

616.31(09)

С 91

ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ  
ЧЕРЕПНО-ЩЕЛЄПНО-ЛИЦЕВИХ ХІРУРГІВ

До 175-річчя з дня заснування  
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (1941-2016)



МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

# “СУЧАСНА СТОМАТОЛОГІЯ ТА ЩЕЛЄПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ”

присвяченій

90-річчю з дня народження ветеранів Великої Вітчизняної війни,  
співробітників кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії  
Національного медичного університету імені О.О. Богомольця



КОРОЛЕНКО АЛЕКСАНДРА МАРКОВИЧА  
ТА  
КОВАЛЬ НІНИ СИДОРІВНИ

КИЇВ-2013



## ХІРУРГІЧНА ПІДГОТОВКА АЛЬВЕОЛЯРНИХ ПАРОСТКІВ ЩЕЛЕП ДО БІЛЬШ ЕСТЕТИЧНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ

*Салогуб Т.В., Гордійчук М.А., Пинзенік К.М.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

*Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, м. Київ*

Останнім часом зросли вимоги пацієнтів до естетичного аспекту під час протезування після втрати зубів. Великий відсоток людей, які звертаються в клініку асоціюють здоровий вигляд усмішки з соціальним статусом.

Відомо, що після видалення зубів відмічається атрофія альвеолярного паростку, в результаті якої порушується естетична складова знімного, незнімного протезування та дентальної імплантації.

**Метою роботи** є збереження висоти та товщини альвеолярного паростку щелеп, що дозволяє покращити стабілізацію знімних конструкцій, зберегти співвідношення коронкових частин незнімних конструкцій, не застосовувати ділянки зі штучними яснами.

Ми пропонуємо застосовувати малоінвазивну методику для збереження антропометричних показників (висоти та товщини) альвеолярного паростку щелеп безпосередньо після видалення зубів. Для цього комірка зуба нещільно заповнюється стоматологічною губкою ГСК-Х-ГА 50 «Стимул-Осс» з хлоргексидином біглюконатом на основі гідроксиапатиту і колагену виробництва ВАТ Лужський завод «Белкозин», Росія.

Матеріал перекривається мембраною з аутокрові пацієнта, яку отримують за допомогою пальцевого стискання фібринового гелю, заводячи її під краї окістя. Краї комірок зближуються кетгутом.

Оцінку ефективності використання даної методики проводили клінічно та антропометрично, замірюючи висоту альвеолярного паростку через 3, 6 і 12 місяців після втручання. Результати порівнювали з аналогічними показниками умовної норми для кожного хворого, отриманих в сусідніх або симетричних ділянках альвеолярних паростків.

Таким чином, запропонована методика дозволяє досягати задовільної первинної стабілізації при хірургічному етапі дентальної імплантації та максимально зберегти висоту альвеолярних паростків щелеп для подальшого естетично протезування знімними та незнімними конструкціями.