

УДК 612.017.1: 616.311-06:616.314-007-08

## СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАТЕРИАЛОВ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ, ОПИРАЮЩИХСЯ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ

С.В. Игнатьев<sup>1</sup>, Ю.Ю. Первов<sup>1</sup>, Р.Ш. Гветадзе<sup>2</sup>, Г.В. Рева<sup>1</sup>, А.В. Фролов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Владивостокский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

<sup>2</sup>Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (119991, г. Москва, ул. Тимур Фрунзе, 16)

**Ключевые слова:** ортопедические конструкции, дентальные имплантаты, местный иммунитет, иммуногистохимия.

На основании клинко-иммуногистохимического анализа 74 наблюдений (мужчины 25–85 лет) проанализирована зависимость изменений слизистой оболочки полости рта, возникающих при использовании съемных и мостовидных ортопедических конструкций с учетом параметров морфологического субстрата, обеспечивающего местный иммунный гомеостаз. Показано преимущество несъемных металлокерамических протезов с опорой на имплантаты перед протезами на основе акриловых пластмасс. Предлагается новый протокол ортопедического лечения с учетом состояния иммунного гомеостаза слизистой оболочки полости рта, основанный на комплексном обследовании с биопсией протезного ложа, в результате чего принимается решение о выборе ортопедической конструкции.

Доля населения, нуждающегося в протезировании зубов, по данным ряда авторов, в России достигает до 70–90 %, и значительную часть (15–20 %) здесь составляют пациенты, которым планируется съемное протезирование [2].

Проблема взаимоотношений тканей полости рта и различных протезных конструкций и материалов является основной в клинике ортопедической стоматологии, поэтому ей уделяется большое внимание как в отечественной, так и в зарубежной литературе. В последнее время появились сообщения о важной роли иммунной системы в возникновении протезных стоматитов.

По собственным данным, в большинстве случаев изменения иммунного гомеостаза слизистой оболочки протезного ложа при использовании съемных протезов сопровождаются явлениями хронического катарального гингивита с типичными клиническими проявлениями (гиперемия, отечность и др.) [5].

Целью настоящей работы являлась оценка показателей, характеризующих состояние иммунного гомеостаза слизистой оболочки полости рта (СОПР) в зависимости от материалов ортопедических конструкций.

**Материал и методы.** Обследованы 74 мужчины в возрасте от 25 до 85 лет (что сделано для исключения фактора ежемесячных гормональных изменений у женщин). По возрасту обследуемые ранжированы согласно классификации периодизации Г. Крайга: ранняя зрелость – 20–40 лет, средняя зрелость – 40–60 лет,

поздняя зрелость – от 60 лет и более. Пациенты были разделены на три группы:

1-я группа – 19 человек, которым были изготовлены полные протезы с ограниченным базисом на основе акриловых пластмасс, фиксированные на имплантатах (в ряде случаев эти протезы являлись этапом ортопедического лечения и использовались с целью нормализации пространственного положения нижней челюсти и коррекции окклюзионных взаимоотношений);

2-я группа – 18 человек, окклюзионная реабилитация которым осуществлялась мостовидными металлокерамическими протезами с опорами на дентальные имплантаты.

3-я группа (контрольная) – 37 относительно здоровых пациентов, которым проводилась предимплантационная подготовка полости рта.

Проводилось клиническое обследование слизистой оболочки полости рта (СОПР). Определялось наличие очагов гиперемии, отечности протезного ложа, оценивалось состояние тканей пародонта с использованием пробы Шиллера–Писарева. С письменного согласия пациентов под инфильтрационной анестезией по строгим медицинским показаниям в одно и то же время (приблизительно 10 часов утра) осуществлялся забор биоптатов (размером 1×1×1 мм) в области слизистой оболочки протезного ложа.

Исследование проводилось до начала ортопедического этапа лечения и через 3 месяца пользования ортопедическими конструкциями. Изготовление срезов и вся дальнейшая обработка материала (депарафинирование и обезвоживание) выполнялись на автоматизированной аппаратуре лаборатории патоморфологии Медицинского университета Ниигаты (Япония), дающей высокую чувствительность к маркировке – En Vision-системе.

Кроме общеморфологического анализа во фрагментах слизистой оболочки десны методом иммуногистохимической идентификации кластеров дифференцировки (Cluster of Differentiation – CD) определяли фенотип иммунокомпетентных клеток. Идентифицировали активированные макрофаги, клетки Лангерганса, лаброциты, интраэпителиальные лимфоциты. Интенсивность пролиферативных процессов в эпителиальной пластинке оценивалась по митотическому индексу (МИ – количество митозов на 100 эпителиоцитов) посредством маркера Ki-67:.