Гунтера - Шрегера контрастны, линии Ретциуса, напротив, выделяются слабо. Автор считает что уменьшение объема органического компонента эмали, размеров микро пространств приводит к снижению количества воды в твердых тканях зуба. Отмечается уплотнение кристаллической решетки- за счет замещения ионов OH на F. Поверхностный слой эмали зрелых и «старых» зубов, как правило, становиться без призменным на десятки микрон.

Цвет зубов меняется в зависимости от некачественных стоматологических материалов. Амальгамовые пломбы просвечиваются через эмалевый покров и предает зубу темно серый цвет.

Часто старые съемные иногда и несъемные зубные протезы способствуют изменению цвета естественных зубов. Старые зубные протезы изготовленные из акрилатов темнеют и приобретают неопрятный вид. Некоторые пациенты продолжают пользоваться такими протезами, в следствии чего между естественными зубами и базисом съемных зубных протезов, наблюдается отложение камней и мягкого налета, что способствует изменению цвета естественных зубов.

Список литературы

1. Доменюк, Д. А., et al. "Персонализированный подход в морфологической оценке кранио-и гнатометрических соотношений у людей с физиологическим прикусом постоянных зубов." *Медицинский алфавит* 3.24 (2018): 18-25.
2. Нигматов, Р., Муртазаев, С., Арипова, Г., Шаамухамедова, Ф., Рузметова, И., & Юлдашев, О. (2015). Разработка тактики лечения при случаях редкой врожденной олигодентии. *Stomatologiya*, *1*(1-2 (59-60)), 143-147.
3. Нигматов, Р., et al. "Разработка тактики лечения при случаях редкой врожденной олигодентии." *Stomatologiya* 1.1-2 (59-60) (2015): 143-147.
4. Флейшер, Григорий. *Пропедевтика детской ортопедической стоматологии. Руководство для врачей*. Litres, 2022.

АПИКАЛЬНОЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ ИМПЛАНТАТА И ТОЛЩИНА МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Ярыгина Е.Н., Кирпичников М.В., Кривенцев А.Е.
Волгоградский государственный медицинский университет
kriventsevl 7@yandex.ru

Введение. Достижение стабильности костной ткани в области дентальных имплантатов по-прежнему является наиболее актуальной и до конца нерешенной проблемой в имплантологической практике. При наличии тонких мягких тканей гребня многие клиницисты предпочитают более глубокую установку имплантата, что позволяет в ряде случаев добиться стабильного уровня кости и здорового состояния мягких тканей. Однако существует ряд мнений о несостоятельности данного подхода: невозможность прогнозирования реакции прилегающей костной ткани - опасность

ремоделирования, трудность контроля глубины препарирования костного ложа, возможность развития периимплантита за счет избыточной площади контакта поверхности имплантата с эпителием, сложность выполнения клинических этапов изготовления протезов [1].

Цель. Определить роль апикального позиционирования платформы имплантата в стабильности крестальной костной ткани и увеличении толщины мягких тканей.

Материалы и методы. Работа основана на про- и ретроспективном исследовании и поиске аналитической основы результатов использования методики апикального позиционирования платформы имплантата для обеспечения стабильности крестальной костной ткани и увеличения толщины мягких тканей.

Результаты и обсуждение. Ремоделирование кости - представляет собой костную резорбцию, прекращающуюся на уровне шейки имплантата, которая не обнажается в полость рта. Такой результат можно получить при относительно глубоком позиционировании платформы имплантата.

Увеличение толщины мягких тканей в области имплантатов происходит в результате формирования биологической ширины. Апикальное позиционирование имплантата за счет ремоделирования кости позволяет создать достаточное пространство для мягких тканей. Если платформа имплантата расположена на 1,5 мм апикальнее костного края, а толщина мягких тканей над гребнем составляет 2 мм, для формирования биологической ширины остается пространство 3,5 мм, что будет способствовать образованию надежного мягкотканного запечатывания по периметру шейки имплантата и позволит избежать дальнейшей резорбции кости [3].

При планировании апикального позиционирования имплантата обязательно нужно учитывать его конструкцию, в том числе особенности фрезерования шейки и микрозазора между имплантатом и абатментом. Так Hermann и соавт. Подтвердили феномен повышенной резорбции костной ткани при использовании имплантата и абатмента одинакового диаметра, за счет чего зазор между ними располагается в непосредственной близости от кости. Отсюда был сделан вывод, что предпочтительнее применение имплантата с надежным соединением и эффектом переключения платформ, позволяющими сместить зазор от прилегающей костной ткани и предотвратить микроподвижность абатмента [2].

Апикальное положение имплантата приводит к созданию костного тоннеля над его платформой. В норме этот тоннель постепенно исчезает в результате костного ремоделирования с формированием биологической ширины, однако могут возникнуть трудности при выполнении ортопедических манипуляций, в том числе при получении оттиска, установке абатментов, трансферов. Некоторые системы сразу после имплантации позволяют устанавливать на имплантат промежуточный абатмент, смещающим ортопедическую платформу коронально, на который позднее фиксируют протез. Согласно проведенному Linkevicius исследованию, можно отметить, что у пациентов с апикальным позиционированием имплантатов и

последующей фиксацией промежуточного абатмента происходит меньшее ремоделирование кости, чем при установке формирователя десневой манжеты. Данный эффект объясняется несколькими факторами: 1) плотное запечатывание зазора между имплантатом и абатментом сразу после имплантации; 2) отсутствие многократной замены ортопедических элементов; 3) фрезированная поверхность абатмента. При оценке отдаленных результатов также доказано, что стабильность уровня костного гребня выше при использовании промежуточного абатмента [4].

Заключение.

1. Апикальное позиционирование ортопедической платформы имплантата создает достаточное пространство для мягких тканей и формирования биологической ширины.
2. Глубокая установка имплантата допускается, если расстояние от края гребня до анатомических структур составляет не менее 12 мм.
3. Для апикального позиционирования рекомендуются имплантаты с эффектом переключения платформ и надежным коническим соединением.
4. С целью профилактики ремоделирования кости можно применять промежуточный абатмент, смещающий ортопедическую платформу коронально.
5. Иногда рекомендуется развальцовывать костный тоннель с целью создания пространства для мягких тканей и формирования биологической ширины.

Список литературы.

1. Abrahamsson I., Berglundh T., Wennstrom J., Lindhe J. The peri-implant hard and soft tissue at different implant systems. A comparative study in the dog. Clin Oral implants Res, 1996.
2. Fetner M., Fetner A., Koutouzis T. The effects of subcrestal implant placement on crestal bone levels and bone-to-abutment contact: A microcomputed tomographic and histologic study in dogs. Int J Oral Maxillofac Implants, 2015.
3. Huang B., Piao M., Zhang L. Effect of implant placement depth on the peri-implant bone defect configurations in ligature-induced peri-implantitis: An experimental study in dogs. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2018, 23, 30-37.
4. Linkevicius T., Apse P., Grybauskas S., Puisys A. “The influence of soft tissue thickness on crestal bone changes around implants: a 1-year prospective controlled clinical trial”, 2009 Int J Oral Maxillofac implants.
5. Муртазаев, Саидазим Саидазамович, and Саидиало Муртазаевич Муртазаев. "ЛЕЧЕНИЕ МЕЗИАЛЬНОГО ОТКРЫТОГО ПРИКУСА МЕТОДОМ ИНТРУЗИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ." *Редакционная коллегия* (2019): 99.
6. Нигматов, Р., Муртазаев, С., Арипова, Г., Шаамухамедова, Ф., Рузметова, И., & Юлдашев, О. (2015). Разработка тактики лечения при случаях редкой врожденной олигодентии. *Stomatologiya*, *1*(1-2 (59-60)), 143-147.
7. Bardyshev, I. I., A. S. Degtyarenko, and T. I. Pekhk. "8, 13-Epoxylabd-

14-en-19-oic acid—A component of the needles ofPinus sylvestris." *Chemistry of Natural Compounds* 18.4 (1982): 447-449.

РОЛЬ ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОГО РОСТА ПРИ ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ II КЛАССА

Шухратова М.М.

Ташкентского государственного стоматологического института

Актуальность: Челюстно-лицевой рост - представляет собой комплекс процессов, состоящий из достаточно большого количества взаимодействий различных типов кости, которые составляют череп, кроме этого твердых и мягких тканей. Процессы, которые контролируют рост и развитие челюстно-лицевого комплекса не вполне изучены и в настоящее время являются областью интенсивного исследования во всем мире.

Рост челюстно-лицевого комплекса представлен в виде увеличения размеров костей посредством естественного развития и является результатом клеточной пролиферации и дифференцировки.

С целью проведения точной диагностики и планирования лечения при всех видах аномалий прикуса необходимо понимание челюстно-лицевого роста и развития,, так как рост влияет на выраженность аномалии прикуса; на течение и последствия ортодонтического лечения, а также на его стабильность. В свою очередь - ортодонтическое лечение может оказывать воздействие на лицевой рост.

Цель исследования: Изучить рол челюстно лицевого роста при лечение аномалии окклюзии II класса.

Материал и методы:

На обследование взяли 20 пациентов с аномалии окклюзии II класса в возрасте от 15 до 25 лет, обратившихся на лечение в поликлинику Ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института с 2020 по 2021 года.

Основываясь на данные пациенты были разделены на следующие группы:

1 группа -пациенты с высоким типом роста;

2 группа - пациенты с низким типом роста;

Для методов исследования использовались клинические,

антропометрические, фотометрические, рентгеноцефалометрические методы и их статистический анализ.

Пациентов исследовали с помощью вышеперечисленных методик и определили взаимосвязи показателей сагиттальных и вертикальных составляющих и их влияние на формирование и течение проблем: соответствие типа строения лицевого черепа, характерные принципиальные фотометрические отличия - в соотношениях частей лица, позиции нижней челюсти, вида профиля, соотношении губ и выраженности носогубных и ментальной складок лица. С учётом этих данных, также, планируется изучить их влияние на результат ортодонтического лечения.