

Методы исследования:

1. Клиническое обследование пациентов.
2. Рентгенологические исследования.

Выводы:

За период наблюдения возникновение воспалительных процессов не отмечено.

Список литературы

1. Олимов, А., Мукимов, О., & Исанова, Д. (2020). Проблемы имплантации зубов. in Library, 20(2), 346–350. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14295>
2. Исроилова Г.И. Садикова Х.К., Олимов А.Б. Использование коллапан-геля в профилактике костной атрофии челюсти. // для материалы международной научно-практической онлайн конференции. // Журнал Перспективы в челюстно-лицевой хирургии. Решения молодых ученых № 1, 5 феврал 2022. С29-31. inLibrary, 20(1), 29–31. <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14618>.
3. Сувонов К.Ж.. Рустамова Х.Е Социально-гигиенические аспекты стоматологической патологии у беременных. Стоматология детского возраста и профилактика.-Москва.-2009.-№1.-С.64-66
4. Рахматуллаева О., & Шомуродов К. (2021). Мониторинг заболеваемости воспалительными процессами мужчин после удаления зуба у больных хроническим гепатитом. Медицина и инновации, 1(1), 95–97. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/medicine_and_innovations/article/view/39
5. O.U. Rakhmatullaeva, K.E. Shomurodov, A.A. Khadzhimetov, Z.A. Jilonova, I.A. Eshmatov, M.A. Xomidov. “Indicators of hemostatic homeostasis in the postoperative period after tooth extraction in patients with viral hepatitis” https://www.academia.edu/84825281/Indicators_of_hemostatic_homeostasis_in_the_postoperative_period_after_tooth_extraction_in_patients_with_viral_hepatitis?source=news_feed_share

КОСТНАЯ АТРОФИЯ ПОД СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ

Садикова Х.К., Исроилова Г.И., Солижонова Ш.Д.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность: Атрофия нижнего альвеолярного отростка часто приводит к проблемам с нижним протезом из-за его недостаточное удержание и нестабильность протеза, что может вызвать вторичную атрофию слизистой оболочки, также вызывает боль, когда пациент носит протез, деформацию мягкой слизистой оболочки, которая может изменить лицо внешность. Кроме того, многочисленные исследования показали высокие показатели удовлетворенности и выживаемости. Более того, в последнее время имплант съемные протезы нижней челюсти с опорой широко распространены и широко используются при полной адентии. Вообще говоря, причины потери костной массы могут быть различными, такими как последствия пародонтита, зуб удален и оставлен в покое, смещение зубов, инфекция, опухоль и т. д., но причина потери костной массы может также быть сделано, когда слишком много давления на челюсть, во время имплантации, слишком много нагрева в кости, ошибка стоматолога может привести к потере костной массы. В настоящее время выживаемость и вероятность успеха зубных имплантатов с сохранением съемного протеза составляет более 95%, что является достаточным показателем успеха. Даже несмотря на высокий уровень успеха, возникают неудачи. Крайне важно предотвратить позднюю потерю костной массы имплантата в долгосрочной перспективе. Необходимо исследовать количество кости потеря, распределение силы вокруг опорных имплантатов, типы крепления, приводящие к потере костной массы в продвигать. Использование протезов с опорой на имплантаты показано в большом

количестве оцененных социально-экономических факторов слои, так как это дешевле, чем полная установка имплантатов в челюсть, что требует минимального использования имплантатов для протезирования. Таким образом, очень важно оценить поддержку имплантата. Оценить потерю маргинальной кости под съёмным протезом с опорой на имплантаты, выживаемость успех скорость при лечении съёмных протезов, а также ежегодная потеря костной массы при использовании съёмных протезов.

Цель. Проанализировать клинические данные об атрофии кости съёмного протеза с опорой на имплантаты, чтобы выяснить, может быть лучшей альтернативой традиционным зубным протезам.

Материалы и методы. Был проведен систематический обзор для выявления соответствующих исследований, сообщающих данные об атрофии кости съёмного протеза с опорой на имплантаты для поиска лучшего альтернативного лечения в ортопедическая стоматология. Этот систематический обзор написан в соответствии с критериями PRISMA-P. Данные из отобранных статей, которые были в форме рандомизированных клинических испытаний, семь исследований) и наблюдательные исследования, в том числе проспективные и ретроспективные (7 исследований). Впоследствии, непрерывная оценка и определение путем последующего наблюдения анализировали атрофию и маргинальную кость уровень меняется задним числом.

Результаты и обсуждения. На основе всех 14 проанализированных статей с периодами наблюдения в диапазоне 1-11 лет, значение атрофии кости через 6 месяцев применения, среднее значение по шкале составило (0,75 мм), по шкале (0,52), локатор (0,35), магнитный (0,41) и через 1 год среднее значение шара (0,82 мм), бар (0,95), локатор (0,59), магнитный (0,56). Через 2 года среднее значение бала (1,27), бара (1,04), локатора (0,80).

Выводы: На основании проанализированной литературы можно сделать вывод, что потеря костной массы в результате различных типы крепления показывают разные результаты, шаровое, стержневое крепление имеет относительно более высокое наблюдаемое напряжение чем локатор и магнитное крепление. Имплантаты с немедленной нагрузкой ассоциируются с более маргинальными в результате резорбции кости увеличилась глубина зондирования по сравнению с обычным методом нагрузки. В целом, уровень нагрузки на окружающую кость зависит от качества кости, состояние пародонта, механические свойства, метод нагрузки, тип крепления имплантата, имплантат толщина и длина.

Литературы:

1. Жилонова, З., Олимов, А., Назаров, З., & Маннанов, Д. (2020). Основные правила и принципы интраоперационного прямого протезирования, успех при немедленной имплантации. inLibrary, 20(2), 75–81. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14323>
2. Олимов, А., Мукимов, О., & Исанова, Д. (2020). Проблемы имплантации зубов.
3. Олимов, А., Хайдаров, А., Назаров, З., & Маннанов, Ж. (2021). Сравнительная оценка эффективности индивидуальной и профессиональной гигиены при протезировании на дентальные имплантаты. inLibrary, 21(1), 176–179.
4. Жилонова, З., Садикова, Х., Каюмова, Н., Олимов, А., & Мухамедов, И. (2021). Профилактика альвеолита после удаления ретинированных и дистопированных зубов.
5. Мукимов, О., & Исанова, Д. (2019). Сравнительная характеристика метода корневой мембраны и традиционного (одномоментного) метода установки имплантата.
6. Усманова D. (2022). Improving the efficiency of dental implantation of the upper jaw using the "root membrane" method. in Library, 22(1), 507–511. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14020>
7. Исанова D., & Мукимов О. (2019). Evaluation of the sensitivity of microflora of the periodontal pocket to antibacterial agents in the conditions of the rural population.

8. Усманова, Д., Мукимов О., Лопс, Д., Мукимова, Х., &Тургунов, М. (2021). ИЗУЧЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА “ROOT MEMBRANE” В ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ЗУ- БО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕГМЕНТА. Stomatologiya, 1(1 (82), 73–76. <https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-25>

9. Садыкова, Х., Эшмаматов, И., &Мухамедов, И. (2022). Возможности ультразвуковой диагностики опухолей слюнных желез. inLibrary, 22(1), 1–2. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13987>

ЗАКРЫТЫЙ СИНУС ЛИФТИНГ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Садикова Х.К., Кудратов Ш.Ш., Эшмаматов И.А., Мухамедов И.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность темы: В хирургической стоматологии дентальная имплантация с наращиванием костной ткани у больных сахарным диабетом занимает особое место. Это одна из немногих отраслей, наряду с тканевой инженерией, где мы можем говорить о репаративной регенерации - самовосстановлении организма в условиях, созданных врачом хирургом-имплантологом. Ни один из других методов протезирования при аден- тии и атрофии челюстей не дает такого эстетического результата, как протезирование с использованием дентальных имплантатов.Необходимо учитывать то, что у больных сахарным диабетом всегда присутствуют факторы риска, такие как, патологический остеопенический синдром, низкий регенераторный потенциал, связанный с нарушением микроциркуляции (ангиопатия), атеросклероза, гипоксии ткани и повышенного уровня перекисного окисления липидов и более агрессивным состоянием пародонтопатогенных микрофлор полости рта . У больных сахарным диабетом (СД) любая операция, особенно открытый синус-лифтинг с одновременной дентальной имплантацией, вероятность проявления осложнений увеличивается. Современная дентальная имплантология с костной пластикой - это не только установка имплантатов под заданную протектическую конструкцию. Планирование метода закрытого синус-лифтинга зависит отточного определения степени резорбции костной ткани, характера и размеров костного дефекта, качества костной ткани, а также от общего состояния организма. Оценка результата остеопластики у больных СД требует контроля за репаративной регенерацией костной ткани. Как практикующий хирург-имплантолог, редко сталкиваешься с «идеальным случаем» - ситуацией, когда достаточно простой установки имплантата и изготовления протеза. Профессионально выполненная субантральная аугментация никак не влияет на состояние придаточных пазух носа, не вызывает и не осложняет синуситы, не меняет качество носового дыхания и т. д.

Целью исследования является разработка тактики направленной костной регенерации методом закрытого синус-лифтинга при дентальной имплантации, с учетом факторов риска осложнений, приводящих к потере дентального имплантата и наращенной костной ткани.

Проведение закрытого синус-лифтинга затруднено в области больших коренных зубов: при необходимости увеличения высоты более, чем на 4 мм возникает риск перфорации слизистой оболочки гайморовой пазухи. Использование при закрытом синус-лифтинге каких-либо остеопластических материалов, требует особого выбора их вида и контроля их распределения в субантральном пространстве. В целом, эта операция требует большой осторожности и определенных технических навыков. В каждом конкретном клиническом случае решение об установке имплантата одномоментно с синус-лифтингом определяли прямо во время операции, после завершения этапа синус-лифтинга.

Для успеха оперативного вмешательства было очень важно сохранение герметичности субантрального пространства. Если этого добиться - операция на 99