



Профилактика, диагностика, и оптимизация лечения маргинальной резорбции костной ткани, сочетающейся с рецессией десны около дентального имплантата

**Самаркандский государственный медицинский университет.
Кафедра хирургии полости рта и дентальной имплантологии.
Жумаев Элдор Акмал ўгли**

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 приеме 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.

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

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.

Заключение:

Жизнеспособность алло- и ауто трансплантата 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

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 переимплантата.
- Разработка методов данной остеопластической и мукогенгивальной операций позволяет получить необходимый объём костной и десневой ткани около дентального имплантата.