

К. О. Гинько, А. С. Волчок

ВЛИЯНИЕ ТИПОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НА СТРОЕНИЕ ДЕСНЕВОЙ МАНЖЕТКИ В ОБЛАСТИ ИМ- ПЛАНТАТА

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Т. Л. Шевела

Кафедра хирургической стоматологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

K. O. Ginko, A. S. Volchok

INFLUENCE OF TYPES OF THE MUCOSA OF THE ALVEOLAR PROCESS ON THE STRUCTURE OF THE GINGIVAL CUFF IN THE IMPLANT AREA

Tutor: associate professor T. L. Shevela

Department of Oral surgery,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В работе представлены результаты клинического исследования по проведению сравнительной оценки типов слизистой оболочки альвеолярного отростка и влиянии их на развитие воспалительных реакций вокруг дентального имплантата. Полученные результаты дают основание заключить, что имеется связь развития мукозита от анатомического строения слизистой оболочки в зоне установки дентального имплантата.

Ключевые слова: слизистая оболочка, дентальный имплантат, мукозит.

Resume. The article presents results of the clinical work of comparative assessment of the types of the mucous membrane of alveolar ridge and their influence on the development of inflammatory reactions around the dental implant. The obtained results give reason to conclude that there is a direct correlation between the development of mucositis from the anatomical structure of the mucous membrane in the area of dental implant placement.

Keywords: the mucous membrane, dental implant, mucositis.

Актуальность. Успех имплантации во многом зависит от правильного определения показаний к осуществлению данного вида реабилитационных мероприятий, выбора конструкции имплантата, техники проведения оперативного вмешательства, периода восстановительного лечения и системы профилактики осложнений [1, 2]. При обследовании пациентов с целью последующего проведения дентальной имплантации необходимо придерживаться определенных этапов. Применение клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования позволяет получить достаточно объективную информацию о состоянии области имплантации и определить прогноз результатов лечения [3].

При обследовании полости рта учитывается структура костной ткани, тип слизистой оболочки альвеолярного отростка, степень атрофии, рельеф и высота альвеолярного гребня [4].

Однако до настоящего момента окончательно не определена роль изменений слизистой оболочки прилежащей к имплантату в развитии периимплантита, а вопрос о зависимости развития данной патологии от анатомического строения слизистой оболочки в зоне установки дентального имплантата остается дискуссионным.

Цель: провести сравнительный анализ состояния десневой манжетки в области имплантатов у пациентов с разным типом строения слизистой оболочки десны.

Задачи:

1. Проанализировать состояние прикрепленной слизистой оболочки альвеолярного отростка в области установленных имплантатов.
2. Определить влияние типа слизистой оболочки десны на наличие периодонтального кармана.
3. Провести наблюдение пациентов с дентальными имплантатами через 1 год.

Материал и методы. Обследовано 28 пациентов, которым были установлены дентальные имплантаты и на втором этапе операции (через 4 месяца) проведена установка формирователя десневой манжетки.

Пациентам после проведения местной анестезии 4% раствором ультракаина в объеме 1,7 мл в области установленных имплантатов проводилось раскрытие слизистой оболочки мукотомом. Применение данного инструмента позволяет одновременно определить подвижность и толщину слизистой оболочки вокруг имплантата (рисунок 1).



Рис. 1 – Проведение раскрытия дентального имплантата мукотомом

При обследовании пациентов через 1 год после установки ортопедической конструкции на имплантаты учитывались следующие показатели:

- структура костной ткани (проведение конусно-лучевой компьютерной томографии);
- степень атрофии, рельеф и высота альвеолярного гребня;
- наличие или отсутствие десневой манжетки в области имплантатов;
- тип слизистой оболочки альвеолярного отростка.

Результаты и их обсуждение. Полученные отдаленные результаты исследования пациентов показали следующее: при отсутствии прикрепленной десны в области установленного имплантата (рисунок 2) десневая манжетка не сформировывалась и

при этом наблюдался мукозит и оголение шейки имплантата на ортопедических конструкциях, без нарушения целостности костной ткани. У пациентов с наличием прикрепленной десны в области имплантатов определялась десневая манжетка (рисунок 3), а воспалительные процессы в мягких тканях, окружающих имплантат отсутствовали.

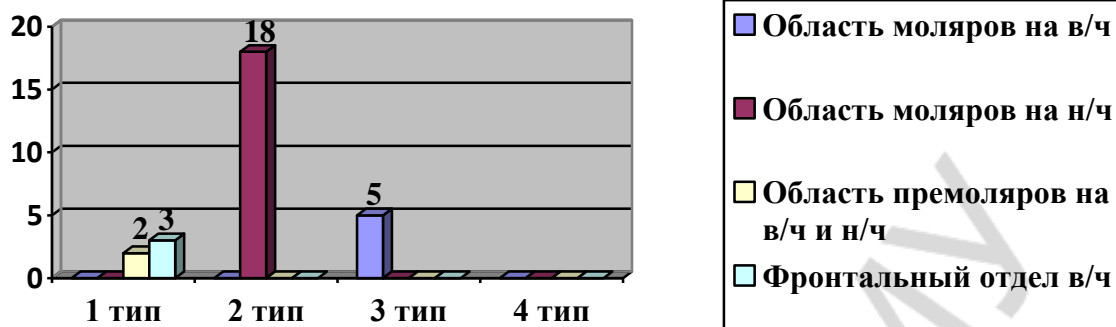


Рис. 2 – Отсутствие кератинизированной десны у пациента Ю. с дентальными имплантатами в области зубов 4.5, 4.6



Рис. 3 – Наличие кератинизированной десны у пациента Н. с дентальными имплантатами в области зубов 3.4, 3.5

Анализ структуры слизистой оболочки альвеолярного отростка показал, что 1-й тип был выявлен у 5 (17,9%) пациентов с мукозитом (в области фронтального отдела верхней челюсти – 3 (10,7%) и в области премоляров на верхней и нижней челюсти – 2 (7,1%). Второй тип констатировали у 18 (64,2%) пациентов на нижней челюсти в области моляров. Третий тип определялся у 5 (17,9%) пациентов в области моляров верхней челюсти (диаграмма 1).

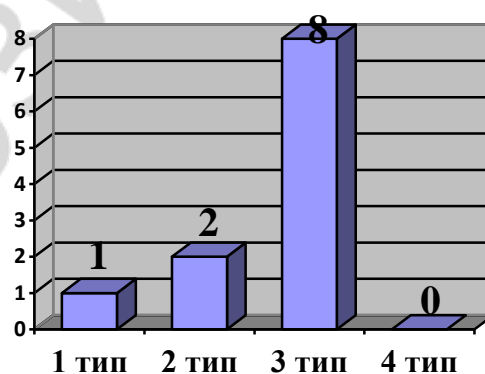


Диagr. 1 - Анализ структуры слизистой оболочки альвеолярного отростка

Мукозит чаще всего развивался у пациентов с 3-м типом слизистой оболочки вокруг десневого имплантата (8 чел., 72,7%; рисунок 4, диаграмма 2).



Рис. 4 – Мукозит у пациента Л. с дентальным имплантатом в области зуба 4.1.



Диagr. 2 - Частота развития мукозита от строения слизистой оболочки десны

Выводы:

1 Толщина слизистой оболочки альвеолярного отростка влияет на формирование десневой манжетки в зоне имплантат – костная ткань. Это, в свою очередь, определяется плотностью прилегания десны к имплантату и объёмом соединительной ткани, что препятствует попаданию микроорганизмов в контактную зону.

2 Наиболее часто встречается 2-й тип слизистой оболочки по Suplee (плотная, истончённая, атрофированная) вокруг дентального имплантата.

3 У 7 из 10 обследованных пациентов с мукозитом наблюдалась слизистая оболочка 3-го типа по Suplee.

Литература

1. Шевела, Т.Л. Взаимосвязь развития периимплантита и типов слизистой оболочки альвеолярного отростка / Т.Л. Шевела, И.О. Походенько-Чудакова // Сучасна стоматологія та щелепно-лицева хірургія: матеріали міжнарод. науч.-практ. Конф., посвящ. 100-летию со дня народження професора Ю.И. Бернадського (1915-2006). – Київ, 2015. – С. 139-141.

2. Маланчук, В.А. Непосредственная дентальная имплантация / В.А. Маланчук, Э.А. Мамедов. – Киев: ЦСТРІ м. Києва, 2008. – 157 с.

3. Сухарев, М. Возможности применения методов исследования в дентальной имплантологии / М. Сухарев // Клиническая имплантология и стоматология. – 1998. – № 4. – С. 14–23.

4. Миргазизов, М.З. Критерии эффективности в дентальной имплантации / М.З. Миргазизов, А.М. Миргазизов // Рос. стом. журн. – 2000. – № 2. – С. 4–7.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ