

Str.mitis., дифтероиды и S. epidermidis). Наблюдалось снижение их количественных показателей и их встречаемость.

Заключение. Полученные данные демонстрируют, что важнейшие резидентные виды микробной флоры полости рта обладают способностью к усиленной колонизации ротовой полости у пациентов с протезами, базисы которых изготовлены из полиакриловых пластмасс, по сравнению с пациентами, чьи протезы изготовлены на базе комбинированного материала, что может стать причиной различных осложнений воспалительного характера и прогрессирования пародонтита у данного контингента больных.

ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС У ДЕТЕЙ И ИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*Нигматов Р.Н., Аралов М.Б., Нигматова И.М., магистр Атамуратова
Нодира Бекпулатовна, ст-ка 504 гр. БС Хазраткулова Осиё.
Кафедра ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского
государственного стоматологического института.*

Открытый прикус — самая тяжелая аномалия зубочелюстной системы. По данным наших авторов (Рузметова И.М., Нигматов Н.Р., др., 2013) при обследовании детей дошкольного возраста в городе Ташкенте выявлено, что среди детей 3-6 лет открытый прикус составляет 1,4%.

Открытый прикус рассматривается как самостоятельная форма зубочелюстных аномалий, так и может сочетаться с другими нарушениями в трансверзальном или сагиттальном направлении. По литературным данным открытый прикус в 62% случаев встречается вместе с мезиальным соотношением зубных рядов.

Цель исследования: совершенствовать диагностику открытого прикуса у детей сменного прикуса и проводить раннее его лечение.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено среди детей школ №8, №64 и №256 г. Ташкента в возрасте от 6 до 16 лет. Были проведены следующие методы исследования: клинические, фотометрические, антропометрические, графические, рентгенологические и определены основные функции зубочелюстной системы (функциональные методы обследования).

Результаты исследования: по результатам обследования из 348 обследованных школьников у 29 (8,33%) был диагностирован открытый прикус, из них 16 (55,17%) мальчиков и 13 (44,83%) девочек. Из них у 18 (62,07%) был открытый прикус вследствие вредных привычек, у 4 (13,79%) - рахитический открытый прикус с сужением верхней челюсти и 7 (24,14%) от нарушения носового дыхания за счет ЛОР патологии и привычки дышать ртом.

При антропометрическом анализе моделей челюстей по методу Пона у всех 29 пациентов с открытым прикусом было обнаружено сужение зубного ряда. Антропометрические измерения зубного ряда по Кюркхаузу в 8 (27,59%) случаях выявлена протрузия фронтальных зубов, в 3 (10,34%) случаях ретрузия в передней части зубного ряда, а в 6 случаях (20,69%) выявлены искаженная форма

зубной дуги.

Проведенные рентгенологические исследования, используя ортопантомографию (ОПТГ) и телерентгенографию (ТРГ) и их анализ показал, что при изучении телерентгенограмм головы в боковой проекции позволили выявить смещения нижней челюсти, увеличения B,NSe/MP а так же уменьшения угла горизонтали, инклинации Pn/MP, NSe/Po ,Is-SPp.

При ортодонтическом лечении детей с открытым прикусом придерживались следующих принципов: устранение этиологических факторов, расширение верхней и/или нижней зубной дуги, зубоальвеолярное удлинение фронтальных зубов и зубоальвеолярное укорочение жевательных зубов. При этом придерживались принципа: какая зубная дуга челюсти виновна в формировании открытого прикуса и какая степень тяжести аномалии.

С этой целью у больных в раннем сменном прикусе применяли миогимнастические (миофункциональные тренажеры) упражнения и преимущественно съемные ортодонтические аппараты: пластинки с решеткой для языка, расширяющие пластинки окклюзионной накладкой, IV типа регулятора функции Френкеля (рис. 4).

Детям в период позднего сменного прикуса и в период постоянного прикуса были использованы расширяющие несъемные ортодонтические аппараты - аппараты Derexweiler, нами разработанный магнитный расширяющий несъемный аппарат (аппарат Нигматова, Кадырова) и брекет-систему Edgewise, с использованием многопетлевой дуги (МЕАW) согласно инструкции.

Общий срок лечения детей с травматическим открытым прикусом составил 8-9 месяцев, а общий срок лечения детей с открытым прикусом рахитического типа - 18-24 $\pm$ 4 месяца.

Заключение

Лечение прошло консервативным ортодонтическим путем с помощью миогимнастики, расширяющих пластинок и индивидуальной дуги МЕАW. Курс лечения от 8-9 месяцев до 18-24 $\pm$ 4 месяцев. Показатели телерентгенограммы после лечения в пределах нормы.

Пациентам проведены анкетирование после лечения. Результаты показали положительную динамику в виде улучшения дикции и приема пищи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Али Алаа Эддин Лечение вертикальной дизокклюзии зубных рядов III степени у детей. / Дисс. ... к.м.н., М., 2021. 152.с.
2. Аралов М., Нигматова И. Дифференцированный подход коррекции речи детей с открытым прикусом //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2021. – Т. 1. – №. 01. – С. 195-196.
3. Клинико-анатомические изменения зубочелюстной системы у детей с открытым прикусом. // Аралов Мирзобек Бахромович, Нигматов Рахматулла Нигматович, Сайдиганиев Саидахрор Санжар угли, Шаамухамедова Феруза Абдулхаковна. / Международный научно-практический журнал «Вестник Бобек», Astana, Kazakhstan. февраль, 2024. - С.126-129.
4. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры

ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., Кодиров Ж.М., Акбаров К.С., Расулова Ш.Р., Аралов М.Б., Нигматова Н.Р. / Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

5. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. М.: МЕДпресс-информ, 2017.

6. Рентгенологическое исследование детей с открытым прикусом. // Аралов М.Б., Нигматов Р.Н., Шаамухаммедова Ф.А. / Научно-практический журнал «Stomatologiya». 2024, № 1 (94), Т.- 2024. – С. 67-71.

7. Рузметова И.М., Нигматов Н.Р., Раззаков Ш.М., Нигматова Н.Р. Изучение распространенности аномалий и деформация зубочелюстной системы у детей г. Ташкента. Среднеазиатский научно-практический журнал “Стоматология” –Т. -№3-4, 2013. С-73-77.

ФОРМИРОВАНИЕ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ПОМОЩЬЮ ИНДИВИДУАЛЬНОГО АБАТМЕНТА

Нормирзаев Ш.Н. магистр I курса кафедры госпитальной ортопедической стоматологии

Научный руководитель: Ризаева С.М. профессор кафедры факультетской ортопедической стоматологии

*Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
Узбекистан*

Актуальность. На сегодняшний день все большее распространение получает протезирование на имплантатах. Большинство клиницистов используют при имплантации метод отсроченной нагрузки, который имеет наименьший процент осложнений и является классическим. Вместе с тем, в последнее время возрастает интерес к имплантации с немедленной нагрузкой, когда пациенту сразу же после установки имплантата изготавливают временную конструкцию, которая не только замещает отсутствующие зубы, но и воздействует на подлежащие ткани. В статье представлена информация об использовании авторской конструкции индивидуального абатмента, используемого одновременно как протез и как формирователь десневого желобка.

Ключевые слова: имплантация, формирователь десны, десневой желобок, индивидуальный абатмент.

Цель исследования: получение точной эстетики

Материалы и методы исследования: При протезировании на имплантатах классическим методом после формирования десны в тот же имплантат устанавливает абатмент. Его форма определяется будущим протезом.