

В.Н. ТРЕЗУБОВ¹, Е.А. БУЛЫЧЕВА¹, Г.С. АЗАРИН¹, О.А. ВОЛКОВОЙ², А.В. КОНЧАКОВСКИЙ³

кафедра стоматологии ортопедической и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России¹, кафедра дополнительного образования по стоматологическим специальностям ФГБОУ ВО НовГУ им. Ярослава Мудрого Минобрнауки РФ², «Поликлиника городская стоматологическая» №22, Санкт-Петербург³

ОПТИМИЗАЦИЯ ИСХОДОВ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ИМПЛАНТАЦИОННОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРОТЯЖЕННЫМИ ЗАМЕЩАЮЩИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Целью данного исследования явилось повышение эффективности немедленного имплантационного протезирования протяженными ортопедическими конструкциями путем оптимизации диагностического, терапевтического ресурсов и гигиенического протокола. Для оптимизации диагностического ресурса кроме традиционных методов добавлены оценка степени галитоза и дискриминационной чувствительности слизистой оболочки протезного ложа. Ретроспективный анализ результатов собственных клинических исследований позволил выработать основополагающие принципы для достижения оптимизации гигиенического протокола немедленного имплантационного протезирования протяженными конструкциями. Создана классификация типов имплантационных протезов при лечении пациентов с полной потерей зубов. Построена врачебная тактика уменьшения функциональной перегрузки периимплантатных тканей, возникающей за счет большой протяженности протезов и гипертонии жевательных мышц. Проведенное социологическое исследование доказало благотворное влияние проведенной оптимизации на качество жизни пациентов. Итогом проведенного исследования явилось построение концептуальной клинической модели оптимизации протезирования, в основу которой положено снижение высокого риска данного вида специализированной помощи. Модель включала в себя оптимизацию гигиенического, диагностического, терапевтического и организационного ресурсов, диспансеризации, нормализацию функциональной нагрузки, направленную на достижение удачных исходов лечения с повышением качества жизни пациентов.

Ключевые слова: *повышение эффективности непосредственного имплантационного протезирования.*

Введение.

Непосредственное, или немедленное, имплантационное протезирование способствует скорейшему восстановлению нарушенных эстетических и функциональных норм, экстренно переводя пациентов с уровня инвалидизации до разряда высокого качества жизни [1,2,3]. Однако функциональная нагрузка при этом распространяется на костную рану, что затрудняет заживление и повышает риск воспалительных осложнений [4,5].

Если при немедленном наложении имплантационные протезы имеют еще и большую протяженность, это чревато функциональной перегрузкой периимплантатных тканей [6,7,8]. Поэтому риск возникновения воспаления периимплантатных тканей и отторжения имплантатов в этой ситуации крайне высок. Он требует особых условий профилактики и купирования осложнения.

Методов и средств, направленных на это, в настоящее время известно множество [9,10,11]. Однако подходы к этой проблеме неоднозначны, не систематизированы, порой – не обоснованы, не выработана четкая врачебная тактика немедленного имплантационного протезирования протяженными конструкциями.

Все это не способствует надежно гарантированным благоприятным исходам имплантационного протезирования и требует дальнейшего совершенствования клинических и концептуальных подходов, направленных на дальнейшее совершенствование указанной специализированной медицинской помощи.

В связи с изложенным выше, **целью** исследования явилось повышение эффективности немедленного имплантационного протезирования протяженными ортопедическими конструкциями путем оптимизации диагностического, терапевтического ресурсов и гигиенического протокола.

Материалы и методы исследования.

Объектами проведенного исследования явились:

484 пациента с частичной и полной потерей зубов (216 муж., 268 жен.) в возрасте от 34 до 80 лет (сред. – 56,7±7,4 лет), которым проводилось протезирование непосредственными имплантационными протяженными замещающими конструкциями;

723 несъемных имплантационных протезов, опирающихся на 4415 имплантатов.

В работе были использованы социологические, клинические, параклинические, эмпирические методы исследования, а также – математическая обработка полученных данных. Клинические методы включали в себя опрос, осмотр, в частности, определение степени: подвижности имплантата, рецессию десны, кровоточивость периимплантатной манжетки, глубину карманов, наличия признаков воспаления, уровня гигиены полости рта и протезов, неприятного запаха изо рта и дискриминационной чувствительности слизистой оболочки полости рта.

К социологическим методам относились анкетирование (модифицированный нами опросник Wolfartse.a., 2006; ОНП – 14; авторская анкета качества жизни). Из параклинических использовались инструментальные методы и рентгенологическое обследование. Применены также аналитико-теоретический, эмпирический и математический методы.

Результаты собственных исследований и их обсуждение.

Для оптимизации диагностического ресурса эмпирически и аналитически отобраны наиболее информативные клиничко-оценочные показатели, успешно применяемые в клинической практике. К их числу отнесены: глубина карманов, признаки воспаления десневой манжетки, подвижность имплантатов и пр. С целью оптимизации диагностического ресурса к ним добавлены оценка степени галитоза и дискриминационной чувствительности слизистой оболочки протезного ложа.

Комплекс указанных критериев полностью характеризовал клиническую картину полости рта у пациентов с имплантационными протезами. Приведенный комплекс клинико-оценочных диагностических показателей тонко реагировал на динамику состояния тканей перимплантатных тканей.

Ретроспективная оценка результатов собственных клинических исследований позволила выработать основополагающие принципы для достижения оптимизации гигиенического протокола, а именно: перманентность и непрерывность (патронаж), поступательность, стадийность, индивидуальность и дифференцированность, обязательность и неукоснительность.

При этом можно согласиться с регулярностью традиционного принятого гигиенического протокола (от 1 раза в 6 мес. до 1 в раз в год) только у практически здоровой молодежи, людей среднего возраста с исключительно здоровым пародонтом или – с полной потерей зубов. И все это – при условии высокого уровня гигиены полости рта, наличии высокой мотивации к поддержанию ее в полной чистоте. Профилактические мероприятия должны заключаться в постоянном чередовании индивидуальной и профессиональной гигиены.

Во всех остальных случаях (наличие пародонтопатий, неряшливости, вредных привычек) частота диспансерных посещений должна быть выше и составлять 1 раз в 2-3 месяца. Нужно добавить, что регулярное применение антисептических средств при индивидуальной и профессиональной гигиене вызывает привыкание к ним. Поэтому нами проводится периодическая замена и чередование антисептических средств. Цикличность применения различных антисептиков может составлять 1 раз в 2-3 месяца, сразу после диспансерного патронажного приема.

Следование указанным принципам в клинической деятельности, учащение периодичности сеансов профессиональной гигиены (усиленный патронаж), назначение на дом красящих таблеток – индикаторов распространенности налета, а также отработанная тактика использования эффективных механических, фармацевтических, физиотерапевтических мероприятий во многом способствовали долговечности непосредственных протяженных имплантационных протезов.

Так, через 2-3 года после имплантации подвижность имплантатов отмечена лишь в 1,57% из их общего числа – 4415, нечасто встречались мукозит (6,08%) и периимплантит (2,85%), индекс сохраняемости имплантатов составил 98,44%. Ни один (0%) из числа сохранившихся имплантатов не был обнажен по истечении указанного срока.

У пациентов второй группы индекс кровоточивости исходно был достоверно выше ($p < 0,01$), чем оба аналогичных результата в первой группе. Через полгода наблюдений, обучения, профилактических бесед, настоятельных внушений, пассивного контроля и проведения мероприятий профессиональной гигиены, кровоточивость периимплантатных манжеток заметно уменьшилась, что подтверждается благоприятным показателем, не отличающимся ни от исходного ($t = 0,64$; $p > 0,05$), ни от завершающего индексов в первой группе ($t = 0,36$; $p > 0,05$). При этом данный показатель оказался достоверно ниже, чем исходный во 2-ой группе ($t = 2,24$; $p < 0,05$).

Сравнение показателей налета на имплантатах у обследуемых обеих групп показало следующее (таблица 1). Указанный показатель в первой группе, во-первых, располагался между высоким и удовлетворительным уровнями гигиены, приближаясь к удовлетворительному показателю. Во-вторых, оба они были фактически равными друг другу, стабильными ($t = 0,182$; $p > 0,05$). Исходный индекс второй группы, еще находясь в удовлетворительной зоне, располагался между удовлетворительным уровнем и границей с неудовлетворительным показателем. Он был достоверно хуже ($p < 0,001$) аналогичного параметра первой группы.

Таблица 1 – Динамика показателей налета на имплантатах у представителей двух обследуемых групп

Группа обследованных	Первое измерение (в баллах)	Второе измерение (через 6 мес.) (в баллах)	t; p
первая (n=72)	0,92±0,02 (n=72)	0,90±0,11 (n=67)	t=0,182; p>0,05
вторая (n=47)	1,30±0,08 (n=47)	1,00±0,12 (n=43)	t=2,50; p<0,02
	t=4,75; p<0,001	t=0,667; p>0,05	

За полгода проводимой профилактической активности с пациентами второй группы удалось повысить уровень гигиены имплантатов у них до средних удовлетворительных цифр: 1,00±0,12. При этом его улучшение по сравнению с исходным показателем достоверно значимо улучшилось ($t = 2,50$; $p < 0,02$).

С целью оптимизации терапевтического ресурса в исследовании проведено совершенствование основных лечебных приемов имплантационного немедленного протезирования, уточнение клинико-эксплуатационных особенностей протетических материалов, конструктивных особенностей ортопедических конструкций, создана классификация типов зубных имплантационных протезов при лечении пациентов с полной потерей зубов.

Сложности получения точных оттисков и точного определения центрального соотношения челюстей при потере единственной пары зубов-антагонистов, фиксирующей межальвеолярную высоту, увеличивает риск неудачных исходов лечения, допущения врачебных погрешностей, снижающих качество лечения. Все это мотивировало нас к созданию разборной оттисковой ложки нижней челюсти (патент России № 155123 на полезную модель) [12] и

клинической апробации ее, инновационных разборной ложки верхней челюсти и приспособления для точной регистрации центрального соотношения челюстей при немедленном переходе от частичной к полной потере зубов. Клиническая апробация указанных устройств показала их полную клиническую состоятельность и высокий оптимизирующий потенциал.

Большой разброс мнений о врачебной тактике стимулировал нас, во-первых, обобщив собственный многолетний опыт, провести систематизацию имплантационных протезов. Во-вторых, применив клинический критериальный подход, выбрать наиболее адекватные, в условиях непосредственной нагрузки и большой протяженности, конструкции имплантационных протезов. В-третьих, таким образом создать концептуальную модель стандарта имплантационного протезирования при полной потере зубов.

Проводилось сведение больных в подгруппы и группы в зависимости от количества сегментов в имплантационном протезе, а также от наличия одного или двух висячих элементов тела протеза с односторонней опорой. Группы объединялись в подклассы в зависимости от типа фиксации (замковая, винтовая, цементная). А подклассы укрупнялись в классы в зависимости от количества имплантационных опор.

В результате нами было выделено 5 основных классов, 3 подкласса и 5 групп с 12 подгруппами имплантационных замещающих конструкций в зависимости от количества опор, типа протеза, вида фиксации и наличия, свободно висящих тел с односторонней опорой в конструкции протезов с одной или двух сторон.

Таким образом, каждому имплантационному протезу, используемому при полной потере зубов может быть присвоен индекс по формуле: «класс-подкласс-группа-подгруппа», исключая перекрывающие конструкции с опорой на 1-2 имплантата. Наибольшее количество несъемных имплантационных протезов оказалось монолитными - 66,1%, состоящими из двух сегментов были конструкции в 28,2% случаев; 4,0% конструкций были представлены тремя частями, и из четырех блоков состояло 1,6% протезов.

Разработанная нами классификация имплантационных протезов при полной потере зубов помимо своей чисто научной составляющей привнесла своим созданием ряд оптимизирующих явлений. Во-первых, она уточняет врачебную лексику и облегчает и уточняет общение врачей-коллег, как внутри-, так и межклинически. Во-вторых, с ее помощью удалось систематизировать имплантационные протезы, применяющиеся при полной потере зубов, в-третьих, классификация значительно упростила выбор врачебной тактики. И, наконец, в четвертых, созданная классификация поможет отрабатывать показания к различным типам имплантационных протезов, выбирая оптимальную конструкцию, которая подойдет при данной конкретной клинической картине. Так, наилучшие результаты в комплексной критериальной оценке качества имплантационных протезов получили конструкции, относящиеся к IV классу 2 и 3 подклассу (несъемные конструкции, опирающиеся на 8 имплантатов).

Данная классификация является универсальной: она может эффективно использоваться как для планирования имплантационного протезирования, так и для анализа отдаленных результатов, в том числе для оценки качества замещающих конструкций и стоматологической экспертизы. Представленная классификация может быть использована в образовательном процессе в медицинском ВУЗе. Она также оптимизирует использование сил и средств здравоохранения при оказании ортопедической стоматологической помощи больным с полной потерей зубов. И, наконец, указанную классификацию можно считать концептуальной моделью стандарта имплантационного протезирования беззубых больных.

Исследуя частоту возникновения осложнений имплантационного протезирования при использовании различных материалов протетических каркасов, удалось получить следующие результаты (таблица 2).

Таблица 2 – Частота осложнений имплантационного протезирования при различных материалах протетического каркаса

Материал протетического каркаса	Частота мукозита и периимплантита (в %%)	Частота механических повреждений облицовки (в %%)
Кобальтохромовый сплав (КХС)	9,46	7,13
Титановый сплав	8,39	3,52
Золотоплатиновый сплав	5,73	3,52
Диоксид циркония	2,66	3,52

Как следует из таблицы 2 наиболее часто встречались мукозиты и периимплантиты при использовании каркасов из КХС (9,46%). Чуть ниже (8,39%) их число было при применении титанового сплава. Более низкие показатели характерны для золотоплатинового сплава (5,73%). Самый низкий процент осложнений воспалительного характера отмечен при диоксидциркониевых каркасах – 2,66%. Нужно сказать, что механические повреждения облицовки имплантационных протезов также чаще встречались у протезов с каркасами из КХС (7,13%). У всех остальных конструкций они случались в 2 раза реже (3,53%). Зазоры между платформами имплантатов и протезами имелись у 17 конструкций (2,35%), 15 из которых, т.е. 88,24% от всех 17, были с протяженными каркасами из КХС.

Ни в одном случае мы не встретили перелома кобальтохромового каркаса. При этом переломы диоксидциркониевых каркасов имплантационных протезов большой протяженности по средней линии (при длине 12-14 звеньев) между опорами имели место. Также отмечались переломы их промежуточных частей.

Протезирование имплантационной конструкцией с односторонней опорой является хорошей альтернативой альвеолопластике и поднятию дна пазухи при тяжелой клинической картине. При наличии условий для введения

имплантата под углом, по нашему мнению, стоит отказаться от элемента с односторонней опорой в конструкции в пользу данного решения. Мы не используем висячие элементы длиной, превышающей мезиодистальный размер одного моляра, отдавая предпочтение наклону дистального имплантата до 35⁰-45⁰.

Клинический опыт свидетельствует о том, что оптимальной системой крепления съемного имплантационного протеза является балка (лучше – из содержащего золото сплава), фиксирующаяся на 4 имплантатах и ригельным замком МК-1. При высокой податливости слизистой оболочки, а также гипертонии жевательных мышц лучше использовать клипсы Аккермана.

Гипертония жевательных мышц вызывает функциональную перегрузку, провоцирующую быстрое отторжение имплантата, особенно при его немедленном функционировании. С целью ее профилактики, уменьшения или устранения нами скомпонован и использован комплекс лечебно-профилактических исходов. Среди них назначение функционального питания при сохранении количественно-качественной полноценности рациона¹; дополнительно применялись миорелаксация жевательных мышц с помощью ботулинического токсина и разобщающие двуслойные каппы, а также – шинирование имплантатов и придание наклонного положения самым дистальным из них.

Экспертный анализ исходов протезирования показал высокие параметры состояния, как тканей протезного ложа, так и уровней гигиены полости рта, а также низкие показатели осложнений и потери имплантатов. Хорошие результаты успешности исходов лечения явились следствием проведенной оптимизации диагностического и терапевтического ресурсов, гигиенического протокола, включавших, в том числе авторские методы и подходы.

Проведенное социологическое исследование пациентов с использованием наряду с известной (ОНП-14) и авторских анкет-опросников показало следующее. Высокими показателями оценки качества проведенного протезирования и жизни пользователей протяженных непосредственных имплантационных протезов было дополнительно подтверждено влияние оптимизирующих мероприятий на успешность исходов, проведенного в рамках данного исследования, лечения. Удачно осуществленное протезирование оказывало стимулирующее влияние на все основные показатели качества жизни пользователей, указанных конструкций протезов. При этом следует указать на метаморфозно быстрый скачок качества жизни пациентов. Дело в том, что между неудовлетворительным состоянием полости рта и обширной или полной потерей зубов, с одной стороны, и наложением полноценных протезов, с другой – проходило порой всего несколько часов.

Надо добавить, что авторские анкеты, используемые для оценки качества протезирования и жизни, показали однонаправленную динамику и специфику результатов, как и известная анкета ОНП-14, используемая параллельно. Это свидетельствует о валидности предложенных и использованных нами анкет в данном исследовании.

Таким образом, полученные результаты со всей очевидностью подтверждают не только возможность получения хороших результатов немедленного имплантационного протезирования протяженными ортопедическими конструкциями, но и являются поводом для широкого использования этого метода в силу его быстрой возможности нормализовать сниженные показатели качества жизни пациентов.

Учитывая высокую степень риска потери имплантатов, а также основные очевидные причины возможного отторжения – воспаление периимплантатных тканей и функциональную их перегрузку, нами построена критериально-факторная структура клинической концептуальной модели оптимизации немедленного имплантационного протезирования протяженными конструкциями.

Во-первых, это поступательное и непрерывное профилактическое и терапевтическое воздействие на патогенную и условно-патогенную флору, инфекцию и воспаление. При этом должны учитываться стадийность гигиенического протокола, его дифференциальная направленность и усиленная частота мероприятий. Последнее означает тщательный патронаж, т.е. отнесение группы пациентов с имплантационными протезами (особенно – непосредственными и протяженными) к разряду декретированных диспансерных групп.

Во-вторых, это – применение мер уменьшения функциональной перегрузки периимплантатных тканей, прежде всего обусловленное большой протяженностью имплантационного непосредственного протеза.

Немаловажное значение имеет подбор клинико-диагностических оценочных критериев, позволяющий при патронаже следить за динамикой состояния здоровья периимплантатных тканей. Это дает возможность провести своевременное купирование начинающегося ухудшения или осложнений.

Проведенная систематизация непосредственных протяженных имплантационных протезов позволила разработать авторский вариант клинической критериальной классификации указанных замещающих ортопедических конструкций, применяемых при полной потере зубов. Эта классификация, во-первых, явится пособием для индивидуально-дифференцированного подхода при выборе типа конструкции протеза. Во-вторых, предложенную классификацию можно считать попыткой создания концептуальной модели стандарта имплантационного протезирования беззубых больных.

Заключение.

Результаты проведенного лечения доказали повышение эффективности непосредственного имплантационного протезирования. На основании концептуальной модели была проведена оптимизация:

- диагностического ресурса (систематизация клинико-оценочных диагностических критериев; использование определения наличия и степени галитоза и дискриминационной чувствительности);
- гигиенического протокола (упорядочение протокола в соответствии с подбором основополагающих принципов, периодической замене антисептиков диспансерный профилактический повышенной периодичности патронаж);

- терапевтического ресурса (модификация основных лечебных приемов имплантационного протезирования; уточнение клинико-эксплуатационных особенностей протетических материалов, конструктивных особенностей и типов протезов);
- распределения функциональной нагрузки (создание рациона функционального питания; использование капп, шинирование, наклоны имплантатов, релаксирующе-амортизирующие каппы, миорелаксация жевательных мышц). Оценка воздействия оптимизирующих мер на исходы лечения доказана как клинически и рентгенологически, так и подтверждалась с помощью социологического исследования пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Арутюнов С.Д., Оптимизация протезирования при комбинации временной двухэтапной дентальной имплантации./ С.Д. Арутюнов, И.Ю.Лебедева,А.А.Перевезенцева//Стоматология.-2013.-т.92.-№3.-с.21-24.
- 2 Лосев Ф.Ф., Принципы одномоментной имплантации./ Ф.Ф. Лосев, Н.А. Бондаренко, А.В. Кирсанов // Стоматология.-2013.- Т.92.-№ 3.-с.77-79.
- 3 Briccoli L., A technique for fabricating a definitive immediate implant-supported prosthesis for the edentulous mandible./ L.Briccoli, R.Barone, C.Clauser// J. Prosthet. Dent.-2012.- V.108.-№3- P.196-199.
- 4 Дронов М.В., Применение резонансно-частотного метода для оценки стабильности и остеоинтеграции дентальных имплантатов: дисс...канд.мед.наук.- М.: 2007.-185С.
- 5 Renvert S., Peri-implantitis./ S.Renvert, J.Giovannoli//Quintessence Int., Paris-2012.-259р.
- 6 Олесова В.Н., Сравнительная оценка эффективности дентальных имплантатов в зависимости от сроков их нагружения после двухфазной имплантации./ В.Н. Олесова, Ю.Н. Магометханов, И.Ю. Мушеев и др. // Российский вестник дентальной имплантологии.-2004.- Т.2.- №6.- С.36-39.
- 7 Berquist G., Immediate loading of implants in the edentulous maxilla./G.Berquist// Swed. Dent. J. Suppl.-2008.- V.196.- P.10-75.
- 8 Esposito M., Interventions for replacing missing teeth: different times for loading dental implants. M.Esposito, M.Grusovin, H.Maghaireh// Cochrane Database Syst. Rev.-2013.- V.3.- CD003878.
- 9 Трезубов В.Н., Способы индексной оценки гигиенического состояния зубных протезов различных конструкций/ В.Н. Трезубов, О.Н. Сапронова, Л.Я. Кусевицкий, А.В.Привалов, Л.Г.Косенко // Пародонтология.-2011.-№1(58).-с.34.
- 10 Heitz-Mayfield L., Consensus statements and clinical recommendations for prevention and management of biologic and technical implant complications./ L.Heitz-Mayfield, I.Needleman, G.Salvi, B.Pjetursson// Int. J. Oral Maxillofac. Impl.-2014.-v.29.(suppl.).-p.346-350.
- 11 Трезубов В.Н., Розов Р.А., Азарин Г.С. Клинико-рентгенологическая классификация имплантационных протезов, используемых при полной потере зубов// Журнал «Стоматология».-2017.-№1-С.51-55.
- 12 Розов Р.А. Имплантационная оттисковая ложка (патент РФ на полезную модель №155123)/ Р.А.Розов, Г.С.Азарин// Официальный бюллетень «Изобретения. Полезные модели».-2015.-№26.-с.162.

V.N. TREZUBOV¹, E.A. BULYCHEVA¹, G.S. AZARIN², O.A. VOLKOVY², A.V. KONCHAKOVSKIY³

Chair of Prosthodontic Dentistry and Materials Science with the course of Orthodontology in adults of the Federal State Educational Institution "The I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University" of the Russian Ministry of Health¹, chair of postgraduate training in dental professions of the YaroslavMudry Novgorod State University of the Russian Ministry of Health², "City dental polyclinic № 22", Saint Petersburg³

OPTIMIZING THE OUTCOMES OF IMMEDIATE DENTAL IMPLANT PROSTHETICS BY MEANS OF EXTENSIVE REPLACEMENT CONSTRUCTIONS

Resume: The object of this study was the enhancement of efficiency of the immediate implantation prosthetics with extensive dental orthopedic constructions by means of optimizing the diagnostic and therapeutic resources as well as the hygiene protocols. For optimizing the traditional diagnostic resource the estimation of halitosis degree and discrimination sensitivity of the mucous membrane of prosthesis bed were added. The retrospective assessment of the proper clinical trials let the authors work out the fundamental principles of hygiene protocol optimization in cases of immediate implantation prosthetics with extensive prosthetic constructions. A classification of kinds of implant prostheses in treatment of patients with complete loss of teeth has been created. Medical tactics to reduce the functional overload of peri-implant tissues resulting from the high extent of prostheses and the hypertension of chewing musculature has been developed. The conducted sociological research showed a beneficial influence of optimization on the patients' life quality. The result of the conducted research lies in formation of a conceptual clinical model of optimizing the prosthetics based on the reduction of risks for this type of specialized care. The model included the optimization of hygienic, diagnostic, therapeutic and organizational resources and of prophylactic medical examination, normalizing the functional load aimed at achieving the successful treatment outcomes and improving the patients' quality of life.

Keywords: Effectiveness increase of immediate implantation prosthodontics.