

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

ТЕЗИ
ЮВІЛЕЙНОЇ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

«СТОМАТОЛОГІЯ – ВЧОРА, СЬОГОДНІ
І ЗАВТРА, ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ
РОЗВИТКУ»

присвяченої 30-річчю
стоматологічного факультету ІФНМУ

5-6 лютого 2009 року
Івано-Франківськ

УДК 616.314 – 089.29 – 633.001.

ВПЛИВ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ НА УСПІШНІСТЬ ІММЕДІАТ ІМПЛАНТАЦІЇ

А.М. Потапчук, В.В. Русин, В.М. Криванич, М.М. Яворський

Вищий державний навчальний заклад «Ужгородський Національний Університет», м. Ужгород.

Вступ. У початковому періоді розвитку стоматологічної імплантології дослідники фокусували свою увагу на феномені остеоінтеграції, а також на методиках її досягнення і збереження і вважали, що після видалення безнадійного зуба необхідно чекати від 9 до 12 місяців, поки в лунці видаленого зуба утвориться і дозріє кістка. Пацієнти з вираженим пародонтитом повинні були пройти перед імплантацією відповідний курс лікування.

У більшості пацієнтів пародонтит проявляється класичними ознаками запалення, спостерігається деструкція пародонтальної зв'язки, порушення її прикріплення до цементу зуба, апікальна міграція епітеліального прикріплення і резорбція альвеолярної кістки. Відомо, що для виникнення і прогресування пародонтита необхідна присутність мікрофлори. Згідно з деякими дослідженнями, успішність імплантів, встановлених пацієнтам із захворюваннями пародонту в анамнезі, можна співставити з успішністю у пацієнтів, які ніколи не мали пародонтита.

Періімплантит - це захворювання, що характеризується запальним ураженням тканин, що оточують і підтримують імплантат. Антеградна форма захворювання починається з ураження м'яких тканин ясенної борозенки, що оточують шийку імплантата, а ретроградна форма - з ураження тканин навколо його верхівки. Головним етіологічним чинником розвитку обох захворювань є мікрофлора. У розвитку ретроградної форми пародонтита може мати місце перегрівання кістки під час препарування ложа імплантів, наявність порожнини біля верхівки імплантата, що утворюється при установці більш короткого, ніж ложе імплантата, або мікро-травмі кістки навколо імплантата, викликані передчасним або надлишковим навантаженням.

За відсутності лікування періімплантит приводить до дезінтеграції імплантата. Дослідження свідчать, що склад бактерійної флори при пародонтиті і періімплантиті практично однаковий, проте тканини навколо імплантата руйнуються швидше, ніж навколо зуба. Період між видаленням зуба і установкою імплантата в лунку може варіювати залежно від клінічних особливостей кожного пацієнта. Під негайною імплантацією розуміють установку імплантата в лунку відразу після видалення зуба. Відстрочена імплантація має на увазі наявність періоду загоєння лунки видаленого зуба. У небагатьох дослідженнях повідомляється про успішну установку імплантів в лунки видалених зубів у пацієнтів із захворюваннями пародонту в анамнезі, проте про віддалені результати імплантації у таких пацієнтів відомо мало. Метою нашого дослідження був аналіз сумарної успішності імплантів, а також вивчення впливу захворювань пародонту на успішність і довгостроковий прогноз імплантів, встановлених в лунки видалених зубів.

Матеріали і методи дослідження

У нашому дослідженні був проведений ретроспективний аналіз клінічних випадків пацієнтів, що проходили лікування в пародонтолога з послідоючою імплантацією. Діагноз пародонтита встановлювали при одночасно наявних двох симптомів: глибини пародонтальної кишені при зондуванні 5 мм і більше, а також ознак резорбції кістки на рентгенограмі у відповідній ділянці. У групу здорових пацієнтів віднесли тих, у кого при огляді і в анамнезі не виявили ознак пародонтита. При виявленні протипоказань до установки імплантів, наприклад, ендокринних захворювань у стадії декомпенсації, пацієнтам відмовляли в імплантологічному лікуванні. В ділянці прогнозованої установки імплантата перед операцією проводили ендодонтичне лікування зубів з ознаками заапикальної патології. Пародонтологічне лікування проводили до операції або одночасно з нею. Імплантацію проводили по двохетапній методиці з використанням гвинтових імплантів, поверхня яких наноструктурована кальцій-фосфатними сполуками з утворенням мікрогетерогенного шару. Шви знімали через тиждень після втручання. Імплантати встановлювали відразу після видалення зуба (негайна установка) або після періоду загоєння (відстрочена установка). Відстрочену установку проводили при виявленні в лунці видаленого зуба ознак гострого запального процесу. У цьому випадку після видалення зуба лунку ушивали наглухо або залишали відкритою, чекаючи загоєння вторинним натягненням. Розкриття імплантів і установку формувачів ясен проводили через 4-6 місяців після установки імплантів.

Імплантація вважалася за успішну при виконанні наступних умов:

- Успішне функціонування реставрації на імплантаті;
- Відсутність щілини між імплантатом і кісткою на рентгеновському знімку;
- Відсутність рухливості імплантата;
- Відсутність прогресуючої резорбції кістки.
- Відсутність хронічних болей у пацієнта;

Результати дослідження та їх обговорення

З 118 встановлених імплантів 21 дезінтегрувались. Період спостереження 97 інтегрованих імплантів (імплантів, які не дезінтегрувались після закінчення періоду спостереження) склав в середньому 943 дні. Період спостереження за дезінтегрованими імплантатами склав в середньому 722 дні. За наявності пародонтита успішність інтеграції імплантів була менша. В той же час результати при безпосередній і відстроченій імплантації були приблизно однаковими, у тому числі в групі пацієнтів із