



POLAND



POLAND

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СНИЖЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Заманова Гульшода Обид кизи

Ординатор 1 курса

Жумаев Элдор Акмалович

Научный руководитель: Ассистент кафедры

хирургии полости рта и дентальной имплантологии

Самаркандский государственный медицинский университет

Узбекистан, Самарканд

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14890511>

Цель. Сравнительное изучение использования с профилактической целью антибиотикотерапии и гигиенического ухода за полостью рта в послеоперационном периоде. Улучшить результаты дентальной имплантации путем своевременной коррекции ее осложнений.

Материалы и методы исследования: Проведена оценка результатов проведения имплантации у двадцати больных, которые были разделены на две группы. Первая группа – десять человек, которым произвели внедрение одного винтового имплантата. За две недели до операции был взят посев полости рта на микрофлору и ее чувствительность. Соответственно результатам посева назначались антибиотики за 30 минут до операции внутримышечно, и в последующем “PerOs” в течение 5-7 суток. С гигиенической целью местно использовались ирригации полости рта раствором “Элюдрил” на протяжении 5 суток. Вторая группа – десять человек, которым произвели аналогичная операция, но профилактические противовоспалительные мероприятия ограничивались только гигиеническими мероприятиями полости рта с ирригациями раствором “Элюдрил”. Оценивались субъективные ощущения пациентов, наличие или отсутствие жалоб на нарушение состояния. На протяжении недели объективно оценивалось наличие или отсутствие боли в зоне операции, характер и степень выраженности послеоперационного отека, изменений состояния слизистой полости рта в зоне инфильтрата.

Представлен сравнительный анализ частоты развития некоторых осложнений дентальной имплантации за период с 2020 по 2023 г. Использовали упрощенную классификацию периимплантитов, предложенную S.A. Jovanovik (1994), H. Spiekermann (1995), K.J. Joshipura et al. (2004). У всех обследованных были установлены внутрикостные



POLAND



POLAND

дентальные имплантаты фирмы «Medentis» (Германия) и «Lider implant» (Италия). Динамический клинико-рентгенологический и лабораторный контроль за послеоперационным состоянием стоматологических пациентов осуществляли через 10 дней, 3 и 6 месяцев после завершения лечебно-профилактических мероприятий. Оценку эффективности дентальной имплантации проводили по следующим общепринятым критериям: воспаление, боль, подвижность имплантата; глубина зондирования имплантата – десневого соединения; кровоточивость; резорбция костной ткани. При оценке состояния ортопедических конструкций на имплантатах учитывали наличие поломок и сколов; гиперемии и отека десны; изменение цвета искусственных зубов; краевое прилегание протеза, промывное пространство, состояние окклюзии. Возраст 120 обследованных пациентов с периимплантитами варьировал в пределах 28–40 лет. В зависимости от средств терапии пациенты были разделены на две сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы. В основную группу вошли 15 пациентов с периимплантитом, которым после проведенной внутрикостной дентальной имплантации в базисный реабилитационный комплекс включали в качестве альтернативного метода лечения аппликации апипрепаратом «Апигель» 3 раза в сутки (10 дней). Контрольную группу представляли 15 пациентов с воспалением в периимплантатной области, которым после дентальной имплантации применяли реабилитационный комплекс, включавший аппликации растворами традиционных антисептиков – 0,2% водного раствора хлоргексидина биглюконата в виде ротовых ванночек 3 раза в сутки (10 дней). Всем пациентам с периимплантитом предварительно проводили профессиональную гигиену полости рта. Для объективизации степени развития воспалительного процесса и эффективности лечебно-профилактических средств осуществляли микроскопические исследования количественного содержания лейкоцитов в ротовой жидкости – в камере Горяева (В.Г. Скопичев, 2006) (ед. в 1 мкл $\times 10^3$).

Результаты: В течение недели пациенты не предъявляли жалоб на ухудшение состояния, повышения температуры. Оценка объективных показателей свидетельствовала об отсутствии явления гиперемии и отсутствия воспаления. У четырех больных первой группы и у трех больных второй группы послеоперационный отек не был выражен на протяжении всего периода наблюдения. У остальных больных



POLAND



POLAND

отмечался отек в послеоперационной зоне, который сохранялся на протяжении от 3 до 7 суток, без проявления воспалительных реакций. Периимплантит как тяжелое воспалительное осложнение после проведения дентальной имплантации характеризовался выраженной гиперемией или отеком слизистой оболочки в области имплантатов, рецессией десны в области шейки имплантатов, интенсивным отложением налета, формированием патологических костных карманов, приводящим к их подвижности. Из-за снижения устойчивости и изменения положения имплантата в зубном ряду в 6,7% случаев по режущему краю искусственных и жевательной поверхности малых и больших коренных зубов выявляли неполноценные окклюзионные контакты. По результатам клинических исследований, полученных на различных этапах, цветостойкость ортопедических конструкций была неоднозначной. Выраженная тенденция к изменению и несоответствию цвета искусственных зубов проявилась у 52 обследованных (рис. 1). Оценку качества дентальной имплантации и ортопедического лечения с установкой на имплантаты несъемных протезных конструкций проводили в ранние и отдаленные послеоперационные периоды. Учитывали следующие параметры: повреждение ортопедической конструкции (сколы, поломки), гигиеническое состояние поверхностей протезов и прилежащих мягких тканей, изменение цвета протеза. Анализ функционального состояния конструкций на имплантатах показал, что сколы регистрировались практически одинаково часто со случаями выявления зубных отложений (в общей сложности у 18,3%). Для оценки функционального состояния имплантатов использовали следующие клинические критерии: резорбция кости, уровень рецессии тканей десны вокруг имплантата, развитие воспалительных процессов в периимплантатной зоне, потеря имплантата. В 15 случаях на фоне развития указанных патологических процессов имплантат был удален. В 16,7% случаев регистрировали подвижность имплантата, чаще всего в вертикальном направлении. Ретроспективный анализ результатов свидетельствует о том, что частой причиной развития осложнений, которые к подвижности имплантата, нарушениям функционального состояния и в некоторых случаях его потерей, являлось развитие периимплантита. Такой диагноз устанавливали на основании обнаруженных в ходе исследований определенных клинических проявлений: наличие и степень болевых ощущений, кровоточивости



тканей периимплантатной зоны, степень подвижности самого имплантата, выявление патологических периимплантатных карманов, степень деструкции костной ткани. Но в 14,2% случаев имели дело с развившимся в первый месяц после оперативного вмешательства периимплантатным мукозитом (рис. 2). При инструментальном обследовании полости рта пациентов уже на ранних этапах после установки имплантатов выявлены клинические признаки локального воспаления в области окружающих мягких тканей. При этом чаще отмечали такие признаки локального воспаления, как отек и гиперемия слизистой оболочки, отложение обильного фибринозного налета вдоль линии швов. С точки зрения влияния дентальной имплантации на функциональное состояние органов и тканей ротовой полости определенный интерес представляет биохимический анализ ротовой жидкости, играющий важную роль в обеспечении гомеостаза тканей полости рта и тканей периимплантатной зоны. В ходе лабораторных исследований у пациентов с периимплантитом проанализировали такой показатель, как количество лейкоцитов в различные сроки до и после проведенных лечебно-профилактических мероприятий. Это один из информативных факторов, позволяющий определить наличие и степень тяжести воспалительного процесса, диагностировать его начальные проявления. После установки внутрикостного имплантата у обследованных наблюдался в слюне умеренный лейкоцитоз, который связан, возможно, с травматизацией мягких и твердых тканей оперативной зоны с одной стороны и развитием патологических изменений в них после установки имплантата – с другой. После завершения курса базовой терапии у пациентов основной и контрольной групп отмечалась нормализация изучаемого биохимического показателя в ротовой жидкости. Но в контрольной группе через десять дней после проведения реабилитационных мер наблюдалась менее выраженная позитивная тенденция, хотя отмечалось достоверное снижение количественных показателей исследуемого фактора. Под влиянием лечебно-профилактических воздействий традиционного антисептика и в более отдаленные сроки наблюдений продолжала отмечаться положительная динамика в снижении количества лейкоцитов в ротовой жидкости практически до нормальных величин (таблица). После применения аппликаций биологически нейтрального препарата «Апигель» в комплексном лечении периимплантитов наблюдалось более



выраженное и существенное снижение количества лейкоцитов в смешанной слюне на всех этапах лабораторных исследований. Через месяц после установки имплантата у пациентов этой группы вновь отмечалось повышение количества лейкоцитов, не достигающее интактного уровня

Выводы: Таким образом, проведенные наблюдения позволяют прийти к заключению, что использование антибиотиков с профилактической целью, не является обязательным компонентом лечения, а профилактика воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде может быть обеспечена тщательной гигиеной полости рта с использованием антисептиков.

Так же, экспертный анализ результатов дентальной имплантации свидетельствует о том, что наиболее частой причиной несостоятельности имплантата и его потери явилось развитие периимплантита. Данные биохимических исследований показали, что для обследуемого контингента пациентов после проведенной имплантации характерно значительное усиление миграции и повышение количественного содержания лейкоцитов в ротовой жидкости. Курс базовой терапии с применением как традиционных антисептиков, так и альтернативных природных средств уменьшает выраженность воспалительного процесса в периимплантатных тканях, о чем свидетельствует снижение количества лейкоцитов в слюне в ранние и более отдаленные периоды наблюдений

Литература:

1. Хазратов, А. И., Хасанов, И. И., & Адилов, А. А. (2023). Результаты одномоментной установки дентальных имплантатов по сравнению с другими методами установки дентальных имплантатов: систематический обзор и метаанализ. *Science and Education*, 4(5), 565-580.
2. Марупова, М. Х., Кубаев, А. С., & Хазратов, А. И. (2022). ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. *Central Asian Academic Journal of Scientific Research*, 2(5), 109-112.
3. Марупова, М. Х., Кубаев, А. С., & Хазратов, А. И. (2022). Усовершенствовать методы диагностики и лечения пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 2(5), 164-167.
4. Мусурманов Ф., Жумаев Э., Тогайниязов А. (2025). РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ ПРИ РАЗВИТИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. *Журнал научно-инновационных исследований Узбекистана*, 3(1), 18-24.



POLAND

CURRENT APPROACHES AND NEW RESEARCH IN MODERN SCIENCES

International scientific-online conference



POLAND

5. Элдор Дж., Исфандиёр Х., Ислон Н. и Азимджон А. (2024). АНАЛИЗ И ФОРМИРОВАНИЕ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА ДИСБИОЗА В СТОМАТОЛОГИИ (обзор литературы). САМАРАЛИ ТАЛИМ ВА БАРКАРОР ИННОВАЦИЯЛАР ЖУРНАЛИ , 2 (3), 303-314.
6. Исамиддинович М.Ф., ДЖУРАХАНОВНА П.Б., Акмалович Ю.Э. (2022). ҲАМРОҲ ҚАСАЛЛИКЛАРИ БОР БЕМОРЛАР ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ФЛЕГМОНАЛАРИНГ ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ. ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ , 7 (6).