

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Булгаков В.С., Шакеров И.И., Лукоянова Т.В.

Российский университет дружбы народов, кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний, г. Москва, МЛПУ «Стоматологическая поликлиника» Нижегородского района, г. Нижний Новгород

В настоящее время все большее количество пациентов желает провести ортопедическое лечение на имплантатах, однако, вопросы, связанные с профилактикой воспалительных осложнений в тканевом комплексе опорных зон протезных конструкций, установленных на дентальных имплантатах, по-прежнему остаются актуальными в ортопедической стоматологии (Markus B. Hurzeler, 2005).

По наблюдению специалистов клиническая ситуация в полости рта при частичной вторичной адентии в 87-94% случаев осложняется наличием воспалительных заболеваний пародонта. Как показали клинические исследования (М.Д. Перова, 1999), гингивит и начальный пародонтит в стадии ремиссии не оказывают влияния на приживление и функционирование дентальных имплантатов при условии постоянного контроля и мотивации пациентов. Однако длительное течение хронического гингивита при отсутствии рациональной терапии снижает защитные свойства пародонта и приводит к пародонтиту или частым обострениям уже имеющегося заболевания и его прогрессированию. При развившемся пародонтите пародонтальные карманы и радикулярный дентин являются источником реинфекции и факторами риска при размещении дентальных имплантатов. Установлена прямая зависимость между применением неадекватных подходов к реабилитации тканей пародонта и числом отрицательных результатов

дентальной имплантации в раннем и отдаленном периодах (М.Д. Перова, 1999).

Целью нашей работы явилось исследование пародонтологического статуса у пациентов с имплантатами и оценка эффективности первичной профилактики воспалительно-деструктивных осложнений дентальной имплантации. Мы наблюдали 12 пациентов в возрасте от 24 до 53 лет, находящихся на различных этапах стоматологической имплантации (4 пациента – послеоперационный этап,

6 пациентов – на этапе изготовления ортопедических конструкций на имплантатах, 2 пациента – реабилитационный период). В 100% случаев уровень гигиены полости рта у наблюдаемых пациентов остается удовлетворительным, ИГР-У в среднем =1,33. При визуальном осмотре полости рта в 83,3% случаев выявлены клинические признаки хронического воспаления в тканях пародонта: цианоз десен, отек, разрыхление, гипертрофия межзубных сосочков. Они неплотно прилегают к шейкам зубов, при зондировании кровоточат. В области десневого края определяются преимущественно неминерализованные зубные отложения. В 83,3% случаев сохраняются жалобы на кровоточивость десен при чистке зубов (II степень кровоточивости по Muhlemann). Индекс РМА= в среднем 32,1%, что соответствует гингивиту средней степени тяжести. У всех пациентов отмечается также смещение pH ротовой жидкости в сторону щелочных значений pH= до 7,65, что может считаться по мнению Г.Ю. Долговой (2000), результатом интенсивного микробного метаболизма при частичной вторичной адентии, характеризуя снижение защитных свойств слюны и может поддерживать воспалительные изменения в тканях пародонта (С.И. Сивовол, 2001).

В связи со значительным количеством побочных эффектов, часто однонаправленного терапевтического действия имеющихся лекарственных препаратов. Был разработан комплексный подход к лечению воспалительных заболеваний пародонта на основе использования динатриевой соли дифосфоновой кислоты. Препарат применяли в виде курсового полоскания в течение 1 минуты 2% раствором 2 раза в день после еды и последующей чистки зубов, как средство коррекции и поддержания показателей полости рта на физиологическом уровне, создания среды обитания, в которой рост и размножение пародонтопатогенов ограничены (Л.Н. Колобкова 2006). Мы использовали местное лечение в сочетании с общим в клинике дентальной имплантации. Объем полученных результатов еще не достаточен для формирования окончательных выводов, но уже можно проследить некоторые закономерности: после проведенного лечения наблюдалась тенденция к снижению отека, не отмечалось выраженных гиперемии и цианоза десневых сосочков, происходило уплотнение десневого края, не отмечалось кровоточивости межзубных сосочков после осторожного зондирования десневой борозды. Отсутствовали жалобы на периодически возникающую кровоточивость десен при чистке зубов.

По результатам клинических наблюдений прослеживалась положительная динамика стоматологического статуса во всех изучаемых показателях: индекс РМА снижился на 15%, показатель pH снизился до 7,3-7,1 что практически соответствует норме, повысился уровень гигиены полости рта ИГР-У=1,1. Значимым является отсутствие побочных эффектов и местного раздражающего действия препарата на основе динатриевой соли дифосфоновой кислоты. В 100% случаев пациенты отмечали инертный вкус препарата и отсутствие субъективных негативных ощущений. Таким образом, полученные результаты исследования позволяют сделать вывод, что, несмотря на проведение, лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с отягощенным пародонтологическим статусом в подготовительном периоде стоматологической имплантации на дальнейших этапах также определяется его нуждаемость в коррекции. Данные клинических исследований подтверждают эффективность проведенных нами лечебных манипуляций, по разработанной нами методике, как одного из возможных подходов к реабилитации тканей пародонта у пациентов с дентальными имплантатами.