

добу після здачі протезів, хоча вони дещо нижчі у порівнянні з першою добою.

Після завершення раннього періоду адаптації (через 30 днів після накладання протезів), встановили, що швидкість слиновиділення зменшилась до рівня до протезування, про те кількісні показники були вищими майже в два рази.

З третього місяця користування протезами спостерігали постійне зменшення секреторної активності піднебінних залоз і до 36 місяців швидкість слиновиділення стала меншою в два рази, у порівнянні з даними до протезування. Це свідчить про негативний комплексний вплив базисів знімних протезів за рахунок дії залишкового мономеру, підвищення температури під базисом, створення «парникового ефекту», що в сукупності призводить до виникнення гострих запальних процесів у тканинах протезного ложа, які поступово стають хронічними, призводять до деструктивних та атрофічних процесів у малих слинних залозах. Через 36 місяців настає їх виснаження, яке характеризується гіпосалівацією, і клінічно проявлялось ксеростомією – сухістю СОПЛ.

Висновки. Таким чином, на підставі вище викладеного, можемо стверджувати, що під дією базисів повних знімних пластинкових протезів відбуваються зміни секреції малих слинних залоз піднебіння, які характеризуються достовірним збільшенням швидкості слиновиділення та кількості слини на 1-у та 7-у добу користування протезами в порівнянні з даними до протезування. Через 30 днів після накладання протезів виявили зменшення швидкості слиновиділення до рівня до протезування, проте кількісні показники були вищими майже у два рази.

Встановлено достовірне зменшення секреторної активності залоз піднебіння за 3 місяця і впродовж подальшого терміну – до 36 місяців користування протезами швидкість слиновиділення стала меншою у 2 рази (0,001 мг/с) порівняно з даними до протезування, кількість слини зменшилась на 30%.

НАВІГАЦІЙНА ІМПЛАНТОЛОГІЯ ЗД-МОДЕЛЮВАННЯ

Хлебутін В., Косогова М.

Науковий керівник: асистент Мельник В.Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Метод дентальної імплантації з комп'ютерним управлінням – це революційна система хірургічної імплантації і

планування лікування, яка дозволяє переносити комп'ютерне планування на порожнину рота з великою точністю і легкістю, що значно покращує якість виконання етапів роботи лікаря-імплантолога.

Мета. Обґрунтувати необхідність використання шаблону у пацієнтів в ситуаціях з обмеженою кількістю кісткової тканини при плануванні масштабних імплантацій (ALL ON 4, ALL ON 6) на беззубих щелепах.

Досліджувалась доцільність використання хірургічних шаблонів на основі виконаних нами робіт. При використанні даних шаблонів проводилась попередня оцінка КТ при плануванні роботи, розгляд клінічної ситуації в порожнині рота до виконання імплантації, після її проведення, спостереження віддалених результатів.

Під час аналізу кейсів, процесу створення самого шаблону та спостереження віддалених результатів хірургічного та ортопедичного етапів імплантації у пацієнтів клінічно підтверджена доцільність використання даних шаблонів.

Висновки. Використання хірургічного шаблону має переваги:

1. Скорочується кількість відвідувань (не потрібно проводити кісткову аугментацію).

2. Полегшує подальше протезування на імплантах.

3. Мінімізує до та післяопераційні ризики.

4. Ціна шаблону компенсується меншими витратами на аугментації, використання кутових абатментів, мультиюнітів.

5. Це мінімально інвазійний метод.

6. При правильному виконанні імплантат встановлюється максимально точно в потрібному місці.

7. Наявність металевих включень в кістковій тканині щелеп сприяє виникненню дефектів зображення при КТ-діагностиці. В даних випадках використання шаблонів недоцільне.

8. При роботі з шаблонами спостерігалась мінімальна кількість ускладнень.

9. При виконанні хірургічного протоколу постановки імплантів без врахування щільності кісткової тканини можливі похибки в паралельності імплантатів на 5-15° і розташуванні імплантату відносно запланованого на 2-5 мм.