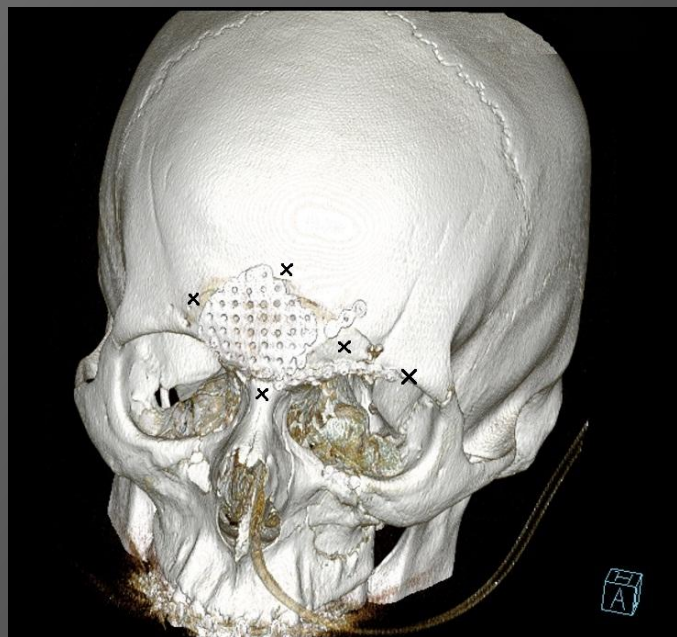




ТЕМА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ «ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА, И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ МАРГИНАЛЬНОЙ РЕЗОРБЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С РЕЦЕССИЕЙ ДЕСНЫ ОКОЛО ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА».



Подготовил:
Аспирант 1 года обучения
факультета стоматологии и
мед. технологий
Абдул Гудус Абубакер
Тавакал
Научный руководитель: д.м.
н., зав. кафедрой ЧЛХ и
хирургической стоматологии
Мадай Д.Ю.

Санкт-Петербург
2016 год

Актуальность темы

- Маргинальная резорбция в области пришеечной части имплантата возникает после остео-интеграции и заживления имплантата. У каждого человека, имеющего дентальный имплантат, с возрастом происходит незначительная физиологическая резорбция костных тканей около имплантата но, этот процесс начинается примерно в 30-35 лет. Некоторые люди могут после установления имплантатов десятилетиями ходить без проблем, а у некоторых людей уже через несколько недель или месяцев могут возникнуть серьезные проблемы.
- Причинами чрезмерного атрофирования кости около дентального имплантата могут служить различные факторы . На приёме врача-имплантолога пациенты часто жалуются на нарушение эстетики и застревания пищи в области дентального имплантата, которое обусловлено рецессией десны, нередко сочетающейся с маргинальной резорбцией костной ткани около имплантата.

- Определённые анатомические особенности могут служить развитию рецессии, такие как тонкий биотип десны, укороченная уздечка верхней и нижней губы, близкое расположение тяжей преддверья полости рта к альвеолярному гребню, а также другие факторы, такие как наличие хронической травмы, при агрессивной технике чистки зубов, функциональной травме, воспалительных заболеваний пародонта (И.Р. Ганжа Т.Н. Модина и др., 2005; Э.М. Ратейцхак Г.Ф. Вольф, и др.,2008).

- Ограниченная рецессия десны около дентального имплантата проявляется клиновидным или овальным снижением высоты десны с вестибулярной и редко с вестибуло-оральной поверхности. Пациенты с резорбцией костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около имплантата, составляют отдельную группу. Этиологические факторы и механизм патогенеза маргинальной резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессии десны около дентального имплантата, являются весьма неоднородной группой. Увеличение ширины прикрепленной десны и повышение объема и прочности маргинальной кости после реконструктивных остеопластических операций является одной из сложнейших задач дентальной имплантологии. Перед врачом-имплантологом сохранение импалнтата является более важной задачей чем восстановление эстетики.

- Устранение рецессии десны осуществляется только хирургическим способом. Существуют разные хирургические методы, разработанные рядом авторов для возмещения утраченной костной ткани альвеолярного гребня и мягких тканей около имплантата. В современной литературе существует много работ, посвященных сравнительному изучению влияния различных по составу, происхождению и свойствам костнопластических материалов на динамику остеогенеза и заживлению костных ран (Иванов С.Ю. и соавт., 1999; Шишкова Н.В., 2005).

- Планирование лечения пациентов с резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны затруднено из-за отсутствия единых взглядов и рекомендаций. Поэтому результаты лечения не всегда стабильны. Однако и сегодня в дентальной имплантологии проблема выбора методов и материалов для сохранения и увеличения объёма утраченной костной ткани и прикрепленной десны около имплантата, а также профилактики является актуальной и требует дальнейшего изучения. Наиболее целесообразным для лечения и профилактики маргинальной резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около имплантата, является двухэтапная операция с применением препарата антиагреганта «Трентал» и антигипоксанта «Актовегин».

Цель исследования

Повышение качества лечения пациентов с маргинальной резорбцией костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около имплантата; оценить влияние препаратов антиагреганта (трентал) и антигипоксанта (актовегин) в комплексном лечении.

Задачи исследования:

- Изучение реологических свойств антиагреганта «Трентал» и антигипоксанта «Актовегин» в комплексном лечении маргинальной резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около дентального имплантата.
- В клинико-лабораторных условиях изучить и оценить результаты применения препарата антиагреганта «Трентал» и антигипоксанта «Актовегин» в комплексном лечении пациентов с маргинальной резорбцией костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около дентального имплантата.

- Дать сравнительную оценку эффективности хирургического лечения на фоне применения антиагреганта «Трентал» и антигипоксанта «Актовегин» и хирургического лечения без применения этих препаратов у обследуемых пациентов. Предложить схему и дозы применения препаратов.
- Изучить этиологию и патогенез маргинальной резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около дентального имплантата и внедрить в клиническую практику новые способы профилактики для этой патологии.

- Разработать и внедрить в клиническую практику алгоритм устранения маргинальной резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около дентального имплантата
- Провести клиническое сравнение и изучить эффективность результатов нового алгоритма с традиционными методами хирургического лечения маргинальной резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около дентального имплантата.

- Сравнить и оценить эффективность применения костно-замещающих материалов (аллогенные, например «лиопласт» и аутогенные), резорбируемой и нерезорбируемой мембран для устранения резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около имплантата и дать рекомендации по их применению и процентному соотношению с целью профилактики рецидива резорбции костной ткани.

Предполагаемая научная новизна:

1. Впервые изучено и проведена оценка влияния препарата антиагреганта «Трентал» и антигипоксанта «Актовегин» в комплексном лечении маргинальной резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около имплантата в клиничко-лабораторных условиях..
2. Разработана новая классификация маргинальной резорбции костной ткани около дентального имплантата.

3. Разработан и внедрён в клиническую практику новый алгоритм устранения маргинальной резорбции костной ткани сочетающейся с рецессией десны около имплантата.

4. Проведены сравнение, оценка и доказана эффективность применения костно-замещающих материалов (аллогенные, например «Лиопласт», и аутогенные), резорбируемой и нерезорбируемой мембран для устранения маргинальной резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около имплантата.

Предполагаемая практическая значимость

- Успешная разработка и внедрение результатов исследования даст возможность расширить показания к хирургическому лечению больных с маргинальной резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около дентального имплантата.
- Разработанные методы могут применяться в практике хирургов - стоматологов, имплантологов и челюстно-лицевых хирургов на уровне государственных и частных стоматологических поликлиник.

- Применение данных методов для лечение пациентов с маргинальной резорбций костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около имплантата позволяет отказаться от повторного хирургического вмешательства и уменьшают сроки реабилитации.

Короткая общая характеристика

Нами будет обследовано и прооперировано 50 больных с маргинальной резорбцией костной ткани сочетающейся с рецессией десны около имплантата. Пациенты с тяжёлыми резорбциями костной ткани и рецессиями десны около имплантата (Stahl S., Morris A., 1955) и с воспалительными заболеваниями (переимплантит) не примут участие в нашем обследовании.

Все пациенты, в зависимости от результатов обследования и диагностики, распределятся на 2 группы:

- Контрольная группа (традиционная реконструктивно-osteопластическая операция)
- Основная группа (реконструктивно-osteопластическая операция по методу автора данной диссертации)

Возрастной диапазон составит от 25 до 60 лет, мужчины и женщины.

Материалы и методы

1. общая характеристика обследуемых пациентов
2. общие клинические этапы обследуемых пациентов
3. методы ультразвукового доплерографического исследования или лазерная доплеровская флоуметрия (ЛФД)
4. морфогистологическое исследование
5. иммуноморфологическое исследование
6. методы статистического анализа данных обследования
7. аутогенные и аллогенные костные материалы.
8. аллогенно-резорбируемые(твёрдо-мозговая оболочка) и незорбируемые, мембраны.

Предполагаемые и ожидаемые результаты через 6 месяцев после проведения реконструктивных костно-пластических и мукогингивальных операций

- 1. по данным компьютерной томографии оценить новый объем костной ткани в маргинальной части дентального имплантата.**
- 2. По результатам гистологической картины отметить появление костной ткани со всеми типичными структурными характеристиками зрелой кости - наличие зрелых остеонов, участков зрелой соединительной ткани с регулярно расположенными коллагеновыми волокнами, и отметить остатки гидросиапатита (биоматериала в виде эозинпозитивных бесструктурных объектов, свободно лежащих среди окружающих**

- 3. На основе морфометрического исследования оценить количественное тканевое соотношение костного материала (зрелая костная ткань, незрелая костная ткань, соединительная ткань) в обеих группах исследуемых пациентов.**
- 4. На клиническом этапе определить достаточный объём прикрепленной и кератинизированной десны в области дентального имплантата в основной группе пациентов.**
- 5. На основе лазерно-доплеровской флуометрии, развернутого анализа крови и гемостазиограммы отметить улучшение реологического свойства крови.**

Заключение:

Жизнеспособность алло- и аутотрансплантата определяет положительный функционально-анатомический результат остеопластических и мукогенгивальных операций, а в её обеспечении, предотвращении некроза и рецидива маргинальной резорбции костной ткани около дентального имплантата главные роли принадлежат

- профилактике тромбоза микрососудистых анастомозов, защите тканей лоскута от ишемических и реперфузионных повреждений и анаксии трансплантата
- алгоритму этапов операции
- выбору костных замещающих материалов по виду и соотношению

Выводы:

- У пациентов с маргинальной резорбцией костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около имплантата без проведения реконструктивной остеопластической и мукогенгивальной операции существенно увеличивается риск образования переимплантита.
- Разработка методов данной остеопластической и мукогенгивальной операций позволяет получить необходимый объём костной и десневой ткани около дентального имплантата.

- **Включение в клиническую практику данных методов лечения позволяют расширить показания к хирургическому лечению больных с маргинальной резорбцией костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около имплантата.**

Спасибо за внимание