

проходить осмотр врача хирурга и терапевта стоматолога. При этом необходимо внимательно обращать внимание на жалобы больных, проводить объективное обследование желез, выявлять нарушения выделения количества слюны из протоков, ее качество, обследовать состояние регионарных лимфатических узлов, состояние слизистой полости рта и зубов и при выявлении изменений назначать соответствующее лечение.

Чертов С.А., Ганчев К.С.

ВИДОВОЙ СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА С ПОВЕРХНОСТИ ФТОРОПЛАСТОВОГО ЗАЩИТНОГО КОЛПАЧКА НА ОДНОКОМПОНЕНТНЫХ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ

Запорожский государственный медицинский университет, кафедра хирургической и протезной стоматологии

Актуальность. Стоматологический имплантат, установленный в альвеолярный отросток челюсти, имеет отличительную от других имплантатов особенность – полупогружное состояние, когда внутрикостная часть находится в кости, а надкостная часть дентального имплантата функционирует в наиболее загрязненной зоне организма человека – полости рта. В связи с этим, имплантат в полости рта является предметом повышенной обсемененности и местом размножения патогенной и условно-патогенной микрофлоры. Особенно остро вопрос профилактики периимплантита стоит в начальном периоде приживления – этапе заживления костной раны и мягких тканей слизистой оболочки полости рта.

Цель исследования: провести анализ микробиологических исследований спектра микрофлоры на поверхности фторопластовых защитных колпачков при использовании неразборных однокомпонентных конструкций внутрикостных дентальных имплантатов.

Материалы и методы. Для данной работы использовались результаты лечения 42-х пациентов с различными дефектами зубных рядов, которым было установлено 117 неразборных однокомпонентных имплантата SOLO системы ImpLife®. С целью корректного формирования десневой манжетки вокруг шейки и защиты имплантата от внешних раздражителей использовались разработанные нами защитные колпачки из фторопласта.

В контрольной группе из 30 пациентов, которым было установлено 89 аналогичных имплантатов защитные колпачки не использовались. В послеоперационном периоде оценивались клиническая и рентгенологическая картина на месте соединения «защитный колпачок – десневая борозда – кость» в день установки имплантата, через две и четыре недели. Исследование микрофлоры проводили на материале, взятом путем соскоба с поверхности колпачка в исследуемой группе и с поверхности головки имплантата в контрольной группе.

Проводили посев налета на следующие среды: на 5% кровяной агар (среда для роста всех аэробов), среды Эндо (дифференцированная среда на

энтеробактерии +синегнойную палочку), среды Сабуро (дифференцированная среда на дрожжеподобные грибы рода *Candida*) и желточно-солевой агар (среда на стафилококк). Содержимое налета, полученное в результате соскоба с поверхности формирователей сеяли на чашки Петри и инкубировали в термостат на 24-48 часов. Анализ результатов проводили, подсчитывая количество колоний на чашках.

Результаты и обсуждение. У пациентов контрольной группы, которым изоляция головки однокомпонентного имплантата колпачком не проводилась, на вторые-третьи сутки во время осмотра определялся мягкий налет, удаляемый механическим путем. Подобная контаминация микрофлоры приводит к активизации остеокластов и краевой резорбции кости вокруг шейки имплантата. Особенно это опасно при заживлении свежей костной раны при одноэтапной имплантации.

В подавляющем большинстве случаев высевались по три вида микроорганизмов. Из общего количества высеянных микроорганизмов гемолитический эпидермальный стафилококк составил 55%, негемолитический стрептококк – 20%, негемолитический стафилококк – 8%, кишечная палочка – 2%, протей – 5%, энтерококки – 4%, дрожжевые грибы рода *Candida* – 6%. Видовой состав микрофлоры на поверхности неизолированных титановых головок имплантатов и на поверхности фторопластовых защитных колпачков был практически одинаковым.

Однако на материале, взятом с поверхности неизолированных имплантатов, у всех пациентов выросло в 6 раз больше дрожжевых грибов рода *Candida*, чем на материале, взятом с поверхности фторопластового защитного колпачка.

Выводы. 1. Использование защитных колпачков из фторопласта в случаях применения неразборных однокомпонентных имплантатов обеспечивает надежную защиту костной раны от агрессивного содержимого полости рта.

2. Сокращение сроков заживления мягких тканей в послеоперационном периоде при использовании фторопластовых защитных колпачков позволяет значительно сократить сроки реабилитации пациентов по сравнению с применением имплантатов с неизолированными головками.

3. Полученные результаты применения фторопластовых защитных колпачков является перспективным мероприятием для профилактики воспалительных осложнений дентальной имплантации.

Чертов С.А., Гладкий Д.П.

ВРЕМЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Запорожский государственный медицинский университет, кафедра хирургической и протезной стоматологии

Актуальность. Возросшие эстетические запросы пациентов требуют от имплантолога искать возможности для изготовления временной протезной конструкции на имплантатах с первых дней после операции. При проведении