

РОЛЬ ВРАЧА-ПАРОДОНТОЛОГА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИИМПЛАНТНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Бобкова И.Л., Зиновенко О.Г.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Минск, Беларусь

sovenokby@tut.by, olia.zinovenko@yandex.by

Существует необходимость тщательной подготовки пациента с ХГП в предоперационном и послеоперационном периоде с целью предотвращения осложнений, связанных с биопленкой. Цель исследования – оценить эффективность профилактики периимплантационного мукозита и периимплантита у пациентов с диагнозом ХГП. Объекты и методы. У 30 пациентов диагностирована ХГП, частичная вторичная адентия. Стоматологический статус пациентов оценивали до начала лечения пародонта, в конце курса, через 3, 6, 12 и 24 месяца после операции имплантации зубов. Результаты. Оценка состояния периимплантатных тканей показала, что кровотечение сразу после зондирования было обнаружено только в 20% случаев. Глубина зондирования вокруг имплантата составила 2,7 мм. Подвижность имплантатов отсутствовала в 100% случаев. Заключение. Тщательная подготовка пародонта, а также регулярная поддерживающая терапия позволили добиться успеха в имплантации зубов у 80% пациентов в течение 24 месяцев наблюдения. Более того, в 20% случаев наблюдался обратимый процесс воспаления слизистой оболочки без прогрессирующей потери костной ткани.

Ключевые слова: *хронический генерализованный пародонтит; дентальная имплантация; периимплантационные поражения; пробиотик; лазер.*

THE ROLE OF THE PERIODONTIST IN THE PREVENTION OF PERI- IMPLANT LESIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

Bobkova I.L., Zinovenko O.G.

Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education

Minsk, Belarus

There is a need for careful preparation of the patient with CGP in the preoperative and postoperative period in order to prevent complications associated with biofilm. The aim of the study is to evaluate the effectiveness of prevention of periimplant mucositis and periimplantitis in patients diagnosed with CGP. Objects and methods. 30 patients diagnosed with CGP, partial secondary adentia. The dental status of patients was assessed before the start of periodontal treatment, at the end of the course, 3, 6, 12 and 24 months after the dental implantation operation. Results. Assessment of the state of periimplant tissues showed that bleeding immediately after probing was detected only in 20% of cases. The probing depth around the implant was 2.7 mm. Implant mobility was absent in 100% of cases. Conclusion. Careful periodontal preparation, as well as regular supportive therapy, made it possible to achieve dental implantation success in 80% of patients within 24 months of follow-

up. Moreover, in 20% of cases, there was a reversible process of inflammation of the mucous membrane without progressive loss of bone tissue.

Keywords: *chronic generalized periodontitis; dental implantation, peri-implant lesions; probiotic; laser.*

Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) занимает второе место среди причин, приводящих к потере зубов у взрослых, а для людей старше 40 лет становится основной причиной потери зубов [1, 2]. Заболевания пародонта являются относительным противопоказанием для установки имплантатов, поскольку в данной клинической ситуации выживаемость имплантатов значительно снижается в связи с высокой обсемененностью пародонтопатогенной микрофлорой. Существует необходимость тщательной подготовки пациента с ХГП в предоперационном периоде, и последующей диспансеризации с установленной кратностью визитов с целью предотвращения осложнений, связанных с биопленкой.

Целью исследования является оценка эффективности профилактики периимплантного мукозита и периимплантита у пациентов с диагнозом «хронический генерализованный пародонтит».

Объекты и методы. Было принято решение о возможности проведения операции дентальной имплантации с целью замещения дефектов зубных рядов у 30 пациентов с диагнозом «ХГП, частичная вторичная адентия». Стоматологический статус пациентов оценивали до начала пародонтологического лечения, по окончании курса, спустя 3, 6, 12 и 24 месяца после проведения операции дентальной имплантации. Использованы индексы интенсивности кариеса КПУ, гигиены ОНI-S (Green-Vermillion, 1964) и PLI (Loe, Silness, 1964), индекса воспаления десны GI (Loe, Silness, 1963), состояние тканей пародонта определяли путем расчета индексов КПИ (П.А.Леус, 1988), CRITN (Ainamo et al., 1982), индекса подвижности зубов по Д.А.Энтину (1953). Оценивалась кровоточивость тканей вокруг имплантата, глубина зондирования и подвижность. Всем пациентам была проведена конусно-лучевая компьютерная томография. Для протезирования у всех пациентов использовались имплантаты с отсроченной нагрузкой.

Комплекс мероприятий включал мотивацию, обучение индивидуальной гигиене полости рта, проведение контролируемых чисток зубов, подбор индивидуальных средств и методов гигиены, профессиональную гигиену, устранение суперконтактов, временное шинирование зубов и антибиотикотерапию по показаниям. Затем проводили инстилляции в пародонтальные карманы лекарственного средства на основе антагонистически активного штамма лактобактерий (*Lactobacillus acidophilus* Ke-10) с содержанием *L. acidophilus* 10^6 КОЕ/мл (УП «Диалек», Беларусь). Лекарственное средство вносили по 3 раза в каждый пародонтальный карман инсулиновым шприцем с канюлей с экспозицией 5 мин. В качестве источника лазерного излучения использовали аппарат «Вектор-03» (УП «Азгар», Беларусь). Методика облучения: контактная, стабильная. Физические параметры: низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) в красном диапазоне спектра, мощность 5 мВт, ППМ ~ 15 мВт/см², экспозиция 40 с, доза

облучения 0,6 Дж/см² на одно поле. Облучение проводили с вестибулярной поверхности в области основания каждого десневого сосочка. Курс лечения – 10 сеансов [3].

Результаты. До начала лечения состояние гигиены по данным индекса Грина-Вермиллиона оценивалось как неудовлетворительное (1,93(0,68)). По окончании курса пародонтологического лечения гигиена оценивалась как хорошая (0,49(0,24)).

Состояние десны до начала лечения расценивалось как воспаление средней степени тяжести GI 1,7(0,36). По окончании курса лечения показатель индекса GI составил 1,1(0,29).

До начала пародонтологического лечения здоровых секстантов (критерий «0» по индексу CRITN) фактически не выявлено (0,2(0,4)). Количество секстантов с кодом «1» составляло 0,78(0,46), секстантов с глубокими пародонтальными карманами 0,66(0,15). По окончании курса количество здоровых секстантов значительно возросло за счет секстантов с кодом «1» и достигло 0,66(0,48).

До начала лечения подвижность зубов по индексу подвижности Д.А.Энтина значительно не различалась и составляла 2(0,6). По окончании курса лечения подвижность зубов по Д.А.Энтину достоверно снизилась 1,1(0,3).

Значимое улучшение показателей индексов стоматологического статуса, а также появление и устойчивое закрепление у пациентов навыков индивидуальной гигиены позволило принять решение о проведении операции дентальной имплантации.

Первый визит к пародонтологу был назначен каждому пациенту через 3 месяца после проведения операции дентальной имплантации. Кратность последующих визитов на протяжении первого года после операции-каждые 3 месяца, затем в зависимости от течения пародонтита перерыв составлял от 3 до 6 месяцев.

В первое посещение после установки имплантата оценивали стоматологический статус, зондирование вокруг имплантата не проводили до полной его интеграции. В каждое последующее посещение проводили мотивацию пациента к самостоятельному гигиеническому уходу, при необходимости корректировали набор средств индивидуальной гигиены. Проводили профессиональную гигиену, дифференцированно подбирая средства и методы, исходя из конкретной клинической ситуации. При необходимости корректировали шинирующие конструкции. После окончательной интеграции проводили зондирование вокруг имплантата для определения глубины зондирования и кровоточивости, а также пальпацию для выявления патологической подвижности.

Окончательная оценка отдаленных результатов профилактики периимплантных поражений проводилась через 24 месяца после операции дентальной имплантации.

У 22 пациентов (73%) по данным индекса Грина-Вермиллиона гигиена оценивалась как хорошая (0,6(0,26)), в 27% случаев удовлетворительная (1,44(0,22)). Состояние десны у 100% обследованных расценивалось как воспаление средней степени тяжести (1,3(0,35)). Количество здоровых

секстантов (критерий «0» по индексу CPITN) значительно возросло до 0,56(0,5), количество секстантов с кодом «1» также значительно уменьшилось до 0,5(0,54). Отсутствовал значимый прирост количества секстантов с глубокими пародонтальными карманами (0,69(0,17)). Подвижность зубов по индексу подвижности Д.А.Энтина составила 1,14(0,35).

Оценка состояния периимплантных тканей показала, что кровоточивость сразу после зондирования определялась в 6 случаях (20%). При этом наблюдалась прямая зависимость между уровнем гигиены и степенью кровоточивости десны. Глубина зондирования вокруг имплантата составила 2,7(0,34) мм. Подвижность имплантата отсутствовала в 100% случаев. Анализ КЛКТ показал, что уровень костной ткани вокруг всех установленных имплантатов (n=30) не снизился более чем на 1,2 мм за 24 месяца наблюдений.

Таким образом, тщательная пародонтологическая подготовка, а также регулярная поддерживающая терапия позволили достичь успеха дентальной имплантации у 80% пациентов в сроки наблюдения 24 месяца. При этом в 20% случаев имел место обратимый процесс воспаления слизистой оболочки без прогрессирующей утраты костной ткани.

Список литературы

1. Акулович А.В. Патология пародонта. Часть II. Диагностика заболеваний пародонта // Мир медицины. - 1999. - №5-6.
2. Грудянов А.И. Применение пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / А.И. Грудянов, Н.А. Дмитриева, Е.В. Фоменко. – М.: Мед.информ. агентство, 2006. – 112 с.
3. Метод сочетанного лечения хронического генерализованного пародонтита (периодонтита) у пациентов с общесоматической патологией: инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 05.12.2013 / И. Г. Чухрай, Е. И. Марченко, И. Л. Бобкова, Л. Е. Батай, Н. В. Дудко. – Минск: БелМАПО, 2013. – 5 с.