

было характерно левостороннее прорезывание.

Ключевые слова: дети от 11 до 14 лет, прорезывание, постоянные зубы, верхняя челюсть, нижняя челюсть.

Purpose: determining the quantity, symmetry and timing of teeth eruption termination in intermediate school aged children. **Material and methods:** 820 children aged 11 to 14 years, including 415 boys and 405 girls studying in 4 public education schools in Tashkent were carried out dental examination.

Results: at the age of 11 and 14, an average number of erupted permanent teeth was greater in girls than in their male peers. The total increase in the number of teeth in 4 years was greater for boys than for girls at 11.25 versus 9.47 units. In children of both genders, the number of erupted teeth on the lower jaw was significantly higher than on the upper. In intermediate school aged children of both genders, the eruption of the first premolars, fangs, and second premolars is completed, and in girls, the lower second molars also occur. **Conclusions:** The revealed differences in children in the number of erupted antimer teeth, both in the upper jaw and in the lower, were unreliable, but left-side eruption were more characteristic for boys.

Key words: children from 11 to 14 years old, teeth eruption, permanent teeth, upper jaw, lower jaw.

Мақсад: ўрта мактаб ёшидаги болаларда доимий тишларни сонини, симметриклигини ва ёриб чиқишини тугалланиш муддатини аниқлаш.

Материал ва услублар: Тошкет шаҳридаги
В помощь практикующему врачу

4-та умумтаълим мактабларида таҳсил олаётган 11 ёшдан 14 ёшгача бўлган 820 нафар болаларда стоматологик кўрик ўтказилган, улардан 415 нафари ўғил бола ва 405 нафари қиз болалар.

Натижалар: 11 дан 14 ёшгача бўлган ёшда доимий тишларни ёриб чиқиш сони эркак жинсдаги тенгдошларига қараганда қизларда кўпроқ бўлган. 4 йил мобайнида тишлар сонини умумий ўсиши аёл жинсдаги шахсларга қараганда ўғил болаларда кўпроқ бўлган ва улар 11,25 бирликни, қарама-қарши эса 9,47 бирликни ташкил қилган. Икки жинсга ҳам тегишли бўлган болаларда пастки жағда ёриб чиққан тишлар сони юқори жағдаги ёриб чиққан тишларга қараганда ишончли равишда юқори бўлган. Икки жинсга ҳам тегишли бўлган ўрта мактаб ёшидаги болаларда биринчи премоляр, қозик ва иккинчи премоляр тишларни, қиз болаларда эса шунингдек – пастки иккинчи моляр тишларни ёриб чиқишини тугалланиши содир бўлади. **Хулоса:** антимер-тишларни ёриб чиқиш сони бўйича болаларда аниқланган фарқлар тепа жағлар каби, пастки жағда ҳам ишончли бўлмаган тавсифга эга бўлганлар, лекин ўғил болалар учун катта даражада тишларни чап томонлама ёриб чиқиши кўпроқ характерли бўлган.

Калит сўзлар: 11 дан 14 ёшгача бўлган болалар, ёриб чиқиш, доимий тишлар, юқори жағ, пастки жағ.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-67>

УДК: 616.31-089+616.314-77

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПОЛОСТИ РТА К ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИЮ



Усмонов Р.Р.¹, Хидирова Д.Т.², Мансуров А.А.¹, Эшбадалов Х.Ю.¹, Махкамова Ф.Т.³

¹Областная стоматологическая поликлиника г. Андижана, ²Частная фирма, г.Ташкент,

³Ташкентский педиатрический медицинский институт

Известно, что тщательная хирургическая подготовка полости рта играет большую роль при подготовке к массовому зубопротезированию [4].

Стоматология, которая является самостоятельной областью клинической медицины, представляет собой не только научно-учебную дисциплину и соответствующую врачебную специальность, но и один из высокотехнологичных, быстро развивающихся медико-технических комплексов [1,5,6].

Высокая обращаемость населения со стоматологическими заболеваниями с целью получения различных стоматологических услуг может быть объяснена целым рядом медико-социальных факторов. Во-первых, следует учитывать широкое распространение в популяции основных стоматологических заболеваний, к которым в первую очередь относится кариозное поражение зубов, пародонтоз (пародонтит) и заболевания слизистой оболочки полости рта [2,3].

Цель исследования

Оценка роли хирургической подготовки полости рта в подготовке к зубопротезированию.

Материал и методы

В областной стоматологической поликлинике г. Андижана подготовка полости рта к зубному протезированию проводится только после осмотра больного врачом-ортопедом, а при необходимости совместно с врачами-стоматологами другого профиля. Проводится строго в соответствии с индивидуальными показаниями к зубному протезированию. На основании наших исследований было доказано, что хорошо продуманный и выполненный план подготовки рта является залогом наиболее рационального и функционально-полноценного протезирования.

Хирург-стоматолог обязан знать основы протезирования, правильно обрабатывать послеоперационную рану, что создает необходимые условия для протезирования. Хирургическую подготовку полости рта можно разделить на следующие этапы:

- санация полости рта;
- исправление формы альвеолярных отростков;
- пластика деформаций слизистой оболочки.

Заключение об удалении или сохранении того или иного зуба с явлениями воспаления пародонта дают на основании изучения клинической и рентгенологической картины заболевания, с учетом функциональной ценности зуба. Большую роль в этом играет характер конструкции протеза и способ его фиксации. При наличии возможности фиксировать протез на нижней челюсти даже с помощью одного зуба, функциональная ценность его улучшается, и облегчается привыкание к нему. До изготовления протеза подлежат удалению все новообразования. Нельзя не отметить и те обстоятельства, что хирургическая подготовка имеет свои особенности в зависимости от конструкции протеза. Изготовление несъемного протеза не требует широкой обработки альвеолярного края и слизистой, как это иногда необходимо при изготовлении съемных протезов. Подготовка зубов с низкими коронками осуществляется с помощью хирургического вмешательства. Такие зубы чаще всего расположены дистально на боковых участках челюстей и окружены фиброзно-разросшимися тканями. В тех случаях, когда зуб сохраняет хорошую устойчивость, а в альвеолярном отростке отсутствуют процессы атрофии, иссекаются измененные вокруг зуба участки слизистой оболочки, снимается часть альвеолы, благодаря чему увеличивается высота коронки. Зуб становится полноценной опорой для мостовидного протеза.

При изготовлении несъемных протезов, а чаще при смене мостовидных протезов и коронок врачи

сталкиваются с гипертрофией десневых сосочков и десневого края. Возникновению гипертрофии способствуют неправильно изготовленные коронки (широкие, короткие, длинные и кламмеры, упирающиеся в десну).

При смене протеза наряду с проведением лечебных мероприятий необходимо произведение хирургического иссечения или электрокоагуляции разросшихся тканей. При изготовлении съемного протеза самым трудным является обеспечение протезу хорошей фиксации, а это может быть достигнуто на участках, где имеется правильное и хорошо подготовленное ложе. Известно, что форма альвеолярного отростка предопределяет функцию съемного протеза. После хирургической подготовки к съемному протезированию полость рта должна отвечать следующим требованиям:

1. Поверхность альвеолярного края должна быть гладкой.
2. Альвеолярный край должен иметь форму свода с широким и плоским основанием.
3. Должны отсутствовать признаки острого и хронического воспаления и подозрение на наличие опухолей.

Гладкий альвеолярный отросток с закругленной вершиной обеспечивает равномерное, распределение жевательного давления, позволяет легко накладывать и снимать протез. При острых костных выступах, всегда покрытых истонченной слизистой оболочкой, появляется боль, вызванная большим давлением протеза. Исправление краев протеза на этих участках часто не дает хорошего результата, так как при этом укорачиваются его границы, нарушается связь с тканями переходной складки. Вместе с этим ухудшается фиксация протеза. Приемлемая для съемного протезирования форма альвеолярного отростка будет сформирована только через 1-2 месяца после удаления последнего зуба.

Костные выступы, оставшиеся после удаления зуба, со временем подвергаются атрофии и в конечном итоге исчезают.

Но тактика «выжидания» вызывает возражения со стороны пациентов. Поэтому мы отдаем предпочтение оперативному вмешательству, при котором создается удобной формы альвеолярный отросток и сокращается время, в течение которого так резко нарушается физиология полости рта. Острые выступы по наружному краю альвеолярного отростка возникают, как правило, при удалении одиночно стоящих зубов, при сильно выраженной атрофии соседних участков альвеолярного отростка и при множественном удалении зубов. Они могут также отмечаться при нарушении правил обработки альвеолярного отростка во время удаления зубов. После удаления зуба мягкие ткани должны закрывать края альвеолы, не должно быть костных шипов и

выступов.

Но произведенной альвеолотомии в пределах только удаляемого зуба часто бывает недостаточно, чтобы получить альвеолярный отросток нужной формы. Поэтому при резко выраженных симметричных буграх верхней челюсти, при наличии выступающих острых краев альвеолярного отростка на протяжении нескольких удаленных зубов приходится производить коррекцию альвеолярного отростка. В хирургическом отделении клиники АГМИ за последние 3 года произведено 124 коррекции альвеолярного отростка, из них одновременно с удалением зуба 58. По нашим наблюдениям, чаще всего коррекцию альвеолярного отростка приходится производить в области моляров на верхней челюсти и в области клыков верхней и нижней челюстей.

Необходимо отметить, что при альвеолотомиях, коррекциях и различного рода обработках костных ран мы широко пользуемся фрезой, результаты после обработки которой лучше, так как альвеолярный край получается ровнее, чем только при работе кусачками. Снимая выступы, не следует увлекаться излишним удалением кости. Особенно следует беречь наружную стенку альвеолы на верхней челюсти. Излишнее удаление ее суживает верхнюю альвеолярную дугу. Костные выступы альвеолярного края могут быть обусловлены развитием кист, наличием ретенированных зубов. Удаление этих образований показано не только для устранения костных деформаций, но и с целью ликвидации очагов воспаления.

Значительные трудности при протезировании съемными протезами доставляют экзостозы. Они чаще располагаются симметрично с язычной стороны тела нижней челюсти в области премоляров. Если больному изготавливается мостовидный протез, их не удаляют. Перед протезированием съемным пластиночным или бюгельным протезом их следует удалять, так как они мешают наложению протеза. Удаление экзостоза проводится через трапециевидный разрез с основанием лоскута у дна полости рта. Отслоенный лоскут в этом случае имеет хорошую питающую ножку и не осложняется некрозом, что в свою очередь имеет место при формировании лоскута с ножкой к вершине альвеолярного отростка. Иногда наблюдается так называемый подвижный гребень. Он состоит из фиброзной слизистой, возвышающейся над костной тканью альвеолярного гребня. В некоторых случаях необходимо срезать слизистую и спустя некоторое время протезировать. Но при значительной атрофии костной ткани костный гребень низок и недостаточен для удержания протеза. В таком случае срезание фиброзной плотной слизистой не показано, так как оно ухудшает условия фиксации

протеза.

После удаления подвижных зубов при глубокой атрофии костной ткани в последних стадиях пародонтоза остается избыток мягких тканей в области гребня альвеолярного отростка. Он не может служить опорой для протеза и постоянно подвергается травме. Это нужно учитывать и при удалении резко подвижных зубов, одновременно иссекать избыток мягких тканей. Кроме того, при изготовлении съемного протеза врачи встречаются с деформациями слизистой оболочки в виде тяжей. Обычное иссечение рубца и сшивание краев раны в большинстве случаев заканчивается образованием нового рубца, еще более осложняющего протезирование. Ликвидация рубцовых тяжей слизистой оболочки достигается применением пластики встречными треугольниками. В нашей практике эти случаи единичны.

К сложным хирургическим операциям, применяемым в процессе подготовки полости рта к протезированию в стационарных условиях, относятся перемещение встречных треугольных лоскутов по Лимбергу, перенесение места прикрепления мышц, удаление основания скулового отростка, свободная, пересадка тонких кожных лоскутов, повышение альвеолярного гребня подсадкой кости, хряща или пластмассовых вкладышей.

Однако из-за возраста больных, состояния их здоровья, сложностей и не всегда удовлетворительных результатов этих операций, они не нашли широкого применения. К тому же при современном уровне развития и успехах ортопедической стоматологии неотложной необходимости в проведении этих операций нет. Результаты наших исследований доказали, что в практической медицине нет необходимости проведения сложных оперативных вмешательств больным при подготовке к зубному протезированию.

Литература

1. Алимский А.В. Профилактические подходы к организации профилактики стоматологических заболеваний в условиях рыночной экономики // Новое в стоматол. – 1997. – №5. – С. 7.
2. Бабаджанов Л.К., Епишев В.А., Алимский А.В. Эпидемиология и профилактика стоматологических заболеваний в Узбекистане. – Ташкент: Изд-во им. Абу Али Ибн Сины, 1991. – 126 с.
3. Безруков В.М., Прохончуков А.А. Программа информатизации стоматологической службы // Стоматология. – 1995. – Т. 74, №5. – С. 23.
4. Власов Н.Н. Модели предпринимательской деятельности негосударственных стоматологических предприятий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 20 с.
5. Леонтьев В.К., Шиленко Ю.В. Социальная

стоматология на современном этапе // Стоматология. – 1999. – №3. – С. 5-11.

6. Healthy people. National Health Promotion and Prevention Objectives. Full Report, with Commentary // US Department of Health and Human Services. Public Health Service. – Washington, 1991.

Резюме

Цель: оценка роли хирургической подготовки полости рта в подготовке к зубопротезированию. **Материал и методы:** в хирургическом отделении клиники АГМИ за последние 3 лет произведено 124 коррекции альвеолярного отростка, из них одновременно с удалением зуба 58. Чаще всего коррекцию альвеолярного отростка приходится производить в области моляров на верхней челюсти и в области клыков верхней и нижней челюстей. **Результаты:** хирургическая подготовка полости рта условно была разделена на следующие этапы: санация полости рта, исправление формы альвеолярных отростков, пластика деформаций слизистой оболочки. **Выводы:** в практической медицине нет необходимости проведения сложных оперативных вмешательств больным при подготовке к зубному протезированию.

Ключевые слова: лечение, хирургическая подготовка, полость рта, челюстно-лицевая область, зубопротезирование.

Резюмеси

Ушбу мақолада оғиз бўшлиғини тиш протезлашга тайёргарлик ахамияти ўрганилган. Тўғри ўтказилган режа асосида оғиз бўшлиғининг

хирургик муолажаларнинг рационал ва функционал протезлашда ижобий натижага эришилди. Хирург-стоматолог билиши лозим: протезлаш асосларини, операци жараёнида тўғри ишлов беришни. Оғиз бўшлиғи хирургик тайёрлов муолажаларини қуйидаги босқичлардан иборат:

- 1) Оғиз бўшлиғи сонацияси
- 2) Алвеоляр ўсиқларни шакллари тўғрилаш
- 3) Шиллик қаватни деформацияларини пластикаси

Калит сўзлар: даво, хирургик тайёрлаш, оғиз бўшлиғи, юз-жағ соҳаси, тишларни протезлаш.

Summary

This article shows the results of a study of the effect of surgical preparation of the oral cavity to prosthetics. Based on our research, it was proved that a well-designed and implemented oral preparation plan is the key to the most rational and functionally complete prosthetics.

The dentist surgeon must know the basics of prosthetics by correctly treating the postoperative wound, which creates the necessary conditions for prosthetics. Surgical preparation of the oral cavity can be divided into the following stages:

- 1) Sanitation of the oral cavity.
- 2) Correction of the shape of the alveolar processes.
- 3) Plastic deformations of the mucous membrane.

Key words: treatment, surgical preparation, oral cavity, maxillofacial region, prosthetics.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-68>

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕКЛОИОНОМЕРНОГО ЦЕМЕНТА “DENTA-СЕМ” В СОЧЕТАНИИ С ГЛУБОКИМ ФТОРИРОВАНИЕМ ПРЕПАРАТОМ “DENTA-FLUO” ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАРИЕСА АТРАВМАТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Жураева Н.И.

Кафедра госпитальной клинической стоматологии
Андижанского Государственного Медицинского Института

Современные методы лечения кариеса зубов предполагают препарирование некротизированных тканей с использованием абразивных вращающихся инструментов и последующее пломбирование образовавшегося дефекта. Болезненность процедуры вызывает необходимость применения различных методов медикаментозного обезболивания стоматологического пациента, что в свою очередь может вызвать дополнительные нежелательные состояния.

Страх, который испытывают пациенты (чаще это дети, беременные женщины, пожилые и больные люди), боль в процессе препарирования, возникающая из-за вибрации бора, его давления на зуб, неприятный звук стоматологической

установки, – все это отражается на поведении пациента, становится причиной развития дентофобии. По данным некоторых авторов, до 46 % пациентов испытывают значительное нервно-психическое напряжение перед и во время посещения стоматолога, а 40% детей проявляют негативное отношение к препарированию зубов традиционным методом. Различные методы ручного препарирования рассматриваются международным сообществом стоматологов как основной и дополнительный метод препарирования твердых тканей зуба.

Art-метод - один из альтернативных методов лечения патологии твердых тканей зуба, разработанный стоматологами для «проблемных» пациентов и ситуаций. Но для пломбирования