повідно до способу рентгенологічної оцінки периімплантатних дефектів (А. Г. Олійник і співавт., 2014).

Клінічний, інструментальний і рентгенологічний аналізи стану навколишніх периімплантатних 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 периімплантатних м'яких тканинах. При обстеженні 5 (8 %) пацієнтів встановили маніфестовані скарги на больові відчуття, набряк, самовільну кровоточивість периімплантатних ясен та непрємний запах із порожнини рота. Клінічні, інструментальні та рентгенологічні показники вказували на поглиблення запального процесу в периімплантних 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 периімплантатної 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 периімплантатного 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 переломами нижньої щелепи, ускладнених гнійно-запальними процесами шляхом введення в післяопераційну рану дилататорів із нікелід-титану з ефектом пам'яті.

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

Виготовлення приладу з нікелід-титану марки ТН-10 дозволяє в охолодженому стані (0–5 °С) легко зменшити діаметр дилататора 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 (доба), 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 постхірургічного 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 ураноальвеолоосте-