

с удаленных зубов, помещенных в гипсовое основание, были получены оттиски А-силиконовой оттискной массой «Zhermask» кольцом. Корневые каналы были подготовлены по стандартной методике. Три штифтовые конструкции отливались из кобальто-хромового сплава и три диоксид циркониевые штифты были изготовлены методом фрезерования на аппарате «Zircon Zahn» при помощи аналогов. В зубах-образцах были выпилены «окошки» для определения контакта штифтовых конструкции с твердыми тканями. При 200-кратном увеличении сканирующего электронного микроскопа «SMA Helios 650» исследовано краевое прилегание шести штифтовых конструкции к зубам.

Результаты: величины зазоров диоксид циркониевых штифтовых конструкции с зубами составляет в среднем 62 мкм. У металлических штифтовых конструкции, изготовленных непрямым методом зазор в среднем 110 мкм.

Вывод: диоксид циркониевые штифтовые конструкции обеспечивают наиболее точное прилегание к твердым тканям зубов. Штифтовые конструкции, изготовленные из кобальто-хромового сплава прилегают менее точно.

Литература

1. Расулова, Ш., et al. "Обоснование к учёту вертикального компонента роста при диагностике и планировании лечения у пациентов с дистальным прикусом." Медицина и инновации 1.1 (2021): 101-104.
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.

АНОМАЛИЯ КОРОТКИХ КОРНЕЙ (SRA)

Эшкобилова М., Қўйлиев Ж.З.

Научный руководители: доцент., Муртазаев С.С. Тулаганов Б.Б. Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Это редкая аномалия развития, характеризующаяся полным формированием корней, но с генетически детерминированным укорочением. SRA обычно диагностируется на основании отношения коронки к корню, когда длина корня равна или меньше длины коронки. Предполагаемая распространенность SRA составляет 1,3-2,7%. Это показывает семейное возникновение, и наследственные характеристики были зарегистрированы в исследованиях родителей, братьев и сестер. Пораженный корень меньше или имеет тот же размер, что и коронка зуба. Причиной коротких корней у пациентов обычно является биологическая вариация. Корни необычной формы более склонны к укорочению при ортодонтическом перемещении зубов. Тонкие, пипеткообразные, расширенные или выпуклые корни могут быть более восприимчивы к апикальной резорбции корня во время ортодонтического лечения. Укорочение корня также связано с ортодонтическим лечением в анамнезе. Кроме того, существуют медицинские условия, такие как дисбаланс метаболизма кальция и фосфатов и метастатическое заболевание, которое укорачивает корни зубов. Примером может служить остеосаркома с метастазами

в полость рта.

Важно отличать «короткие корни» от «укороченных корней», хотя рентгенологические признаки могут быть похожими. В первом случае это может быть связано с естественными вариациями, заболеваниями и синдромами, при которых корень зуба нормальной длины просто не сформировался. Есть многочисленные причины, которые укорачивают корень. Частой причиной является резорбция соседних прорезывающихся зубов. Например, клыки верхней челюсти могут резорбировать корень соседнего латерального резца. Травма и вызванное ею воспаление также могут рассасываться и укорачивать корень зуба.

Первым шагом в лечении пациентов с «короткими корнями» является подтверждение того, что они действительно короткие. Важно определить вышеперечисленные ситуации до лечения и сделать рентгенограммы, чтобы отслеживать изменения во время движения зубов. Если обнаружено укорочение корня, прекратите активное движение зубов и оставайтесь в последней пассивной элайнере в течение примерно 3 месяцев. Перед ортодонтическим лечением необходимо контролировать активную резорбцию, внутреннюю или внешнюю. В таких ситуациях рекомендуется консультация эндодонтолога. После повторной оценки с помощью рентгенограмм, если ситуация стабильна, ортодонтическое лечение можно осторожно возобновить. Если есть признаки продолжающейся активности, лучше оставаться пассивным и продолжать оценивать стабильность с интервалом в 3 месяца.

Аномалия короткого корня (SRA) встречается очень редко, но может быть проблематичной для врачей, поскольку пациенты с SRA более уязвимы к резорбции корня под действием ортодонтических усилий. В период сменного прикуса диагностика генерализованного SRA может быть затруднена. Аномалия короткого корня обычно поражает центральные резцы верхней челюсти, но иногда и премоляры. В редких случаях генерализованный Аномалия короткого корня может поражать весь зубной ряд.

SRA чаще встречается у азиатов, чем у представителей европеоидной расы, и около 10% японских детей со средним возрастом 9 лет имели центральные резцы с короткими корнями. SRA не может быть подтвержден без рентгенограмм

Резюме. Ортодонтическое лечение возможна для пациентов с SRA, но должна проводиться с осторожностью. Если SRA подтверждается во время ортодонтического лечения, требуется временное прекращение лечения и соответствующая модификация плана лечения. Самое главное, перед началом ортодонтического лечения следует оценить возможность SRA у детей с тщательным изучением семейного анамнеза, системных заболеваний и других стоматологических аномалий.

Литература

1. Арипова, Г., et al. "РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С УЧЕТОМ ТИПА РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ." Медицина и инновации 1.4 (2021): 421-425.
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. 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.

ПРИМЕНЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ НЕСЪЕМНЫХЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Яглы К.Д., студент 305А гр. М.О стом. фак. ТГСИ

КурьязовЖ.Хстудент 305А гр. М.О.стом. фак. ТГСИ

Научный руководитель: Алиева Н.М.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность. В связи со стремительным развитием дентальной имплантологии и становлением ее более доступной, всё чаще предлагается несъемные конструкции на имплантатах, как альтернатива, полному съемному пластинчатому протезу при полной адентии.

Так как полный съемный пластинчатый протез является по методу передачи жевательной нагрузки не физиологичным и после длительного времени ношения приводит к атрофии альвеолярного отростка, в этом плане дентальный имплантат является более физиологичным, так как передаёт нагрузку непосредственно на костную ткань челюсти.

Однако, недостатком дентальных имплантатов является, длительный срок послеоперационной реабилитации и пациент вынужден оставаться определенное время без какого-либо протеза. Поэтому, была предложена временная несъемная конструкция зубного протеза с опорой на временные имплантаты, расположенных в проекции постоянных дентальных имплантатов таким образом, чтобы исключить нагрузку на постоянные имплантаты и создать условия для более эффективной остеоинтеграции основных дентальных имплантатов.

Цель: Повысить качество протезирования временными несъемными зубными протезами больных, с полным отсутствием зубов, в период остеоинтеграции основных имплантатов и в прогнозировании окончательного результата постоянной конструкции.

Материалы и методы: Для оценки состояния костной ткани у различных пациентов была использована методика компьютерной томографии, опираясь на классификацию костной ткани челюстей по с.Misch, чтобы определить локализацию установки как постоянных, так и временных дентальных имплантатов.

Результаты и обсуждение: В ходе исследования было выявлено, что передача жевательной нагрузки временным протезом приходится непосредственно на временные имплантаты и не влияет на остеоинтеграцию основных имплантатов, тем самым разгружая протезное ложе под несъёмной конструкцией.

В связи с тем, что в клинической практике у различных пациентов различная структура кости по классификации с.Misch и с тем, что жевательная