

J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2014. – Vol. 146, № 6. – P. 693–694.

7. Schmitt C.M., Tudor C., Kiener K. Vestibuloplasty: porcine collagen matrix versus free gingival graft: a clinical and histologic study // J. Periodontol. – 2013. – Vol. 84, № 7. – P. 914–923.

#### Резюме

**Цель:** анализ эффективности использования различных видов трансплантатов для закрытия десневых рецессий. **Материал и методы:** в стоматологической поликлинике 2-й клиники ТМА и в поликлинике № 2 Юнусабадского района за 3 года лечение получили 10 пациентов с десневыми рецессиями 1-го и 2-го классов по Миллеру с использованием свободного расщеплённого трансплантата с нёба и 10 – с применением субэпителиального соединительнотканного трансплантата в сочетании с коронарным смещением лоскута. Использовался трансплантат средней толщины (0,5–0,75 мм). **Результаты:** лучшие клинические результаты были достигнуты при закрытии рецессий во фронтальном отделе верхней челюсти:  $91,1 \pm 18,8\%$  для модифицированной тоннельной методики и в 100% случаев применения коронально смещенного лоскута. При закрытии рецессий в области жевательной группы зубов были получены следующие результаты:  $86,3 \pm 17,6\%$  в случаях применения коронально смещенного лоскута и  $70,9 \pm 19,9\%$  –

для модифицированной тоннельной методики.

**Выводы:** применение критерия Краскела – Уоллиса для определения различий в группах пациентов с разными методами лечения показало, что коронально смещенный лоскут показал статистически лучший результат по критерию «уровень закрытия рецессии» ( $p < 0,01$ ).

**Ключевые слова:** рецессии десны, свободный десневой трансплантат, соединительнотканый трансплантат с эпителиальной полоской.

#### Summary

A comparative study of different methods of transplanting techniques with the use of free gingival, connective tissue and connective tissue with epithelial strip grafts to close gingival recessions 1–2 class (Miller, 1985) shows a highest efficiency for the complete closure method of the last recession of the gums.

**Key words:** gingival recession, free gingival graft, connective tissue grafts with epithelial strip.

#### Резюмеси

Миллер (1985) маълумотларига кўра, 1-2-чи синф милк рецессиясининг турғунлигини ёпиш учун трансплантация техникасининг қиёсий усуллари эркин милк трансплантатлари (CDT), эркин бириктирувчи тўқима трансплантатлари (CCT) ва эпителиал юзали эркин бириктирувчи тўқима трансплантатлари ёрдамида амалга оширилади.

**Калит сўзлар:** милк рецессияси, эркин милк трансплантати, эпителиал юзали эркин бириктирувчи тўқима трансплантати.

УДК: 616.314-089.819.843:616.314.17-008.1-002]-612.017.2+616.1/8

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВОЗМОЖНОГО РИСКА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА НА ФОНЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ



Ярмухамедов Б.Х., Амануллаев Р.А.,  
Газиева Э.В., Рахматов А.А., Махмудов М.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Дентальная имплантация в последние годы широко применяется у различных групп пациентов [5,6,8,11], однако вопрос о вероятности отторжения дентальных имплантатов у больных с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне сахарного диабета до конца не решен [1,3,4]. По нашему мнению, проведение

дентальной имплантации у данной категории больных возможно, но она требует тщательной предимплантационной подготовки. Большое значение имеют морфологические критерии, на основании которых можно оценить возможный риск вмешательства до его начала и в дальнейшем проводить коррекцию метаболических нарушений

у пациентов на всех этапах лечения и реабилитации [3,5,6].

В последнее время показания к дентальной имплантации с целью протезирования заметно расширились [7,10]. Это особенно актуально для пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми воспалительными заболеваниями пародонта [4,12]. Контроль и коррекция местного иммунного гомеостаза слизистой оболочки десны имеют важное значение в комплексном лечении данной категории пациентов [13]. Пациенты старшей возрастной группы, как правило, страдают сопутствующей соматической патологией в виде заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной системы, а именно сахарным диабетом [9]. В связи с этим необходимо выделение этих пациентов в группу риска со сравнительно высоким процентом осложнений при протезировании с опорой на дентальные имплантаты.

Анализ проведенных лечебных мероприятий и выявленные корреляции клинической картины с изменениями местного иммунного гомеостаза слизистой оболочки десны при дентальной имплантации у пациентов с пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести, являются приоритетными и перспективными для повышения качества результатов имплантации и прогнозирования осложнений для их своевременного устранения [2,4].

#### **Цель исследования**

Выявление морфологических критериев оценки риска развития послеоперационных осложнений дентальной имплантации у больных группы риска.

#### **Материалы и методы**

22 пациента (13 женщин и 9 мужчин) с воспалительными заболеваниями пародонта разной степени тяжести, в возрасте от 40 до 65 лет, у которых дентальная имплантация проводилась как с применением костнопластических операций, так и без них, в зависимости степени тяжести воспалительных заболеваний пародонта, которая оценивалась клинически и рентгенологически, были разделены на 2 группы по классификации Американской академии пародонтологии (ААП) [1]. Контрольную группу составили 8 пациентов сопоставимого возраста без заболеваний пародонта. Забор слизистой оболочки у больных осуществлялся во время вмешательств, не связанных с дентальной имплантацией.

Эффективность хирургического лечения оценивалась по клиническим признакам: наличие болевого симптома, сроки и состояние эпителизации ран, ранние послеоперационные осложнения и степень остеоинтеграции дентальных имплантатов. Степень остеоинтегра-

ции контролировали рентгенологически (дентальная рентгенография, панорамная томография) на каждом этапе лечения.

Материалом для гистологического и иммуногистохимического исследования явилась слизистая оболочка десневых карманов и межзубных сосочков, взятая по показаниям во время удаления зубов.

#### **Результаты исследования**

У 15 пациентов 1-й группы выявлены изменения по III типу классификации ААП, у 7 больных 2-й группы – IV типу. Кроме того, 5 пациентов 2-й группы на момент лечения в анамнезе имели сахарный диабет 2-го типа.

Ранние послеоперационные осложнения (отек и гиперемия мягких тканей) наблюдались у 7 (25%) больных, причем 6 (75%) из них были с сопутствующим сахарным диабетом. Лечение осложнений осуществлялось по стандартным схемам местного лечения послеоперационной антибиотикотерапией. Сроки установки формирователей десны варьировали от 7 до 14 недель ( $p < 0,05$ ). Пришеечная резорбция составляла от 0 до 1,5 мм.

Из-за повышения проницаемости стенки структур микроциркуляторного русла слизистой оболочки полости рта и возникновения отека, а также повышенной миграции макрофагов в ткань десны, количество тучных клеток в слизистой оболочке десны у больных сахарным диабетом увеличено. Возрастало также и количество антиген-представляющих клеток, что является, на наш взгляд, следствием усиленной микробной контаминации в ткани десны. Обнаруженные эффекторные иммунциты CD 68 находятся в эпителиальной пластинке, достигая отростками наружной поверхности эпителиального пласта. Выявлена прямая корреляционная зависимость между тяжестью поражения костной ткани и морфологическими изменениями в слизистой оболочке десны, что вполне закономерно, так как между тканями имеется морфологическая и функциональная взаимосвязь. Инфильтрация связки лейкоцитами, повышенная проницаемость и разрушение коллагеновых волокон объясняется большим количеством тучных клеток в периодонте, в связи с тем, что тучные клетки, являясь регуляторами местного гомеостаза, выделяют цитокины для повышения миграции макрофагов в зону резорбции.

Анализ результатов показал, что тучные клетки периодонта благодаря наличию в них биогенных аминов представляют собой мощное звено, определяющее развитие и регуляцию гомеостатических и компенсаторных механизмов

при инфицировании периодонта. Нами установлено, что коэффициент дегрануляции и коэффициент функциональной напряженности тканевых базофилов в сосудистой и межсосудистой областях периодонта являются критерием устойчивости системы тучных клеток к действию воспалительных факторов.

В ходе исследований установлено, что количественные и качественные результаты у пациентов исследуемой и контрольной групп различаются. Они коррелируют с длительностью и тяжестью патологического процесса в полости рта и зависят от наличия соматической патологии. На основании морфологического исследования слизистой оболочки можно предположить наибольшую вероятность развития послеоперационных осложнений у пациентов с сопутствующими заболеваниями. Так, на основании морфологической картины вытекает вывод об обязательном подготовительном иммуномодулирующем лечении пациентов с сахарным диабетом.

В постимплантационном периоде все больные нуждаются в интенсивном иммуномодулирующем лечении, снижающем воспалительные реакции и ингибирующем деструктивные процессы.

#### Выводы

1. У больных на фоне сахарного диабета высокое содержание тучных клеток является причиной отёчности и макрофагальной инфильтрации в собственной пластинке слизистой оболочки.
2. Независимо от наличия или отсутствия сахарного диабета у стоматологического больного повышенная микробная контаминация в эпителиоцитах после дентальной имплантации требует проведения мероприятий по нормализации иммунного гомеостаза в слизистой оболочке полости рта.
3. Эффекторные иммунокомпетентные иммунные клетки в структурах слизистой оболочки являются отражением эффективности проводимых мероприятий по имплантации зубов и могут быть использованы для прогнозирования успешности проводимых лечебных мероприятий.

#### Литература

1. Исмоилов А.А. Частота распространения основных стоматологических заболеваний у больных с неблагоприятной общесоматической патологией и разработка путей повышения адаптационных возможностей органов полости рта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Омск, 2012. – 26 с.
2. Камилов Х.П., Бекжанова О.Е., Азимова Н.Н., Рискиев Г.А. Интенсивность кариеса в различных группах зубов у взрослого населения

г. Ташкента // Stomatologiya. – 2004. – № 3–4. – С. 47–51.

3. Ризаев Ж.А. Разработка концепции и программы профилактики заболеваний пародонта у населения Узбекистана на основе комплексных социально - гигиенических исследований: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2015. – 69 с.
4. Робустова Т.Г. Осложнения при зубной имплантации // Стоматология. – 2012. – № 1. – С. 19–24.
5. Becker W., Doerr J., Becker B.E. A novel method for creating an optimal emergence profile adjacent to dental implants // J. Esthet. Restor. Dent. – 2012. – Vol. 24, № 6. – P. 395–400.
6. Dunham J. Dental and craniomaxillofacial implant surgery // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2012. – Vol. 70, №11 (Suppl 3). – P. 72-e106.
7. Elias C.N., Rocha F.A., Nascimento A.L., Coelho P.G. Influence of implant shape, surface morphology, surgical technique and bone quality on the primary stability of dental implants // J. Mech. Behav. Biomed. Mater. – 2012. – Vol. 16. – P. 169-180.
8. Horwitz J., Levin L., Gabay E. et al. Immediate restoration of delayed placement of dental implants in patients with treated periodontal disease: 1-year results // Int. J. Oral. Maxillofac. Impl. – 2012. – Vol. 27, №6. – P. 1569-1575.
9. Galindo-Moreno P., Padial-Molina M., Gómez-Morales M. et al. Multifocal oral melanoacanthoma and melanotic macula in a patient after dental implant surgery // J. Amer. Dent. Assoc. – 2011. – Vol. 142, № 7. – P. 817–824.
10. Gallucci G.O., Grütter L., Chuang S.K., Belser U.C. Dimensional changes of peri-implant soft tissue over 2 years with single-implant crowns in the anterior maxilla // J. Clin. Periodontol. – 2011. – Vol. 38, № 3. – P. 293–299.
11. Geerts G., Naidoo S. Surgical placement of implants-experiences, practices and opinions of South African prosthodontists // SADJ. – 2012. – Vol. 67, №3. – P. 108–114.
12. Gvetadze R.Sh., Krechina E.K., Smirnov D.V., Shamkhalov D.I. Microcirculation in supporting tissues in patients with unilateral terminal defect of dental arch // Stomatologiya (Mosk). – 2011. – Vol. 90, № 6. – P. 52–54.
13. Khammissa R.A., Feller L., Meyerov R., Lemmer J. Peri-implant mucositis and peri-implantitis: clinical and histopathological characteristics and treatment // SADJ. – 2012. – Vol. 67, № 3. – P. 124–126.

#### Резюме

**Цель:** выявление морфологических критериев оценки риска развития послеоперационных ос-



ложнений дентальной имплантации у больных группы риска. **Материалы и методы:** 22 пациента (13 женщин и 9 мужчин) с воспалительными заболеваниями пародонта разной степени тяжести, в возрасте от 40 до 65 лет, у которых дентальная имплантация проводилась как с применением костнопластических операций, так и без них, в зависимости степени тяжести воспалительных заболеваний пародонта, которая оценивалась клинически и рентгенологически, были разделены на 2 группы по классификации Американской академии пародонтологии (ААП) [1]. Контрольную группу составили 8 пациентов сопоставимого возраста без заболеваний пародонта. Забор слизистой оболочки у больных осуществлялся во время вмешательств, не связанных с дентальной имплантацией. **Результаты:** иммунокомпетентные иммуноциты слизистой оболочки служат отражением успешности мероприятий по имплантации зубов и могут быть использованы для прогнозирования эффективности проводимых лечебных мероприятий. **Выводы:** в постимплантационном периоде все больные нуждаются в

интенсивном иммуномодулирующем лечении, снижающем воспалительные реакции и ингибирующем деструктивные процессы.

**Ключевые слова:** дентальная имплантация, послеоперационные осложнения, группа риска, сахарный диабет.

#### Summary

Among dental patients, more often than others, people over 55-60 years old need prosthetics, and they have a history of somatic diseases. Correction of immune homeostasis have an important place in the complex treatment of dental implant patients of a specified age. On the material of 24 patients aged 50 to 65 years, morphological methods of the study analyzed the results of dental implantation in patients with diabetes mellitus. It was revealed that immunocompetent mucosal immunocytes reflect the success of dental implantation measures and can be used to predict the effectiveness of therapeutic measures.

**Key words:** implantation, homeostasis, somatic diseases, oral mucosa, inflammatory periodontal diseases, effector immunocytes.

*Ортопедическая стоматология*

УДК: 616.314-77:616.314-089.819.843

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ



**Салимов О.Р., Сафаров М.Т., Нигматова Н.Р.**

Ташкентский государственный медицинский институт

Восстановление функции жевания разнообразными видами протезов при частичной потере зубов остается важной задачей ортопедической стоматологии. Наличие дефектов в зубной дуге ведет к нарушению целостности зубного ряда и появлению морфофункциональных изменений в зубочелюстной системе, возникающих сначала вблизи дефекта, а затем распространяющихся на весь зубной ряд. Это приводит к вертикальному перемещению и наклону зубов, ограничивающих дефект, лишенных антагонистов, а также к перегрузке оставшихся зубов, нарушению окклюзии, изменениям в нижнечелюстном суставе (Абакаров С.И., 2005; Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., 2018; Netz G., 2004).

Изменившиеся условия функционирования зубов становятся причиной перестройки обменных процессов, которые зависят от силы действия жевательной нагрузки. При частичной адентии происходит нарушение гемодинамики тканей в области дефекта зубного ряда, снижается интенсивность кровообращения, наблюдается вазоконстрикция сосудов.

Новые возможности открылись благодаря внедрению в клиническую практику имплантации искусственных опор для зубных протезов, расширяющих условия для проведения съемного зубного протезирования.

Современная дентальная имплантология с последующим протезированием зарекомендовала