



PERIO-AID®

ХЛОРГЕКСИДИН + ХЛОРИД ЦЕТИЛПІРИДИНУ

АКТИВНИЙ КОНТРОЛЬ

ЛІКУВАННЯ

Контроль патогенної мікрофлори
Антисептики: хлоргексидин 0.12% + хлорид
цетилпіридину 0.05%

ЗАХИСТ

Запобігання рецидивам
Антисептики: хлоргексидин 0.05% + хлорид
цетилпіридину 0.05%

PERIO-AID®

0,12%



Така ж ефективність, як у препаратів
із вмістом 0.2% хлоргексидину

PERIO-AID®

maintenance



Максимальна ефективність на стадії захисту
від рецидивів захворювань пародонта

КОРОТКИЙ ПЕРІОД ЗАСТОСУВАННЯ:
2-4 ТИЖНІ

ДОВГОТРИВАЛЕ ЗАСТОСУВАННЯ:
ДО 6 МІСЯЦІВ

Мукогінгівальна хірургія після імплантації: коригування наслідків періімплантитів

Буйтраго П., проф.,
стоматологічний факультет
Університету Валенсії,
Pedro Buitrago

Періімплантити є проблемою, яка ставить під загрозу результат реставрацій з опорою на імплантати. За своєю природою вони вважаються запальними захворюваннями та мають інфекційне походження, потенційно спричиняють втрату навколоімплантатних тканин і викликають рецесію маргінальної слизової оболонки, що призводить до естетичних і соціальних проблем. Незважаючи на те, що важко кількісно визначити вплив цих захворювань на успіх імплантації, дослідження доводять, що кожен п'ятий імплантат перебуває у групі ризику періімплантиту (Mombelli та співавт. 2012).

Принципи, запропоновані для лікування цих захворювань, сформулював Mombelli в 1999 році. Вони ґрунтуються на усуненні причин запалення, а саме видаленні біоплівки з періімплантатної кишені, деконтамінації та кондиціонуванні поверхні імплантату, усуненні ретенційних ділянок, застосуванні ефективних гігієнічних заходів для профілактики мукозиту та ймовірного повторного інфікування кишені. Після того, як проблему з інфекцією усунено, можна переходити до регенерації кісткової тканини.

Згідно з цією терапевтичною стратегією особлива увага приділяється усуненню причин інфекції, і лише після цього - регенерації кістки. Варто відзначити, що немає ніякої необхідності в корекції мукогінгівальних ускладнень, які можуть трапитися. Рецидиви запалення і втрата опори можуть призвести до рецесії крайової навколоімплантатної м'якої тканини та, як наслідок, оголення ділянок металу. Це спричиняє очевидні соціальні та естетичні проблеми і в багатьох випадках призводить до відмови від імплантологічного лікування, яке б

відповідало очікуванням пацієнтів. Застосування мукогінгівальних методик в імплантологічному лікуванні є одним із варіантів усунення цих ускладнень. Проте, структурна відмінність періімплантатних тканин – це додатковий фактор, який потрібно враховувати з метою підвищення прогнозованості цих процедур.

Спостерігаючи за пацієнтом, якому встановлено імплантат, і за змінами, що відбуваються в цій ділянці, ми можемо відстежити етапи розвитку періімплантиту.

■ Клінічний випадок

1. Анамнез:

Пацієнтка: 30 років, стать жіноча

2. Причина звернення за консультацією:

Пацієнтка скаржиться на «рецесію ясен на імплантатах» і стурбована естетичними і соціальними наслідками «сірого краю, який з'явився з часом».

3. Загальна історія хвороби:

Пацієнтка не має захворювань або не повідомляла про такі, тому за класифікацією її можна віднести до групи

ASA I (нормальний здоровий пацієнт). Не палить. Не повідомляла про спадкові хвороби.

4. Стоматологічний анамнез:

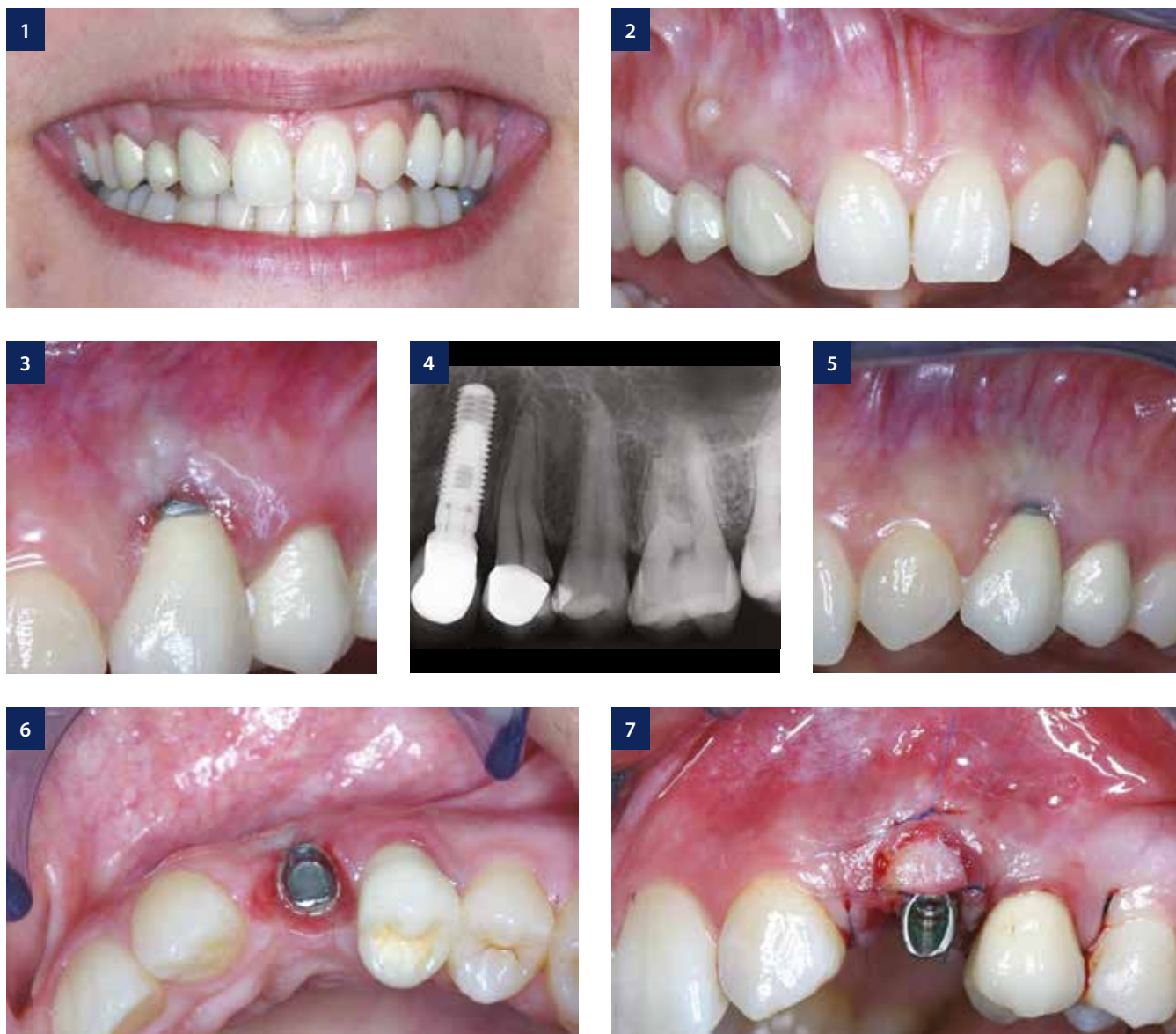
У пацієнтки агенез бічних різців верхньої щелепи. Після ортодонтичного лікування та переміщення іклів на місце цих бічних різців дефекти зубного ряду замістили ортопедичною конструкцією з опорою на зуби в 1 квадранті та конструкцією з опорою на імплантати в 2 квадранті. Через 2 роки почалася рецесія ясенних тканин зі щічної поверхні у ділянці імплантату 23 (мал. 1 і 2).

5. Інтраоральний огляд:

Маргінальний гінгівіт навколо ортопедичної конструкції і перімукозит у ділянці імплантату 23, внаслідок чого з'явилися рецесія 3 мм і оголення шийки імплантату на 1 мм (мал. 3).

6. Клінічне обстеження:

Пародонтальне обстеження виявило кишені глибиною 4 і 5 мм, локалізовані виключно інтерпроксимально, індекс кровоточивості при зондуванні 27%, невелика кількість зубного нальоту в деяких піднебінних ділянках.



7. Рентгенологічне обстеження:

На рентгенівському знімку помітно 3 мм двостінковий дефект кісткової тканини навколо імплантату, апікальна частина якого збігається з різьбою на імплантаті. Віддаль між кістковим гребенем і емалево-цементним з'єднанням суміжних зубів становить приблизно 1,5 мм (мал. 4).

Діагноз

Пацієнтці встановили діагноз: періімплантит із рецесією м'яких тканин, та, як наслідок, естетична проблема

(відповідно до 6-го Європейського семінару з пародонтології, Lindhe і Meyle, 2008).

План лікування

Зважаючи на подібність пародонтальних захворювань і періімплантитів, вирішили застосувати багатоетапний терапевтичний підхід, запропонований Ramfjord (Ramfjord, 1953):

- Етап системного контролю;
- Етіологічний етап;
- Коригувальний етап;
- Підтримувальний етап.

1. Етап системного контролю

За відсутності системних захворювань (пацієнтка групи ASA I) на цьому етапі не було необхідності у втручанні. Незважаючи на це, пацієнтку поінформували про вплив постійного навантаження на імункомпетентні клітини та, як наслідок, на захисну реакцію періімплантатних тканин. Крім того, пацієнтці пояснили взаємозв'язок між накопиченням зубного нальоту та виникненням запалення і проблемою, з якою вона звернулася за консультацією.



2. Етіологічний етап

Пацієнтку навчили ефективно контролювати накопичення зубного нальоту за методикою Stillman, використовуючи зубну щітку VITIS® ULTRASOFT (DENTAID). Їй порадили використовувати м'яку зубну нитку VITIS® (DENTAID) для очищення міжзубних проміжків, наголосивши на тому, що нитку необхідно дуже обережно вводити в періімплантатні борозни. Крім того, пацієнтці рекомендували допоміжну процедуру антисептичної терапії – ополіскування порожнини рота після чищення зубів вранці і ввечері протягом 15 днів (PERIO-AID® 0,12: хлоргексидин 0,12% + хлорид цетилпіридину 0,05%), оскільки, за результатами досліджень, поєднання хімічних методів із чищенням зубною щіткою і зубною ниткою дає кращі результати, ніж тільки механічні засоби.

Видалення зубного каменю в квадранті та згладжування поверхні кореня

суміжного зуба проводили під періапикальною інфільтраційною анестезією. Під час обробки імплантату використовували тefлонові кюрети, щоб уникнути появи подряпин на відкритій металевій частині імплантату. Зважаючи на фенотип ясен зі щічної сторони, ультразвукові насадки для імплантату використовували тільки на піднебінній ділянці, щоби запобігти можливо-му пошкодженню періімплантатних м'яких тканин.

3. Коригувальний етап

Через шість тижнів після завершення етіологічного етапу та підтвердження ефективності правильного чищення зубів пацієнткою оцінили результати лікування (мал. 5 і 6):

- Індекс накопичення зубного нальоту 0;
- Немає кровоточивості під час зондування;
- Зменшилася глибина пародонталь-

них кишень в декількох інтерпроксимальних ділянках;

- Підвищився рівень ясенних тканин зі щічної сторони.

Після усунення причин запального процесу прийняли рішення про проведення мукогінгівальної хірургічної операції для коригування рецесії м'яких тканин. Реципієнтну ділянку підготували відповідно до методики розщепленого клаптя, техніки «конверта» (Raetzke, 1985) та модифікованої тунельної техніки (Zabalegui та співавт., 1999). Забраний піднебінний сполучнотканинний трансплантат зафіксували у реципієнтній ділянці (таким чином, щоб він покривав ділянку оголення металу) шовним нерозсмоктувальним матеріалом (мал. 7 і 8).

У післяопераційний період призначили антибіотики (амоксацилін/клавуланова кислота 500/125 мг кожні 8 годин протягом 8 днів) і ополіскування порожнини рота засобом із вмістом хлоргексидину 0,12% і хлориду цетилпіридину 0,05%



(PERIO-AID® 0,12) два рази на день протягом 30 днів. Через 10 днів зняли шви і рекомендували пацієнтці використовувати щітку з дуже м'якими щетинками (VITIS® SURGICAL) (мал. 9 і 10). Шість тижнів по тому пацієнтці дозволили користуватися щіткою із ви-

щим ступенем жорсткості (VITIS® ULTRASOFT) (мал. 11 і 12), а ще через 12 тижнів застосовувати зубну нитку, яку необхідно дуже обережно вводити у міжзубні проміжки (мал. 13). Через 16 тижнів знову провели оцінку результату хірургічного втручання

і впевнилися в тому, що оголена поверхня металу повністю закрита, інтерпроксимальні періімплантатні м'які тканини без ознак запалення та кровоточивості під час зондування. Пацієнтці запропонували приєднатися до Програми пародонтальної під-

тримки з щоквартальною перевіркою результату (мал. 14, 15 і 16).

4. Підтримувальний етап

Через 3 роки після ретельного дотримання пацієнткою лікарських вказівок і планових відвідувань, а також виконання рекомендацій щодо гігієни порожнини рота досягнуто стабільності результатів: закриття оголення конструкції з опорою на імплантат і цілісність м'яких тканин без ознак запалення під час огляду або при зондуванні (мал. 17, 18 і 19).

Обговорення

На 3-му Європейському семінарі з пародонтології дійшли висновку, що стосовно прогнозу лікування немає ніякої різниці між слизовою оболонкою навколо зубів і слизовою оболонкою альвеолярного відростка щелепи для підтримання здоров'я і функціональних властивостей м'яких тканин у біологічному поєднанні з імплантатом відповідно до клінічних критеріїв (Tonetti & Sanz, 1999). Цей висновок був підкріплений пародонтальними доказами, відповідно до яких здоров'я ясна не є обов'язковою умовою для підтримання здоров'я пародонта (Wennström & Lindhe, 1983). Проте новіші дослідження показали, що наявність мукогінгівального кільця не менше 1 мм навколо імплантату є захисним фактором для запобігання виникненню та прогресуванню ускладнень (Costa і співавт., 2012), і що при товстому фенотипі ясен втрата кістки менша, ніж при тонкому (Linkevicius та співавт., 2009; Puisys & Linkevicius, 2015).

Крім того, висновок 3-го Європейського семінару з пародонтології не враховував перспективи пацієнта. Як зазначалося на семінарі у наступній частині, ми не повинні відкидати їх, «ніякі вимірювання,



що проводилися лікарями, ніякі змінні величини цільової функції не можуть відображати те, що пацієнт відчуває і як виконує вказівки» (SCHOU, 1999). Це вказує на важливість дентального імплантологічного лікування, коли йдеться про психологічний вплив, і про те, що його також слід враховувати під час оцінки результатів при спробі збалансувати орально-лицеву ділянку відносно зовнішнього вигляду, суб'єктивної якості життя, задоволення від ортопедичної конструкції, яке відчуває пацієнт, і його вплив на почуття власної гідності і міжособистісні стосунки.

Ці дві обставини підтверджують важливість мукогінгівальних хірургічних заходів у ділянці імплантації. Однак, коригування рецесії м'яких тканин – це справжнє випробування для лікарів. Його складність полягає не тільки в труднощах вибору конкретного хірургічного методу, але й в непрогнозованості результату, навіть за наявності науково обґрунтованих рішень. Коли лікар застосовує ці методики, він повинен враховувати пародонтальні прогностичні фактори, визначені для таких видів процедур: етіологічний контроль, морфологія рецесії, паління, товщина тка-

нин, положення зуба і характеристики поверхні (Rossuzzo та співавт., 2002). До цих факторів слід додати структурні відмінності між періімплантатними м'якими тканинами (Berglundh та співавт., 1991). Найімовірніше, що менша васкуляризація, менша кількість фіброblastів, а також велика концентрація волокон колагену впливають на репаративну здатність тканин. Тому, на нашу думку, технічні навички і досвід фахівця, а також використання неагресивних хірургічних методик, таких, як мікрохірургічні процедури, що мінімізують травму тканин, особливо важливі, як і повідомлялося в літературі (Burkhardt & Lang, 2005).

І, нарешті, не слід забувати, що коригування мукогінгівальних дефектів навколо імплантатів повинно проводитися на основі узгодженої і правильно спланованої стратегії лікування. Основними умовами отримання задовільних результатів і їх підтримання у віддалені терміни є раннє виявлення та усунення етіологічних чинників та відповідний контроль факторів ризику за допомогою відповідного подальшого лікарського спостереження і дотримання вказівок, а також програма підтримки.