

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НЕКОТОРЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

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

Российский университет дружбы народов, кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний, г. Москва, мпму городская стоматологическая поликлиника, г. Нижний новгород, нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний новгород

Дентальная имплантация является неотъемлемой частью современной стоматологии. Постановка имплантов необходима для упрощения изготовления конструкций, обеспечения оптимальных условий для благоприятного и длительного пользования протезом. Особенность дентальных имплантов (исключая эндодонто-эндооссальные), является их полупогруженное положение, при котором опорный элемент конструкции выступает в полость рта. Пребыванию имплантата в организме сопутствуют: постоянно существующее отверстие в эпителии; нахождение части импланта в одном из наиболее бактериально обсеменённых участков тела человека. В настоящее время хирургические и ортопедические этапы имплантации, а так же форма, материалы имплантов и связанных с ними конструкций протезов достаточно оптимизированы. Тем не менее, актуальными остаются проблемы снижения числа осложнений после операции имплантации и увеличения срока службы ортопедических конструкций на искусственных опорах. К одним из наиболее распространённых поздних осложнений дентальной имплантации относятся: воспаление слизистой оболочки, прилегающей к импланту – мукозит и одновременно воспаление мягкой и костной ткани вокруг импланта – переимплантит. М.Д. Перова, проанализировав состояние 223 различных дентальных имплантов, отметила, что деструктивные осложнения составляют 86% от общего количества неудач. В.П. Тлустенко в результате обследования 415 больных зарегистрировала 35,8% осложнений от общего числа инсталлированных имплантов, в их структуре переимплантиты составили 54,5%. А.И. Пылков (2000) при обследовании 615 пациентов, имеющих в полости рта ортопедические конструкции с опорой на имплантаты, установил, что частота встречаемости переимплантитов различной степени тяжести составляет до 46% случаев. Наиболее многочисленны две возрастные группы больных, пользующихся протезами на искусственных опорах: от 31-40 лет и от 41-50 лет. А.И. Пылков отмечает, что среди 40-49 летних, лиц с интактной импланто-эпителиальной зоной не выявлено. Выделяют несколько этиологических факторов, приводящих к развитию воспаления в тканях, окружающих имплантат: эндогенная и экзогенная инфекции; плохое качество кости, которая неспособна быть опорой для импланта; проблемы с мягкими тканями: недостаточность прикрепления их к импланту, слишком большая подвижность; большие окклюзионные перегрузки, в том числе из-за неправильной конструкции протеза, нарушение соединения протеза с супраструктурой. В современной имплантологии дискутируется вопрос о приоритете биомеханического и биологического подходов к профилактике поздних осложнений дентальной имплантации. М.Д. Перова, обобщая свой опыт лечения пациентов, приходит к выводу, что приоритетным должен быть биологический подход, так как понимание тканевых адаптационных механизмов к имплантированному стержню может помочь грамотно выполнить профилактические мероприятия и тем самым сохранить стерильность контактной зоны и кости. В настоящее время известно, что развитие воспаления по периметру имплантата имеет тот же патогенез, что и пародонтит. Патогенный потенциал микробного фактора реализуется в условиях сниженной резистентности и изменённой реактивности тканей, окружающих естественный зуб и/или имплант. А.И. Грудянов отмечает, что даже в норме шейки зубов и межзубные промежутки представляют собой места повышенной бактериальной обсеменённости. Наиболее уязвимые зоны слизистой оболочки полости рта – зубодесневые бороздки в норме обладают мощными механизмами, компенсирующими и нивелирующими действие патогенных факторов. В клинически здоровой десне из сосудов собственной пластинки через эпителий в просвет десневой борозды и в слюну с большой скоростью транспортируются электролиты, иммуноглобулины, компоненты комплимента, мигрируют около 30.000/мин нейтрофильных гранулоцитов. В связи со структурно-функциональными особенностями импланто-эпителиального прикрепления, оно более уязвимо к действию агрессивных факторов полости рта, чем зубодесневое соединение. В отличие от естественных зубов, имплант характеризуются отсутствием надёжной адгезии эпителия к шейке искусственной опоры посредством гемидесмосом. Формирование импланто-эпителиального контакта для получения резистентной десневой манжетки зависит от качества костно-имплантного соединения. Остеоинтеграция устанавливается через 6-8 месяцев после протезирования, а по данным зарубежных авторов – нестабильна в течение всего периода функционирования импланта. Самым уязвимым местом импланта является его шейка, так как из импланто-десневой бороздки нет миграции лейкоцитов, как из пародонтального кармана естественного зуба. Местный иммунитет слизистой оболочки переимплантатной области деформирован из-за удерживающейся в этом участке десны вазоконстрикции. В связи с этим усиливается влияние постоянно присутствующих микробных скоплений. А.И. Пылков доказал, что даже при интактной имплантоэпителиальной зоне наряду с резидентной микрофлорой встречаются пародонтопатогенные виды микроорганизмов. С.Г. Ванштейн ещё в 1989 году утверждал, что наличие в содержимом десневой борозды представителей данных микроорганизмов свидетельствует о состоянии «предболезни». В настоящее время проблема сохранения стабильности имплантоэпителиального соединения решается по нескольким направлениям: М.Д. Перова считает обоснованным переход от одноэтапных систем имплантата к двухэтапной методике дентальной имплантации. Суров пришел к выводу, что применение

серебряных покрытий на шейке импланта решит проблему инфицирования преимплантового кармана. А.И. Жусев указывает на необходимость высокой степени полировки трансгингивальной части импланта. Многими авторами подчёркивается необходимость динамического наблюдения за состоянием ложа импланта и своевременно в полном объёме проводить индивидуальные и профессиональные гигиенические мероприятия. Важность междисциплинарного подхода в дентальной имплантации, в частности участия врача-пародонтолога обусловлены наличием у большинства пациентов воспалительных заболеваний пародонта. Даже при идеальном выполнении всех этапов лечения, равновесие между имплантом и организмом остается неустойчивым и угроза отторжения импланта присутствует постоянно. Доказано, что с увеличением срока функционирования конструкций на искусственных опорах, в окружающей имплант слизистой оболочке усиливаются явления воспалительно-клеточной инфильтрации. Это связано с отсутствием адекватных механизмов защиты, особенностями микробного ландшафта импланто-десневой бороздки и не исключает высокой готовности к развитию мукозита и периимплантита. В связи с этим представляется особенно актуальным поиск и разработка новых методов профилактики поздних воспалительных осложнений дентальной имплантации.