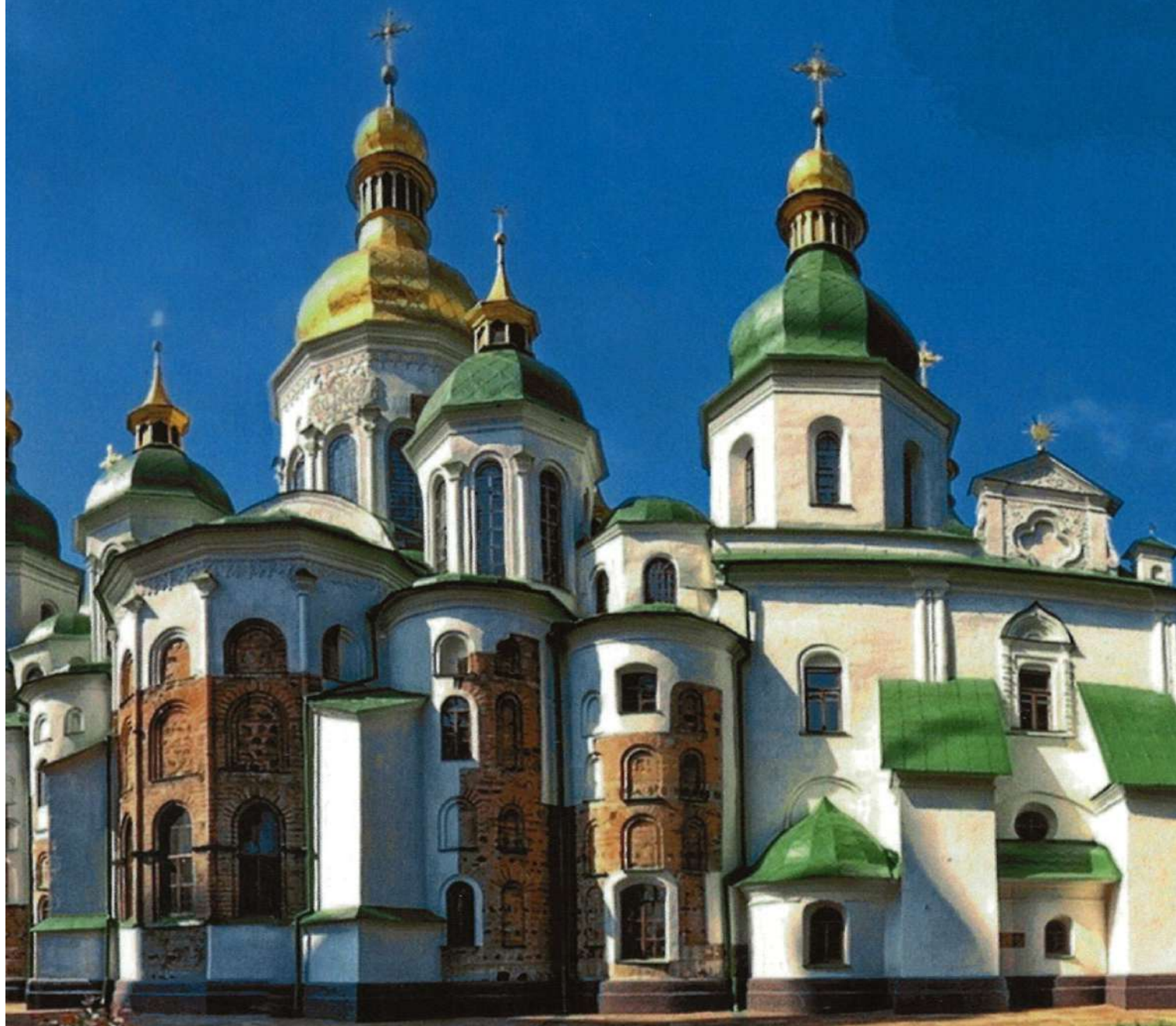


МАТЕРІАЛИ ІХ з'їзду  
УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ  
ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ



Київ  
17.05.2024



2. Вовк В.Ю., Вовк Ю.В., Олійник А.Г. (2014). Результати клінічно-інструментального визначення стабільності імплантатів у кістковій тканині альвеолярних відростків щелеп // Новини стоматології, 1 (78), 66–72.
3. Chrcanovic B. R., Albrektsson T., Wennerberg A. (2015) Tilted versus axially placed dental implants: A meta-analysis, 43,149-170.
4. Koutouzis T, Wennström JL. (2007). Bone level changes at axial- and non-axial-positioned implants supporting fixed partial dentures. A 5-year retrospective longitudinal study. Clin. Oral Impl. Res., 18, 585–590, doi: 10.1111/j.1600-0501.2007.01386.x/
5. Pautke Ch., Vogt S., Kreutzer K., Haczek C., Wexel G., Kolk A., Imhoff A., Zitzelsberger H., Milz S., Tischer T. Characterization of eight different tetracyclines: advances in fluorescence bone labeling (2010), 217, 76-82, doi: 10.1111/j.1469-7580.2010.01237.x.

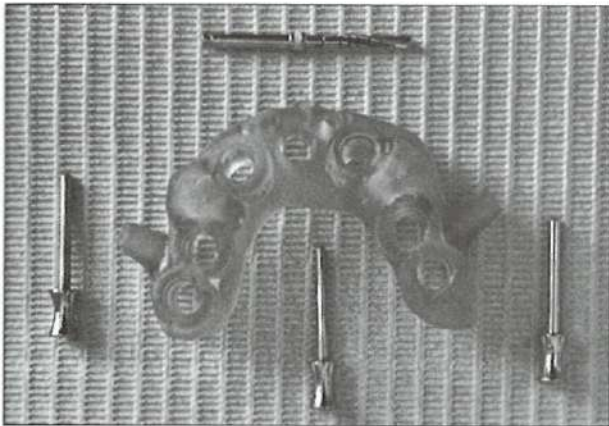
## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТА З ПІДВИЩЕНИМ БЛЮВОТНИМ РЕФЛЕКСОМ ЗА ДОПОМОГОЮ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ І НЕГАЙНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ**

*Михайлик Т.В., Воловар О.С., Гордійчук М.А.*

*Кафедра ХС та ЦЛХ НМУ імені О.О. Богомольця*

Пацієнт Д., 48 років, звернувся в стоматологічний медичний центр Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з метою санації порожнини рота та раціонального протезування нижньої щелепи. З анамнезу життя пацієнта виявлено, що за останні 10 років пацієнт не звертався на лікування до стоматолога в зв'язку з вираженим блювотним рефлексом. Після проведення обстеження та обстеження щелепно-лицевої ділянки за допомогою КТ виявлена необхідність видалення всіх зубів нижньої щелепи. Повне знімне протезування нижньої щелепи не розглядалося так як користуватися таким протезом пацієнт не може. Лікування пацієнта було під загальним знеболенням: видалення зубів на нижньої щелепи, встановлення 6 дентальних імплантатів та фіксація незнімної конструкції з опорою на імплантатах.

На першому етапі лікування було проведено короткочасне загальне знеболення для зняття відбитків щелеп з метою виготовлення незнімної тимчасової мостоподібної конструкції з опорою на дентальні імплантати. Виготовлено шаблон для проведення дентальної імплантації, для чіткого позиціонування імплантатів у незнімній конструкції (фото 1).



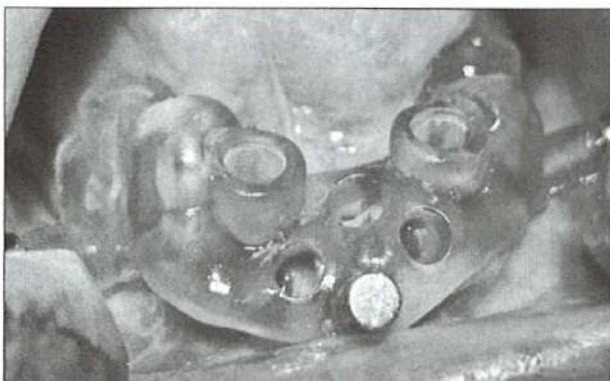
**Фото 1.** Шаблон для встановлення імплантатів



**Фото 2.** Стан альвеолярного паростка після видалення зубів зі збереженими 33 та 43 зубів до позиціювання імплантатів

Фото 2. Під загальним внутрішньовенним і місцевим знеболенням проведено видалення 44, 42, 41, 31, 32, 34, 35 зуби. На 33, 43 зубах за допомогою пінів зафіксовано шаблон.

Після позиціювання імплантатів було видалено 33 та 43 зуби. Проведено формування кістки під дентальні імплантати одночасно з редукцією альвеолярної кістки нижньої щелепи. У подальшому встановлено, зафіксовано шаблон пінами на нижню щелепу для встановлення імплантатів (фото 3).



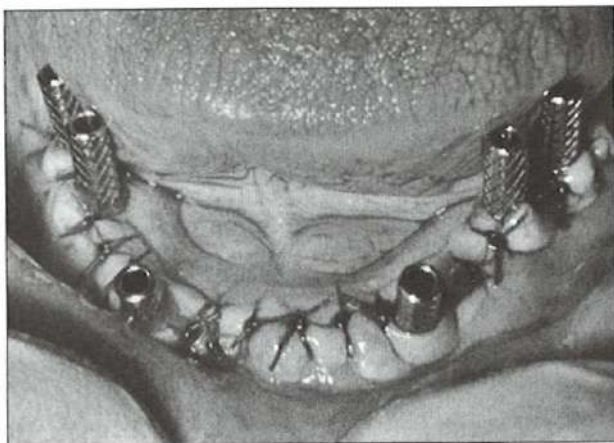
**Фото 3.** Встановлений і зафіксований шаблон пінами на нижню щелепу після видалення 33 та 43 зубів



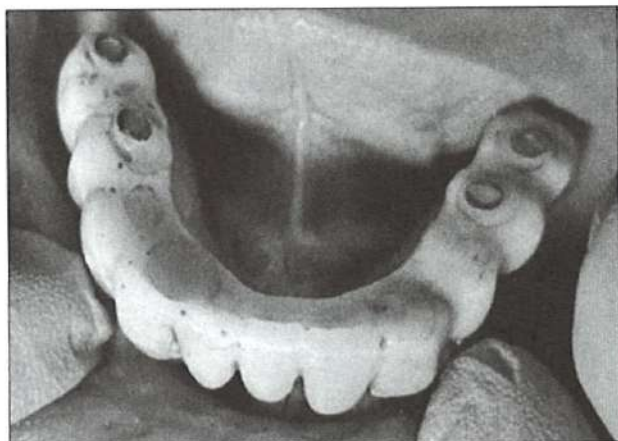
**Фото 4.** Встановлено шість імплантатів

Проведено фіксацію 2-х центральних імплантатів довжиною 13 мм, у ділянці видалених перших премолярів встановлено імплантати – 11,5 мм, у ділянці видалених перших молярів – 10 мм (фото 4).

Після хірургічного етапу дентальної імплантації проведено постановку тимчасових абатманів. Враховуючи, що відразу фіксувалася тимчасова незнімна конструкція з опорою на шість імплантатів, рана ушита резорбуючим шовним матеріалом. (фото 6).



**Фото 5.** Встановлено тимчасові абатмани



**Фото 6.** Фіксація незнімного тимчасового протезу нижньої щелепи на імплантатах

Протез пришліфований по прикусу (фото 6). В подальшому, після остеоінтеграції дентальних імплантатів, буде проведено заміну тимчасового протезу на постійний керамічний протез на 12-14 одиниць.

Вважаємо за доцільне лікування пацієнтів з вираженим блювотним рефлексом під загальним знеболенням для зменшення кількості візитів, мінімізації інвазивних маніпуляцій, для попередження блювотних рефлексів під час лікувальних заходів, для покращення функції жування, естетики.

## **ПРОКАЛЬЦІТОНІН ПРИ МУКОЗИТІ ТА ПЕРИІМПЛАНТИТІ**

*Масна-Чала О.З., Матолич У.Д., Чалий Т.В.*

*Львівський НМУ імені Данила Галицького*

*Клініка стоматології «Стоматологія», м. Львів, Україна*

**Вступ.** Використання біомаркерів у клінічних дослідженнях та практиці стало поширеним явищем. Завдяки високій точності діагностики бактеріальних інфекцій біомаркер прокальцитонін (ПКТ) все частіше застосовується у пацієнтів із підозрою на інфекцію [1]. Визначення рівня ПКТ дозволяє швидко прийняти рішення щодо антибіотикотерапії, оцінки системної запальної реакції і правильного прогнозування результатів перебігу захворювання.

ПКТ – це 116-амінокислотний пептид, вперше описаний у 1984 році Le Moullec et al, але його діагностичне значення не було визнано до 1993 року. У 1993 році Assicot et al продемонстрували позитивну кореляцію між високими рівнями ПКТ у сироватці крові та пацієнтами з бактери-