

Выводы: Положительное качество фиксации полных съемных протезов на нижней челюсти в день наложения протеза определяется у 95,1% пациентов, через год после наложения протеза - у 99,3% пациентов. Через 2 года после наложения протеза положительная фиксация установлена у 95,8% пациентов.

Список литературы

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. Matveyeva, I. A., Sokolova, I. M., Pekhk, T. I., & Petrov, A. A. (1975). Synthesis, stereochemistry and isomeric transformations of 6, 7-dimethylbicyclo [3.2. 1] octane. *Petroleum Chemistry USSR*, 15(3), 160-165.
3. Клёмин, В., Ирсалиев, Х., Кубаренко, В., Нигматов, Р., & Глинкин, В. (2016). Условно-съёмные зубные протезы. *Stomatologiya*, 1(2-3 (63-64)), 43-49.

РЕСТАВРАЦИЯ КУЛЬТЕВОЙ ЧАСТИ ЗУБА В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Сташкевич А.Р., Борунов А.С.

Белорусский государственный медицинский университет

Stashkevich.a. r@gmail. com

ortopedstom @bsm u. by

Проблема ортопедического лечения обширных и полных дефектов коронковой части зуба является актуальной вследствие ее распространенности, существующих недостатков известных методов протезирования и их недостаточной эффективности. Сохранение зубов с дефектами коронковой части и их ортопедическое лечение позволяет предупредить возникновение дефектов и деформаций зубных рядов, сохранить естественный механизм передачи жевательного давления, восстановить анатомическую форму и функцию разрушенного зуба.

Полный или обширный дефект коронки зуба и связанная с этим утрата механической прочности обуславливает необходимость использования штифтовой конструкции. В настоящее время все применяемые штифтовые конструкции можно разделить на две большие группы: стандартные и индивидуализированные.

К стандартным будут относиться стекловолоконные и анкерные штифты.

К индивидуализированным - культевые штифтовые вкладки.

Рассмотрим каждый вид подробнее, анкерные штифты представляют собой стержень из металла, он устанавливается в канал зуба, создавая каркас для предполагаемой работы. Плюсами данной конструкции является скорость, низкая стоимость в сравнении с индивидуализированными штифтами. К

основным недостаткам стоит отнести возможное появление аллергии на сплав, из которого изготовлен штифт, высокая вероятность вторичного кариеса, высокая вероятность облома реставрации либо части корня ввиду повышенного напряжения в зоне установки штифта.

Стекловолоконный штифт представляет собой стержень, сделанный из высококачественного стекловолокна, просвет между штифтом и стенками корневого канала заполняется композитом с использованием адгезивного протокола. После установки в корневой канал он создает каркас для культивации зуба. К плюсам данной конструкции относится: биологическая инертность, гипоаллергенность, модуль упругости схож с модулем упругости дентина, позволяют достигнуть хорошего эстетического результата при протезировании безметалловыми конструкциями за счет своей прозрачности, скорость установки (устанавливается в одно посещение). Основными минусами данной конструкции является: невозможность установки при разрушении зуба ниже уровня десны затруднительным является установка штифтов в каналы с широким устьем и поднутрениями, т.к. просвет между штифтом и стенками корня заполняется композитным материалом, который не обладает необходимой механической прочностью.

Культевые штифтовые вкладки классифицируются по следующим признакам:

1. Количеству частей: разборные, неразборные.
2. Материалу: металл, диоксид циркония, керамика, композит со стекловолокном.
3. Методу изготовления: прямой и обратный метод.
4. Технологии изготовления: литье, компьютерное фрезерование, 3D печать, литьевое прессование, фотополимеризация.

Метод индивидуализации стекловолоконного штифта композитом. Основная его суть заключается в индивидуализации стекловолоконного штифта к стенкам корня и создании культевой части при помощи композитного материала и последующая фиксация данной конструкции в корневом канале. Данный метод позволяет нивелировать один из главных недостатков стекловолоконных штифтов - невозможность установки в каналы с широким устьем. Однако за счет большого количества этапов увеличивается риск врачебной ошибки в момент индивидуализации либо появляется необходимость повторного посещения в случае изготовления данной конструкции в зуботехнической лаборатории.

Металлическая культевая штифтовая вкладка изготавливается путем литья, компьютерного фрезерования и 3D печати. Существует два вида металлических культевых штифтовых вкладок: разборные и неразборные. Основные плюсы данной конструкции: прочность, долговечность, возможность работы с корнями в поддесневой области. Недостатки конструкции: возможно развитие аллергии на сплав, модуль упругости металлической вкладки выше чем у дентина, что увеличивает риск перелома корня, невозможность применения в конструкциях обладающих высокой светопрозрачностью, необходимость минимум двух посещений для

изготовления и установки данной конструкции.

Культевая штифтовая вкладка из диоксида циркония представляет собой монолитную конструкцию. Изготавливается путем компьютерного фрезерования. Обладает следующими достоинствами: биоинертна и гипоаллергенна, обладает высокой прочностью, улучшает эстетические характеристики реставраций с высокой светопрозрачностью. Основные минусы: высокий модуль упругости, необходимость нескольких посещений для установки.

Список литературы

1. 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.
2. Plate, A. F., and N. A. Belikova. "CONDENSATION OF CYCLOPENTADIENE WITH ALIPHATIC DIENES. 3. ISOMERIZATION OF 2-VINYLAND 2-ISOPROPENYLBICYCLO [2.2. 1] HEPTENE-5 TO 4, 9, 7, 8-TETRAHYDROINDENE SYSTEM." *JOURNAL OF GENERAL CHEMISTRY USSR* 31.1 (1961): 124.
3. Шомухамедова, Ф., et al. "ОЧИҚ ИСИРИКЛИ БЕМОРЛАРГА ТАШХИС ВА УЛАРНИНГ ОРТОДОНТИК ДАВОЛАШ." *Stomatologiya* 1.1 (78) (2020): 37-40.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С СУЖЕНИЕМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Таджуддин З., Нигматова И.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В детском возрасте сужение верхней зубной дуги приводит к деформации лицевого отдела головы, способствует изменению осанки, функциональным расстройствам в малом круге кровообращения, бронхопневмопатии и задержке психосоматического развития (Chan K.F.L., 2009; Cortese S. G., Biondi A. M., 2009; Кошель В.И., Гюсан А.О., 2017). Наблюдается сужение верхнего зубного ряда, верхней челюсти, скученное и тесное положение зубов (Слабковская А.Б., Персин Л.С., 2010; Page D. C., Mahony D., 2010; Анохина А.В., Фадеев Р.А., Маслак Е.Е., Бимбас Е.С., Суетенков Д.Е., 2017). Большинство исследователей рекомендуют своевременную коррекцию функциональных нарушений путем использования аппаратов, препятствующих прохождению воздушной струи через рот (Matsumoto M. A. Itikawa C. E., 2010; Арсенина О.И., Пиксайкина К.Г., 2015; Русанова А.Г., Набиев Н.В., Климова Т.В., Cesaretti D., 2018), однако после такой терапии у детей остаются морфологические нарушения в виде готического неба, неразвитого фронтального отдела верхней челюсти, что поддерживает нарушения носового дыхания и не способствует расширению дыхательных путей (Monini S., Malagola C., Villa M. P. et al., 2009; Царькова