



ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ С НЕМЕДЛЕННОЙ НАГРУЗКОЙ

Исломова Гузалбону Икром кизи

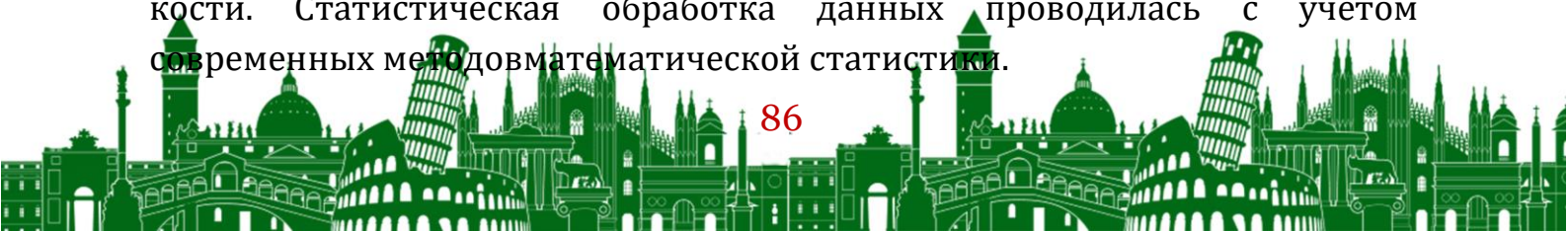
Ординатор 1 курса

Жумаев Элдор Акмалович

Научный руководитель: Ассистент кафедры
хирургии полости рта и дентальной имплантологии
Самаркандский государственный медицинский
университет Узбекистан, Самарканд
<https://doi.org/10.5281/zenodo.14890525>

Цель. Определить возможность применения немедленной нагрузки при протезировании на дентальных имплантатах.

Материал и методы. Нами для оценки отдаленных результатов лечения с применением методики немедленной нагрузки было выбрано 10 клинических случаев с адентией в области одного зуба (5 на верхней челюсти, 5 на нижней) и, после получения информированного согласия пациента, проведено лечение. Лечение проводилось на базе стоматологической поликлиники ВолгГМУ. Были установлены внутрикостные дентальные имплантаты Alpha Bio SPI на верхней челюсти и Alpha Bio ATID на нижней челюсти с немедленной фиксацией временной пластмассовой коронки. На верхней челюсти использовались имплантаты диаметром 3,3 и 3,75 мм и длиной 13 мм во фронтальном отделе и 4,2 мм в диаметре, 10 мм длиной в боковых отделах. На нижней челюсти во фронтальном отделе – диаметр 3,3 мм и длина 10 мм, а в боковых отделах – диаметр 4,2 мм, длина 13 мм. Проводилась оценка периимплантатных тканей в течение года после протезирования. Для определения стабильности и остеоинтеграции использовался аппарат Osstel ISO, работа которого основана на регистрации резонансных электромагнитных колебаний имплантата и окружающей кости. Osstell Mentor определяет стабилизацию имплантата за счет вычисления разности резонансных частот между тестовым штифтом, завинченным на имплантат и анализирующим устройством. Магнит на штифте подвергается воздействию электромагнитных импульсов, после чего его колебания оцениваются по шкале от 0 до 100. Эти значения линейно связаны со степенью микроподвижности имплантата. С помощью радиочастотного анализа становится возможным количественно оценить стабилизацию имплантата и ее изменения во времени как силу фиксации имплантата в кости. Статистическая обработка данных проводилась с учетом современных методов математической статистики.



Результаты. До операции пациент получал полную информацию о предстоящем вмешательстве, плане лечения, об ожидаемых результатах и о возможных рисках. Предоперационное обследование включает тщательный сбор анамнеза, клиническую и рентгенологическую составляющие. Необходимо оценить качество и количество костной ткани, так как первичная стабильность имплантата – обязательное условие при выборе данной методики. В целях премедикации пациенту назначаются: кеторол 30 мг внутримышечно, децинон 2 мл внутримышечно, супрастин 1 мл внутримышечно. Оптимальная анестезия – инфильтрационная: Ultracain DC Forte с содержанием адреналина 1:100 000 или Ultracain DC с содержанием адреналина 1:200 000. Установка временной ортопедической конструкции начинается с винтовой фиксации временного абатмента на имплантат. Временная коронка изготавливается заранее на диагностической модели из гарнитурного зуба, высверленного под абатмент. В результате припасовки коронка должна плотно прилегать к поверхности абатмента. Коронка полируется и фиксируется с помощью временного цемента (Sem-implant). После операции пациенту назначали соответствующие медикаменты: антибиотики «Цифран СТ» 300 мг 2 раза в день 7 дней, обезболивающие препараты «Кетанов» 10 мг 2 раза в день при болях, полоскание раствором хлоргексидина 0,2 % в течение 7 дней. Избегать жевательной нагрузки необходимо было в течение двух недель, по истечении этого срока возможен прием только мягкой пищи до установки окончательной ортопедической конструкции. Индивидуальная гигиена полости рта осуществлялась с помощью мягкой зубной щетки и антибактериальной зубной пасты. Динамическое наблюдение пациента и рентгенологический контроль осуществляются в течение 3–4 месяцев до окончательной остеоинтеграции, затем через 1 год после установки имплантатов. Для определения стабильности и остеоинтеграции использовался аппарат Osstel ISO, работа которого основана на регистрации резонансных электромагнитных колебаний имплантата и окружающей кости. Для остеоинтегрированного имплантата нормой считают значения от 65 до 55 ISQ (коэффициент стабильности имплантата – Implant Stability Quotient) по шкале от одного до ста. Значения от 55 до 45 ISQ свидетельствуют о снижении стабилизации имплантата. Средний коэффициент стабилизации имплантатов уже на 3 неделе составил $(56,2 \pm 4,8)$ ISQ. Такая величина коэффициента свидетельствует о высокой стабилизации имплантата. В двух случаях возникли проблемы с

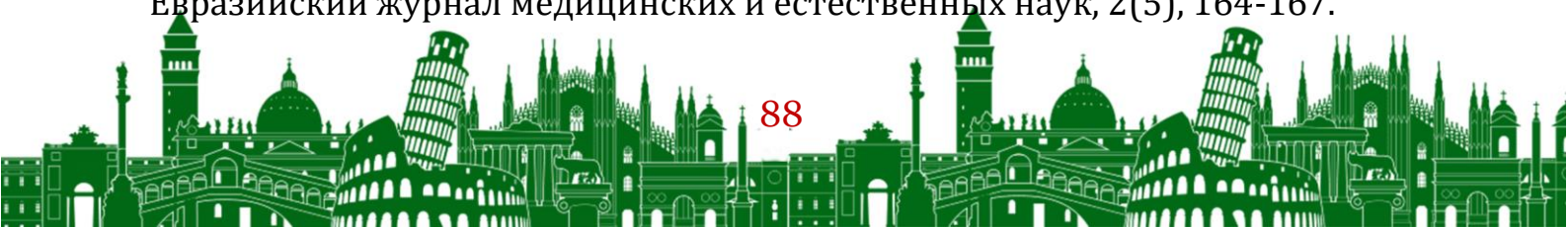


состоянием мягких тканей, в одном – гиперплазия тканей вокруг имплантата и в одном – рецессия десны (нижняя челюсть, область первого моляра). После иссечения поврежденной зоны в первом случае и улучшения гигиены полости рта ситуация стабилизировалась. Второй случай при отсутствии жалоб был оставлен без внимания. При этом резорбция кости рентгенологически не наблюдалась

Выводы. Согласно результатам проведенного исследования, можно сделать вывод, что непосредственное протезирование на имплантатах с немедленной нагрузкой является хорошей альтернативой стандартному протоколу лечения. Основываясь на клинических наблюдениях, постоянное протезирование возможно уже через 8 недель с изготовлением стандартной металлокерамической или коронки из диоксида циркония для достижения функционального и эстетического оптимумов. Сокращение сроков лечения до восьми недель возможно при правильном подборе пациентов с хорошим качеством костной ткани, слизистой оболочки, высотой и шириной альвеолярного отростка. Все пациенты подтвердили свою удовлетворенность сокращением сроков лечения по сравнению со стандартным протоколом протезирования на имплантатах. Возможность протезирования на имплантатах с немедленной нагрузкой в большей степени зависит от первичной стабильности имплантата, а не от его вида и фирмы производителя. Улучшение качества жизни пациента на этапах лечения значительно повышает вероятность получения согласия на имплантологическое лечение.

Литература:

1. Хазратов, А. И., Хасанов, И. И., & Адилов, А. А. (2023). Результаты одномоментной установки дентальных имплантатов по сравнению с другими методами установки дентальных имплантатов: систематический обзор и метаанализ. *Science and Education*, 4(5), 565-580.
2. Марупова, М. Х., Кубаев, А. С., & Хазратов, А. И. (2022). ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. *Central Asian Academic Journal of Scientific Research*, 2(5), 109-112.
3. Марупова, М. Х., Кубаев, А. С., & Хазратов, А. И. (2022). Усовершенствовать методы диагностики и лечения пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 2(5), 164-167.





4. Мусурманов Ф., Жумаев Э., Тогайниязов А. (2025). РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ ПРИ РАЗВИТИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. Журнал научно-инновационных исследований Узбекистана , 3 (1), 18-24.
5. Элдор Дж., Исфандиёр Х., Ислон Н. и Азимджон А. (2024). АНАЛИЗ И ФОРМИРОВАНИЕ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ДИСБИОЗА В СТОМАТОЛОГИИ (обзор литературы). САМАРАЛИ ТАЛИМ ВА БАРКАРОР ИННОВАЦИЯЛАР ЖУРНАЛИ , 2 (3), 303-314.
6. Исамиддинович М.Ф., ДЖУРАХАНОВНА П.Б., Акмалович Ю.Э. (2022). ҲАМРОҲ КАСАЛЛИКЛАРИ БОР БЕМОРЛАР ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ФЛЕГМОНАЛАРИНГ ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ. ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ , 7 (6).

