

## СТРОЕНИЕ ДЕСНЕВОЙ МАНЖЕТКИ В ОБЛАСТИ ИМПЛАНТАТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Гинько К.О., Волчок А.С., Шевела Т.Л.

*Белорусский государственный медицинский университет,  
кафедра хирургической стоматологии, г. Минск*

**Ключевые слова:** дентальный имплантат, мукозит, полость рта, слизистая оболочка.

**Резюме:** в данной 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.

**Resume.** this 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.

**Актуальность.** В настоящее время воспаление окружающих тканей в области дентальных имплантатов является сложнейшей и нерешенной проблемой у пациентов. 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 взаимосвязь прикрепления слизистой оболочки к имплантату и развития периимплантита, в связи с этим, вопрос о роли анатомического строения слизистой оболочки в зоне установки дентального имплантата остается дискуссионным.

**Цель:** провести сравнительный анализ наличия 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 патологического кармана.
3. Провести наблюдение пациентов с дентальными имплантатами через 1 год.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 28 пациентов, которым были установлены зубные 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 удаление слизистой оболочки мукоотомом. Применение данного инструмента позволяет одновременно определить подвижность и толщину слизистой оболочки вокруг имплантата (рисунок 1).



*Рис. 1* – Проведение раскрытия зубного имплантата мукоотомом

Через 1 год после установки ортопедической конструкции на имплантаты проводилось обследование с учетом следующих критериев: плотность костной ткани, наличие патологического кармана, состояние десневой манжетки в области имплантатов слизистой оболочки десны в области установленного имплантата.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Полученные отдаленные результаты исследования пациентов показали следующее: при отсутствии прикрепленной десны в области установленного имплантата (рисунок 2) десневая манжетка отсутствовала, при этом наблюдался мукозит и оголение шейки имплантата в области ортопедических конструкций, без нарушения целостности костной ткани. У пациентов с наличием прикрепленной десны в области имплантатов определялась десневая манжетка (рисунок 3), воспалительные процессы в мягких тканях, окружающих имплантат отсутствовали.



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

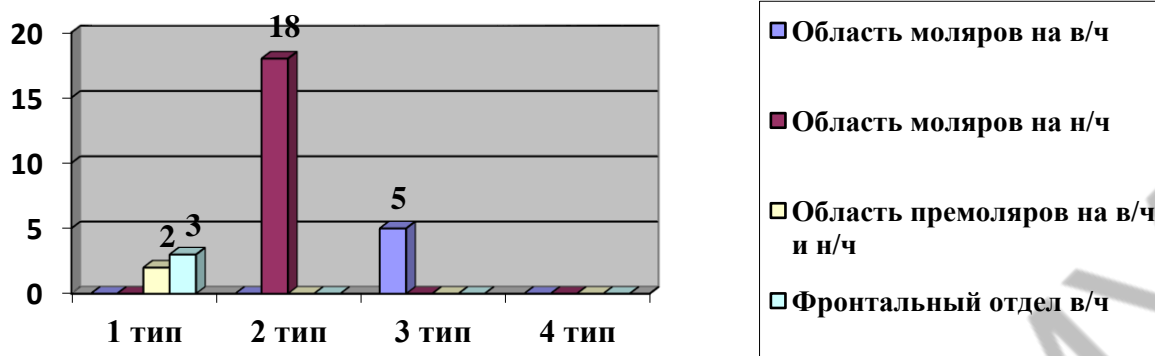


**Рис. 3** – Наличие десневой манжетки у пациента Н. с дентальными имплантатами в области зубов 3.4, 3.5

Анализ типов 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).

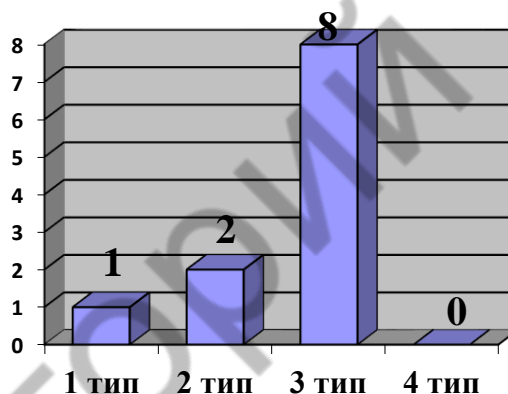
Отдаленные результаты исследования показали следующее: у пациентов с отсутствием прикрепленной десны в области имплантата десневая манжетка отсутствовала, при этом наблюдался патологический карман и явления мукозита. В данной клинической картине наиболее часто встречался 2-й тип слизистой оболочки (плотная, истонченная, атрофированная).

У пациентов с наличием прикрепленной десны в области имплантатов присутствовала десневая манжетка, воспалительные процессы в мягких тканях, окружающих имплантат отсутствовали.



Диагр. 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%; диаграмма 2). Пациенты с подобной слизистой оболочкой нуждаются в предварительном лечении. После протезирования пациентам следует строго соблюдать режим пользования протезом и обязательно наблюдаться у врача.



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

**Выводы:** строение слизистой оболочки альвеолярного отростка влияет на формирование десневой манжетки в зоне имплантат – костная ткань, что в свою очередь препятствует попаданию микроорганизмов в контактную зону и развитию воспалительных осложнений.

### 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 рождения професора Ю.И. Бернадського (1915-2006). – Киев, 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.
5. Шварц Ф. Периимплантит: этиология, диагностика и лечение / Ф. Шварц, Ю. Бекер. – Quintessence Publishing, 2010. – 300 с.

6. Schincaglia G.P. Clinical, immune, and microbiome traits of gingivitis and periimplant mucositis / G.P. Schincaglia et al. // *J. Dent. Res.* – 2017. – Vol. 96. – № 1. – P. 47–55.
7. Hoyos-Nogués M. Impedimetric antimicrobial peptide-based sensor for the early detection of periodontopathogenic bacteria / M. Hoyos-Nogués et al. // *Biosens Bioelectron.* – 2016. – Vol. 1. – № 86. – P. 377–385.
8. 43. Schwarz F. Influence of different treatment approaches on non-submerged and submerged healing of ligature induced periimplantitis lesions: an experimental study in dogs / F. Schwarz et al. // *J. Clin. Periodontol.* – 2006. – Vol. 33. – P. 584–595.
9. Schwarz F. Efficacy of professionally administered plaque removal with or without adjunctive measures for the treatment of periimplant mucositis. A systematic review and meta-analysis // F. Schwarz, K. Becker, M. Sager // *J. Clin. Periodontol.* – 2015. – Vol. 42 (Suppl.). – № 16. – P. 202–213.
10. Schwarz F. Nonsurgical treatment of moderate and advanced periimplantitis lesions: a controlled clinical study / F. Schwarz et al. // *Clin. Oral Investig.* – 2006. – Vol. 10. – P. 279–288.