

## Отдаленные результаты применения метода непосредственной дентальной имплантации

**Пичурина Д.А.<sup>1</sup>**

*Клинический ординатор*

**Глыбовская Т.А.<sup>1</sup>**

*Старший преподаватель*

**Иванов М.С.<sup>2</sup>**

*Врач-стоматолог хирург*

<sup>1</sup>*ИПКиПКЗ УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*Кафедра терапевтической стоматологии*

<sup>2</sup>*УО «8-я городская клиническая стоматологическая поликлиника»*

*Минск Республика Беларусь*

*E-mail: t\_z777@mail.ru*

**Введение.** Успех имплантации во многом определяет правильное определение показаний к проведению данного вида реабилитационных мероприятий, выбора конструкции имплантата, техники проведения оперативного вмешательства, периода восстановительного лечения и системы профилактики осложнений [1, 2]. Существующие пути уменьшения числа посещений и сокращение общей продолжительности лечения освещаются в современной литературе, подкрепляются научным обоснованием показаний к выбору методов воздействия. Один из вариантов – немедленная установка имплантата. В подобных ситуациях могут использоваться как базальные одноэтапные, так и классические двухэтапные внутрикостные имплантаты.

Вживление внутрикостного элемента в лунку удаленного зуба исключает необходимость повторного введения анестетика, а также дополнительного посещения [3]. При немедленной имплантации сохраняется 60-90% объема кости альвеолярного отростка. В то время как без имплантации, после удаления зуба, вследствие резорбции и атрофии костной ткани через 6-12 месяцев высота альвеолярного отростка снижается на 3-7 мм и остается примерно 40-50% от прежнего объема. Снижается частота развития воспалительных явлений в послеоперационном периоде. Минимизируется число операций и их травматичность. Данный метод позволяет сократить общие реабилитации с использованием ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты на 4-6 месяцев [4].

**Цель работы** – проанализировать отдаленные результаты применения метода непосредственной дентальной имплантации.

**Объекты и методы.** Было проведено комплексное лечение 54 пациентов в возрасте от 25 до 55 лет, которым выполнена непосредственная дентальная имплантация на нижней или верхней челюстях (один или два имплантата в пределах одного сегмента). В связи с анатомо-топографическими особенностями челюстей пациентов использовали следующие конструкции: винтовой цилиндрический имплантат, длиной 10 и 11,5 мм, диаметром 3,7 и 4,5 мм. Лучевые методы исследования указанным пациентам проводили в динамике: 1-е исследование до оперативного вмешательства – дентальной имплантации; 2-е – через 6 месяцев; 3-е – через 12 месяцев после операции. Важная роль уделялась состоянию гигиены, наличия зубного налета в области имплантата, что связано с развитием местного воспаления в виде мукозита и периимплантита. Течение процессов остеоинтеграции оценивали с помощью лучевых методов исследования. При этом отмечали то, как установлен имплантат в кости, уровень прилегания костной ткани к поверхности имплантата, наличие горизонтальной или вертикальной резорбции.

**Результаты.** Лучевые методы исследования продемонстрировали, что частота встречаемости одиночных дефектов зубного ряда составила 53,5% в возрасте 36-55 лет; 37,1% в возрасте 33-35 лет и 9,4% – в возрасте 24-32. Структура костной ткани на верхней челюсти во фронтальном отделе и в области отсутствующих премоляров включала 3-й тип у 13-и пациентов, в боковых отделах челюсти определялся 4-й тип у 3-х пациентов. На нижней челюсти во фронтальном отделе 1 тип был у 2 пациентов, в области отсутствующих премоляров и моляров констатировали 2-й тип костной ткани – у 14 пациентов. Все установленные имплантаты были остеоинтегрированы, костная ткань равномерно прилежала по всей поверхности имплантатов, патологическая резорбция костной ткани отсутствовала.

**Вывод.** Применение метода одномоментной имплантации позволяет сохранить объем костной ткани в зоне удаленных зубов. Снижается частота развития воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. Минимизируется число операций и их травматичность. Данный метод позволяет сократить общие реабилитации с использованием ортопедических конструкций с опорой на дентальные имплантаты на 4-6 месяцев.

#### Литература

1. Branemark, P. Osseointegration and its experimental background / P.-I. Branemark // J. Pros. Dent. – 1993. – Vol. 50. – P. 399-412.
2. Burrows R. S. Risk factors in implant treatment planning. European Journal for Dental Implantologists. 2013;1:74–79.
3. Hall J., A controlled, cross-sectional exploratory study on markers for the plasminogen system and inflammation in crevicular fluid samples from healthy, mucositis and periimplantitis sites. Eur. J. Oral Implantol. 2015; 2: 153–166.
4. Miguel de Araújo Nobre M., Mano Azul A., Rocha E., Maló P., Risk factors of periimplant pathology. European Journal Oral Sciences. 2015; no. 123 (3): pp. 131-139.



**УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»**

---

**ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ  
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**Москва**

**16 апреля 2024 г.**

**Москва  
2024**

