

Значение клинических методов диагностики ранних воспалительных изменений, развивающихся в ткани периимплантатной зоны у соматических больных

Г. Г. Ашуров, д.м.н., проф., зав. кафедрой¹

Г. Э. Муллоджанов, д.м.н., директор²

А. А. Исмоилов, д.м.н., доцент кафедры¹

И. С. Амхадов, аспирант кафедры³

З. Р. Музаева, аспирант кафедры³

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», г. Душанбе, Республика Таджикистан

²Стоматологическая клиника Smile, г. Душанбе, Республика Таджикистан

³Кафедра хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского», г. Москва

Importance of clinical methods of diagnostics of early inflammatory changes developing in tissue of periimplantate zone beside somatic patients

G. G. Ashurov, G. E. Mullodzhanov, A. A. Ismoilov, I. S. Amkhadov, Z. R. Muzaeva

Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan, Clinical Dentistry 'Smile', Dushanbe, Tajikistan; Moscow Regional Research Clinical Institute n.a. M.F. Vladimirovsky, Moscow, Russia

Резюме

Ранняя диагностика воспалительных изменений в мягких тканях, окружающих внутрикостные дентальные имплантаты при неблагоприятном соматическом фоне, способствует своевременному проведению необходимых гигиенических и лечебных мероприятий имплантологического характера, основной задачей которых является предупреждение дальнейшего распространения воспалительного процесса в подлежащую костную ткань, от состояния которой зависит не только срок функционирования самих имплантатов, но и установленных на них протезных конструкций.

Ключевые слова: воспаление, околоимплантатная зона, гигиена полости рта, периимплантит, мукозит, протезная конструкция.

Summary

Early diagnostics of the inflammatory changes in soft tissue of surrounding innerbone dental implants under disadvantage somatic background, promotes well-timed undertaking necessary hygienic and medical action of implantological nature, which the primary task is a warning the further spreading the inflammatory process in subjecting to bone fabrics, from condition which depends not only period of the operation implant's themselves, but also installed on them prosthetic design.

Key words: inflammation, nearimplant zone, hygiene of oral cavity, periimplantitis, mucositis, prosthetic design.

Введение

С внедрением в стоматологическую практику метода дентальной имплантации появилась возможность расширить показания к применению несъемных протезов. Спектр возможностей применения дентальных имплантатов весьма широкий: от замещения одного зуба до реабилитации пациентов с полной потерей зубов [3, 4, 5]. Благоприятный прогноз протезирования с применением естественных опор и дентальных имплантатов зависит не только от разнообразия дефектов зубных рядов и их сочетаний, но и от особенностей прикуса, состояния пародонта, качества эндодонтического лечения опорных зубов и гигиенического состояния полости рта [1, 2].

Несмотря на большое количество исследований, посвященных про-

блеме применения зубных протезов с опорой на дентальные имплантаты [6, 7], клинические аспекты диагностики ранних воспалительных изменений, развивающихся в ткани периимплантатной зоны у соматических больных, остаются в определенной степени неизученным.

Перечисленные аспекты обосновывают разработку дифференцированных подходов к ранней диагностике воспалительных изменений в мягких тканях, окружающих внутрикостные дентальные имплантаты при неблагоприятном соматическом фоне и способствуют своевременному проведению необходимых гигиенических и лечебных мероприятий имплантологического характера для предупреждения соответствующих осложнений.

Цель исследования

Обосновать результативность лечебно-профилактического алгоритма ранней диагностики периимплантатного мукозита и дентально-периимплантита у соматических больных.

Материал и методы исследования

Клиническое обследование соматических больных с имплантационными протезами включало изучение гигиенического состояния полости рта и состояния околоимплантатных мягких тканей. Объективизацию проводили на основании визуального осмотра и инструментального исследования. Для оценки гигиенического состояния полости рта применяли метод Силнесса-Лое, для оценки состояния и степени вос-

паления десны периимплантатной области — метод Мюлеманна, для оценки значений индексов налета и кровоточивости эпителиального покрова периимплантатной десны использовали оценочную шкалу от 0 до 3 баллов.

Результаты

В начальный срок наблюдения у соматических больных в области подсаженных имплантатов при клиническом исследовании было выявлено различное состояние слизистой оболочки десны периимплантатной зоны, что явилось основанием для разделения пациентов на две группы: I группа — пациенты без воспалительных изменений в слизистой оболочке периимплантатной десны (33,3%); II группа — пациенты, у которых были выявлены воспалительные изменения в слизистой оболочке периимплантатной десны (66,7%) (рис. 1).

В зависимости от степени выраженности воспалительных изменений в периимплантатной зоне пациенты II группы были разделены на две подгруппы: первая подгруппа — пациенты со слабо выраженными воспалительными изменениями в области ранее установленных имплантатов (45%); вторая подгруппа — пациенты с умеренно выраженными воспалительными изменениями в периимплантатной десны (35%).

Изучение гигиенического состояния полости рта пациентов I и II групп выявило различный уровень гигиенического ухода на этапах динамического наблюдения. В срок наблюдения две недели в I группе хорошее гигиеническое состояние (ИН = 0,0–0,6) было определено у 62,5% соматических больных, удовлетворительное (ИН = 0,7–1,6) — у 37,5%. В первой подгруппе II группы соматических больных (со слабо выраженными воспалительными изменениями) хороший и удовлетворительный уровни гигиенического ухода были определены у одинакового числа обследованных (50%). Во второй подгруппе II группы (с умеренно выраженными воспалительными изменениями) в 100%



Рисунок 1. Распределение соматических больных в зависимости от клинического состояния периимплантатной зоны.

случаев было выявлено удовлетворительное гигиеническое состояние (ИН = 0,7–1,6).

Изучение гигиенического состояния периимплантатных зон выявило различный уровень мотивации к рациональному гигиеническому уходу за областью имплантации у пациентов I и II групп наблюдения. Так, в начальный срок наблюдения в I группе на основании низких значений индекса налета (0, 1) в области 90,0% исследуемых имплантатов были выявлены хороший и удовлетворительный уровни гигиенического ухода. В двух подгруппах II группы в области 27,5% исследуемых имплантатов был определен удовлетворительный уровень гигиены, в области 37,5% — неудовлетворительный (2, 3), что свидетельствовало о бактериальном загрязнении в области большинства имплантатов. Полученные данные позволяют утверждать, что во II группе соматических

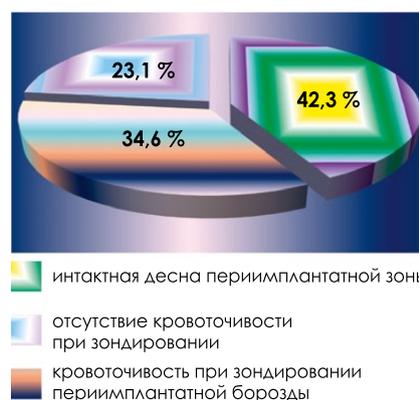


Рисунок 2. Индексная оценка состояния тканей эпителиального покрова периимплантатной зоны у соматических больных первой подгруппы.

больных с имплантационными протезами инициирующим фактором развития ранних воспалительных осложнений в околоимплантатных мягких тканях являлось скопление мягкого налета в области формирователей десны.

Проведение врачебного инструктажа, профессиональных гигиенических и лечебных мероприятий имплантологического характера у соматических больных способствовали улучшению состояния гигиены в области имплантатов. Повышение уровня гигиенического ухода у пациентов обеих групп определяли на основании снижения оценочных значений индекса налета периимплантатной зоны в разные сроки наблюдения: в I группе — 1 месяц, в первой подгруппе II группы — 3 месяца, во второй подгруппе II группы — 1 месяц. Через 12 месяцев наблюдения хорошее состояние гигиены было выявлено в I группе в области 95,0% имплантатов, в первой и второй подгруппах II группы в области 88,6 и 72,3% имплантатов соответственно.

В начальный срок наблюдения (две недели) у пациентов обеих групп в области формирователей десны при визуальном осмотре и клиническом исследовании (проведение зондовой пробы) было выявлено различное состояние слизистой оболочки околоимплантатной десны. Так, у больных I группы слизистая оболочка периимплантатной десны бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, свободная десна плотно прилегала к поверхности формирователя на всем протяжении, контуры десневого края в зоне установленного имплантата были ровные и четкие, при зондировании периимплантатной зоны отмечали устойчивое сопротивление эпителиального прикрепления. Низкие значения индекса кровоточивости периимплантатной десны (ИК = 0, 1) были определены в области 80,8 и 19,2% функционирующих имплантатов соответственно.

У соматических больных первой подгруппы II группы слизистая оболочка околоимплантатной десны была слабо гиперемирована, пастоз-

на, локально отмечали сглаженность маргинальной десны периимплантатного участка. При проведении зондовой пробы были получены оценки 0, 1, 2 ИК в области 42,3; 34,6; 23,1 % имплантатов соответственно (рис. 2).

Во второй подгруппе II группы у лиц с соматической патологией отмечали умеренную или резко выраженную гиперемию и отечность слизистой оболочки десны имплантационного участка, незначительно выраженную или произвольную кровоточивость периимплантатной десны, контуры десневого края в имплантационной зоне были сглажены, плотно прилегания эпителиального покрова десны к поверхности формирователя в зоне имплантации не наблюдали. Значения 1, 2 и 3 индекса кровоточивости периимплантатного участка десны были определены в области 14,3; 21,4 и 64,3 % имплантатов соответственно (рис. 3).

При клиническом исследовании во II группе соматических больных с имплантационными протезами на основании высоких значений 2 и 3 индекса кровоточивости периимплантатной десны в области 45,6 % из общего количества исследуемых имплантатов были выявлены ранние воспалительные изменения в слизистой оболочке десны. В исследуемой группе в области 70,3 % исследуемых имплантатов были определены низкие значения (0 и 1) индекса кровоточивости периимплантатной десны.

В I группе и двух подгруппах II группы соматических больных была определена тенденция к снижению значений 1, 2 и 3 индекса кровоточивости Мюлеманна в области имплантатов в разные сроки наблюдения: в I группе — 1 месяц, в первой подгруппе II группы — 1 месяц, во второй подгруппе II группы — 3 месяца. Следует отметить, что положительная динамика значений индексов сохранялась к 12 месяцам наблюдения при строгом соблюдении пациентами режима контрольных осмотров и свидетельствовала о снижении активности воспаления в периимплантатной зоне.



Рисунок 3. Индексная оценка состояния тканей эпителиального покрова периимплантатной зоны у соматических больных второй подгруппы.

В связи с тем что у соматических больных с дентальными имплантатами в период функционирования ортопедических конструкций при несоблюдении правил рационального гигиенического ухода повышается риск развития воспалительных осложнений, мониторинг процесса реабилитации мягких тканей околоимплантатной зоны и оценку результатов ортопедического лечения проводили с учетом индивидуальных клинических показателей. Пациентам I группы рекомендовали поддерживать необходимый уровень гигиенического ухода за полостью рта, имплантатами, супраконструкционными элементами несъемных имплантационных протезов и проводить диспансерные наблюдения раз в шесть месяцев, пациентам II группы — раз в три месяца.

Определение срока начала имплантационного протезирования у соматических больных устанавливали по индивидуальным клиническим показателям, значения которых соответствовали норме. Эти данные имели большое практическое значение для соматических больных, так как позволяли объективно определить их индивидуальную готовность к имплантационному протезированию. В связи с проведением гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий начало ортопедического лечения пациентов первой подгруппы II группы было отложено на неделю, второй подгруппы II группы — на две с половиной недели.

Заключение

Основными задачами терапевтического лечения периимплантитов у соматических больных являются полное устранение воспалительного процесса в околоимплантатных мягких тканях, сокращение сроков лечения пациентов, создание асептических условий вокруг имплантата для предупреждения дальнейшего распространения патологического процесса в глублежащие костные структуры.

Список литературы

1. Алимский А. В., Курбанов Р. Р. Оценка мотивации населения к ортопедическому лечению на основе метода дентальной имплантации // MAESTRO. 2012. № 2. С. 83–85.
2. Арутюнов С. Д., Лебедево И. Ю., Перевезенцева А. А. Оптимизация протезирования при комбинации временной и двухэтапной дентальной имплантации // Стоматология. 2013. № 3. С. 21–24.
3. Грюндер У., Венц Б., Шупбах П. Направленная костная регенерация в области имплантатов в эстетически значимой зоне // J Periodontics Restorative Dent. 2011. Vol. 31. P. 613–620.
4. Лосев Ф. Ф., Бондаренко Н. А., Кирсанов А. В. Принципы одномоментной имплантации // Стоматология. 2013. № 3. С. 77–79.
5. Никольский В. Ю., Разумный В. А. Основные варианты дентальной имплантации и оценка состояния остеоинтеграции у больных с полным отсутствием зубов. Стоматология. 2013. № 3. С. 100–104.
6. Smith D. E., Zarb G. A. Criteria for success for osseointegrated endosseous implants // J Prosthet Dent. 2012. Vol. 62. P. 567–572.
7. Turkyilmaz I., McGlumphy E. A. Influence of bone density of implant stability parameters and implant success: a retrospective clinical study // Int J Oral Maxillofac Implants. 2013. Vol. 23, N 1. P. 111–116.

Для цитирования. Ашуров Г. Г., Муллоджанов Г. Э., Исмоилов А. А., Амхадов И. С., Музаева З. Р. Значение клинических методов диагностики ранних воспалительных изменений, развивающихся в ткани периимплантатной зоны у соматических больных // Медицинский алфавит. Серия «Стоматология». — 2019. — Т. 2. — 11 (386). — С. 15–17.