ментальний	25%	24%	28%
Загалом	100%	100%	100%

ТПНЩ поєднувались з черепно-мозковою травмою в 11,2% випадків, з ураженням м'яких тканин обличчя в 16,4 %, переломами інших кісток лицьового черепа в 4,2 % і з ураженням інших органів і систем в 3,6 %.

В перші 24 години після травми в спеціалізовані медичні заклади було госпіталізовано 44 % постраждалих, на 2-гу та 3-тю добу після травми – 26,8 %, з 4-ї по 7-му добу – 14,7%, з 8-ї по 15-ту добу – 7,2 % і пізніше 15 доби після травми – 6,7 %. Пізні терміни звертання були зумовлені недостатнім усвідомленням пацієнтами можливих наслідків щелепно-лицевої травми, отриманням травми в стані алкогольного сп'яніння та діагностичними помилками хірургів, стоматологів і лікарів інших спеціальностей при первинному зверненні.

Характерним було збільшення частки хворих, що зверталися до щелепно-лицевого відділення в ранні строки після травми. Так, в перші 3 доби після ушкодження спеціалізовану медичну допомогу в 1995-1999 роках було надано 61,3 % постраждалих, в 2000-2004 рр. – 64,8 %, а в 2005-2009 – 83 % хворих.

Після встановлення діагнозу хворим проводили закрити репозицію і фіксацію уламків з використанням назубних металевих шин в порядку надання швидкої медичної допомоги (консервативний метод). В разі неможливості адекватної іммобілізації за допомогою консервативного методу (у 24 %) застосовували хірургічні методи лікування, що передбачали проведення відкритої репозиції і остеосинтезу з використанням якісних мініпластин, дротяного шва кістки, спиці Кіршнера, тощо. По показанням видаляли зуб, що знаходився в лінії перелому. При порушенні цілісності шкіряного покриву чи значних розривах слизової оболонки порожнини рота проводили первинну хірургічну обробку рани. За досліджений період відзначали тенденцію до зростання кількості операцій остеосинтезу з 19 до 28 % (дані 1995-2004 рр.) при цьому частота застосування якісних мініпластин суттєво збільшилась, натомість інші типи фіксаторів

застосовувались значно рідше, за виключенням застосування спиці Кіршнера при лікуванні переломів виросткового відростка.

Медикаментозна терапія включала парентеральне введення антибактеріальних засобів, крім того призначались гіпосенсибілізуючі та загальнозміцнюючі препарати. В разі наявності поєднаної травми, додатково проводилось необхідне лікування. Всі хворі отримували відповідну дієту та рекомендації по догляданню гігієни порожнини рота. У частини хворих по показанням застосовували УФЧ в атермічній дозі, магнітотерапію, лазеротерапію, озонотерапію, УФ-опромінення та електрофорез хлориду кальцію. В якості антибактеріальної терапії у 1995-1996 рр. використовували переважно антибіотики пеніцилінового ряду, а з 1997 року основними групами антибіотиків, що використовували в комплексному лікуванні, стали лінкозаміди та цефалоспарини, ця тенденція зберігалася до 2009 року.

Висновки. 1. ПНЩ переважно вражають чоловіків молодого працездатного віку і в абсолютній більшості випадків виникають в наслідок побоїв та бійок або падіння з висоти росту. В структурі травми переважають відкриті переломи, локалізовані в межах зубного ряду, що є первинно інфікованими і характеризуються підвищеним ризиком розвитку гнійно-запальних ускладнень.

2. За останні 20 років наявна тенденція до збільшення частки молодших вікових груп серед постраждалих та поступове зростання важкості травми, що полягає в збільшенні частоти подвійних та множинних переломів, поєднаних травм зростання частоти відкритих переломів, в основному на ділянці кута, що відбувається на тлі погіршення стану загальносоматичного здоров'я постраждалих та зростання частоти загально-соматичних захворювань, здатних впливати на репаративну регенерацію та спричиняти пригнічення імунної системи, в тому числі в молодших вікових групах.

3. Зазначене вимагає пошуку нових ефективних

шляхів профілактики ускладнень та підвищення ефективності лікування цієї категорії хворих.

Список літератури

1. **Хірургічна** стоматологія та щелепно-лицева хірургія; у 2т. – Т2 / [Маланчук В. О., Логвіненко І. П., Маланчук Т. О. та ін.]; К:ЛОГОС, 2011. –Т.2. – С.3-120.
2. **Arosarena O.** Mandible fractures: discussion and debate/ O. Arosarena, Y. Ducic, T. T. Tollefson // Facial. Plast. Surg. Clin. North. Am. – 2012. – Vol. 20. – №3. – P. 347-363.
3. **Habal M. B.** Facial Fractures / M. B. Habal, S. Ariyan; B. C. Decker Inc. Toronto. Philadelphia. – 1989. – 311 p.
4. **Boole J. R.** 5196 mandible fractures among 4381 active duty army soldiers, 1980 to 1998 / J. R. Boole, M. Holtel, P. Amoroso, M. Yore // Laryngoscope – 2001. – Vol. 111 – №10. – P. 1691-1696.
5. **Freidl S.** Unterkieferfrakturen. Eine epidemiologische Studie anhand eines 10-jährigen Kollektivs / S. Freidl, A. Bremerich, N. C. Gellrich // Acta. Stomatol. Belg. – 1996. – Vol.93. – №1. – P. 5-11.
6. Maxillo-facial trauma / D. Ghysen, O. Ozsarlak, L.van den Hauwe, et al.] // JBR-BTR. – 2000. – Vol. 83. – №4. – P. 181-192.
7. **Greene D.** Epidemiology of facial injury in blunt assault. Determinants of incidence and outcome in 802 patients D. Greene, R. Raven, G. Carvalho, C.S. Maas // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. – 1997. – Vol.123. – №9. – P. 923-928.
8. **Maxillofacial** injuries associated with domestic violence / [B. T. Le, E. J. Dierks, B. A. Ueeck et al.] //J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2001. – Vol. 59. – №11. –P. 1277-1283.

REFERENCES

1. **Malanchuk V. O., Logvinenko I. P., Malanchuk T. O. I dr.** Chirurgicalna stomatologia ta shchelepno-lyceva chirurgia [Oral and maxillo-facial surgery]. K: LOGOS, 2011;2:3-120.
2. **Arosarena O. Ducic Y., Tollefson T. T.** Mandible fractures: discussion and debate. Facial. Plast. Surg.Clin. North. Am. 2012;3 (20):347-363.
3. **Habal M. B. Ariyan S., Decker B. C. Inc.** Facial Fractures. Toronto. Philadelphia. 1989:311.
4. **Boole J. R., Holtel M., Amoroso P., Yore M.** 5196 mandible fractures among 4381 active duty army soldiers, 1980 to 1998. Laryngoscope. 2001.;10 (111):1691-1696.
5. **Freidl S., Bremerich A., Gellrich N. C.** Unterkiefer frakturen. Eine epidemiologische Studie anhand eines 10-jährigen Kollektivs. Acta. Stomatol. Belg. 1996;1(93):5-11.
6. **Ghysen D. Ozsarlak O., L.van den Hauwe, et al.** Maxillo-facial trauma. JBR-BTR. 2000;4(83):181-192.
7. **Greene D., Raven R., Carvalho G., Maas C. S.** Epidemiology of facial injury in blunt assault. Determinants of incidence and outcome in 802 patients. Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 1997;9(123): 923-928.
8. **Le B. T., Dierks E.J., Ueeck B. A. et al.** Maxillofacial injuries associated with domestic violence. J. Oral. Maxillofac. Surg. 2001;11(59):1277-1283.

Надійшла 17.02.15



УДК 616-071.003.121+616.311:616-089.168.1+616-089.843

С. А. Шнайдер, д. мед. наук, А. Г. Прудюс

Государственное учреждение «Институт стоматологии Национальной академии медицинских наук Украины»

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА В ОКОЛОИМПЛАНТАТНОЙ ЗОНЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Цель исследования заключалась в изучении характера воспалительных изменений в околоимплантатной зоне в послеимплантационный период (4 – 6 месяцев) у практически здоровых лиц

Для оценки состояния слизистой оболочки полости рта применяли пробу Шиллера-Писарева (Ш-П) (окрашивание слизистой оболочки в области имплантации калий-йодистым раствором).

Исследования показали, что до имплантации в степени окраски десны после нанесения калий-йодистого раствора существенных различий в области отсутствующего зуба и соседними зубами не было, хотя хроническое воспаление присутствовало. Через 1 месяц в области имплантации показатель Ш-П все еще превышал исходный уровень, но наблюдалась явная тенденция к снижению интенсивности воспаления. Через 4-6 месяцев в зоне имплантации все еще проявлялось воспаление, но носило хронический характер.

Заключение. Слизистая в области имплантации даже к концу послеоперационного периода является зоной хронического воспаления, распространяющегося на прилегающие области. Это является важным для дальнейшего прогнозирования исхода дентальной имплантации и после протезирования.

Ключевые слова. Дентальная имплантация, слизистая оболочка полости рта, воспаление.

С. А. Шнайдер, А. Г. Прудюс

Державна установа «Інститут стоматології Національної академії медичних наук України»

КЛІНІЧНА ОЦІНКА СТАНУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА У НАВКОЛОІМПЛАНТАТНІЙ ЗОНІ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ У ЗДОРОВИХ ОСІБ

Мета дослідження полягала у вивченні характеру запальних змін у навколоімплантатній зоні в післяімплантатний період (4 - 6 місяців) у практично здорових осіб

Для оцінки стану слизової оболонки порожнини рота застосовували пробу Шилера-Писарева (Ш-П) (фарбування слизової оболонки в області імплантації калій-йодистим розчином).

Дослідження показали, що до імплантації в ступені забарвлення ясен після нанесення калій-йодистого розчину істотних відмінностей в області відсутнього зуба і сусідніми зубами не було, хоча хронічне запалення було присутнім. Через 1 місяць в області імплантації показник Ш-П все ще перевищував початковий рівень, але спостерігалася явна тенденція до зниження інтенсивності запалення. Через 4-6 місяців в зоні імплантації все ще проявлялося запалення, але носило хронічний характер.