

рта пациентов и для моделирования ветви нижней челюсти адаптивно росту костей лицевого черепа.

2. При значительном несоответствии размеров верхней и нижней челюстей возможно выворачивание височной части эндопротеза, что требует ее замены в индивидуальном порядке.

Таким образом, применение полного двухполюсного эндопротеза с дистракционным устройством для лечения больных с костно-деструктивной патологией ВНЧС является перспективным направлением в реконструктивной челюстно-лицевой хирургии.

Список литературы

1. **Кутевляк В. И.** Новые решения в эндопротезировании височно-нижнечелюстного сустава / В. И. Кутевляк, Е. Н. Рябоконт // Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области: Труды ЦНИИС. – М., 1995. – С. 109–110.
2. **Любченко А. В.** Новый отечественный эндопротез височно-нижнечелюстного сустава / А. В. Любченко // Вісник стоматології. – 2008. – № 1. – С. 96–97.
3. **Семкин В. А.** Состояние вопроса об использовании тотальных эндопротезов височно – нижнечелюстного сустава по данным мировой литературы / В. А. Семкин, И. Н. Ляшев // Стоматология. – 2001. – № 4. – С. 69–72.
4. **Kreutziger K.L.** Surgery of the temporomandibular joint. I. Surgical anatomy and surgical incisions / K.L. Kreutziger // Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol. – 1984– Vol. 58. – №6. – P. 637– 646.
5. **Ruiz C.A.** A new modified and aural approach for access to the temporomandibular joint / C.A. Ruiz, J.S. Guerrero // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2001. – Vol. 39. – № 3. – P. 371–373.

REFERENCES

1. **Kutsevlyak V.I. Ryabokon E.N.** New solutions in temporomandibular joint arthroplasty Reconstructive Maxillofacial Surgery. *Works of Central Research Institute.* - M., 1995. - P. 109-110.
2. **Lubchenco A.V.** New domestic TMJ endoprosthesis Dentistry News. *Visnuk stomatologiy.* 2008:1:96-97.
3. **Stomkin V.A. Lyashev J.H.** The use of total temporomandibular joint endoprosthesis according to world literature data Dentistry. *Stomatologiya.* 2001:4:69-72.
4. **Kreutziger K.L.** Surgery of the temporomandibular joint. I. Surgical anatomy and surgical incisions Oral Surg., Oral Med., Oral Pathol. 1984;(58) 6:637– 646.
5. **Ruiz C.A. Guerrero J.S.** A new modified and aural approach for access to the temporomandibular joint Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 2001;(39) 3: 371—373.

Поступила 14.07.14



УДК 577/27+576.8.073.3:616-089.168.1-06+616.716.8+617.52

А. А. Гударьян, д. мед. н.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

В статье представлены результаты комплексного клинико-лабораторного обследования и лечения 47 больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Цель данного исследования - изучение взаимосвязи локального гуморального иммунитета и микробиоценоза слизистой оболочки полости рта при различных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области для улучшения качества их лечения. Выявлено, что грамотрицательная аэробная микрофлора занимает ведущее положение в этиологии посттравматических остеомиелитов, альвеолитов, периоститов и дентальных мукозитов. При флегмонах ведущая роль принадлежит стафилококковой и анаэробной инфекции. В формировании периимплантитов доминирующую роль занимают анаэробные пародонтопатогенные микроорганизмы в ассоциациях с кандидозной и энтеробактериальной инфекцией. Установлено, что наиболее высокая активность по отношению к аэробной микрофлоре отмечается у оксациллина, ванкомицина цефазолина, ципрофлоксацина, натамицина. Применительно к анаэробным микроорганизмам, в том числе и основным пародонтогенам, универсальную активность (свыше 95%) проявляют имипенем, ко-амоксиклав, цефтриаксон, метронидазол, цефуросим. Так, наряду с изменениями микробиоценоза при флегмонах, хроническом посттравматическом остеомиелите, дентальном периимплантите отмечается понижение sIgA, повышение уровня sICAM-1, ИЛ-1β и ФНО-α на фоне резкого падения в смешанной слюне концентрации ИЛ-4. Таким образом выявленные нарушения свидетельствуют о снижении местного иммунитета и снижении антибактериальной функции слизистой полости рта. Для профилактики послеоперационных осложнений, возникающих в челюстно-лицевой области, рекомендуются краткосрочные курсы антибиотико-профилактики цефазолином, цефуросином, ко-амоксиклавом.

Ключевые слова: иммунодефицит, микробиоценоз, мукозит, периимплантит, периостит, флегмона, остеомиелит, альвеолит.

О. О. Гудар'ян

Державна установа «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ІМУНОЛОГІЧНІ ТА МІКРОБІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЩЕЛІПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

У статті представлені результати комплексного клініко-лабораторного обстеження та лікування 47 хворих з одонтогенними запальними захворюваннями щелепно-лицьової ділянки. Мета даного дослідження - вивчення взаємозв'язку локального гуморального імунітету і микробиоценозу слизової оболонки порожнини рота при різних запальних захворюваннях щелепно-лицьової ділянки для поліпшення якості

їх лікування. Виявлено, що грамнегативна аеробна мікрофлора займає провідне положення в етіології посттравматичних остеомиєлітів, альвеолітів, періоститів і дентальних мукозитів. При флегмонах провідна роль належить стафілококовій і анаеробній інфекції. У формуванні періімплантиту домінуючу роль займають анаеробні пародонтопатогенні мікроорганізми в асоціаціях з кандидозною і бактеріальною інфекцією. Встановлено, що найбільш висока активність по відношенню до аеробної мікрофлори відзначається у оксциліну, ванкоміцину, цефазоліну, ципрофлоксацину, натаміцину. Стосовно анаеробних мікроорганізмів, в тому числі і основних пародонтогенів, універсальну активність (понад 95 %) проявляють імпінем, ко-амоксиклав, цефтриаксон, метронідазол, цефуросим. Так, поряд із змінами мікробіоценозу при флегмонах, хронічному посттравматичному остеомиєліті, періімплантиті відзначається зниження sIgA, підвищення рівнів sICAM-1, IL-1 β і ФНП- α на тлі різкого падіння в змішаній слині концентрації IL-4. Таким чином, виявлені порушення свідчать про зниження місцевого імунітету і зниження антибактеріальної функції слизової порожнини рота. Для профілактики післяопераційних ускладнень, що виникають в щелепно-лицевій ділянці, рекомендовані короткострокові курси антибіотико-профілактики цефазоліном, цефуросимом, ко-амоксиклавом.

Ключові слова: імунodefіцит, мікробіоценоз, мукозит, періімплантит, періостит, флегмона, остеомиєліт, альвеоліт.

A. A. Gudaryan

State Establishment "Dnipropetrovsk medical academy Ministry of Health of Ukraine"

IMMUNOLOGICAL AND MICROBIOLOGICAL FEATURES OF POSTOPERATIVE INFLAMMATORY COMPLICATIONS OF MAXILLO-FACIAL AREA

Priority issue in surgical dentistry for many years remains infectious pathology, which occupies a leading position in the structure of the incidence of maxillo-facial area.

The purpose of this research is - the study of the relationship of the local humoral immunity and microbiocenosis oral mucosa in various inflammatory diseases of the maxillofacial region to improve the quality of their treatment.

Materials and methods. The article presents the results of clinical and laboratory examination and treatment of 47 patients with odontogenic inflammatory diseases of the maxilla-facial area.

Results. It was revealed that Gram-negative aerobic microflora occupies a leading position in the etiology of posttraumatic osteomyelitis, alveolitis, and dental periostitis mucositis. When phlegmons leading role belongs to staphylococcal and anaerobic infections. In the formation of peri-implantitis occupy a dominant role the anaerobic microorganisms parodontopatogenic associations with *Candida* and enterobacterial infection. It has been established that the highest activity against aerobic microflora is observed in oksitsillin, vancomycin, cefazolin, ciprofloxacin, natamycin. With reference to anaerobic microorganisms including parodontopatogenic associations, generic activity (over 95 %) exhibit imipenem, co-amoxiclav, ceftriaxone, metronidazole, cefuroxime. So, along with changes in microbiocenosis phlegmons, chronic posttraumatic osteomyelitis, dental periimplantitis marked decrease in sIgA, increased levels of sICAM-1, IL-1 β and TNF- α on the background of a sharp fall in mixed saliva concentrations of IL-4.

Conclusions. Thus the violations indicate a decline in local immunity and reducing antibacterial function of the oral mucosa. To prevent postoperative complications arising from the maxillofacial region recommended short courses of antibiotic

cefazolin, tsefuroksinom, co-amoxiclav.

Key words: immunodeficiency, microbiocenosis, mucositis, periimplantitis, abscess, osteomyelitis, alveolitis.

Приоритетной проблемой в хирургической стоматологии в течение многих лет остается инфекционная патология, занимающая одно из ведущих мест в структуре заболеваемости челюстно-лицевой области. Критическая экологическая обстановка, нерешенные социальные проблемы современного общества, высокая заболеваемость общесоматическими болезнями, бесконтрольное применение лекарственных средств, наркомания и алкоголизм способствовали увеличению в популяции населения прослойки иммунодефицитных лиц, вследствие чего на первый план среди возбудителей остеомиелитов, флегмон, альвеолитов и периоститов вышли представители аутофлоры человека, нередко приобретающие агрессивные свойства и трудно поддающиеся традиционным методам воздействия [1, 2].

К настоящему времени единичные работы посвящены изучению дисбиотических нарушений в полости рта у больных с воспалительными осложнениями, возникающими при травмах мягких и костных тканей челюстно-лицевой области, после удаления зубов, в результате неустраненных одонтогенных инфекционных очагов.

Известно, что дефицитные состояния местного иммунитета способствуют нарушению микробного равновесия биоценоза всех слизистых оболочек полости рта. При этом, в десневых тканях, особенно часто в пародонтальных, развивается тенденция к избыточному бактериальному росту и формированию негигиенического состояния в ротовой полости. В этом случае оперативные вмешательства, проводимые на альвеолярном отростке (восстановительные операции, удаление зубов, иммобилизация отломков костей лицевого скелета, дентальная имплантация и др.) проводятся в условиях повышенного риска развития воспалительных осложнений [3-5].

Перспективным представляется выделение доминирующих бактерий при возникновении различных воспалительных осложнений после оперативных вмешательств по поводу лечения целого ряда заболеваний челюстно-лицевой области.

В связи с этим, изучение особенностей выявления наличия взаимосвязи различных биотипов слизистой полости рта и иммунного реагирования при различной стоматологической патологии, возможно, явится еще одним звеном в изучении этиологии столь сложной проблемы, как воспалительные, в том числе и гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и послужит патогенетическим обоснованием микробиологического и иммунологического обследования и неоднотипного ведения этих пациентов.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи локального гуморального иммунитета и микробиоценоза слизистой оболочки полости рта при различных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области для улучшения качества их лечения.

Материалы и методы исследования. Комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение выполнено у 47 больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Из них воспалительные процессы костной ткани диагностированы у 28 (59,6 %) пациентов, в мягких тканях – у 19 (40,4 %). В зависимости от диагноза больные с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области были разделены на группы: в первую группу включались пациенты с хроническим остеомиелитом (14 человек – 29,8 %), во вторую – острым периоститом (15 человек – 31,9 %), в третью – с хроническим альвеолитом (6 человек – 12,8 %), в четвертую – с флегмонами (12,0 человек – 25,5%).

С неодонтогенными воспалительными болезнями исследования проведены у 36 больных. Из них 17 (47,2 %) с выявленным дентальным мукозитом и 19 (52,2 %) пациентов, страдающих периимплантитом I–II степени тяжести.

Все пациенты и лица контрольной группы обследованы с применением следующих методов: клинических, микробиологических, иммунологических и клинико-рентгенологических.

Стоматологический статус оценивали после изучения жалоб анамнеза, осмотра челюстно-лицевой области с оценкой состояния зубных рядов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Объективный стоматологический статус оценивали на основании визуального осмотра, пальпации и общепринятого инструментального обследования. Определяли состояние подчелюстных лимфатических узлов, распространение воспалительного процесса на смежные области.

Для оценки гигиенического состояния тканей полости рта использовали упрощенный индекс гигиены Green-Wermillion, с помощью которого получали количественную оценку налета и зубного камня.

Для определения качественного состава микробных ассоциаций использовали метод классического бактериологического исследования с использованием тест систем API (Франция), а также метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующей обратной ДНК гибридизацией.

Специальным исследованиям подвергалась смешанная нестимулированная слюна, забор которой проводился между 8-9 часами утра, строго натощак. За время работы, использовавшиеся оборудование, методы и реагенты не менялись.

Для оценки состояния местного иммунитета полости рта проводили определение уровней содержания секреторного иммуноглобулина А (sIgA), интерлейкина 1 β (ИЛ-1 β) и уровень концентрации sICAM-1 (CD₅₄).

Концентрацию sIgA определяли методом радиальной иммунодиффузии в геле по G. Manchini [6]. Использовалась моноспецифическая сыворотка против секреторного иммуноглобулина.

Исследование содержания ИЛ-1 β в слюне проводилось с помощью набора реагентов Pro Con ИЛ-1 β (Санкт-Петербург) иммуноферментным методом.

В работе использовались традиционные статистические методы с применением пакета программ Statistica

for Windows 6.0 на персональном компьютере.

Полученные данные представлены в виде среднего арифметического значения и стандартного отклонения ошибок. Для оценки достоверности между группами вычисляли t-критерий Стьюдента. При $p \leq 0,05$ различия считались достоверными.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех больных с инфекционно-воспалительными процессами в челюстно-лицевой области проведено исследование локального иммунного статуса.

При флегмонах, хроническом посттравматическом остеомиелите, дентальном периимплантите отмечалось максимальное понижение sIgA, повышение уровней sICAM-1, ИЛ-1 β и ФНО- α на фоне резкого падения в смешанной слюне концентрации ИЛ-4. Выявленные нарушения свидетельствовали о выраженном иммунодефиците местного иммунитета и снижении антибактериальной функции слизистой полости рта.

В группе больных, страдающих альвеолитом, периоститом и дентальным мукозитом выявлены умеренные нарушения со стороны показателей локального иммунологического реагирования.

У представителей этих групп установлено меньшее падение уровней sIgA и нарастание в нестимулированной слюне концентрации межклеточной молекулы адгезии sICAM-1, также отмечены малозначительные нарушения в функционировании цитокиновой системы.

Таким образом, у подавляющего числа исследуемых определялся местный иммунодефицит и выяснена роль иммунологического компонента в локальной организации инфекционно-воспалительных очагов в челюстно-лицевой области.

Проведенное бактериологическое исследование клинических материалов у больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области показало, что разные формы осложнений характеризуются различиями в этиологической структуре.

Установлено, что при развитии флегмон ведущая роль принадлежит стафилококковой инфекции, удельный вес которой достигает суммарно 85,7 %. Причем, коагулонегативные стафилококки выделяются в 3,5 раза чаще (*Staphylococcus aureus*). Обращает внимание, что доля других инфекционных агентов представлена не столь значительно: *Peptostreptococcus micros* (35,7 %), *Streptococcus sanguis*, *A. Actinomycetemcomitans* (26,8 %), *Fusobacterium necroforum*, *Streptococcus intermedius* (26,8 %), *Bacteroides* (21,4 %), *Clostridium* (14,3 %), *Veillonella* (8,7 %), *Streptococcus pyogenes* (8,7 %).

При изучении этиологии хронических посттравматических остеомиелитов установлено, что стафилококковая инфекция при равноценном *Staphylococcus aureus* и коагулонегативных стафилококков занимает меньший удельный вес (64,3 %), чем при флегмонах. У больных с хроническими посттравматическими остеомиелитами отмечается достаточно высокий удельный вес грамотрицательных аэробных инфекций (57,1 %), несколько ниже участие анаэробов (50,0 %). Частота смешанных инфекций достигает 42,9 %.

По частоте выявленных возбудителей заболева-

ния распределились следующим образом: *Staphylococcus aureus* – 42,9 %, коагулоногательные стафилококки – 21,4 %, *Enterococcus spp.*, – 21,4 %, *Enterobacter spp.* 7,3 %, *Peptostreptococcus spp.* – 14,3 %, *Bacteroides spp.* – 35,7 %.

Среди микроорганизмов, характерных для альвеолита, наиболее высокая частота встречаемости была зарегистрирована у α -гемолитических стрептококков (83,3 %) и коагуляционных стафилококков (66,7 %). Реже у названных больных обнаруживались анаэробы: *Peptostreptococcus spp.*, *Bacteroides spp.* (суммарно в 33,3 % случаев).

При анализе микробных агентов в содержимом, полученном из периостального очага выявлены ведущие патогенны периостита – в 83,4 % случаев превалировала моноинфекция с преобладанием *Staphylococcus spp.*, при соотношении коагулазонегативных изолятов и *Staphylococcus aureus* 1:1,4 и низким удельным весом анаэробных бактерий (23,6 %) и грамотрицательных аэробных (8,4 %).

Полимикробный пейзаж в периимплантных тканях у больных дентальным мукозитом был представлен в основном грамположительными и грамотрицательными бактериями. Обращает внимание широкий спектр аэробов, представленный в порядке убывания изолянтами следующих родов: *Streptococcus intermedius* (94,1 %), *Peptostreptococcus micros* (76,5 %), *Staphylococcus spp.* (41,2 %), *Enterobacter spp.* (17,6%), *Acinetobacter spp.* (18,7 %) и низкий удельный вес аэробных бактерий (17,6 %). В одном случае у больного дентальным мукозитом выявили микроорганизмы – маркеры пародонтита: *Bacteroides forsythus*, *A. Actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*.

Напротив, по-иному, чем при мукозитах, выглядит этиология дентального периимплантита, где в 89,5 % случаев превалирует полиинфекция с преобладанием пародонтогенной бактериальной флоры: *Bacteroides forsythus* (52,6 %), *Porphyromonas gingivalis* (52,8 %), *Fusobacterium nucleatum* (47,4 %), *A. Actinomycetemcomitans* (42,1 %), *Prevotella intermedia* (36,8 %), их ассоциации с грибами рода *Candida* и грамотрицательными кокками *Enterobacter spp.*, выявлено, соответственно в 42,1 % и 36,8 % случаях.

Полученные данные по этиологии различных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области тесно связаны с вопросами изучения чувствительности ведущих возбудителей названной патологии к антибиотикам, что может служить основой для разработки стандартов рациональной системной антимикробной терапии этих заболеваний.

Нами установлено, что наиболее высокая активность по отношению к аэробной микрофлоре отмечается у оксациллина (100 %), ванкомицина (100 %), цефазолина (98 %), ципрофлоксацина (98 %), натамицина (89 %).

Применительно к анаэробным микроорганизмам, в том числе и основным пародонтогенам, универсальную активность (свыше 95 %) чувствительных штаммов сохраняют имипенем, ко-амоксиклав, цефтриаксон, метронидазол, цефуроксим.

Вопрос о выборе антибиотика для осуществления профилактики при оперативных вмешательствах на челюстях не вызывает затруднений, поскольку наш опыт свидетельствует о преимуществах цефалоспоринов I-II поколения (цефазолин, цефуроксим, ко-амоксиклав), которые используются кратковременно (до 2 дней). Удлинение сроков антибиотикопрофилактики свыше 3 дней не влияет на частоту возникновения послеоперационных воспалительно-инфекционных осложнений.

Таким образом, результаты проведенного исследования существенно дополняют представление об этиологии воспалительных осложнений челюстно-лицевой области и антибиотикорезистентности к ведущим возбудителям различных заболеваний.

Выводы. 1. Грамотрицательная аэробная микрофлора занимает ведущее положение в этиологии посттравматических остеомиелитов, альвеолитов, периоститов и дентальных мукозитов. При флегмонах патологическая роль принадлежит аэробной (стафилококковой) и анаэробной инфекции. В формировании периимплантитов доминирующая роль принадлежит пародонтопатогенным (анаэробным) микроорганизмам в ассоциациях с кандидозной и энтеробактериальной инфекцией.

2. Наибольшей активностью против аэробных бактерий обладают оксациллин, ванкомицин, цефазолин, ципрофлоксацин. Антианаэробная активность максимально выражена у имипенема, ко-амоксиклава и метронидазола.

3. Для профилактики послеоперационных осложнений, возникающих в челюстно-лицевой области, рекомендуются краткосрочные курсы антибиотикопрофилактики цефазолином, цефуроксином, ко-амоксиклавом.

Список литературы

1. **Balevi B.** Do preoperative antibiotics prevent dental implant complications? / B. Balevi, J. Becker, B. Al-Nawa; M.O. Klein, H. Schliephake // *Evid Based Dent.*-2008.-№9-Р.109-110.
2. **Halpern L.R.** Does prophylactic administration of systemic antibiotics prevent postoperative inflammatory complications after third: molar surgery? / L.R. Halpern, T.B. Dodson // *J. Oral Maxillofac Surg.*-2007.-№65.-vol.2-Р.177-185.
3. **Vered Y.** Teeth and implant surroundings: Clinical health indices and microbiologic parameters. / Y. Vered, A. Zini, J. Mann // *J. Quintessence International.*-2011.-№42.-Р.339-344.
4. **Seymour G.J.** Shouts and whispers: an introduction to immunology in periodontal disease / G.J. Seymour, J.J. Taylor // *J. Periodontol.*-2004.-№35.-Р.9-13.
5. **Hujoel P.** Specific infections as the etiology of destructive periodontal disease: a systematic review / P. Hujoel, L. Zina, J. Cunha-Cruz, R. Lopez // *J. Oral Sci.*-2013.-№121.-Р.2-6.
6. **Manchini G.** Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion / G. Manchini, A.O. Garbonara, S.F. Heremans // *Immunochemistry.* –1965. – Vol. 2, N 6. – P. 234-235.

REFERENCES

1. **Balevi B, Becker J, Al-Nawa B; Klein M, Schliephake H.** Do preoperative antibiotics prevent dental implant complications? *Evid Based Dent.*2008;9:109-110.
2. **Halpern L, Dodson T.** Does prophylactic administration of systemic antibiotics prevent postoperative inflammatory complications after third: molar surgery? *J Oral Maxillofac Surg.*:2007;65(2):177-185.
3. **Vered Y, Zini A, Mann J.** Teeth and implant surroundings: Clinical health indices and microbiologic parameters. *J. Quintessence International.* 2011;42:339-344.

4. Seymour G, Taylor J. Shouts and whispers: an introduction to immunology in periodontal disease J. Periodontol.2004;35:9-13.
5. Hujoel P, Zina L, Cunha-Cruz J, Lopez R. Specific infections as the etiology of destructive periodontal disease: a systematic review. J. Oral Sci.2013;121:2-6.
6. Manchini G, Garbonara A, Heremans S. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion. Immunochimistry.1965;2(6):234-235.

Поступила 04.08.14



УДК: 616.314-089.843-036.1-036.82

И. А. Самойленко

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ К ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

В статье представлены результаты предоперационной подготовки 42 больных с генерализованным пародонтизмом, отобранных для внутрикостной дентальной имплантации. Цель исследования: совершенствование предоперационной подготовки больных генерализованным пародонтизмом, отобранных для внутрикостной дентальной имплантации. Выявлено, что эффективность дооперационной подготовки у больных генерализованным пародонтизмом необходимо оценивать в соответствии с комплексом критериев: полнота регрессии клинических симптомов заболевания, уровень нормализации биоценоза пародонтальных тканей, локального иммунитета и радикального окисления липидов. Установлено, что поэтапное проведение профессиональных гигиенических вмешательств, фотодинамической антибактериальной терапии, коррекции местного иммунитета и функционирования антиоксидантной системы позволяет качественно улучшить дооперационную подготовку больных хроническим генерализованным пародонтизмом.

Ключевые слова: генерализованный пародонит, дентальная имплантация, фотодинамическая терапия.

И. А. Самойленко

Державна установа «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ДО ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

У статті представлені результати передопераційної підготовки 42 хворих на генералізований пародоніт, відібраних для проведення дентальної імплантації. Мета дослідження: вдосконалення передопераційної підготовки хворих на генералізований пародоніт, відібраних для внутрішньокісткової дентальної імплантації. Виявлено, що ефективність доопераційної підготовки у хворих на генералізований пародоніт необхідно оцінювати відповідно до комплексу критеріїв: повнота регресії клінічних симптомів захворювання, рівень нормалізації біоценозу пародонтальних

тканин, локального імунітету і радикального окислення ліпідів. Встановлено, що поетапне проведення професійних гігієнічних втручань, фотодинамічної антибактеріальної терапії, корекції місцевого імунітету та функціонування антиоксидантної системи дозволяє якісно поліпшити доопераційну підготовку хворих на хронічний генералізований пародоніт.

Ключові слова: генералізований пародоніт, дентальна імплантація, фотодинамічна терапія.

I. A. Samoilenko

State Establishment "Dnipropetrovsk medical academy Ministry of Health of Ukraine"

PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS FOR DENTAL IMPLANT

Broad introduction to the practice of dentistry intraosseous dental implantation to eliminate defects of dentition was made possible by the improvement of the art surgical procedures, the use of modern implants and a range of drugs aimed at prevention and treatment of postoperative complications.

Materials and methods. The article presents the results of 42 preoperative patients with generalized periodontitis selected for vnutrikostnoy dental implantation.

The purpose of the study - improvement of preoperative patients with generalized periodontitis selected for intraosseous dental implantation.

Results. Revealed that the effectiveness of preoperative preparation of patients with generalized periodontitis should be evaluated in accordance with a set of criteria: completeness of the regression of clinical symptoms, level of normalization biocenosis periodontal tissues, local immunity and lipid peroxidation of lipids.

Conclusions. Found that a phased professional hygiene intervention, photodynamic antimicrobial therapy, correction of local immunity and functioning of the antioxidant system can qualitatively improve the preoperative preparation of patients with chronic generalized periodontitis.

Key words: generalized periodontitis, dental implantation, photodynamic therapy.

Широкое внедрение в практическую стоматологию внутрикостной дентальной имплантации с целью устранения дефектов зубных рядов стало возможным благодаря совершенствованию техники оперативных вмешательств, использованию современных имплантатов и целого ряда медикаментозных средств, направленных на профилактику и лечение послеоперационных осложнений [1-3]. Все это позволило расширить показания к использованию названного метода восстановительной медицины не только у практически здоровых пациентов, но и лиц, страдающих рядом заболеваний [4, 5]. Имеется недостаточный опыт от использования дентальной имплантации у больных с воспалительными заболеваниями пародонта, дискуссионным является вопрос, на каком этапе комплексной терапии генерализованного пародонтита наиболее целесообразно прибегать к операционным вмешательствам [6, 7]. Мы полагаем, что успех дентальной внутрикостной имплантации у данной категории больных возможен только при отсутствии в тканях пародонта инфицированного процесса.