

внутривенный способы введения антибиотиков. Реже используются внутриартериальный, эндолимфатический и лимфотропный способы антибиотикотерапии. Это объясняется отсутствием в отечественной и зарубежной литературе четких показаний к их применению. В литературе также отсутствуют данные о сочетанном применении упомянутых способов введения антибиотиков в зависимости от формы, тяжести и локализации ГВЗ ЧЛО и шеи. Не освещены возможные недостатки и осложнения при применении регионарной антибиотикотерапии.

При гнойно-воспалительных процессах в слюнных железах требуется пролонгирование приема антибактериальных препаратов еще на 5-7 дней после прохождения выраженных воспалительных процессов в железе в стадию реконвалесцента из-за наличия обсеменения микрофлорой секретирующего эпителия, застоя инфицированной слюны в расширенных протоках, затрудненного дренирования вязкой слюны через узкие и длинные выводные протоки. Таким образом, при продолжительности антибактериальной терапии более 10-14 дней возникает необходимость долечивания данной группы пациентов амбулаторно.

При этиотропной терапии бактериальных сиаденитов используется введение антибиотиков и сульфаниламидов в выводной проток, применение внутрь и внутримышечно при прогрессировании процесса. Используются антибиотики широкого спектра действия, оптимально – с учетом чувствительности микрофлоры.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Халманов Б.А., Икрамов Г.А., Султонхужаев Б.Б.

**Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент,
Узбекистан**

Актуальность. Имплантация зубов – самое актуальное, перспективное и востребованное направление в современной стоматологии и протезировании.

По данным статистических исследований, распространенность дефектов зубных рядов достигает 80% у населения трудоспособного возраста Узбекистана. Данные показатели свидетельствуют о высокой нуждаемости населения в ортопедической и хирургической помощи. Именно поэтому дентальная имплантация столь актуальна в настоящее время. Несмотря на множество преимуществ, быстрое развитие и совершенствование технологий, современная имплантация имеет существенный недостаток – осложнения в послеоперационном периоде. В результате чего, вопрос о разработке профилактических мероприятий по снижению риска осложнений в послеоперационный период при проведении зубной имплантации имеет большое значение.

Во многих странах растет количество пациентов, имеющих несъемные зубные протезы на имплантатах. Каждая фирма производитель, выпускающая

имплантаты, вносит различные изменения в их форму или состав металла, которые влияют на первичную стабилизацию и остеоинтеграцию имплантата. В связи с этим имеются различные виды имплантатов. В зависимости от формы внутрикостной части большинство дентальных имплантатов можно разделить на имплантаты в той или иной мере повторяющие форму корня зуба (цилиндрические, винтовые, пластиночные, комбинированные). По конструкции они могут быть неразборными и разборными. В зависимости от материала и структуры поверхности — керамическими и металлическими, пористыми и компактными, гладкими, текстурированными или с биоактивным покрытием. В зависимости от методики установки имплантаты могут быть одно- и двухэтапными. Кроме того, изменяются и модифицируются методики постановки имплантатов в альвеолярных отростках челюстей, а именно: разрез и формирование ложа имплантата, трансгингивально - прямо через слизистую. Перечисленные методики также влияют на сроки выздоровления и на конечный результат операции имплантации.

Цель исследования: Описать комплекс профилактических мероприятий, способствующий минимизации риска осложнений в послеоперационном периоде при проведении дентальной имплантации.

Задачи исследования: Описать комплекс профилактических мероприятий, способствующий снижению риска осложнений в послеоперационном периоде при проведении дентальной имплантации.

Материалы и методы исследования: Нами было исследовано 23 больных с вторичной адентией на базе поликлиники хирургической стоматологии ТГСИ. Всем больным проведено клинические и рентгенологические методы исследования

Результаты и обсуждение: Показаниями к проведению имплантации являются: дефекты зубной рядов, полная адентия, невозможность использования съемных протезов, например, ввиду аллергии или же рвотного рефлекса. Противопоказания к проведению имплантации разделяются на несколько больших групп, общими противопоказаниями считаются тяжелые заболевания различных систем органов, а также наркомания, алкоголизм и ряд инфекционных заболеваний.

Особое внимание хотелось бы уделить абсолютным местным противопоказаниям при дентальной имплантации, которыми являются:

- 1) злокачественные опухоли, доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области;
- 2) остеорадионекроз;
- 3) наличие предопухолевых заболеваний красной каймы губ или слизистой оболочки полости рта;
- 4) наличие клинической симптоматики непереносимости металлов;
- 5) тяжелая форма генерализованного пародонтита или пародонтита;
- 6) идиопатические заболевания с прогрессирующим поражением тканей пародонта (синдром Папийона-Лефевра);

7) низкая гигиеническая культура пациента и нежелание его к поддержанию высокой гигиены полости рта.

Ряд заболеваний, вредных привычек и других противопоказаний, которые не учтены при оперативном вмешательстве могут отрицательно сказываться на дальнейшем процессе приживления имплантата. Для решения вопроса о возможности проведения операции пациентам необходимо пройти комплексное обследование. Оно включает в себя сбор анамнеза, общеклинических анализов, в частности общий анализ крови и общий анализ мочи, осмотр полости рта – оценка состояния зубов, альвеолярных отростков, слизистой оболочки, вид прикуса, состояние гигиены полости рта. Также, во время обследования необходимо провести рентгенологическое исследование зубочелюстной системы, при помощи методов рентгенографии и компьютерной томографии. Этот метод позволяет оценить ряд важных показателей: состояние челюстных костей, их плотность, характер трабекулярного рисунка, тип верхнечелюстных пазух, высоту и ширину альвеолярных отростков, степень их атрофии, расстояние между альвеолярным краем и дном верхнечелюстной пазухи или нижнечелюстным каналом. Немаловажным звеном в ходе планирования операции является инструментальное обследование, а именно измерение ширины альвеолярных отростков, определение электрогальванических потенциалов с использованием разнородных металлов, проведение стереолитографии. Хотелось бы акцентировать особое внимание на обязательном проведении санации полости рта пациентов, включающей в себя удаление зубных отложений и разрушенных зубов, лечение кариеса и заболеваний пародонта. В определенных клинических случаях пациенту показана хирургическая коррекция рубцов слизистой оболочки и альвеолярного отростка, пластика уздечки или языка, а также ортопедическая подготовка – нормализация высоты прикуса, устранение деформаций зубного ряда.

Выводы: Применить комплекс профилактических и лечебных мероприятий, способствующий минимизации риска осложнений в послеоперационном периоде при проведении дентальной имплантации.

Список литературы

1. Архаров С.Л. Исследование эффективности компьютерной томографии и других методик рентгенологического обследования при планировании операции дентальной имплантации: Автореф. дис.к.м.н. Новосибирск, 1999,-20 с.
2. Иванов С.Ю., Бычков А.И., Широков Ю.Е. Применение магнито-стимуляции в послеоперационном периоде при дентальной имплантации// Институт стоматологии, 2010, № 4, с.34-35.
3. Fox C.S., Moriarty J.D., Kusy R.P. The effects of scaling titanium implant surfaces with metal and plastic instruments: An in vitro study// J. Periodontal. -2004. V. 61. - p. 485-490.
4. Zocher A. Der Dioden Laser // Int. J. Oral Maxillifac. Im plants. 2005, V. 11, p. 812-815.