

здравоохранения Российской Федерации необходимо пересмотреть эти нормы. Главным условием для проведения лицензирования является решение санитарно-гигиенических проблем.

При организации детского приема должны соблюдаться те же санитарные требования, что и для приема взрослых, но, помимо этого, необходимо, чтобы оснащение кабинетов, кроме стандартного стоматологического оборудования, включало дополнительные приспособления к зубохирургическому креслу, чтобы имелось достаточное количество инструментария, используемого на детском приеме, чтобы была комната гигиены полости рта, так как дети нуждаются в обучении гигиеническим навыкам, и именно у них в первую очередь необходимо вырабатывать мотивацию к гигиеническому уходу за зубами и полостью рта. Врач-стоматолог должен иметь соответствующие сертификаты и пройти обучение по детской стоматологии.

Поэтому для скорейшего внедрения принципа семейной медицины в стоматологии лицензирующим органам необходимо выработать единые требования, предъявляемые при экспертизе стоматологических учреждений во время их лицензирования на определенные виды деятельности, как по взрослому, так и детскому приему. Это тем более важно в связи с перспективой изменения организации первичной стоматологической помощи по принципу семейного врача.

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЭТАПЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

В.И. Пьянзин
ФУВ МОНИКИ

В настоящее время стоматология претерпевает важнейший, переломный момент своего развития. Научно-технический прогресс, информационный поток способствуют внедрению современных, высокотехнологичных методов лечения стоматологических заболеваний. Привлекательность рынка стоматологических услуг населению для ведущих фирм – производителей оборудования, инструментов, материалов (Siemens, Bego, ESPE, Degussa, Dentsply и др.) побуждает разрабатывать и внедрять новейшие лечебные технологии. Seriously модернизируется производство пломбировочных материалов, в том числе композитов светового отверждения 3-го поколения, эндодонтических инструментов для обработки корневых каналов, фарфоровых масс для изготовления цельнокерамических виниров, вкладок и коронок, металлических сплавов из хромокобальта, золота, титана для изготовления зубных протезов.

Совершенствуется оснащение стоматологических кабинетов, для которых созданы универсальные комплексы, обеспечивающие

эргономичные условия работы врача-стоматолога с ассистентом по методике “в четыре руки”. Все большее число кабинетов дополнительно оснащается лазерными аппаратами для обработки кариозных зубов, мобильными комплексами на основе фрезерных станков с числовым программным управлением в комплекте с внутриротовой микровидеокамерой и лазерным сканером для изготовления индивидуальных пломб-вкладок из фарфора (система CEREC-I-II-III фирмы Siemens) и внутрикостных имплантатов из титана (Re-Implant).

Все эти научные и технические возможности позволяют бурно развиваться определенным разделам стоматологической специальности и, в частности, кариесологии, эндодонтии, пародонтологии, имплантологии.

Однако развивающийся рынок стоматологических услуг, к сожалению, не приближает нас к решению важнейшей задачи – профилактике стоматологических заболеваний. В 1933 г. один из основателей стоматологии в России профессор П.Г. Дауге писал: «Вся постановка зубо врачевания с течением времени подвергнется коренному изменению. Сложные методы консервативного лечения, пломбировки, протезирования уступят первенство принципам профилактики, гигиены, научно разработанной, диеты и врач-стоматолог превратится в полноправного врача с широким общемедицинским, социальным и научным горизонтом».

Внедрение мер и средств профилактики стоматологических заболеваний в практику здравоохранения находит должное отражение в научно-исследовательской деятельности отечественных ученых-стоматологов. Профилактика стоматологических заболеваний является исключительно действенным, комплексным мероприятием по устранению и предупреждению заболеваний зубов, десен и слизистой оболочки полости рта. Важное место в этом комплексе занимает проведение санации полости рта, включающее качественное зубное протезирование.

Одним из современных эффективных методов стоматологического ортопедического лечения больных является дентальная имплантация. Развитие этой методики является результатом внедрения новейших конструкций внутрикостных титановых имплантатов, что позволило выделить раздел специальности ортопедической стоматологии – дентальную имплантологию. Научные работы последних десятилетий показали высокую эффективность и надежность ортопедической санации больных с дефектами зубных рядов и полным отсутствии зубов при применении эндоссальных имплантатов. Можно считать, что положительный результат лечения, определяемый, через 10-15 лет, проявляется у 75-95% пациентов.

Сравнительно небольшое число осложнений (до 5%), связано с неправильным определением показаний и противопоказаний к дентальной имплантации, неадекватной подготовкой и проведением хирургического этапа и около 10-20% – с нарушением условий

диспансеризации больных и невыполнением профилактических мероприятий.

На первом этапе формирования спроса населения на стоматологическую услугу с применением метода дентальной имплантации важное место занимает санитарно-просветительная работа, связанная, прежде всего, с деятельностью врача общей практики. Объективная информация о сущности методики, ее лечебно-профилактической значимости в полноценной реабилитации стоматологических больных, а также знание медицинских показаний и противопоказаний к дентальной имплантации, заключение об общем состоянии здоровья пациента, позволяющее проведение хирургического этапа лечения – вот неполный перечень услуг врача общей практики, предваряющих дентальную имплантацию. Еще большее значение имеет его участие в диспансеризации больных для контроля индивидуальной гигиены полости рта и уход за полостью рта с целью профилактики стоматологических заболеваний.

Сущность методики дентальной имплантации заключается в хирургическом введении титановых, винтовых или цилиндрических имплантатов в толщу костной ткани альвеолярного отростка челюстей для создания дополнительных опор для зубопротезных конструкций в ходе ортопедического этапа лечения больных. Помимо высокого лечебного эффекта функциональной реабилитации больных, достигается и профилактический эффект, заключающийся в предупреждении ранней атрофии альвеолярного отростка. Благодаря происходящему вокруг него процессу остеоинтеграции и формированию костного анкилоза, имплантат как бы служит арматурой, вокруг которой концентрируется и продолжительно сохраняется плотная структура костной ткани.

Первичная профилактика стоматологических заболеваний при дентальной имплантации заключается в клинически обоснованном определении показаний и противопоказаний к этому виду стоматологического лечения и направленной подготовке пациентов к хирургическому этапу.

Показания к дентальной имплантации подразделяются на местные и общие.

К местным относятся показаниям относятся отсутствие одного зуба, переднего (эстетический дефект), отсутствие боковых жевательных зубов (функциональный дефект) и полное отсутствие зубов (беззубый рот).

Общими показаниями являются невозможность или нежелание пациента пользоваться съемным зубным протезом, выраженный рвотный рефлекс и профессиональные требования (учителя, актеры, певцы, музыканты духовых инструментов).

Противопоказания к дентальной имплантации также подразделяются на местные и общие. Местными противопоказаниями являются несанированная полость рта с наличием очагов хронической

инфекции (пульпит, периодонтит, разрушенные корни зубов), воспалительно-дистрофические заболевания десен (пародонтит, пародонтоз), хронические заболевания слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, красный плоский лишай, пузырчатка). Общие противопоказания – тяжелые, декомпенсированные формы заболевания систем организма (сердечно-сосудистой, эндокринной, иммунной и др.), аллергические заболевания, кожные болезни (псориаз, красный плоский лишай), психические заболевания, алкоголизм и табакокурение, беременность и возраст пациента моложе 18 лет.

При подготовке к хирургическому лечению проводится дополнительное обследование пациента: назначаются общий анализ крови с лейкоцитарной формулой (тромбоциты, время свертываемости и длительность кровотечения), анализ на сахар крови, реакцию Вассермана (RW), на ВИЧ-инфекцию, антитела к гепатиту, снимается электрокардиограмма. Обязательно требуется заключение врача общей практики о состоянии здоровья пациента и возможности проведения ему оперативного вмешательства.

В предоперационном периоде пациентам с профилактической целью рекомендуется усиленный режим индивидуальной гигиены полости рта – чистка зубов и массаж десен пастами, содержащими антибактериальные препараты (хлоргексидин, триклозан), механическая очистка поверхности языка специальными стоматологическими скребками. Назначается прием антибиотиков – линкомицина или рулида (по 2 капсулы 3 раза в день за 1 день до и в течение 4 дней после нее), противоотечные и противоаллергические препараты (димедрол, диазолин, фенкарол, супрастин и др.) на ночь, успокаивающие, седативные средства (корень валерианы, реланиум, седуксен). При непереносимости антибиотиков назначаются нестероидные, противовоспалительные, гормональные средства.

Оперативный этап – внедрение эндоссального имплантата – проводится амбулаторно, под местной проводниковой или инфильтрационной анестезией в отделениях хирургической стоматологии специализированных поликлиник или ЦРБ.

Сложилось ошибочное представление, что дентальная имплантация ассоциируется только с хирургическим вмешательством. Однако в клиническом плане этот этап лечения является подготовительным к основному – ортопедическому этапу, при котором достигается цель комплексного лечения с применением дентальных имплантатов, а именно – восстановление жевательной функции и эстетических показателей зубочелюстной системы.

Вторичная профилактика стоматологических заболеваний после дентальной имплантации проводится на реабилитационном этапе – после завершения зубопротезных мероприятий.

Отсроченные осложнения, в течение 1 года после зубного протезирования с опорой на имплантатах, и поздние осложнения, наблюдаемые на протяжении разных сроков диспансерного

наблюдения, чаще всего связаны с местными факторами – образованием зубного налета и камня, развитием травматической окклюзии из-за функциональной перегрузки имплантатов. В результате действия этих этиологических факторов развиваются ранее неизвестные нозологические формы стоматологических заболеваний – мукозиты и периимплантиты. Эти заболевания – при отсутствии их профилактики – приводят к потере имплантатов и значительному нарушению зубочелюстной системы и ее функции.

В области шейки имплантата и окружающей ее слизистой оболочки нет эпителиального прикрепления, обеспечивающего барьерную функцию. Соединительнотканная капсула вокруг шейки имплантата включает фиброзные, коллагеновые волокна, имеющие различную ориентацию, что определяет ослабленную микроциркуляцию в области мягких тканей периимплантатной зоны и характер воспалительного процесса. Генерация защитных клеток фибробластов также снижена из-за нарушения коллагенового синтеза. Поскольку прикрепление эпителия и, в частности, гемидесмосом к поверхности титанового имплантата очень непрочны, необходимость тщательного контроля за образованием бактериального налета очевидна.

Под- и наддесневая колонизация микроорганизмов может развиваться после установки дентальных имплантатов. Вокруг отторгающихся имплантатов находится та же флора, которая является патогенетической при развитии заболеваний пародонта. Однако патогенная флора микробной бляшки вокруг имплантата обладает некоторой специфичностью и провоцирует воспалительные процессы, требующие особого патогенетического подхода в лечении. При получении профилей штаммов, которые приводят к воспалению в периимплантатной области, в 60% обнаруживаются анаэробные негативные микробы, причем часто встречаются *candida*, *pneumonia*, неклассические штаммы стафилококка (*S.aureus*). Титановая поверхность оголенного имплантата дополнительно окисляется и меняет химические реакции в области патологического десневого кармана, то есть поверхностные физико-химические процессы способствуют развитию именно этих штаммов. В области имплантатов спектр микробных штаммов более широк и специфичен, нежели при заболеваниях пародонта. Флора при пародонтитах и перимплантитах похожа, но имеется специфика, которую обеспечивает инородное тело, то есть собственно титановый имплантат. Неудачи имплантации больше вызывают увеличение обсемененности анаэробами и грамотрицательными кокками. Бактериальные резервуары полости рта, в том числе роговой эпителий языка, распространяются через слюнную жидкость и локализуются в десневой жидкости, окружающей имплантат. Бактериальное инфицирование может происходить на ранних (хирургическом) и поздних (ортопедическом) этапах имплантации.

Для профилактики ранних инфекционных осложнений необходимо

выполнять следующие требования: четкое исполнение хирургического протокола, предоперационная антибиотикотерапия (линкомицин, рокситромицин), полоскания полости рта (хлоргексидин, элюдрилл), обязательная обработка операционного поля, то есть кожных покровов лица в околоротовой области спиртовым раствором йода, а также обработка языка перекисью водорода и антисептическими растворами.

Поздние осложнения возникают при инфицировании, которое может сопровождать ортопедические манипуляции. Поэтому необходимо предупреждать их развитие соблюдением асептических условий: начинать ортопедический этап лечения только после прохождения фиксированных сроков приживления имплантатов, то есть через 4-6 месяцев после имплантации (более раннее начало ортопедического лечения может проводиться только под ответственность пациента); супраструктуры (условно-съемные коронки и мостовидные протезы) и внутреннюю, наддесневую часть имплантата (абатмены, эластичные и металлические втулки, ортопедические винты) при их отсоединении и контроле 1 раз в год следует особенно тщательно обрабатывать от микробов, в частности, подвергать ультразвуковой очистке с последующей дезинфекции; при размонтировке конструкции повторное использование формирователя десны недопустимо.

В реабилитационном периоде дентальной имплантации, то есть в сроки после окончания ортопедического лечения, как правило, следует проводить комплексные профилактические мероприятия, в которых принимают участие врачи различных специальностей и сам пациент. Эти мероприятия помогают предупредить развитие мукозита и периимплантита и включают в себя: санитарно-просветительную и общеоздоровительную работу (врач общей практики), индивидуальную, личную гигиену полости рта (пациент), профессиональную гигиену полости рта (зубной врач-гигиенист, врач-стоматолог), местное медикаментозное и хирургическое лечение, коррекция окклюзии (стоматолог-имплантолог), дополнительное физиотерапевтическое лечение с применением магнито- и лазеротерапии, электромиостимуляции жевательной мускулатуры и др. (врач-физиотерапевт).

Профессиональная гигиена полости рта у пациентов с зубными протезами, фиксированными на дентальных имплантатах, считается необходимым мероприятием для профилактики воспалительных процессов в области их шеек, так как скорость образования микробного налета на поверхности имплантатов и супраструктур значительно выше, чем на шейках естественных зубов. Современные системы дентальных имплантатов обеспечивают хороший доступ к открытым поверхностям, на которых может произойти колонизация бактерий. Удаление мягкого налета и твердых отложений (зубной камень) с этих поверхностей с помощью местных механических или антибактериальных методов позволяет обеспечивать здоровое состояние тканей. В обязанности

врача-стоматолога входит обучение пациента необходимым навыкам оральной гигиены, включая методы удаления существующего налета с помощью межзубных ершиков, зубных нитей и эффективных зубных щеток. Такая взаимодополняющая ответственность пациента за личную гигиену, а врача-стоматолога – за профессиональную гигиену полости рта – является самым важным условием профилактики. Исследования показали наличие прямой связи между плохой гигиеной полости рта и развитием мукозитов и периимплантитов. Пациенты, заболевания которых обусловлены плохим уходом за полостью рта, при обучении правилам и навыкам гигиены успешно предотвращали повторные рецидивы и обострения воспалительного процесса.

При мукозите, помимо местной противовоспалительной терапии, наложения лекарственных гелей и десневых повязок, с особой тщательностью проводится инструментальное снятие зубных отложений. При этом используются пластмассовые кюретки ультразвукового скаллера и, в виде исключения, – при твердом, сильно минерализованном налете, – металлические кюреты с обязательной полировкой обработанной поверхности имплантата или супраструктуры полировочной пастой средней зернистости на резиновом колпачке. В противном случае образование микротрещин и шероховатостей на поверхности обнаженной части имплантата, имеющей контакт с ротовой жидкостью, приведет к ускорению образования зубного налета и последующему периимплантатному воспалению.

При периимплантите проведение одних мер профессиональной гигиены полости рта недостаточно, требуется дополнительный курс антибиотикотерапии, а после купирования острого воспалительного процесса возможно проведение специальной методики направленной регенерации костной ткани с применением резорбируемых, защитных мембран и остеогенных материалов с добавлением «факторов роста».

Индивидуальные гигиенические мероприятия рекомендуется исполнять в следующей последовательности: ирригация полости рта водой, очищение контактных поверхностей естественных зубов флоссом, очищение шеек имплантатов, промывных участков мостовидных протезов, широких межзубных промежутков межпространственной щеткой, чистка зубов зубной щеткой с пастой, повторная ирригация полости рта водой, использование ополаскивателя для полости рта.

В настоящее время в имплантологии все шире применяются профилактические интрадентальные средства, включающие межпространственную зубную щетку (ершики) и межзубные нити (флоссы). Их применение предупреждает отложение зубного камня, обеспечивает массаж межзубного сосочка, стимуляцию периферического кровоснабжения. Ершик используется без зубной пасты, а промывается во время чистки в ополаскивателе. Чистка начинается с язычной стороны, затем движения повторяются со

щечной стороны, при этом щетка без давления, аккуратно прижимается к очищаемой поверхности.

Обычные зубные щетки должны быть средней жесткости, с искусственной и многоуровневой микроструктурной щетиной. Пациентам рекомендуется пользоваться противовоспалительными зубными пастами, содержащими антибактериальные препараты (хлоргексидин, триклозан), дополняя их действие аналогичными по составу ополаскивателями. Схема применения лечебных паст и ополаскивателей предполагает ежедневную, двухразовую чистку зубов в течение двух месяцев с последующей заменой на гигиеническую пасту.