

резорбтивную реакцию у мышей, зараженных фрагментом RANKL человека, кодируемым в основном пятым экзоном гена RANKL. Однако, развитие остеонекроза после введения препарата деносумаб крысам неоднократно подтверждается и можно сделать предположение о том, что в его инициировании лежит первоначально не нарушение резорбтивной функции и ремоделирования кости, но, вероятно, нарушение микроциркуляции, что дает большой потенциал в исследовании данного направления.

Библиографический список

1. Van Poznak C. Making a case for defining osteonecrosis of the jaw. J Dent Res. 2011 Apr;90(4):399-401. doi: 10.1177/0022034510396884. Epub 2011 Feb 11. PMID: 21317244; PMCID: PMC3065514.
2. Lecart MP, Reginster JY. Current options for the management of postmenopausal osteoporosis. Expert Opin Pharmacother. 2011 Nov;12(16):2533-52. doi: 10.1517/14656566.2011.618123. Epub 2011 Sep 15. PMID: 21916810.
3. Miller PD, Pannacciulli N, Brown JP, Czerwinski E, Nedergaard BS, Bolognese MA, Malouf J, Bone HG, Reginster JY, Singer A, Wang C, Wagman RB, Cummings SR. Denosumab or zoledronic acid in postmenopausal women with osteoporosis previously treated with oral bisphosphonates. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101:3163-3170
4. Kostenuik PJ, Nguyen HQ, McCabe J, Warmington KS, Kurahara C, Sun N, Chen C, Li L, Cattley RC, Van G, Scully S, Elliott R, Grisanti M, Morony S, Tan HL, Asuncion F, Li X, Ominsky MS, Stolina M, Dwyer D, Dougall WC, Hawkins N, Boyle WJ, Simonet WS, Sullivan JK. Denosumab, a fully human monoclonal antibody to RANKL, inhibits bone resorption and increases BMD in knock-in mice that express chimeric (murine/human) RANKL. J Bone Miner Res. 2009 Feb;24(2):182-95. doi: 10.1359/jbmr.081112. PMID: 19016581.
5. Сувонов К. (2020). Оценка высеваемости микроорганизмов при транслокации бактерий в динамике эксперимента у лабораторных животных. *in Library*, 20(2), 140–145. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13976>
6. Рахматуллаева О., & Шомуродов К. (2021). Мониторинг заболеваемости воспалительными процессами мужчин после удаления зуба у больных хроническим гепатитом. Медицина и инновации, 1(1), 95–97. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/medicine_and_innovations/article/view/39

СОХРАНЕНИЕ КОРНЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ С ЦЕЛЬЮ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Курбанов Ш.Ш; Солижонova Ш.Д

Ташкентский государственный стоматологический институт

e-mail: www.shahlosolijonova@mail.ru

АКТУАЛЬНОСТЬ РАБОТЫ

В настоящее время часто удаляются сломанные корни зубов (из-за травмы). И часто установки внутрикостных имплантатов оптимальной длины и диаметра оказывается невозможной из-за анатомо-физиологических и

функциональных изменений при атрофии альвеолярной кости, зависящей от причины и давности потери зубов, что значительно ограничивает применение дентальной имплантации (Иванов А.С. 2011, Иванов С.Ю и др.2004; Кулаков А.А. и др. 2006.; Робустова Т.Г.2003, Фёдоров В.Е. и др. 2010; Фёдоров В.Е. и др. 2011). Альвеолярной отростка, лишённая своей основной опорной функции, всегда подвергается атрофии после удаления зубов (Hing K.A.2004; Hollinger J.O.2005). Потеря зубов практически всегда сопровождается рассасыванием (атрофией) костной ткани челюстей, в частности, нижней челюсти. В результате атрофии происходит уменьшение как высоты альвеолярной части нижней челюсти (АЧНЧ), так и её ширины, что осложняет проведение стандартных методик дентальной имплантации (Матвеева А.И. 1993; Олесова В.Н 1993, 1999; Суров О.Н. 1993; Марков Б.П 2000; Weiss Ch.M. 1992; Linkow L.I. 1993; Mish C.E. 1993; Cranin A.N.1993; Spiekerman H. 1995;.)

У 26-55% обследуемых потеря зубов сопровождается выраженной резорбцией альвеолярной кости (Алимский А.В. 2004; Галяпин И.А. 2010). Особенно атрофия выражена при осложнённом заживлении лунки (Таранов В.Ю. 1993). А. Ашман (1996) пришёл к выводу, что в течение 3 лет после удаления зуба объем альвеолярной отростков уменьшается на 40-60%. Затем этот атрофический процесс продолжается, и убыль кости составляет от 0,5% до 1% от её объёма в год.

По данным научной литературы, более чем в 25-56% случаев стандартные методики имплантации не могут применяться из-за атрофии костной ткани альвеолярных отростков по высоте или толщине (Виноградов С.Ю. и др. 2007; Зицманн Н.2005; Параскевич Л.В. и др.2003)

В настоящее время существует различные виды операционных вмешательств, которые направлены на увеличение объёма костной ткани альвеолярных отростков. В литературе описаны различные методы объёмной реконструкции альвеолярной кости (Алфaro Ф.Е 2006; Кулаков А.А,2008; Шульчк Н.А;Байриков И.М. 2008; Алексеева И.С. 2012; Эйзенбраун О.В. ;Тарасенко С.В. 2013; Морелли Т. 2009), а также методы вертикальной (Малахова М.А. 2006; Базикян Е.А 2008; Дробишев А.Ю. 2011; Панн А.М. 2013; Jenson O.T.2016; Marchetti C. 2007; Sharan A.; Madjar D.2008; Kao D.W.K. 2012;), и горизонталь аугментации (Брави Ф. 2008; Шлее М.2009; Di Alberte.L. 2008; Blus C. 2010;). Но эффективность многих из них недостаточно изучена.

А так же, все эти процедуры являются дополнительными расходами и требуют длительного заживления.

Итак, если удаление зуба приводит к атрофии, а атрофия усложняет операцию по имплантации, лучше использовать метод сохранения корня зуба, чтобы избежать дополнительных операций.

Особенно этот метод нуждается при таких случаях, как:

Когда у подростков были травмы или какие-то случаи когда сломались корни зубов, отсутствует возможность использовать штифтовую конструкцию

В таких случаях использование метода сохранения корня может помочь предотвратить атрофию и исключить дополнительные операции до тех пор, пока у пациента не будут противопоказания на имплантации

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Выработать метод для сохранения оставшихся части зубов после травмы у детей и предотвратить атрофию костной ткани.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Выработать метод для сохранения оставшихся части зубов после травмы у детей
2. Изучение профилактики атрофии за счёт сохранения корней зубов
3. Выработать метод для применения стерилизованного латекса для защитной повязки

МАТЕРИАЛЫ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Планируется обследование 16 пациентов в возрасте от 14-18 лет с диагнозом сломанные корни из-за травмы

- Клинические методы исследования
- Рентгенологическое исследование (3Д)
- Статистическая обработка данных

Результаты нашей исследования

Если у пациента сломались корни зубов из-за травмы и невозможно использовать штифтовые конструкции, тогда можно использовать сохранения корней постоянных зубов как один из методов профилактики атрофии и устранения дополнительных методов операции для имплантации. Этапы сохранения корней:

- лечение корневые каналы
- удаление устья корней
- обработать область травмы антисептиком
- Поставить стимулирующий препарат(Стимул осс)
- использование стерилизованный латекс для защитной повязки.

Если у пациента недостаточно мягких тканей для покрытия области травмы, обычно мы берём лоскут с другой области, но тогда будет дополнительная травма для пациента. А использование стерилизованный латекса устраняет дополнительные травмы. А также можно удалить латекс после образования слизистого слоя.

Клиническая ситуация. Обратился пациент 14 лет с жалобами травмы. При осмотре у пациента выявлены сломанный зуб 35, отсутствует возможность использование штифтовые конструкции, И присутствует противопоказания для одномоментной имплантации. Проведём метод сохранения корней. Через 2 недели удалили латекс. Ожидается результаты через 3 и 6 месяцев.

Выводы: У пациента проводили метод сохранения корней используя стерилизованные латекса. Вышеупомянутые задачи были выполнены. Состояние пациента после операции изучается.

Список литературы:

1. Методы объёмной реконструкции альвеолярной кости Алфаро Ф.Е 2006; Кулаков А.А,2008; Шульчк Н.А;Байриков И.М. 2008; Алексеева И.С. 2012; Эйзенбраун О.В. ;Тарасенко С.В. 2013; Морелли Т. 2009

2. Вертикальной аугментации (Малахова М.А. 2006; Базикян Е.А 2008; Дробишев А.Ю. 2011; Панн А.М. 2013; Jenson O.T.2016; Marchetti C. 2007; Sharan A.; Madjar D.2008; Као D.W.K. 2012;), и горизонталь аугме
 3. Резорбция альвеолярной кости (Алимский А.В. 2004; Галяпин И.А. 2010).
 4. Горизонталь аугментации (Брави Ф. 2008; Шлее М.2009; Di Alberte.L. 2008; Blus C. 2010;).
 5. Атрофия костной ткани альвеолярных отростков по высоте или толщине(Виноградов С.Ю. и др. 2007; Зицманн Н.2005; Параскевич Л.В. и др.2003)
 6. компьютерной томографии для определения анатомо-топографической локализации ретенированных зубов и хирургического доступа при их удалении. *Stomatologiya*, 1(1(55)), 38–42. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/3168>
- Олимов, А., Мукимов, О., & Исанова, Д. (2020). Проблемы имплантации зубов. *in Library*, 20(2), 346–350. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14295>
7. Олимов, А., Мукимов, О., & Исанова, Д. (2020). Проблемы имплантации зубов. *in Library*, 20(2), 346–350. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14295>
 8. Кудратов, Ш., Садикова, Х., Назаров, З., & Собиров, Ф. (2016). Микробиологические исследования при остеопластике альвеолярного отростка у больных сахарным диабетом. *Stomatologiya*, 1(4(65)), 47–56. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/2291>

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА МЕТОДОМ ОТКРЫТОГО КЮРЕТАЖА

Курбанов Ш. Ш., Курбанов С. А., Турсуналиев З. З., Адашов Ф. С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность темы. На сегодняшний день предложено большое количество самых разнообразных лечебных и профилактических мероприятий, однако частота пародонтита не снижается. В комплексном лечении пародонтита особое внимание уделяется хирургическим методам. Они позволяют добиться ликвидации хронического очага инфекции, устранения костных дефектов, приостановить прогрессирование деструкции альвеолярной кости и, в конечном итоге, восстановить морфофункциональную активность зубов, а также обеспечить длительную стабилизацию состояния пародонта (Мирсаева Ф.З., 1997; Грудянов А.И., 1998; Новиков А.Ю. с соавт., 2002; Болбат М.В., 2003). Анализ литературных данных, посвященных результатам экспериментальных исследований трансплантатов и их клиническому применению в разных областях медицины, в том числе в пародонтологии, показывает, что ни один из предложенных до сих пор трансплантатов в совокупности не соответствует