



**OZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIKNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT DAVLAT
STOMATOLOGIYA INSTITUTI**



**“YOSH OLIMLAR KUNI”
Respublika ilmiy-amaliy anjumani
TEZISLAR TO'PLAMI**

**COLLECTION OF ABSTRACTS
“YOUNG SCIENTISTS DAY”
Republic scientific and practical conference**

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ
Республиканской научно-практической конференции
“ДЕНЬ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ”**

Toshkent 25 aprel 2024 y.

4. Aglietta, M.; Siciliano, V.I.; Zwahlen, M.; Brägger, U.; Pjetursson, B.E.; Lang, N.P.; Salvi, G.E. A Systematic Review of the Survival and Complication Rates of Implant Supported Fixed Dental Prostheses with Cantilever Extensions after an Observation Period of at Least 5 Years. *Clin. Oral Implant. Res.* **2009**, *20*, 441–451. [CrossRef] [PubMed]

ОБЩИЙ ОБЗОР МИКРОИМПЛАНТОВ ИСПОЛЪЗУЕМЫХ В ОРТОДОНТИИ, ХАРАКТЕРИСТИКИ И ВИДЫ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ).

*Муртазаев С.С., Отамуродова Г.С магистр I курс, Кодирова С.У магистр I курс,
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.
Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования.*

Введение. Ортодонтическое лечение – сложный процесс, требующий метода, который сбалансирует ортодонтическую биомеханику конкретного пациента. Контроль за опорой, краеугольный камень ортодонтической силовой системы. Опора обеспечивается различными конструкциями, которые сопротивляются силам реакции, вызванной активными компонентами. Любое нежелательное перемещение зубов должно быть под контролем, или неправильный прикус будет ухудшаться при выравнивании зубов. Таким образом, контроль фиксации имеет основополагающее значение для успешного ортодонтического лечения.

В классической брекет-системе такой опорой служат собственные зубы пациентов, которые тоже, в свою очередь, подвержены смещению. Теперь же появилась возможность использовать искусственные опоры — микроимпланты, которые размещаются в необходимом (оптимальном) для лечения месте и в отличие от естественных зубов, не подвержены смещению. Именно это существенно и повышает эффективность ортодонтического лечения.

Цель. Узнать информацию об ортодонтических микроимплантах, виды, характеристики.

Материалы и методы исследования.

Выбор микроимплантатов:

1) В зависимости от длины винта:

Размер части варьируется от 5 мм до 12 мм. 6 мм винта;

2) В зависимости от диаметра:

Диаметры микроимплантатов варьируются от 1,2

мм до 2,7 мм, поэтому их можно разместить в любом месте в ротовой полости

В зависимости от межрадикулярного расстояния

качество кости и место размещения, мы можем выбрать разные диаметры микроимплантатов;

3) В зависимости от мест вставки:

- Щечная и губная области верхней челюсти;
- Небные области верхней челюсти;
- Срединно-небный шов;
- Щечная и губная области нижней челюсти.

Результаты. На начальных этапах разработки микроимплантатов авторы использовали хирургические микровинты для ортодонтической фиксации, в частности винты от Leibinger (ныне Stryker Osteosynthesis, подразделение Stryker, Фрайбург, Германия) и Osteomed (Аддисон, Техас). Эти винты имели диаметр 1,2 мм и длину от 5 до 10 мм. Вероятность успеха этих хирургических винтов варьировалась от 80% до 90%, в зависимости от места установки. Одним из главных недостатков этих хирургических винтов было отсутствие какой-либо «надстройки» на головке для крепления резинок. Чтобы обойти эту проблему, лигатурную проволоку привязывали к шее (под головкой винта), а затем загибали вверх, образуя крючок. Этот крючок вызывал стойкое воспаление вокруг микровинтовых имплантатов. Современные микроимпланты имеют на головке крючок, кнопку или кронштейн для крепления эластичных материалов, что сводит к минимуму воспаление. Коническая форма туловища над головой отталкивает эластичный материал от мягких тканей и предотвращает защемление мягких тканей, особенно вокруг возвышения клыка. Для упрощения установки имплантатов также были разработаны самосверлящие микроимпланты.

Недавно разработанные микроимплантаты (Абсоанкор): А, маленькая головка (SH); В – без головы (NH); С — длинная голова (LH); D — круглая головка (CH); Е — головка фиксации (ФГ); F, головка кронштейна (BH). (С разрешения Dentos Inc., Тэгу, Южная Корея.)

Микроимплантаты диаметром от 1,2 до 1,6 мм достаточно малы, чтобы их можно было разместить в большинстве анатомических мест полости рта, включая небо, подбородок, ретромолярную область и межрадикулярные промежутки между корнями зубов. После установки не менее 6 мм общей длины микроимплантата должно быть внедрено в кость верхней челюсти и 4 мм — нижней челюсти. Авторы обычно предпочитают использовать микроимплантаты длиной от 7 до 8 мм в щечной альвеолярной кости верхней челюсти и длиной от 5 до 6 мм в щечной стороне нижней челюсти. В небную альвеолярную кость верхней челюсти необходимо установить микроимплантаты длиной от 10 до 12 мм, чтобы компенсировать толщину мягких тканей неба и сохранить внедрение микроимплантатов в кость длиной 6 мм. Наиболее распространенный диаметр микроимплантатов составляет 1,3 мм на верхней челюсти, 1,4 мм на нижней челюсти и 1,5 или 1,6 мм в средненебной области, где нет зубов.



Выводы.

Использование микроимплантов сокращает сроки ортодонтического лечения.

Применение микроимплантов позволяет в ряде случаев свести число брекетов к минимуму.

Данная методика дает более предсказуемый результат и надежность ортодонтического лечения, так как ход лечения больше контролируется врачом и в меньшей степени зависит от пациента. При традиционном ортодонтическом лечении, зачастую, невозможно добиться хорошего прикуса, если пациент не будет хорошо носить межчелюстные эластики или выполнять другие рекомендации врача.

Литература.

1. Kanomi R: Mini-implant for orthodontic anchorage. J Clin Orthod 31:763, 1997.
2. Kyung HM, Park HS, Bae SM, Sung JH, Kim IB. Development of orthodontic microimplants of intraoral anchorage. J Clin Orthod 2003;37:321-8.-analysis. Stomatologija 2005;7:128-32.
3. Coburn DG, Kennedy DW, Hodder SC: Complications with intermaxillary fixation screws in the management of fractured mandibles. Br J Oral Maxillofac Surg 40:241, 2002.
4. G. Fabbioni *et al.* Transalveolar screws and the incidence of dental damage A prospective study Int J Oral Maxillofac Surg, 2004.
5. Haanaes HR, Stenvik A, Beyer-Olsen ES, et al: The efficacy of two-stage titanium implants as orthodontic anchorage in the preprosthodontic correction of third molars in adults—A report of three cases. Eur J Orthod 13:287, 1991.
6. Nigmatov R.N. Shomuxamedova F.A., Nigmatova I.M. Ortodontiya Darslik. 2-jild Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining "Stomatologiya" fakulteti Talabalari. T. 2021. - 415 b.
7. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. // Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., и др./ Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии» г. Ташкент – 2023. С. 167-187.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Мухитдинова Э.Т., студент 103А группы стом ТГСИ

*Научный руководитель: Турсунбаева И.Ф., ассистент кафедры
Пропедевтика ортопедической стоматологии Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан*

Актуальность темы: В современной ортопедической стоматологии для лечения пациента и изготовления зубного протеза или лечебного аппарата необходимо получать оттиск. Оттиски снимают для получения диагностических, контрольных, основных и вспомогательных моделей челюстей. Этот этап лечения имеет исключительно важное значение, поскольку точность оттиска в значительной мере определяет качество модели, на которой осуществляется конструирование протеза, а, следовательно, и качество самого протеза. В настоящее время для изготовления ортопедических аппаратов и протезов используется разнообразные материалы и технологические процессы, количество которых с каждым годом увеличивается.

Цели и задачи: Изучить классификацию оттискных материалов и их роль в ортопедической стоматологической практике.

Классификация материалов: Твердые и эластичные. Твердые подразделяются на обратимые и необратимые, а, эластичные в свою очередь, на гидроколлоидные и

С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРЫ. Мавлонова М.А., Шеримбатова И	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УСАДКИ АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКНЫХ МАСС Махмудов М.Б. Юлдашева Н.Р. Булатов Р.Н.	177
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Махмудов М.Б. Юлдашева Н.Р. Булатов Р.Н.	185
ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ СЪЁМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗУБОВ В СТОМАТОЛОГИИ Мирахмедов Ш.Ф. Нуриддинов И.Д., Расулов А.Д., Махмудов М.Б.	189
ОБЩИЙ ОБЗОР МИКРОИМПЛАНТОВ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ОРТОДОНТИИ, ХАРАКТЕРИСТИКИ И ВИДЫ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ). Муртазаев С.С., Отамуродова Г.С., Кодирова С.У.	191
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Мухитдинова Э.Т., Турсунбаева И.Ф.	195
МИКРОБИОЦЕНОЗ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ДО И ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ Набиев К.А., Акбаров А.Н., Хабилов Д.Н.	196
ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС У ДЕТЕЙ И ИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ Нигматов Р.Н., Аралов М.Б., Нигматова И.М., Атамуратова Н.Б.	197
ФОРМИРОВАНИЕ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ПОМОЩЬЮ ИНДИВИДУАЛЬНОГО АБАТМЕНТА Нормирзаев Ш.Н., Ризаева С.М.	200
ДИАГНОСТИКА ВЫВИХОВ ДИСКОВ ВНЧС У ПАЦИЕНТОВ Нуритдинов У.А., Фаттахов Р.А.	202
ОРТОДОНТИЯ: II КЛАСС МУАММОЛАРИ Пармонкулова С.И., Кадыров Ж.М., Акбаров К.С	203
ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА АРОМАТИЧЕСКИХ УГЛЕВОДОРОДОВ НА СОСТОЯНИЕ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ Рамазонова Г.Э., Мун Т.О.	205
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Расулова М., Салимов О.Р.	207
СИСТЕМА МОНИТОРИНГА НА ОСНОВЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ Расулова М., Салимов О.Р., Шахметова М.Х.	209