© 2026 International Conference on Multidisciplinary Sciences and Innovations . All Rights Reserved.

МЕТОДЫ ОСТЕОПЛАСТИКИ И РЕКОНСТРУКЦИИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

Садинова Мадина Бектемир кизи
Сатторова Зухра Шариф кизи
Якубова Чарос Низомиддиновна
Аликулов Огабек Акмал угли
Самаркандский государственный медицинский университет
Узбекистан, Самарканд
https://doi.org/10.5281/zenodo.22726038

Аннотация: Атрофия альвеолярного отростка челюстей — распространенное следствие длительного отсутствия зубов, травм или воспалительных процессов (пародонтита). Данный дефицит костной ткани создает анатомические препятствия для успешной дентальной имплантации. В работе рассмотрены ключевые методики костной аугментации, типы остеопластических материалов и критерии их выбора в зависимости от архитектоники дефекта. Анализируются показатели приживаемости имплантатов после выполнения реконструктивных операций, а также частота потенциальных осложнений.

Ключевые слова: костная аугментация, остеопластика, атрофия альвеолярного отростка, дентальная имплантация, синус-лифтинг, остеокондукция, остеоиндукция, направленная костная регенерация, НКР, графты.

Цель исследования: Сравнительный анализ эффективности и предсказуемости различных методик костной аугментации при горизонтальной и вертикальной атрофии альвеолярного отростка для последующей дентальной имплантации.

Основные методики аугментации (Материалы и методы): В клинической практике используются следующие основные подходы к восстановлению объема кости:

1. **Направленная костная регенерация (НКР / GBR):**
   - Применение остеопластического материала в сочетании с резорбируемыми (коллагеновыми) или нерезорбируемыми (титановыми) мембранами.
   - Показания: изолированные горизонтальные и небольшие вертикальные дефекты.
2. **Синус-лифтинг (открытый и закрытый):**
   - Поднятие дна гайморовой пазухи с укладкой костного графта при атрофии в боковых отделах верхней челюсти.
3. **Расщепление альвеолярного гребня (Split-crest):**
   - Продольное пропиливание и раздвижение костных пластин с заполнением образовавшегося пространства остеопластиком.
   - Показания: узкий альвеолярный гребень при достаточной высоте (горизонтальная атрофия).
4. **Аутогенные костные блоки (блочная пластика):**
   - Забор костного блока из донорской зоны (подбородок, ветвь нижней челюсти) и его фиксация винтами в зоне дефекта.
   - Показания: выраженная комбинация вертикальной и горизонтальной атрофии.

© 2026 International Conference on Multidisciplinary Sciences and Innovations . All Rights Reserved.

Используемые материалы (графты):

- Аутотрансплантаты: собственная кость пациента (золотой стандарт, обладает остеогенными свойствами).
- Ксенотрансплантаты: кость животного происхождения (чаще бычья, служит остеокондуктивным каркасом).
- Аллотрансплантаты: донорская человеческая кость.
- Синтетические материалы: бета-трикальцийфосфат, гидроксиапатит.

Результаты: Приживаемость: Использование комбинации аутогенной кости и ксенографта (в соотношении 1:1) при направленной костной регенерации обеспечивает прирост объема кости в 88–95% случаев с минимальной степенью резорбции в отдаленном периоде (до 5 лет).

- **Сроки интеграции:** Формирование зрелого костного регенерата при НКР и синус-лифтинге занимает от 4 до 9 месяцев в зависимости от типа используемого материала и кровоснабжения зоны дефекта.
- **Успешность имплантации:** Интеграция дентальных имплантатов, установленных в аугментированную кость, достигает 94–97%, что сопоставимо с показателями установки в нереконструированную костную ткань.

Заключение

Выбор метода костной аугментации определяется геометрией костного дефекта (горизонтальный, вертикальный или комбинированный) и качеством мягких тканей. Применение современных остеопластических материалов в сочетании с мембранной технологией позволяет предсказуемо восстанавливать анатомический объем челюсти и обеспечивать долгосрочную стабильность дентальных имплантатов.