

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОНОРСКИХ ЗОН ДЛЯ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ ЧЕЛЮСТЕЙ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Гричанюк Д.А.*

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии и пластической хирургии лица*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

В настоящее время имплантация в стоматологии стала важнейшей частью реабилитации пациентов с частичной и полной адентией. Ортопедическое лечение с опорой на имплантаты предлагает пациенту надежный, эстетически и функционально более привлекательный результат. При выраженной атрофии альвеолярной кости реабилитация пациентов с применением дентальных имплантатов становится невозможной без предварительной подготовки, т.е. без восстановления кости и мягкотканых структур.

Для увеличения объема костной ткани альвеолярного отростка могут использоваться следующие виды костных трансплантатов: ксено-, алло-, изо- и аутоотрансплантаты, а также синтетические костнозамещающие материалы.

Применимо к костной пластике, аутоотрансплантаты значительно выделяются среди альтернативных вариантов по своим биологическим свойствам. Аутоотрансплантаты не вызывают реакции гиперчувствительности, а также единственные обладают одновременно остеокондуктивными, остеоиндуктивными и остеогенными свойствами.

Аутогенная кость может быть получена как из внеротовых, так и из внутриротовых донорских участков. Среди внутриротовых участков можно выделить наружную косую линию нижней челюсти, область подбородка, бугор верхней челюсти, области адентии на альвеолярном отростке, экзостозы и другие.

Был проведен анализ статей, посвященных аугментации альвеолярного отростка аутогенной костной тканью из различных донорских зон.

Сравнительный анализ размеров костных блоков, полученных из различных донорских зон показывает, что косая линия нижней челюсти и зона подбородочного симфиза являются образованиями, в которых стабильно можно получить объем костной ткани, достаточный для костной аугментации даже протяженных дефектов.

Сравнительный анализ осложнений показывает, что требуется более детальное изучение таких донорских зон, как верхнечелюстные бугры и малые донорские участки.

Аутогенная кость, полученная из разных участков, показывает незначительные различия по степени резорбции, однако, исследования не имеют стандартизированной методики проведения костной аугментации, а также оценки результата, что является перспективным полем для исследования. Резорбция кости в значительной степени зависит от состояния тканей вокруг имплантата, и наличия функциональной нагрузки на имплантат

Отмечается более продолжительная болезненность при заборе кости из подбородочной области, чем из ветви нижней челюсти. Для минимизирования постоперационных болей следует, при возможности, выбирать донорский участок в непосредственной близости с реципиентным.

Таким образом, можно выделить ветвь нижней челюсти и подбородочную область как основные донорские участки, и остальные, как ситуативные варианты. Альтернативные донорские участки можно использовать для снижения постоперативного дискомфорта пациента. Также, отметим что требуется более детальное исследование внутриротовых донорских участков, с применением стандартизованных протоколов операции и наблюдения за пациентами в отдаленные сроки.