

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИИМПЛАНТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА КОЛЛАПАН

Жусев А.И., Центр дентальной имплантации, г. Москва

В последние годы в нашей стране все более возрастает роль дентальной имплантации, в связи с чем возникает необходимость усовершенствования методов костной пластики, операций синуслифта и пародонтологических процедур. Также остро встает вопрос о возмещении ограниченных и протяженных костных дефектов.

Наиболее часто возникающий воспалительно-деструктивный процесс вокруг имплантата, называемый периимплантитом, сопровождается нарастающей и прогрессирующей потерей периимплантной кости и воспалительным процессом в прилегающих мягких тканях. Основными причинами развития периимплантита являются бактериальная инфекция, в том числе вследствие неудовлетворительной гигиены полости рта, и биомеханическая перегрузка в результате изготовления неадекватного протеза. Клиническое проявление периимплантита – чувство дискомфорта, умеренная боль в области имплантата, гиперемия и цианоз слизистой оболочки, образование свищевого хода с небольшим количеством серозно-гнойного отделяемого, наличие импланто-десневого кармана глубиной более 3 мм, а также ускоренный лизис костной ткани вокруг имплантата.

Лечение периимплантита сходно с лечением хронического пародонтита и, в зависимости от степени выраженности клинических проявлений, может быть консервативным (применение местных противовоспалительных средств, физиотерапия), хирургическим или сочетанным.

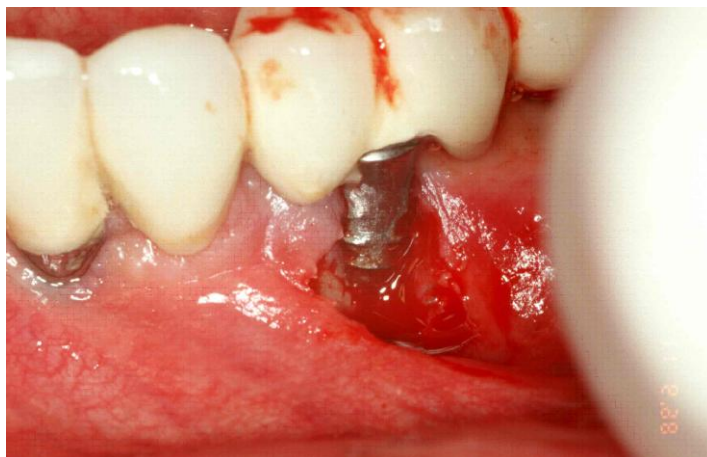
Считается, что лучшим материалом при лечении периимплантита хирургическим путем является аутокость пациента, но, к сожалению, ее использование ограничивается несколькими факторами: мало кто из

пациентов согласен на забор костной ткани в необходимых объемах из других зон; кроме того, часть аутокости неизбежно теряется при ее заборе и подготовке. Имеющийся при периимплантите воспалительный процесс также оказывает негативное влияние на подсаженный костный материал. Поэтому актуальным является вопрос использования эндогенных материалов в чистом виде или в смеси с аутокостью.



Периимплантит 3-го класса. Выраженный лизис вестибулярной компактной пластинки.

Хирургическое лечение периимплантита имеет некоторые особенности, одной из которых является применение биоактивных материалов на основе гидроксиапатита. К биоактивным материалам относятся препараты на основе фосфатов кальция, наиболее эффективным из которых, на наш взгляд, является отечественный препарат КОЛЛАПАН (фирма ИНТЕРМЕДАПАТИТ, г. Москва).



Очистка поверхности имплантата. Удаление остатков соединительной ткани.

Как и многие современные остеопластические материалы, КОЛЛАПАН содержит в своей основе ГАП и коллаген. Т.к. существуют пять основных классов коллагена, его отношение к тому или иному классу часто является наиболее важным моментом в успешности применения остеопластического материала. Кроме того, на последующую перестройку данного материала и его остеопластические свойства большое влияние оказывает методика получения коллагена и ГАП.



Восполнение КОЛЛАПАНОм дефекта костной стенки.

КОЛЛАПАН – биоактивный материал с однородной композицией чистого гидроксиапатита (ГАП) и специально обработанного коллагена с введением одного из антибиотиков (гентамицина сульфат, линкомицина гидрохлорид, метронидазол, диоксидин, клафоран, рифампицин) – с успехом используется в ряде клиник не только стоматологического, но и травматологического профиля.



КОЛЛАПАН, пропитанный физиологическим раствором. Видна великолепная проницаемость КОЛЛАПАНа кровью.

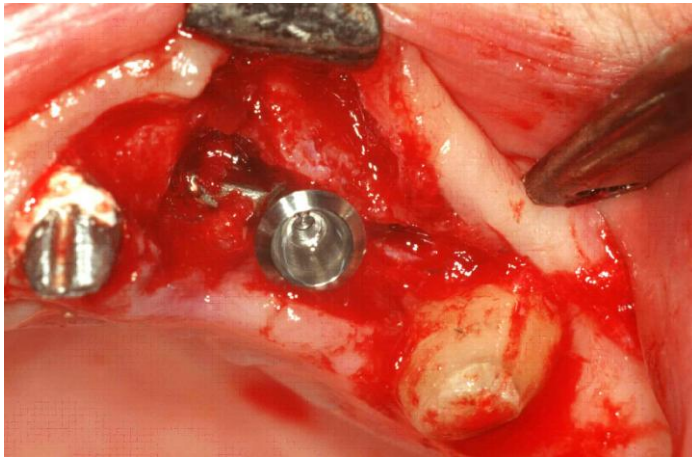
Искусственный гидроксиапатит (ГАП), содержащийся в КОЛЛАПАНе, по химическому составу идентичен основной минеральной составляющей костной ткани – биологическому ГАП, в результате чего он широко используется при замещении дефектов костной ткани. Установлено, что кристаллы искусственного ГАП в биологической системе подвергаются метаболизму клетками организма, которые разлагают их до составляющих - ионов кальция и фосфора. Эти ионы в дальнейшем входят в структуру регенерируемой костной ткани.



Рана герметично ушита.

КОЛЛАПАН состоит из ультрадисперсного порошка ГАП, равномерно распределенного в матрице из особо чистого коллагена 2 типа и антибиотика. Коллаген обладает большой сорбционной емкостью, способностью

резорбироваться и утилизироваться организмом. Антибиотик и микрокристаллы ГАП, заключенные в толще коллагеновой пленки, освобождаются при нарушении ее структуры (например, при лизисе), обеспечивая постепенный пролонгированный эффект. Важно отметить, что КОЛЛАПАН также способствует благоприятному течению остеогенного процесса и предупреждает гнойные осложнения.



Немедленная имплантация с использованием пластиночного имплантата. Виден значительный дефект костной ткани в области 21 зуба.

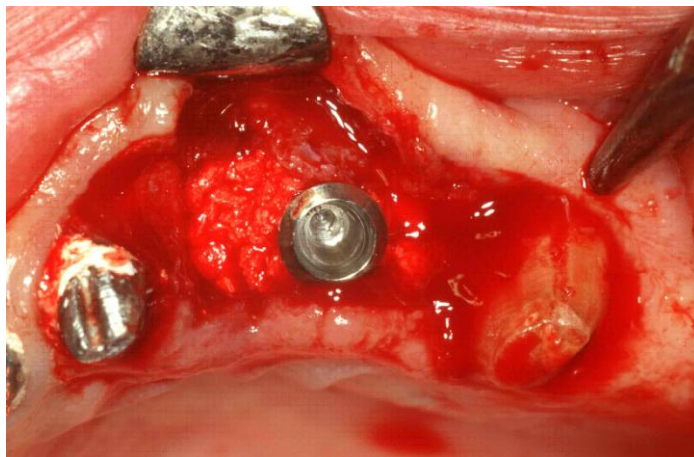
По сравнению с аллотрансплантатами коллапан имеет ряд серьезных преимуществ, главным из которых является отсутствие риска отторжения, аллергических реакций и инфицирования ВИЧ и гепатитом.



Заполнение костных дефектов КОЛЛАПАНОм-Л.

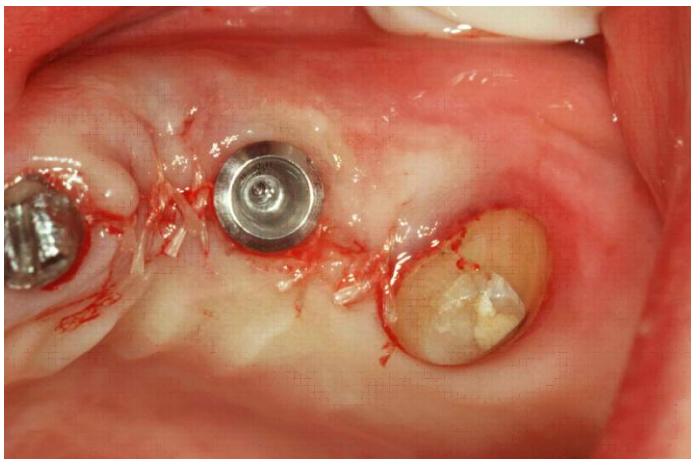
Мы используем КОЛЛАПАН при лечении различных классов периимплантита, начиная с 1997 года. За это время было проведено

наблюдение 24 пациентов с различными классами периимплантита по двум основным методикам: Первая: после ревизии костного дефекта удаление соединительно-тканых образований и подготовки обнажившейся эндооссальной поверхности имплантата антисептическими препаратами укладывался материал КОЛЛАПАН в виде гранул непосредственно на обнаженную поверхность имплантата. Рана герметично ушивалась. Дополнительно назначалось антигистаминное и антибактериальное лечение рег-oss длительностью и в объемах в зависимости от стадии периимплантита. Вторая методика отличалась от первой тем, что КОЛЛАПАН предварительно замачивался в стерильном физиологическом растворе комнатной температуры на 3-4 минуты, после чего гранулы гомогенизировали и укладывали на поверхность имплантата.



Однородная структура КОЛЛАПАНа после пропитывания стерильным физиологическим раствором.

Кроме того, одним из наиболее важных моментов в лечении периимплантита является устранение паразитарных нагрузок на имплантат на срок всего необходимого лечения, часто с выведением пораженного имплантата из окклюзии на данный период.



Рана герметично ушита. Реакция мягких тканей идентична обычной операции.

Оценивая полученные результаты и осознавая, что столь незначительная группа проведенных исследований не может быть статистически достоверна, все же можно сделать предположение, что эффект стабилизации кровяного сгустка на поверхности любого остеопластического материала в случае лечения периимплантита оказывает отрицательное влияние, т.к. часто из-за выраженной стабилизации крови на поверхностных слоях гранул внутренний объем метаболизируется очень медленно. Предварительное замачивание и гомогенизация позволяет в значительной мере облегчить этот процесс и обеспечить адекватное восполнение имеющихся костных дефектов. Кроме того, входящий в состав КОЛЛАПАНА-Л линкомицин оказывает ярко выраженное пролонгированное противовоспалительное действие.

Таким образом, описанная выше незначительно модифицированная методика использования КОЛЛАПАНА в практике лечения периимплантита может быть рекомендована к широкому применению в клинической практике и обеспечить во многих случаях гарантированный результат и, соответственно, более длительный срок службы имплантатов.