

ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Ю.Ю. Яров, Ю.И. Силенко

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Резюме

Представлен анализ современных подходов и схем поддерживающего лечения после дентальной имплантации, целью которого является профилактика осложнений в послеоперационный и протетический периоды. Обоснована целесообразность и представлены конкретные рекомендации практикующим врачам относительно дифференцированного подхода к выбору гигиенических и медикаментозных средств и кратности их применения в зависимости от начального уровня гигиены полости рта.

Ключевые слова: уровень гигиены, дентальная имплантация, поддерживающее лечение.

Резюме

Представлений аналіз сучасних підходів і схем підтримувального лікування після дентальної імплантації, мета якого - профілактика ускладнень у післяопераційний і протетичний періоди. Обґрунтована доцільність та представлені конкретні рекомендації практикуючим лікарям щодо диференційованого підходу до вибору гігієнічних і медикаментозних засобів та кратності їх застосування залежно від початкового рівня гігієни порожнини рота.

Ключові слова: рівень гігієни, дентальна імплантація, підтримувальне лікування.

UDC 616.314-089.833-08-039.34

SUPPORTIVE TREATMENT AFTER DENTAL IMPLANTATION

Yarov Y.Y., Silenko Y.I.

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Summary

It is known, that despite of the implementation of all recommendations on rational hygienic care after the dental implant is not always possible to maintain a satisfactory level of oral hygiene, particularly in patients with pathology of the periodontal tissues. The purpose of the study to develop a differentiated approach of drug therapy in the early postoperative stage and study the multiplicity of occupational health in the phase of the implants with the original hygienic condition of the mouth. We found that in patients with a healthy periodontium and "satisfactory" level of hygiene parameters affecting the level of oral hygiene, are in the normal balanced state. Therefore there is no need to conduct their drug correction to maintain a "satisfactory" level of care after the dental implant. In the postoperative period it is sufficient to take the recommendations on rational hygienic care. In patients with chronic catarrhal gingivitis and "unsatisfactory" hygiene the microbiological parameters affecting the level of oral hygiene were significantly different from those in healthy periodontium and "satisfactory" level of hygiene.

Therefore, in the postoperative period in order to maintain "satisfactory" level of oral hygiene, it is advisable to recommend probiotic preparations of local action to improve the reduced level of contamination of lactobacilli tooth-gum compound. In patients with generalized periodontitis I-II degree and "poor" level of hygiene and microbiological and immunological parameters that affect the level of oral hygiene, there were significant changes in comparison with those with healthy periodontium and "satisfactory" level of hygiene. Therefore, in the postoperative period in order to maintain "satisfactory" level of oral

hygiene, it is appropriate to recommend anti-microbial and anti-fungal drugs to suppress the local action of parodonto-pathogens and yeasts that are prevalent in the contents of the periodontal pockets in these patients.

In addition, the imbalance indicators of immune response in the oral fluid causes the usefulness of topical immune-modulators. Professional oral hygiene after implant prosthetics, we also recommend that differentially depending on the initial level of the hygienic condition of the mouth, which is correlated with the degree of destruction of periodontal tissues.

Thus, in individuals with a healthy periodontium, whose level of oral hygiene by IG Green-Vermillion (OHI-S) corresponded to a satisfactory ($1,38 \pm 0,14$ points) supporting hygiene activities carried out with the traditional multiplicity - in the first year of every three months. Patients with CCG, whose level of oral hygiene by IG Green-Vermillion (OHI-S) corresponded to the lower boundary of the poor state of ($1,88 \pm 0,19$ points) supporting hygienic measures carried out with the following multiplicity - in the first year of every two months. Patients with GP ² severity whose level of oral hygiene by IG Green-Vermillion (OHI-S) corresponded to the upper boundary of the poor state of ($2,34 \pm 0,22$ points), and in patients with GP II severity in where the level of oral hygiene by IG Green-Vermillion (OHI-S) corresponded to "poor» ($2,81 \pm 0,20$ points), supporting activities carried out with the following multiplicity - in the first year of each month.

Thus, the presented results of the study will allow clinicians to spend more informed choice of hygiene and medication for postoperative management of patients and the multiplicity of relevant hygiene measures after implant prosthetics.

Key words: hygiene, dental implantation, maintenance treatment.

Литература

1. Угрин М. М. Роль професійної гігієни у підтримуючій терапії на різних етапах імплантопротезної реабілітації пацієнтів та основні вимоги до спеціаліста / Угрин М. М., Бронська Ю. В., Угрин О. М. // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. – 2008. - № 2 (10). – С. 13 - 20.
2. Лисицын Ю. В. Лазерная терапия / Ю. В. Лисицын, Д. С. Нугманова // Материалы Национальной конференции Казахстана по качеству медицинской помощи. - 1996. – С. 61-4.
3. Поворознюк В. В. Костная система и заболевания пародонта / В. В. Поворознюк, И. П. Мазур. – К., 2003. – 446 с.
4. Measurement and analysis of bone mineral density of lumbar vertebrae and alveolar bone in patients with periodontitis / F. Shi [et al.] // Zhonghua Kou Qiang Yi XueZaZhi. – 1996. – №31 (1). – P. 3–5.
5. Король Д. М. Клініко-патогенетичне обґрунтування лікування вторинної часткової і повної адентії з застосуванням дентальних субперіостальних та ендоосальних імплантатів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед.наук : спец. 14. 01. 22 «Стоматологія» / Д. М. Король. - Полтава, 2009.- 38 с.
6. Гигиена полости рта при стоматологической имплантации / [С.Ю. Иванов и др.]. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской гос. мед.акад., 2003. – 40 с.
7. Тимофеев А. А. Гигиена полости рта после проведения хирургического этапа дентальной имплантации / А. А. Тимофеев, В. И. Беда, М. А. Ярифа // Современная стоматология. - 2009. - № 2 (46). – С. 106 - 114.
8. Новицький В. Б. Ефективність раціональної гігієни порожнини рота та застосування остеотропних засобів в період остеоінтеграції дентальних імплантатів / Новицький В.Б. // Вісник стоматології. - 2006. - № 3. - С. 59 - 62.

9. Сидельников П. В. Гигиена полости рта на этапах имплантации / П. В. Сидельников // Современная стоматология. – 2002. - № 1. – С. 81 – 83.

10. Using a fixed prosthesis on implants for the prosthetic rehabilitation of patients with the weakened periodontium: 3-year prospective clinical research / S–Yi, I. Ericsson, C.-K. Kim [et al.] // Новое в стоматологии. – 2002.- № 2 (102).- P. 91 – 96.

11. Яров Ю. Ю. Обоснование схем поддерживающего лечения после дентальной имплантации / Ю. Ю. Яров // Вісник стоматології. – 2013. - №3. – С.63-68.

Современная медицина имеет в своем арсенале достаточно много новейших методов реабилитации (поддерживающее лечение) после дентальной имплантации, целью которых является профилактика осложнений в послеоперационный и протетический периоды. Послеоперационный этап включает: 1) щадящую диету (употребление мягкой, жидкой, протертой пищи); 2) назначение остеотропных препаратов внутрь с целью улучшения процесса остеорегенерации. Местно рекомендуется: первая неделя – щадящая гигиена полости рта, в последующем – обычная. Протетический этап включает: 1) регулярное проведение профессиональной гигиены; 2) комплекс тщательной индивидуальной гигиены полости рта, включающий уход за супраконструкцией и поверхностью протеза, прилегающей к десне, с использованием интердентальных зубных щеток, ирригаторов и т.д. [1].

Среди описанных методов поддерживающей терапии заметное место занимает физиотерапия. В этой связи следует отметить высокую эффективность квантовой терапии. По мнению исследователей, это простой, удобный и безболезненный физиотерапевтический метод с широким спектром действия, который позволяет ускорить

восстановительный процесс в кости после дентальной имплантации. Однако данный метод влияния на процессы регенерации недостаточно широко применяется в практической имплантологии из-за сложности установки четких адекватных параметров лазерного излучения в каждом конкретном клиническом случае. Именно это служит причиной дискредитации метода лазеротерапии [2].

В настоящее время широкое применение на послеимплантационном этапе нашли методы коррекции белково-минерального обмена. Для таких целей В.В. Поворознюк и И.П. Мазур [3] предлагают применять препараты следующих групп:

- 1) кальцийсодержащие: «Космол», глицерофосфат кальция;
- 2) антирезорбенты: “Фосамакс”, “Альфакальцидол” (витамин Д и его производные);
- 3) стимуляторы формирования костной ткани: остеохин, флюориды.

Особенную актуальность поддерживающая остеотропная терапия приобретает в отдаленные сроки после имплантации. Данные ультразвуковой эхоостеометрии демонстрируют существенные изменения плотности костной ткани вокруг установленных эндооссальных имплантатов в сроки от 2 до 7 лет [4].

В диссертационном исследовании Д.М. Короля [5] показана эффективность комплексной послеимплантационной терапии путем сочетанного применения лазерного излучения и препарата „Фосамакс” через 6 месяцев после начала лечения, что подтверждено рентгенологическим определением повышенной плотности костной ткани вокруг имплантата.

Важнейшей составляющей поддерживающей терапии является индивидуальная гигиена полости рта, которая занимает свое место на всех этапах – от предимплантационной подготовки до установки имплантатов и особенно на этапе функционирования протезных конструкций. Анализ,

проведенный врачами-гигиенистами с использованием целого ряда гигиенических индексов, показал, что состояние гигиены полости рта у первично обратившихся пациентов по поводу дентальной имплантации в 78% случаев неудовлетворительный. Поэтому в предоперационный период задачей врача является снижение риска бактериальных осложнений на хирургическом этапе имплантации. С целью обеспечения оптимальных условий дентальной имплантации рекомендована замена средств индивидуального ухода за полостью рта в предоперационный период – назначение лечебно-профилактических зубных паст с противовоспалительным действием: «Лакалут актив» (Германия), «Эльгидиум» (Франция), а также ополаскивателя на основе хлоргексидина биглюконата («Элюдрил») [6]. Этот ополаскиватель совместно с другими гигиеническими средствами лаборатории „PierreFabreOralKea” (зубными щетками, микрощетками и зубной пастой) рекомендовано применять сразу с первого дня после операции. Показана высокая эффективность предложенного гигиенического комплекса у пациентов после хирургического этапа имплантации, что позволило сократить в 3 раза количество послеоперационных воспалительных осложнений [7].

По данным литературы, самая высокая вероятность развития послеимплантационных осложнений наблюдается в первые 6 месяцев – в период остеоинтеграции дентального имплантата. Поэтому в этот промежуток времени необходим особенно тщательный уход за полостью рта с использованием средств гигиены направленного лечебно-профилактического действия. В связи с этим был предложен комплекс лечебно-профилактических мероприятий, который включал следующие компоненты: зубная паста „Колгейт тотал” (с усиленным бактерицидным действием за счет содержания триклозана) и „Гарант” (включает компоненты остеотропного действия остеопатит и сульфат магния), антисептические полоскания препаратом „Гивалекс”. Было установлено,

что мукозит наблюдался только у одного человека вокруг двух имплантатов, а периимплантит был зафиксирован однажды на 3-м месяце после имплантации. В среднем, за 6 месяцев было зафиксировано 3,2% случаев развития осложнений вокруг имплантатов, отторжений имплантатов не наблюдалось [8].

Наряду с индивидуальной гигиеной полости рта важной составляющей комплекса гигиенических мероприятий является регулярная профессиональная гигиена полости рта, задача которой состоит в удалении очагов инфекции из труднодоступных для зубной щетки мест. Только одной индивидуальной гигиены недостаточно для профилактики зубных отложений, потому что на интенсивность их образования влияют также и особенности организма пациента (состав слюны, состояние пищеварительной и иммунной систем, прикус, возраст и др.). Некоторые авторы (А. Боттичелли, 2006; Perryatal, 2001) указывают на необходимость следующих сроков профилактических осмотров:

- первый год - 3-4 раза;
- последующие годы - 1 раз в 6 месяцев при условии отсутствия патологии в области имплантации и при соблюдении адекватной гигиены.

Другие авторы (Е. Wilkins, 2000) предлагают проводить профессиональную гигиену в первый год с интервалом 1-2 месяца.

Новицкий В.Б. (2006) рекомендует проводить профессиональную гигиену через 1 месяц после установки имплантатов, затем через 3 месяца.

Угрин М.М. и соавт. (2008), опираясь на свой опыт, предлагают следующие термины в первый год после фиксации протезной конструкции:

- первая неделя после фиксации протеза (подбирают индивидуальные средства ухода за имплантатами и протезами, обучают пациента правильно пользоваться ими);

- через 1 месяц после фиксации протеза (проводят коррекцию назначенных гигиенических средств и навыков);

- каждые 3 месяца в течение первого года (проводят контроль зубных отложений, состояния мягких тканей, зондирование пластиковым зондом, снятие зубных отложений, повторный инструктаж пациента).

В последующем профессиональная гигиена пациентам с дентальными имплантатами должна проводиться не реже одного раза в шесть месяцев при условии отсутствия склонности к периимплантатной костной инфекции и соблюдения адекватной тщательной гигиены полости рта. По мнению авторов, только при тщательной индивидуальной и профессиональной гигиене можно рассчитывать на продолжительное успешное функционирование протезных конструкций с опорой на имплантаты [9].

Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о том, что безусловным фактором, который способствует длительному функционированию внутрикостных имплантатов, является удовлетворительная гигиена полости рта. Особенно эта проблема значима у больных с патологией тканей пародонта. Данные литературы указывают на сходство патогенетических механизмов потери и зубов, и имплантатов при патологии пародонта на фоне активной микробной колонизации [10]. Это обуславливает важность поддерживающего лечения на всех этапах имплантации. Однако, несмотря на мощный арсенал индивидуальных и профессиональных средств гигиенического ухода и ряд известных рекомендаций по срокам гигиенических осмотров, до настоящего времени нет научно обоснованных подходов к проведению поддерживающего лечения с конкретными практическими рекомендациями для каждого этапа дентальной имплантации с учетом состояния тканей пародонта и исходного уровня гигиены полости рта. Известно, что, несмотря на выполнение всех рекомендаций по рациональному гигиеническому уходу

после дентальной имплантации, не всегда удается поддерживать удовлетворительный уровень гигиены полости рта, особенно у больных с патологией тканей пародонта. На наш взгляд, это связано с тем, что наличие воспалительного или воспалительно-деструктивного процесса в пародонте требует другого объема и другой кратности проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Учитывая это, разработаны подходы к дифференцированной медикаментозной терапии на раннем послеоперационном этапе и обоснована кратность профессиональной гигиены на этапе функционирования имплантатов с учетом исходного гигиенического состояния полости рта. Установлено, что у пациентов со здоровым пародонтом и «удовлетворительным» уровнем гигиены параметры, влияющие на уровень гигиены полости рта, находятся в нормальном сбалансированном состоянии. Поэтому нет необходимости проводить их медикаментозную коррекцию с целью поддержания «удовлетворительного» уровня гигиены после дентальной имплантации. В послеоперационный период достаточно ограничиваться рекомендациями по рациональному гигиеническому уходу. У больных хроническим катаральным гингивитом и с «неудовлетворительным» уровнем гигиены микробиологические параметры, влияющие на уровень гигиены полости рта, существенно отличались от таковых при здоровом пародонте и «удовлетворительном» уровне гигиены. Поэтому в послеоперационный период с целью поддержания «удовлетворительного» уровня гигиены полости рта целесообразно рекомендовать пробиотические препараты местного действия для повышения сниженного уровня обсемененности лактобациллами зубодесневого соединения. У больных генерализованным пародонтитом I-II степени тяжести при «плохом» уровне гигиены и микробиологические, и иммунологические параметры, влияющие на уровень гигиены полости рта, были существенно изменены по сравнению с таковыми при здоровом пародонте и «удовлетворительном» уровне

гигиены. Поэтому в послеоперационный период с целью поддержания «удовлетворительного» уровня гигиены полости рта целесообразно рекомендовать антимикробные и противогрибковые препараты местного действия для подавления пародонтопатогенов и дрожжевых грибов, которые преобладают в содержимом пародонтальных карманов у данной категории больных. Кроме того, дисбаланс показателей иммунного ответа в ротовой жидкости обуславливает целесообразность применения иммуномодуляторов местного действия [11]. Профессиональную гигиену полости рта после протезирования на имплантатах рекомендуется проводить дифференцированно в зависимости от исходного уровня гигиенического состояния полости рта, который коррелировал со степенью поражения тканей пародонта. Так, у лиц со здоровым пародонтом, у которых уровень гигиены полости рта по ИГ Грина-Вермильона (ОНИ-S) соответствует удовлетворительному ($1,38 \pm 0,14$ балла), поддерживающие гигиенические мероприятия рекомендуется проводить с традиционной кратностью - в первый год каждые три месяца. У больных с ХКГ, у которых уровень гигиены полости рта по ИГ Грина-Вермильона (ОНИ-S) соответствует нижней границе неудовлетворительного состояния ($1,88 \pm 0,19$ балла), поддерживающие гигиенические мероприятия рекомендуется проводить в первый год каждые два месяца. У больных с ГП I степени тяжести, у которых уровень гигиены полости рта по ИГ Грина-Вермильона (ОНИ-S) соответствует верхней границе неудовлетворительного состояния ($2,34 \pm 0,22$ балла), в первый год - каждый месяц. У больных с ГП II степени тяжести, у которых уровень гигиены полости рта по ИГ Грина-Вермильона (ОНИ-S) соответствует «плохому» ($2,81 \pm 0,20$ балла), поддерживающие мероприятия следует проводить в первый год каждый месяц [11].

Таким образом, представленный анализ литературы по проблеме поддерживающего лечения после дентальной имплантации позволяет

практикующим врачам более обоснованно выбирать гигиенические и медикаментозные средства для послеоперационного ведения пациентов и кратности соответствующих гигиенических мероприятий после протезирования на имплантатах.