

ВЛИЯНИЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ПРИВОДЯЩИХ К ЧАСТИЧНОЙ ВТОРИЧНОЙ АДЕНТИИ, НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

И.О. Походенько-Чудакова, И.К. Луцкая, Т.Л. Шевела, О.Г. Зиновенко, Т.А. Запашник

*Белорусский государственный медицинский университет;
Белорусская медицинская академия последипломного образования*

На процессы остеоинтеграции кроме таких факторов, как иммунный статус организма и особенности гомеостаза полости рта, влияет этиология развития частичной вторичной адентии и топография дефекта зубного ряда [8]. Качество соединения имплантат – костная ткань зависит от проведения клинического протокола операции, дизайна имплантата и структуры костной ткани. При непосредственной дентальной имплантации отдельное внимание следует уделить роли микроорганизмов и локальному микробиологическому состоянию сегмента, где проводится оперативное вмешательство. В 1991 г. коллектив исследователей подчеркнул значительную роль микроорганизмов в развитии периодонтита, формировании периодонтального кармана, деструкции соединительной ткани и резорбции альвеолярной кости [5]. Известно, что у пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта при прочих равных условиях резорбция кости после имплантации происходит в 2 раза интенсивнее, чем у пациента с хорошей гигиеной полости рта [11, 12]. Причиной утраты зубов может быть как апикальный, так и маргинальный периодонтит. Роль микроорганизмов при указанных заболеваниях доказана в трудах отечественных и зарубежных ученых [1, 3, 4, 7]. Однако до настоящего времени не уделяется должного внимания исследованию микробиологического состава лунках удаленных зубов перед операцией непосредственной дентальной имплантацией как одному из важнейших этиологических факторов развития послеоперационных воспалительных осложнений.

Ткани, окружающие имплантат, демонстрируют некоторое сходство с периодонтом естественного зуба. Разница состоит в том, что коллагеновые волокна не прикреплены к имплантату и идут параллельно его поверхности, а не перпендикулярно, как от кости к цементу. Buser D. и соавт. (1990) указывают, что увеличение подвижности, повышение рентген-прозрачности, а также глубина зондирования в области имплантата более 6 мм, обусловлены воздействием периодонтальных патогенов [10]. На современном этапе значительную поддержку получила концепция, что бактериальный налет является первичным этиологическим фактором, как в патогенезе периодонтита, так и периимплантита [2].

Удаление несостоятельных зубов или их корней по поводу апикального или маргинального периодонтита не гарантирует санацию этиологического фактора причинных микроорганизмов в полости рта пациента, поэтому необходимо учитывать их наличие на этапе планирования непосредственной дентальной имплантации. Следует отметить, что к преимуществам непосредственной дентальной имплантации относятся: сокращение общих сроков лечения, меньшее число посещений, профилактика атрофии альвеолярного отростка (после удаления зуба ширина альвеолярного отростка в течение года уменьшается на 25%) [6].

Цель работы — исследование влияния этиологических факторов развития частичной вторичной адентии на частоту послеоперационных воспалительных осложнений при непосредственной дентальной имплантации.

Материал и методы. Наблюдалось 56 пациентов с наличием одиночных дефектов зубных рядов. Пациентам проводилась операция дентальная имплантация с удалением «причинного» зуба и непосредственной установкой двухэтапного дентального имплантата. В зависимости от этиологических факторов развития частичной вторичной адентии пациенты были поделены на 2 группы. В группу 1 были включены 29 пациентов, у которых удаление зуба проводилось вследствие осложнений кариозного процесса. В группу 2 были включены лица, у которых зуб удалялся вследствие заболевания маргинального периодонта. Она насчитывала 27 человек.

Всем пациентам устанавливались имплантаты одной серии и одного производителя — MIS (Израиль). Формирование костного ложа осуществляли при помощи одноразовых финишных фрез. Различия заключались только в размерах имплантатов.

Операции удаления «причинного» зуба и непосредственной дентальной имплантации выполнялись с обязательным соблюдением следующих требований. Удаление зуба должно быть максимально атравматичным, без повреждения краев лунки. Установка дентального имплантата проводится непосредственно в лунку удаленного зуба. Для достижения конгруэнтности поверхности лунки и имплантата осуществляют частичное формирование костного ложа соответствующими финишными фрезами из имплантационного набора. Для заполнения пространства, образовавшегося между стенкой лунки и имплантатом, используют остеопластические материалы «Остеопласт-К» или «Остеопласт-М», предварительно смоченные в подогретом 0,9%-м физиологическом растворе. Послеоперационное лечение включает стандартный комплекс с применением противомикробных лекарственных средств. Все указанные пациенты наблюдались в течение 14-ти сут после удаления зуба и непосредственной дентальной имплантации, что соответствует раннему послеоперационному периоду и временному отрезку, течение которого во многом определяется полноценность процессов остеоинтеграции дентального имплантата [9].

Результаты и их обсуждение. Результаты клинического обследования пациентов указывают на отсутствие развития ранних воспалительных осложнений в прилежащих к имплантату тканях пациентов 1-й группы. У 27 пациентов 2-й группы, которым непосредственная дентальная имплантация проводилась после удаления зуба по причине маргинального периодонтита, наблюдались ощущения дискомфорта в зоне локализации дентального имплантата у 18 пациентов, что составило 67%. У 10 пациентов (37%) были отмечены боль в области послеоперационной раны. Гиперемия и цианоз слизистой оболочки с образованием свищевого хода с небольшим количеством серозного или серозно-гнояного отделяемого констатировали 7 пациентов (25%). Наличие импланто-десневого кармана глубиной более 3 мм определяли у 3 человек (11%).

Заключение. Сравнительная оценка числа ранних послеоперационных воспалительных осложнений позволяет сделать вывод, что непосредственная дентальная имплантация, проводимая на месте зуба, удаленного вследствие кариозного процесса, характеризуется меньшим числом послеоперационных осложнений, чем при удалении зуба вследствие маргинального периодонтита. С нашей точки зрения, наиболее благоприятным условием для непосредственной дентальной имплантации являются утрата зуба по причине не связанной с патологией маргинального периодонтита.

INFLUENCE OF ETIOLOGICAL FACTORS CAUSING PARTIAL SECONDARY ADENTIA ON NUMBER OF POSTOPERATIVE INFLAMMATORY COMPLICATIONS IN DIRECT DENTAL IMPLANTATION

I.O. Pohodenko-Chudakova, I.K. Lutskaya, T.L. Shevela, O.G. Zinovenko, T.A. Zapashnik

The purpose of the work is to investigate the influence of etiological factors in the development of partial secondary adentia on the number of postoperative inflammatory complications in the immediate dental implantation. We examined 56 patients. Group 1 consisted of 29 patients whose extraction is carried out due to complications of caries. Group 2 consisted of 27 persons who have a tooth removal due to the illness of marginal periodontitis. The examination was performed within 14 days after the operation. The results allow concluding that the immediate dental implantation carried out at the place of the tooth removed due to caries process is characterized by a smaller number of postoperative complications than removal of the tooth due to marginal periodontitis.

Литература

1. Артюшкевич, А.С. Заболевания периодонта / А.С. Артюшкевич. — М.: Мед. лит., 2006. — 328 с.
2. Головина, Е.С. Профилактика воспалительных процессов в тканях периимплантатной зоны / Е.С. Головина, Е.А. Кривошей, М.А. Плотникова // Экран муниципального здравоохранения. — Самара: ГОУ ВПО СМГУ, 2009. — С. 99–100.
3. Дедова, Л.Н. Диагностика болезней периодонта: учеб.-метод. пособие / Л.Н. Дедова. — Минск: БГМУ, 2004. — 70 с.
4. Метаболизм костной ткани периферического скелета и пародонта при хронической интоксикации низкими дозами дихлорэтана и эффективность действия антиоксидантного витаминного препарата / Т.И. Ганеев [и др.] // Мед. наука и образование Урала. — 2010. — Т. 11, № 4 (64). — С. 45–49.
5. Миш, К.Е. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные импланты / К.Е. Миш. — М., 2010. — 615 с.
6. Наумович, С.А. Ортопедическое лечение включенных дефектов зубного ряда адгезивными мостовидными протезами / С.А. Наумович, А.С. Борунов, И.В. Кайдов // Современная стоматология. — 2006. — № 2. — С. 34–38.
7. Нургалиев, Ш.М. Роль микробных ассоциаций в этиологии пародонтита / Ш.М. Нургалиев, А.Б. Сызыкова // Сб. науч. тр. Алма-Атинского ГМИ. — Алма-Аты: Изд-во АГМИ, 1997. — С. 22–30.
8. Походенько-Чудакова, И.О. Оценка остеоинтеграции в системе челюсть – дентальный имплантат на основании уровня содержания молекулярного фосфора и микрокристаллизации ротовой жидкости / И.О. Походенько-Чудакова, Т.Л. Шевела // Материалы I междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию со дня создания каф. мед. биологии и генетики

Урал. гос. мед. акад. «Достижения, инновационные направления, перспективы развития и проблемы современной медицинской науки, генетики и биотехнологий», 31 марта 2011 г. — Екатеринбург: Типография для Вас; Буки-Веди, 2011. — С. 212–214.

9. Шевела, Т.Л. Клинико-лабораторные характеристики остеоинтеграции при дентальной имплантации и влияние на них рефлексотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Т.Л. Шевела; БГМУ. — Минск, 2013. — 23 с.

10. Baser, D. Regeneration and enlargement of jaw bone using guided tissue regeneration / D. Buser[et al.] // Clin. Oral. Implants Res. — 1990. — Vol. 1. — P. 22–32.

11. Lerner, U.H. Bone remodeling in post-menopausal osteoporosis / U.H. Lerner // J.D.R. — 2006. — Vol. 85. — P. 584–595.

12. Lindquist, L.W. Bone resorption around fixtures in edentulous patients treated with mandibular fixed tissue-integrated prostheses / L.W. Lindquist, B. Rockler, G.E. Carlsson // J. Prosthet. Dent. — 1988. — Vol. 59, № 1. — P. 59–63.