



РОЛЬ ОДНОМОМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

Мукимов Одилжон Ахмаджонович

Ташкентский государственный медицинский университет, к.м.н.,
доцент кафедры Хирургической стоматологии и дентальной
имплантологии, Odil_0557@bk.ru, +998909865399

Тошмуротова Дилшодабегим Бахромовна

Ташкентский государственный медицинский университет,
ассистент кафедры Хирургической стоматологии и дентальной
имплантологии, dilshodatoshmurotova90@gmail.com, +998976895500

Аннотация: Дентальная имплантация стала одним из ведущих методов лечения в современной хирургической стоматологии и продолжает развиваться благодаря внедрению[1,3,5,18].

Цель: минимализация этапов дентальной имплантации, профилактика атрофии альвеолярного отростка после удаления зуба, восстановление зубного ряда в краткие сроки.

Материалы и методы: Пациентов в один этап были выполнены удаление корня зуба, формирование имплантационного ложа и немедленная нагрузка. Через 12 и 24 месяца было проведено повторное обследование пациентов, в ходе которого уровень остеоинтеграции оценивался с использованием специального аппарата ISQ. Полученные результаты свидетельствуют об высокой эффективности метода одномоментной имплантации и немедленной нагрузки, которая позволяет добиться плотного контакта костного регенерата с поверхностью имплантата в ранние сроки и малотравматичности вмешательства.



Ключевые слова: *денральная имплантация, одномоментная имплантация, остеинтеграция, костная ткань, атрофия альвеолярного отростка.*

Введение: На сегодняшний день она является функционально и эстетически эффективным методом замещения дефектов зубных рядов[1,3,5,18]. Существуют одно- и двухэтапная методики имплантации, которые являются базовыми, стандартными протоколами веществами. Суть двухэтапной методики заключается в том, что в начале устанавливают внутрикостный элемент (первый этап операции), а потом (второй этап) проводится иссечение слизистой оболочки над внутрикостным элементом и установка формирователя десны или другого ортопедического компонента, предусмотренного конструкцией имплантата. При одноэтапной имплантации костная конструкция и ортопедическая часть устанавливаются в один день. В данном случае имплантат устанавливают непосредственно в лунку удалённых зубов. Для этой цели удаление должно быть атравматичным, без грубого повреждения краёв лунки. После удаления производится частичное препарирование костного ложа соответствующими инструментами для достижения конгруэнтности поверхностей лунки и имплантата, по необходимости пространство между лункой и имплантатом заполняется остеиндуктивными или остеокондуктивными материалами. [1].

Цель: Профилактика атрофии альвеолярного отростка путём сокращения сроков после удаления зуба. Обеспечение оптимальных условий и удобств для пациента и врача-стоматолога при проведении хирургической процедуры (малотравматичность вмешательства, уменьшение количества визитов пациента, рациональное использование времени врача за счёт выполнения всех этапов за одно посещение, а также снижение финансовых затрат пациента).



Методы исследования: Одномоментная имплантация с немедленной нагрузкой рекомендуется в передних отделах зубного ряда для восстановления как функциональной, так и эстетической составляющих [13,14]. После осмотра полости рта пациентам, выполнена рентген-диагностика челюстно-лицевой области и лабораторные исследования. В ходе операции под анестезией аккуратно удаляется зуб и при помощи фрез формируется имплантационная ложа, в которую устанавливается имплантат, являющийся прототипом корня зуба. Коронковая часть зуба устанавливается непосредственно в день операции. При имплантации в области жевательных зубов после удаления зуба имплантат устанавливается сразу в образовавшуюся лунку, после чего устанавливается коронковая часть конструкции, проводится ушивание раны.

Результаты: Контрольные клинические исследования проводились спустя 6 месяцев, 1 год и 2 года, при которых выполнялись контрольные рентгенограммы для оценки атрофии костной ткани. Кроме того, для оценки остеоинтеграции измеряли коэффициент стабильности имплантатов- ISQ (Implant Stability Quotient), с использованием аппарата Osstell. Метод основан на измерении резонансной частоты колебаний насадки, прикреплённой к имплантату, что позволяет объективно оценить уровень его микроподвижности. Значения ISQ составляет от <60 (низкая стабильность) до >70 и выше (высокая стабильность). Стабильным считается имплантат с показателем ISQ около >70 и выше. Данное обследование позволяет оценить успешность проведённой имплантации и характер течения процессов заживления. Показатели ISQ, зарегистрированные через 6,12,24 месяца, находились в диапазоне $>67 \pm >80$ единиц и соответствовали норме, что указывает на стабильность имплантатов.



Заключение: Преимуществом одномоментной имплантации является сохранение объёма костной ткани. Чаще всего, после удаления зуба происходит атрофия костной ткани в области альвеолярной лунки. В зависимости от степени атрофии альвеолярного отростка может потребоваться проведение костной пластики, после чего дентальная имплантация выполняется только через несколько месяцев[12]. Одномоментная имплантация позволяет предотвратить развитие атрофии альвеолярного отростка, сохранить костную ткань и слизистую оболочку, а также избежать необходимости проведения дополнительной костной пластики. Кроме того, уменьшается количество хирургических вмешательств, снижается травматичность тканей полости рта и сокращаются сроки восстановления зубного ряда. Фактически объединяются три процедуры: удаление зуба, установка имплантата и установка ортопедической конструкции. Это позволяет рационально использовать время врача, снижает финансовые затраты пациента и сокращает количество посещений стоматологической клиники. Если пациент отказывается от одномоментной имплантации, но планирует сделать её чуть позже, то для профилактики атрофии альвеолярного отростка мы заполняем лунку синтетическим костным материалом. В таком случае имплантация проводится классическим методом через 4 месяца[6,15,16].

Из клинической практики можно сделать ещё одно важное заключение: при одномоментной имплантации с немедленной нагрузкой процессы остеоинтеграции протекают более эффективно. Это обусловлено тем, что после удаления зуба альвеолярная лунка в течение определённого времени сохраняет естественное кровоснабжение, что способствует формированию более благоприятных биологических условий для интеграции имплантата.



ЛИТЕРАТУРА:

1. В.Л. Параскевич. Дентальная имплантология, Основа теории и практики. 237-239 с., Минск, Юнипресс, 2006г.
2. Ушаков А.И. "Планирование дентальной иплантации", Москва 2012 187с.
3. Кулаков А.А., Григорян А.С. Проблема интеграции и имплантологии. // Стоматология-2007-№3.
4. А.Б.Олимов, А.М.Хайдаров, К.Ж.Олимжонов «Исследование условно-патогенных микроорганизмов методом ПЦР у пациентов с ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах», Журнал Проблемы биологии и медицины №1 2020 стр.109-112,
5. Гельмиярова Ф.Н., Радомская В.М., Тлустенко В.П. Междисциплинарные аспекты стоматологии: дентальные периимплантиты: монография.-Самара: ГОУ ВПО СМГУ, 2016.-стр. 262.
6. А.Б.Олимов, Мукимов О.А., Исанова Д.Р. «Problems of dental implantation», Журнал Узбекский медицинский журнал № 2 2020 стр.17-26,
7. А.Б.Олимов, З.А.Жилонова, З.Солихбоева «Modern approaches to dental implantology», Республиканская научно-практическая конференция ДНИ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ 2020 стр.155-159.
8. «The definition of the indications for immediate loading of dental implants», International scientific and practical Conference England № 14 26.01.2022, стр. 89-93, А.Б.Олимов, З.А.Жилонова
9. «Изучение дентальной имплантации с помощью метода «ROOT MEMBRANE» в верхней челюсти для повышения эффективности сохранения зубо-альвеолярного сегмента», О.А.Мукимов, Д.Р.Усманова Д.Р., Х.О.Мукимова
10. Шокиров Ш.Т., Тошмуротова Д.Б. Optimization of methods of simultaneous dental implantation in chronic granulomatous periodontitis.



Journal of medicine and innovations. №4. ISSN 2181-1644, 2021. 387с.

11. Т.Г.Робустова. Хирургическая стоматология, 2010.
12. Хабилов Н.Л. Клинико-экспериментальное об основание применения биоситалла для восстановления дефектов зубов и зубных рядов несъемными конструкциями : Дис. д-ра.. мед.наук.- Т.,2004.- 269 с.
13. Робустова Т.Г., Базилян Э.А., Ушаков А.И., Даян А.В. Комплексный клиникорентгенологический подход при реконструктивных операциях и синус-лифтинге в области верхней челюсти для дентальной имплантации. Российскаястоматология 2008, 1:61-67 с.
14. Робустова Т.Г. Имплантация зубов. Хирургические аспекты. Руководство для врачей. М: Медицина 2003, 558 с.
15. Features of rehabilitation of patients living in rural areas using dental implants, Journal of Medicine and Health Research 2020, Muqimov O.A., Isanova D.R.
16. «Илдиз мембранаси ва анъанавий усулда имплант ўрнатишни моделлаштиришнинг қиёсий хусусиятлар дастури», Патент № ДГУ 06685, 25.06. 2019, О.А.Мукимов, Д.Р.Исанова, А.Р.Салиев.
17. А.Б.Олимов, А.М.Хайдаров «Оценка факторов риска развития осложнений при дентальной имплантации», Журнал Стоматология №4 (77) 2019 стр.88-90,
18. Branemark R.A. Biomechanical study of osseointegration- Goteborg// Goteborg University, 1996.