

**ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ И ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

**Искакова М.К., Жартыбаев Р.Н., Тлеубаев А.К., Муродова Н.У.,  
Курача К.М., Дильбарханов Б.П.**

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова  
г. Алматы, Казахстан

**Резюме.** Определена индивидуальная лечебная тактика к пациентам с патологией пародонта и подготовка их к хирургическому протезированию, т.е. дентальной имплантации. При выборе терапевтического и хирургического метода лечения были учтены особенности течения заболевания, особенности стоматологического и соматического статуса пациентов.

**Ключевые слова:** пародонтит, дентальная имплантация, тактика, проблемы, задачи, решения.

**КЕЦИРИ ЖАЙЫЛГАН ПАРОДОНТИТ ЖАНА ДЕНТАЛДЫК ИМПЛАНТАЦИЯЛООНУН  
МАСЕЛЕЛЕРИ ЖАНА ЧЕЧҮҮНҮН ЖОЛДОРУ**

**Искакова М.К., Жартыбаев Р.Н., Тлеубаев А.К., Муродова Н.У.,  
Курача К.М., Дилбарханов Б.П.**

С.Д. Асфендияров атындағы Казак улуттук медицина университети  
Алматы ш., Казакстан

**Корутунду.** Пародонтит өнөкөт оорусун дарылоонун жана хирургиялык протездөөгө, б.а. денталдык имплантациялоого даярдоонун ар бир адамдын өзүнө гана ыңгайлуу жолдорун иштеп чыгуу керек экендеги аныкталган. Терапиялык жана хирургиялык дарылоонун методун тандоодо оорунун өзгөлүктөрү, стоматологиялык жана соматикалык статусун эсепке алуу керек.

**Негизги сөздөр:** пародонтит, денталдык имплантациялоо, метод, маселелер, чечүүнүн жолдору.

**GENERALIZED PERIODONTAL DISEASE AND DENTAL IMPLANTATION: PROBLEMS  
AND SOLUTIONS**

**Iskakova M.K., Zhartybayev R.N., Tleubayev A.K., Murodova N. U.,  
Kuracha K.M., Dilbarkhanov B.P.**

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov  
Almaty c., Kazakhstan

**Resume.** Individual medical tactics to patients with pathology of a parodont and their preparation to surgical prosthetics, i.e. dental implantation is defined. At a choice of a therapeutic and surgical method of treatment features in the process of a disease. Feature of the stomatologic and somatic status of patients were considered.

**Key words:** periodontal disease, dental implantation, tactics, problems, tasks, decisions.

Заболевания пародонта наиболее распространенная патология в стоматологической практике. В последние годы наблюдается тенденция увеличения частоты заболеваний среди лиц более молодого возраста [1,2, 3,4,5]. По данным ВОЗ (1990), уровень заболеваний пародонта колеблется от 55-98%. В возрастной группе (15-19 лет) составляет 55-89%, а у лиц 35-44 лет – 65-98%. По данным Есембаевой С.С. (2005) генерализованный катаральный гингивит с хроническим течением в возрасте 15-19 лет составил 70,9-96,8% случаев; в 35-44 летнем возрасте – 80-96,8%. По данным Куттубаевой К.Б. (2002) быстрый переход от хронического гингивита к пародонтиту наблюдается именно в азиатских регионах. Предполагается, что определенную роль, наряду с особенностями гигиенических норм и характером питания, играют генетические факторы [6].

Воспалительные заболевания пародонта - гингивит и пародонтит - представляют собой серьезную медико-социальную проблему. Кроме того, именно пародонтологическое лечение становится фундаментом, на котором в дальнейшем строится тактика лечения

зубов [7]. Уровень заболеваемости данной патологии с каждым годом среди населения увеличивается, причем наблюдаются тяжелые клинические случаи развития заболевания у лиц молодого возраста, что создаёт не только медицинскую проблему, а также социальную проблему. При патологии пародонта нарушается ряд функций со стороны челюстно-лицевой области: нарушение жевательной активности, потеря зубов, нарушения со стороны височно-нижнечелюстного сустава, у пациентов развивается «комплекс неполноценности», они становятся замкнутыми, не верят в успех лечения. В настоящее время практически каждый пациент, обратившийся к стоматологу-имплантологу, имеет воспалительно-деструктивные изменения со стороны тканей пародонта, которые являются серьезной проблемой для проведения имплантации и требуют правильного поиска решения.

Решение данной проблемы необходимо рассматривать с трех позиций – терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии. Наибольшую проблему составляет лечение больных, а именно, определение тактики комплексного лечения таким

пациентам совместно с другими специалистами в области стоматологии, т.е. междисциплинарный подход.

**Цель исследования:** планирование пародонтологического больного к дентальной имплантации, профилактика осложнений.

### **Материал и методы исследования.**

42 пациента в возрасте от 33 до 56 лет с патологией пародонта: генерализованный пародонтит II и III степени тяжести. Пациентам проводился курс консервативного лечения с последующим проведением дентальной имплантации. Составлены этапы планирования лечения, разработаны рекомендации по профилактике осложнений. Доказательная база эффективности лечения состояла из субъективных и объективных данных и данных рентгенологического метода исследования.

### **Результаты исследования.**

Основным моментом данной категории пациентов является составление плана лечения, последовательность проведения лечебных манипуляций. Поэтому этапы планирования основывались в первую очередь на том, что заболевания пародонта являются относительным противопоказанием к дентальной имплантации и поэтому необходимо проведение оздоровительных мероприятий, от которых зависит успешность проведения дентальной имплантации. Первый этап включал в себя подготовку пациента совместно с врачом-стоматологом-терапевтом: санация полости рта, обучение навыкам и гигиенический уход за полостью рта, разъяснения по поводу роли гигиены полости рта в профилактике осложнений до установки имплантата с целью достижения максимальной стерильности операционного поля и после имплантации. Врач-стоматолог-терапевт давал рекомендации по выбору зубных паст, зубных щеток. Зубные пасты должны не только тщательно удалять зубной налёт, но также замедлять процессы бляшкообразования, накопления, препятствовать фиксации на поверхности зубов бактерий и уже сформировавшихся зубных отложений и тем самым останавливать их рост [8,9].

Немаловажным являлся психоэмоциональный настрой пациента, его активность в выполнении врачебных назначений, доверие к врачу, уверенность в успешности лечения.

На втором этапе проводилась санация пародонтальных очагов: снятие зубных отложений (кюретки Грейси, аппарат «Vector»), закрытый кюретаж, в более тяжелых случаях – проведение открытого кюретажа, в случае невозможного консервативного лечения – удаление зубов (рисунки 1,2). На данном этапе планирования пациента к дентальной имплантации важным является проведение комплексного лечения: общего и местного. В схему общего лечения мы, как правило, вводили витаминные препараты (поливитамин), кальцийсодержащие препараты (кальцевит), иммунокорректирующие (иммуном) и антибактериальные препараты (цефалоспорины, метранидазол). Введение в схему общего лечения антибактериальных препаратов: антибиотики широкого спектра действия последнего поколения способствовали также профилактике осложнений до и после проведения дентальной имплантации; метранидазол обладает выраженным бактерицидным действием. В схему местной

терапии вводили противовоспалительные мазевые аппликации в сочетании с ранозаживляющими средствами (бутадионовая, метилурациловая мазь, масло шиповника). После проведения курса лечения врач-стоматолог-терапевт давал заключение о подготовке пациента к проведению дентальной имплантации. В случае незаконченного лечения или при невыполнении оздоровительных мероприятий возрастал риск возникновения осложнений, риск в эффективности и успешности лечения, и как следствие, несостоятельность проведения дентальной имплантации.

После окончания лечения пациент наблюдался в течение месяца, далее повторные осмотры проводились каждые 3 месяца: наблюдение в динамике, создание оптимальных условий для перевода пародонтального очага в стадию ремиссии, создание оптимальных условий для проведения дентальной имплантации.

Третий этап – установка дентальных имплантатов, наблюдение с целью профилактики осложнений.

В раннем послеоперационном периоде пациентам рекомендовали строго соблюдать рекомендации врача-стоматолога: прием лекарственных препаратов (анальгетики, антибиотики широкого спектра действия), соблюдение диеты (в первую неделю после имплантации зубов употреблять мягкую, протертую или жидкую пищу, не следует принимать грубую, острую, горячую пищу). При уходе за полостью рта использовать мягкие зубные щетки, после каждого приема пищи полоскать полость рта 0,25 раствором хлоргексидина.

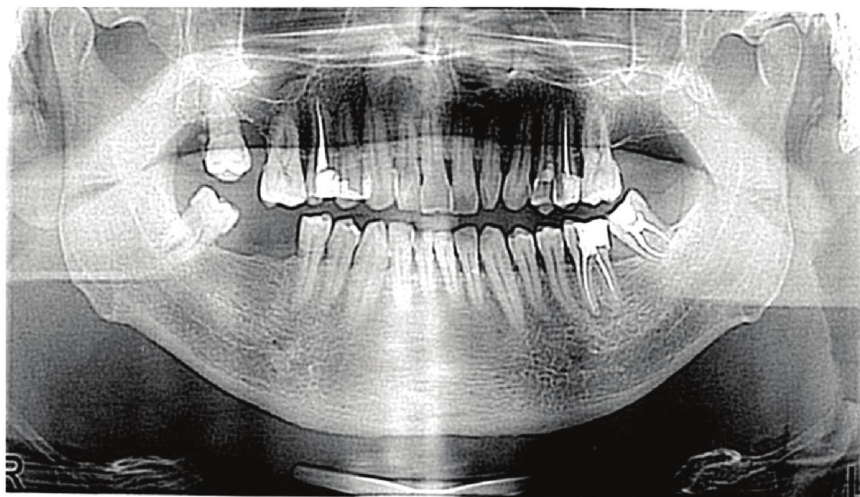
Для профилактики осложнений после дентальной имплантации, для профилактики воспалительных процессов в окружающих имплантат ткани и для профилактики заболеваний пародонта, мы рекомендовали пациентам о необходимости регулярного посещения врача-стоматолога (2 раза в год) для проведения профессиональной гигиены полости рта и удаления очагов развития инфекции. Соблюдение гигиенического ухода за полостью рта до и после имплантации помогает сохранять зубы, десну, костную ткань и способствует более длительному функционированию имплантата.

Четвертый этап – ортопедический, т.е. протезирование.

На сегодняшний день генерализованный пародонтит и дентальная имплантация не должны представлять проблему: последние научные достижения доказывают, что эта проблема решается и многое зависит от правильного планирования этапов лечения, индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом его клинической ситуации в полости рта.

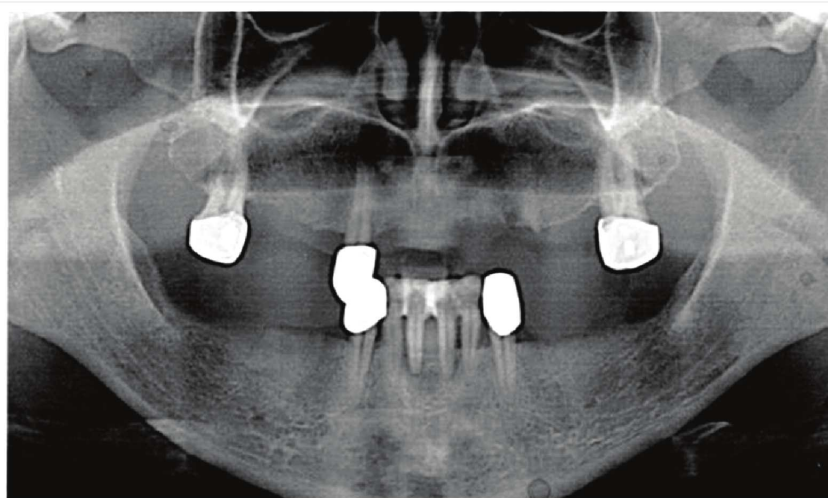
Таким образом, планирование пародонтологического больного к дентальной имплантации сложный и ответственный процесс, т.к. от знаний, навыков, опыта командной работы врачей-стоматологов, от активности пациента зависят успешность и эффективность лечения, профилактика осложнений.

Врач-имплантолог рекомендовал удаление всех зубов и проведение дентальной имплантации. Пациентка по материальным соображениям не была сразу готова, поэтому было проведено удаление всех зубов, кроме 33 и 43, с изготовлением съемных протезов. В дальнейшем



**Рисунок 1. Пациент Я., 42 года.**

Д-з: Хронический пародонтит средней степени. Рекомендовано удаление зубов 18,37, 48, открытый кюретаж в области всех зубов, установка имплантанта в позицию 27,37, 46,47



**Рисунок 2. Б-ная А., 55 лет.**

Д-з: Хронический пародонтит тяжелой степени, с которым связана потеря зубов. Было проведено консервативное лечение

проведена имплантация в области 31,41, удаление зубов 33,43 с немедленной имплантацией, установка болл аттачментов на четыре имплантанта и стабилизация протеза нижней челюсти на 4 имплантатах.

### **Литература:**

1. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. *Заболевания пародонта*. М.: Мед. книга, Н. Новгород: Изд. НГМА, 2000. - 162 с.
2. Слободина Е.В. *Ранняя диагностика воспалительных заболеваний пародонта у подростков и лиц молодого возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук. Тверь, 2008. - 22 с.*
3. Кузьмина Э.М. *Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста: Метод. реком. -М., ММСИ, 1999-36 с.*
4. Гордеева Е.Б. *Морфофункциональные изменения в тканях десны при катаральном гингивите у подростков и их коррекция оксидом азота: Автореф. дис.канд. мед. наук. М,2002.-26 с.*
5. Балин В.Л., Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. *Практическая пародонтология*. - СПб.: Питер, 1995.-254 с.

6. Григорян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. *Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение*. — М., 2004. 320 с.

7. Грудянов А.И. *Заболевания пародонта*. - М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. - 336 с: ил.

8. Улитовский С.Б. *Гигиена полости рта как метод профилактики заболеваний пародонта // Новое в стоматологии*. 2000. - № 4. - С. 60-64.

9. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. *Заболевания пародонта* Киев: Здоровье, 2000. — 464 с.