

Поповска М., Белазелкоска З., Георгиева С., Пандилова М.,
Ангелов Н., Јосифов Д.

МОРФОЛОШКИТЕ ОТСТАПУВАЊА ВО МЕКИТЕ ТКИВА КАКО ЕТИОЛОШКИ ФАКТОР ЗА ПАРОДОНТАЛНАТА БОЛЕСТ

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ-Скопје, Клиника за болести на устата и пародонтот

Неадекватната инсерција на френулот кој најчесто оди и со тесна зона на прикрепена гингива прави влека при мастикација, говор и мимика, при што доаѓа до кинење на припојниот епител и при плак акумулација доаѓа до формирање на пародонтални џебови. Последица на сето ова се инфламаторни измени на гингивата, со појава на гингиворагија во почетокот на пародонталната болест. а подоцна и дистрофични измени на ткивото. Што се однесува до високата поставеност на гингивата во однос на забот, последица е продлабочување на гингивалниот сулкус, кој во овие услови претставува место за акумулација на денталниот плак кој првично доведува до инфламаторни измени на гингивата, а со нејзиното пролонгирано дејство и до проширување на воспалително-деструктивниот процес и во другите структури на пародонциумот.

Клучни зборови: гингива; пародонтален џеб; пародонтални заболувања

Според Everett (2) и Glickman (3), состојбата на пародонциумот во голема мера зависи од морфолошките карактеристики на гингивата, френулот и пликите. Доколку настанат некои отстапувања во развојот на овие елементи, последиците се одразуваат на неговата состојба. Многубројните клинички опсервации на голем број автори покажуваат дека постојат големи анатомски варијации во инсерцијата на пликите и френулот. Во случај кога нивниот припој е близу до маргиналниот раб на гингивата, доаѓа до одвојување на маргиналната гингива претежно во долниот фронт, а последица на тоа е појава на дијастема помеѓу

централните инцизиви. Сето ова ја намалува отпорноста на пародонциумот, при што доаѓа до кинење на припојниот епител.

Со акумулација на денталниот плак, а потоа преку неговите штетни продукти, доаѓа до формирање на пародонтални џебови. Glickman (3), Gasffsegen (4) и Bowers (1) велат дека, доколку димензијата на прикрепената гингива не е помала од 1 mm, не предизвикува речиси никакви алтерации на гингивата, додека пак Wade (5) дошол до заклучок дека неадекватната зона на прикрепена гингива и малата вестибуларна длабочина директно делуваат врз пародонталното здравје.

Сакајќи да дадеме свој придонес, а истовремено да дојдеме до сопствени сознанија за улогата и влијанието на некои од многубројните морфолошки отстапувања во етиопатогенезата на пародонталната болест ја оформивме и целта на овој труд.

Материјал и метод

За реализација на поставената цел, на Клиниката за болести на устата и пародонтот се опсервирани 35 пациенти со клинички и рендгенографски верифицирана пародонтална болест.

Испитуваната група ја сочинуваат пациенти на возраст од 30 до 40 години и кај сите е дијагностицирано некое од морфолошките отстапувања на гингивата:

- неадекватна инсерција на френулот во горната или долната вилица;
- висока поставеност на гингивата во однос на забот;
- тесна зона на прикрепена гингива.

Кај сите овие пациенти направен е комплетен пародонтолошки преглед и одредени се индексните вредности на денталниот плак, заб-

БОЛЕСТИ НА УСТАТА И ПАРОДОНТОТ

ниот камен, гингивалната рецесија и пародонталниот индекс по Ramfjord.

За споредба е оформена контролна група која, исто така, брои 35 пациенти и сите нејзини пациенти ја запазуваат истата старосна граница како и пациентите во испитуваната група. Кај сите овие пациенти не постојат какви и да било морфолошки отстапувања на гингивата и во оралната празнина нивото на оралната хигиена е на идентично ниво како и кај испитуваната група. Пациентите и во двете групи негираат какви и да било заболувања од општ карактер.

Резултати

Од направените испитувања и статистичката обработка добиени се долу наведените резултати.

Во табела 1 даден е приказ на индексните вредности кај пациенти со неадекватна инсерција на френулот кои ја сочинуваат испитуваната група и контролната група.

Споредувајќи ги прикажаните резултати и анализирајќи ги добиените вредности се забележува висока статистичка значајност на разликите од $p < 0,01$ кај сите три индексни вредности, т.е. индекс на дентален плак, забен камен и гингивална рецесија. Што се однесува до пародонталниот индекс по Ramfjord, помеѓу испитуваната и контролната група постои сигнификантност на разликите од $p < 0,05$. Според тоа, кај нашите пациенти беше видлива пропорционалноста помеѓу интензитетот на пародонталните промени и неадекватната инсерција на френулот.

ТАБЕЛА 1. ПРИКАЗ НА ИНДЕКСНИТЕ ВРЕДНОСТИ ЗА ПАРОДОНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И ЗАБНИТЕ НАСЛАГИ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО НЕАДЕКВАТНА ИНСЕРЦИЈА НА ФРЕНУЛОТ И КОНТРОЛНАТА ГРУПА

N = 35	Испитувана група				Контролна група			
	ИДП	ИЗК	ИГР	ПИР	ИДП	ИЗК	ИГР	ПИР
M	2,48	2,4	2,57	2,57	1,37	1,70	1,20	1,37
G	0,60	0,62	0,57	0,57	0,51	0,70	0,40	0,51
E	0,10	0,10	0,09	0,09	0,08	0,11	0,08	0,08
t					18,50	11,66	34,25	3,01
r					< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,05

ТАБЕЛА 2. ПРИКАЗ НА СРЕДНИТЕ ВРЕДНОСТИ ЗА ПАРОДОНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И ЗАБНИТЕ НАСЛАГИ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ВИСОКА ПОСТАВЕНОСТ НА ГИНГИВАТА И КОНТРОЛНАТА ГРУПА

N = 35	Испитувана група				Контролна група			
	ИДП	ИЗК	ИГР	ПИР	ИДП	ИЗК	ИГР	ПИР
M	1,88	1,65	0,88	1,74	1,05	0,94	0,79	1,17
G	0,41	0,43	0,28	0,48	0,32	0,22	0,27	0,36
E	0,06	0,07	0,04	0,08	0,05	0,03	0,02	0,06
t					27,66	11,83	3,05	11,4
p					< 0,001	< 0,001	< 0,05	< 0,001

Легенда за табелите 1 и 2
 ИДП - индекс на дентален плак
 ИЗК - индекс на забен камен
 ИГР - индекс на гингивална рецесија
 ПИР - пародонтален индекс по Ramfjord

M - средна вредност
 G - стандардна девијација
 E - стандардна грешка
 t - Студентов - t-тест
 p - сигнификантност

БОЛЕСТИ НА УСТАТА И ПАРОДОНТОТ

Во табела 2, последователно, изнесени се резултатите добиени споредувајќи ги индексните вредности од испитуваната група која ја сочинуваат пациенти со висока поставеност на гингивата во однос на забот од контролната група

Споредбените резултати одат во прилог на сигнификантност на резултатите од $p < 0,001$, кај индексот на денталниот плак, индексот на забниот камен и пародонталниот индекс по Ramfjord, додека пак индексот на гингивалната рецесија покажува статистичка значајност на разликите од $p < 0,05$.

Во табела 3 презентирани се добиените резултати од испитуваната група, т.е. пациен-

тите со тесна зона на прикрепена гингива и контролната група. Помеѓу овие две групи, преку средната вредност, стандардната девијација и стандардната грешка, кај сите индексни вредности најдовме $p < 0,001$.

Во табела 4 е направен сумарен приказ на сите индексни вредности за пародонталното здравје и забните наслаги кај пациентите со морфолошки отстапувања на гингивата и контролната група. Од добиените резултати може да се заклучи дека кај пациентите со неадекватна инсерција на френулот, тесна зона на прикрепена гингива и висока поставеност на гингивата во однос на забот, $p < 0,001$ во однос на контролната група.

ТАБЕЛА 3. ПРИКАЗ НА ИНДЕКСНИТЕ ВРЕДНОСТИ ЗА ПАРОДОНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И ЗАБНИТЕ НАСЛАГИ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ТЕСНА ЗОНА НА ПРИКРЕПЕНА ГИНГИВА И КОНТРОЛНАТА ГРУПА

N = 35	Испитувана група				Контролна група			
	ИДП	ИЗК	ИГР	ПИР	ИДП	ИЗК	ИГР	ПИР
M	2,54	2,57	2,40	2,57	1,42	1,80	1,34	1,34
G	0,59	0,57	0,62	0,58	0,53	0,55	0,54	0,54
E	0,10	0,09	0,10	0,10	0,09	0,09	0,09	0,09
t					28	6,5	26,5	30,75
p					<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

ТАБЕЛА 4. СУМАРЕН ПРИКАЗ НА ИНДЕКСНИТЕ ВРЕДНОСТИ ЗА ПАРОДОНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ И ЗАБНИТЕ НАСЛАГИ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО МОРФОЛОШКИ ОТСТАПУВАЊА НА ГИНГИВАТА И КОНТРОЛНАТА ГРУПА

N = 35	Испитувана група				Контролна група			
	ИДП	ИЗК	ИГР	ПИР	ИДП	ИЗК	ИГР	ПИР
M	2,48	2,40	2,57	2,57	1,37	1,70	1,20	1,37
p					<0,01	<0,001	<0,001	<0,05
M	1,88	1,65	0,88	1,74	1,05	0,94	0,79	1,17
p					<0,001	<0,001	<0,05	<0,001
M	2,54	2,57	2,40	2,57	1,42	1,80	1,34	1,34
p					<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Легенда за табелите 3 и 4
 ИДП - индекс на дентален плак
 ИЗК - индекс на забен камен
 ИГР - индекс на гингивална рецесија
 ПИР - пародонтален индекс по Ramfjord

M - средна вредност
 G - стандардна девијација
 E - стандардна грешка
 t - Студентов - t-тест
 p - сигнификантност

Дискусија

Состојбата на пародонциумот, меѓу друго, зависи и од морфолошките карактеристики на меките ткива, т.е. од состојбата на гингивата, инсерцијата на френулот и др. Доколку во текот на развојот настанат некои отстапувања во морфологијата на овие елементи, тоа ќе се одрази врз состојбата на пародонциумот.

При состојби каде френулот има неадекватна, т.е. висока инсерција близу слободната гингива, настанува повлекување на гингивата во пределот на централните инцизивни, доаѓа до одвојување на слободната гингива, истовремено се кине припојниот епител и се создаваат поволни услови за пробив на штетните продукти од денгалниот плак чија последица е формирање пародонтални џебови.

Нашите добиени резултати се совпаѓаат со резултатите на Everett (2) и Glickman (3) кои велат дека на ваков начин доаѓа до продлабочување на гингивалниот сулкус, со акумулација на плак и со формирање на пародонтални џебови како главен патогномичен знак на пародонталната болест.

Што се однесува до високата поставеност на гингивата во однос на забот, Sokić (7) во неговото испитување докажал дека положбата на гингивата во однос на забот зависи од положбата на забот во алвеолата. Ако забот е наведнат орално, гингивата е поставена покоронарно, и обратно. Ваквата позиција на гингивата ја зголемува клиничката коронка и го продлабочува клиничкиот гингивален сулкус и, преку импакција на храна и плак, директно преку механичко оштетување на припојниот епител, го отвора патот за понатамошно разорување или, индиректно, преку продуктите предизвикува инфламација на гингивата и, подлабоко, во преостанатите структури на пародонциумот.

Од презентираниите резултати од испитувањата, каде што се проучени индексните вредности кај пациенти со тесна зона на прикрепена гингива, дојдовме до сознанија дека колку што е потесна зоната на прикрепена гингива, толку повеќе е нагласена плак-акумулацијата којашто е придружена со едем и крвавење.

Испитувањата на поголем број автори (1, 5, 6, 7) се различни. Bowers (1) вели дека прикрепената гингива со димензија над 1 mm не влијае врз степенот на пародонталното здравје.

Ние не го делиме мислењето на Bowers (1) бидејќи резултатите што ги добивме од спроведените испитувања докажуваат дека во ареи во кои постои мала зона на прикрепена гингива и степенот на пародонтална болест е поизразен. Причините лежат во максималната плак-акумулација која во почетокот резултира со инфламација на гингивата, а подоцна доведува и до деструктивни измени во преостанатите сврзано-ткивни структури. До идентични резултати како нашите дошле и Wade (5), Симоновски (6) и Sokić (7).

Од сето ова може со сигурност да се потврди дека сите овие морфолошки отстапувања во меките ткива се сметаат како предиспонирачки фактори, па секој додатен локален етиолошки фактор ќе се одрази врз состојбата на пародонциумот и ќе прогредира во пародонтална болест.

Од сето ова досега кажано можеме да ги извлечеме следниве заклучоци:

- неадекватната инсерција на френулот кој најчесто оди и со тесна зона на прикрепена гингива прави влеча при мастикација, говор и мимика, при што се одвојуваат слободната гингива и интерденталната папила, а при тоа може да дојде до кинење на припојниот епител; ова е погодно место за пробив на штетните продукти од денгалниот плак, а последица на сè е формирање пародонтални џебови;
- што се однесува до високата поставеност на гингивата во однос на емајлот на забот, последица е продлабочување на гингивалниот сулкус кој во овие услови претставува место за акумулација на денгалниот плак кој првично доведува до инфламација на гингивата, а со нејзино пролонгирано дејство до проширување на воспалително-деструктивниот процес и во другите структури на пародонциумот;
- кај пациенти со присутна тесна зона на прикрепена гингива доаѓа до умерена но сепак понагласена плак акумулација, придружена во почетокот со крвавење, едем и знаци на воспаление, а подоцна и со дистрофични измени на ткивото.

Ваквите наоди укажуваат на потребата од максимално одржување орална хигиена, но истовремено и од решавање на овие морфолошки аберации на гингивата со правовремена вестибуларна екстензија на прикрепената гингива и хируршка корекција на високата поставеност на гингивата.

**MORPHOLOGICAL ABNORMALITIES
OF THE ORAL TISSUE AS AN
ETIOLOGICAL FACTOR IN
PERIODONTAL DISEASE**

Popovska M., Belazelkoska Z., Georgieva S.,
Pandilova M., Angelov N., Josifov D.

Summary

The unadequate frenulum insertion is usually joined by narrow width of attached gingiva.

This often causes muscular traction during mastication, faster plaque accumulation and tears the attached epithelium apart.

All these factors take part in an initiation of gingival inflammation, gingival bleeding, dystrophic changes of the tissue, and in the process of periodontal pocket formation.

The upper position of the gingiva causes enlargement of the gingival sulcus depth, which, in these circumstances, is an ideal place of plaque accumulation initiating gingival inflammation. If the gingival inflammation persists, the process spreads in the deeper parts of the periodontium causing inflammatory destructive changes of periodontal tissues.

Key words: gingiva; periodontal diseases; periodontal pocket

Литература

1. BOWERS GM. A study of the width of the attached gingiva. J Periodontol 1963; 34: 201.
2. EVERETT F, KRAMER G. The distolingual groove in the maxillary lateral incisor: A periodontal hazard. J Periodontol 1972; 43: 352.
3. GLICKMAN J. Clinical periodontology. WB Saunders Co, 1972.
4. GOSTTSEGEN R. Frenulum position and vestibular depth in relation to gingival health. Oral Surg 1954; 7: 1069.
5. WADE AB. Vestibular deepening by the technique of Edlan and Mejcker. J Periodont Res 1969; 4: 300.
6. СИМОНОВСКИ М, ЛАЗАРЕВСКА Б, ДИМИТРОВСКИ В, АНАСТАСОВ Н. Влијанието на неадекватната зона на прикрепена гингива врз маргиналниот пародонтален статус. Макед Стоматол Прегл 1984; 7(1-2): 17-20.
7. SOKIĆ G, DUKANOVIĆ D, ZELIĆ O. Proučavanje odnosa između alveolarne kosti i zuba sa stanovišta progresivnih parodontopatija. 6. Kongres stomatologa Jugoslavije (Zbornik radova Doc d/10-1). Budva: Udruženje stomatologa Jugoslavije, 1976.
8. ĐAJIĆ D, DUKANOVIĆ D, ZELIĆ O, URSU I. Parodontopatije. Naučna knjiga, Beograd, 1980: 286.