

ИЗГОТОВЛЕНИЯ АДГЕЗИВНОГО МОСТОВИДНОГО ПРОТЕЗА ПРИ МАЛОМ ПРОМЕЖУТКЕ В ЗУБНОМ РЯДУ

Насруллаев Ж.Т., студент 328-группы, стом.фак, СамГМУ
Научный руководитель: Ортикова Н.Х., ассистент кафедры
ортопедической стоматологии
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Доказано, что современные технологии адгезивного шинирования и протезирования находят все более широкое применение в клинике терапевтической стоматологии благодаря целому ряду положительных моментов. В частности, адгезивные мостовидные протезы могут изготавливаться в одно посещение и сопровождаться минимальным препарированием зубов без их депульпирования, в том числе, при наличии ортодонтической патологии.

Цель исследования. Усовершенствовать изготовление адгезивного мостовидного протеза при нехватке места в зубном ряду.

Материалы и методы. Обследовано, 65 пациентов с частичной вторичной адентией при недостаточном промежутке в зубном ряду. Выбор материалов и конструкции адгезивного мостовидного протеза (АМП) зависит от размеров и локализации дефекта, состояния зубов, замыкающих дефект, окклюзионных соотношений зубных рядов.

Результаты и их обсуждение. Клинический пример. Пациентка А., 45 лет, обратилась с жалобами на нарушение эстетики вследствие удаления латерального резца верхней челюсти. При осмотре определяется дефект зубного ряда (отсутствует 12 зуб) и смещение 13 зуба в небно-медиальном направлении. Принято решение об изготовлении адгезивного мостовидного протеза. Одонтоскопия позволяет планировать геометрическую форму, воссоздание признаков принадлежности, а также индивидуальных особенностей 12 и 13 зубов: геометрическая форма резцов — прямоугольная. Определяется значительных размеров придесневой валик у клыка и латерального резца. Подготовка зубов включает механическое очищение от налета пастой, не содержащей фтора. Зубы тщательно промывают струей воды. Затем производят выбор оттенков композита в соответствии с симметричным и рядом стоящими зубами и изготавливают зуб в точных размерах и цветах.

Далее приступают к определению точной длины ленты, необходимой для формирования конструкции. При помощи пинцета предварительно подготовленную полоску фольги укладывали таким образом, чтобы один конец плотно прилегал к отпрепарированной площадке 11 зуба, начиная от вестибулярной области в направлении к оральной, не выступая за края проксимальной поверхности. Затем полоска протягивалась к зубу, замыкающему дефект с противоположной стороны, и плотно прижималась к дну отпрепарированной площадки в направлении от оральной поверхности к вестибулярной. Свободный конец ленты из фольги срезался таким образом, чтобы он не выступал за пределы площадки. Моделирование промежуточной части адгезивного мостовидного протеза напоминало формирование винира и требовало соблюдения основных этапов работы с композитом.

Заключение. Таким образом, доказано, что вестибулярная поверхность гладкая, без валиков, выражена придесневая выпуклость. Протяженность контакта боковых поверхностей значительная: от вершины межзубного сосочка до режущего края. Признаки угла и кривизны коронки слабовыражены. Режущий край ровный. Тонкий прозрачный слой распределяется равномерно по всей поверхности для воссоздания оптических свойств твердых тканей зуба. Воссоздание размеров и формы латерального резца обеспечили небольшим «перекрытием» мезиального отдела клыка дистальным углом 12 зуба. Обработка поверхности реставрации производилась сразу после отверждения материала с использованием алмазных боров мелкой и ультрамелкой зернистости, полировочных дисков, головок. При этом осуществляли контроль макро- и микрорельефа. С целью предупреждения краевой проницаемости фотополимера свободные поверхности коронок зубов покрывали фторсодержащим лаком.

Литература

1. Saidaloevich, Murtazaev Saidmurodkhon, Dismukhamedov Makhmud Zakirovich, and Murtazaev Saidazim Saidagzamovich. "Ethnic aspects of orthognathic bite." *European science review* 7-8 (2015): 80-84.
2. Расулова, Ш., et al. "Построение математической модели с учётом зависимости длины переднего отрезка зубных рядов и ширины верхних резцов (по Корхаусу)." *Stomatologiya* 2 (83) (2021): 44-46.
3. Клёмин, В., Нигматов, Р., Кубаренко, В., Глинкин, В., & Ирсалиев, Х. (2016). Условно-несъёмные зубные протезы. *Stomatologiya*, 1(2-3 (63-64)), 36-42.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ И АНОМАЛИЙ РАЗМЕРОВ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ

*Нигматова И.М., Нодирхонова М.О., Сайдиганиев С.С., Раззаков У.М.
Кафедра ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ Ташкентский
государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Осанка - привычное положение тела непринужденно стоящего человека. Она формируется в процессе физического развития ребенка и совершенствования статдинамических функций. У младенца одновременно с приобретением навыков удержания головы, сидения, а затем стояния постепенно формируется физиологическое искривление позвоночника с изгибами: в шейном отделе выпуклостью вперед - шейный лордоз, в поясничном отделе - поясничный лордоз и в грудном выпуклостью назад - кифоз. При нормальной осанке касательная к задней поверхности тела при его вертикальном положении прилегает к затылку, лопаткам, ягодицам. Расстояние от касательной до наиболее отдаленных от нее участков шеи и талии одинаковое.

По данным исследований, проведенных Новосибирским НИИТО МЗ РФ, у 37% детского населения выявлено предсколиотическое состояние, 3,5% имеют выраженную II степень сколиоза, 1-2% страдают III степенью сколиоза, 0,050,1% имеют IV степень сколиоза.