



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



**“YOSH OLIMLAR KUNLARI”
Respublika ilmiy-amaliy anjumani
xalqaro ishtirok bilan
TEZISLAR TO'PLAMI**

**COLLECTION OF ABSTRACTS
“YOUNG SCIENTISTS DAYS”
Republic scientific and practical conference
with international participation**

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием
“ДНИ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ”**

Toshkent 25 aprel 2023 y.

проводилось сравнение основных антропометрических параметров зубных рядов на сопоставленных изображениях верхнего зубного ряда. В ходе настоящего исследования было поставлено несколько основополагающих задач, одной из которых явилось определение анатомической области, подвергающейся наименьшим изменениям в процессе ортодонтического лечения для того, чтобы при сопоставлении 3D-изображений до и после лечения врачи могли опираться на неподвижные анатомические ориентиры, не изменяющие своего положения в процессе перемещения зубов и зубных рядов у исследуемой группы пациентов, и процесс сопоставления моделей на различных этапах лечения был максимально точным. Для этого был проведен сравнительный анализ КЛКТ ЧЛЮ пациентов до и после ортодонтического лечения. 89 В ходе проведенного исследования были изучены 40 конусно-лучевых компьютерных томограмм до и после лечения у 20 пациентов с зубоальвеолярной формой аномалий окклюзии.

Выводы: 1. У пациентов с зубоальвеолярной формой аномалий окклюзии область твёрдого нёба подвержена наименьшим изменениям в процессе ортодонтического лечения относительно других костных структур на верхней челюсти. Максимальное расхождение контуров твёрдого нёба в данной области при сопоставлении сагиттальных срезов конусно-лучевых компьютерных томограмм головы до и после лечения составило 0,8мм. При проведении исследования можно опираться на слизистую оболочку в области твёрдого нёба, как на наиболее стабильную и считать её референтной зоной при сопоставлении 3D-моделей зубных рядов.

2. Оценка антропометрических параметров при сопоставлении 3D-моделей зубных рядов позволяет определить степень изменений, происходящих в процессе ортодонтического лечения в том или ином направлении. Алгоритм сопоставления 3D-изображений на разных этапах ортодонтического лечения позволяет оценить в каком направлении, в какую из сторон и на сколько произошли те или иные изменения положения зубов.

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАСТЕМ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ)

*Г.Э. Арипова, Ш.Р. Расулова, Кодиров Ж.М., С.У. Ортикбоева.
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования*

Актуальность. Angle [2] описал диастему как распространенную аномалию окклюзии. При диастеме нарушается функциональная целостность зубного ряда, идет перегрузка пародонта, ухудшается эстетика улыбки, а в зависимости от её ширины, может нарушаться речь, всё это обуславливает актуальность исследования данной патологии.

Общая распространенность. Ричардсон и др. [3] наблюдали 5307 детей в возрасте от 6 до 14 лет и в результате получили распространенность

диазем у детей старше 6 лет - 38%, 8 лет - 56% и 18% у 14 летних.

Установлено, что количество диастем с возрастом имело тенденцию к уменьшению у обоих полов, однако у девочек это происходило раньше, чем у мальчиков.

Причины и стабильность лечения диастемы. Edwards [4] назвал несколько факторов, вызывающих рецидивирование диастемы: неправильный осевой наклон корней центральных резцов, несоответствие размеров зубов и апикального базиса челюстных костей [1], вредные привычки, миофункциональное равновесие.

Edwards [4] также связывал развитие диастемы с аномалиями строения уздечки губ, как основного этиологического фактора. В своём исследовании автор пришел к выводу, что уздечка верхней губы провоцирует повторное раскрытие диастемы даже после её полного ортодонтического устранения. Проведение френулоэктомии внесло большой вклад в повышение стабильности результатов их ортодонтического лечения.

Ретенция и рецидивы. Shashua и Ärtun [5] оценили долю рецидивов диастемы и возможные факторы, которые могли способствовать этому рецидиву, в выборке из 96 пациентов через 4–9 лет после окончания лечения. На этапе до лечения диастемы варьировали от 0,5 до 5,6 мм. Были проанализированы следующие переменные: первоначальный размер диастемы, несоответствие размеров зубов, неправильный прикус, наклон верхних резцов, подвижность верхних резцов, уздечка губы, расщелина межчелюстной перегородки, параллелизм корней, передний интервал верхней челюсти, потеря периодонтальной кости и наследственность. Данные до и после лечения были получены из доступной документации (модели, рентгенограммы, фотографии и истории болезни). Данные после удержания были собраны в ходе контрольного визита 37 пациентов (группа А) и телефонного опроса 59 пациентов (группа В).

Заболеваемость составила 49% в целом и 46% в группе А, учитывая пациентов с диастемой, наблюдаемой или уже выявленной при реставрации или ортодонтическом лечении, а также тех, кто постоянно использует ретенцию, ощущая тенденцию к открытию пространства. Однако в группе А пространство у лиц с рецидивом колебалось от 0,3 до 0,6 мм, а в среднем составляло 0,1 мм. Логистический регрессионный анализ показал, что исходная ширина диастемы и семейная тенденция были факторами риска рецидива.

В зависимости от степени исходной аномалии нередко рекомендуется ретенция на протяжении всей жизни.

Длительное пользование несъемными ретенционными конструкциями нежелательно, поскольку они затрудняют гигиену. Существует типы фикс-ретенеров с помощью небольших магнитов, прикрепленных к язычной поверхности резцов.

Съемные ретенеры так же не являются хорошим выбором при диастеме, так как могут приводить зубы к возвратно-поступательным движениям, тем самым нанося ущерб тканям пародонта.

Выводы. Существующие протоколы ортодонтического лечения

диастем должны быть построены с превентивными мерами вероятного рецидива с учётом возраста, морфологической формы, величины щели, этиологических факторов, учётом необходимости хирургических вмешательств, способствующим, в комплексе, стабильности полученного результата.

Использованная литература:

1. Расулова Ш.Р., Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Муртазаев С.С., Джумаева Н.Б., Кадиров Р.Х. Построение математической модели с учётом зависимости длины переднего отрезка зубных рядов и ширины верхних резцов (по Корхаусу) // Журнал «Stomatologiya» №2(83)2021
2. Angle EH. Treatment of Malocclusion of the Teeth. 7th ed. Philadelphia: S.S. White Company; 1907
3. Richardson ER, Malhotra SK, Henry M, Little RG, Coleman HT. Biracial study of the maxillary midline diastema. The Angle Orthodontist. 1973;43(4):438-443
4. Edwards JG. The diastema, the frenum, the frenectomy: A clinical study. American Journal of Orthodontics. 1977;71(5):489-508.
5. Shashua D, Årtun J. Relapse after orthodontic correction of maxillary median diastema: A follow-up evaluation of consecutive cases. The Angle Orthodontist. 1999;69(3):257-263.
6. Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Кодиров Ж.М., Жумаева Н.Б. "К опросу о методах расширения верхней челюсти" Научно-практический журнал "Stomatologiya" No 4 (81), Т.- 2020. -С. 67-71.
7. Нигматов Р.Н., Кадыров Ж.М., Нигматова И.М., Рахматуллаева Н.Р., Давронова Р.Х. "Сравнительная оценка различных ортодонтических расширителей верхних челюстей у детей сменного прикуса" Научно-практический журнал "Stomatologiya" 2 (83), Т.- 2021. -С. 40-44.

ИЗУЧЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИ ИНДУЦИРОВАННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕЗОРБЦИИ КОРНЯ (ОПРР) (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ)

*Г.Э. Арипова, Ж.М. Кодиров, С.У. Ортикбоева.
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт
Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования*

Введение. Одной из задач ортодонтии является завершение ортодонтического лечения с наименьшим воздействием на корень и пародонт. Резорбция корня считается нежелательным, но неизбежным ятрогенным последствием ортодонтического лечения. Она определяется как разрушение цемента или дентина под действием цементокластической или остеокластической активности; это может привести к укорочению или притуплению корня. Brezniak и Wasserstein в 2002 году предложили новый и более описательный термин ортодонтической резорбции корня, основанный на фактическом процессе, и назвали его ортодонтически индуцированной воспалительной резорбцией корня (ОПРР). Ортодонтически индуцированная

ФИКСАЦИИ	313
Дусбекова Г.Б., Меликузиев К.К. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ	314
Исмаилова. М.Ш., Ярашева.Н.И. СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ПЛАНИРОВАНИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОГО РЕЗУЛЬТАТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	316
Муртазаев С.С., Абдуазимова-Озсойлу Л.А., Мазифарова К.Р. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	318
Сейпуллаев Ш.А. Кадыров Ж.М. РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА СОПОСТАВЛЕНИЯ 3D-МОДЕЛЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ НА ЭТАПАХ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	319
Г.Э. Арипова, Ш.Р.Расулова, Кодиров Ж.М., С.У. Ортикбоева. ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАСТЕМ (по данным литературных источников)	321
Г.Э. Арипова, Ж.М. Кодиров, С.У. Ортикбоева. ИЗУЧЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИ ИНДУЦИРОВАННОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕЗОРБЦИИ КОРНЯ (OPRR) (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ)	323
Холмуминова Г.А., Кодиров Ж.М. РАЗНИЦА В РАСПРЕДЕЛЕНИИ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ РАСШИРЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЫСТРОГО РАСШИРИТЕЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (RME) И СКЕЛЕТНОГО РАСШИРИТЕЛЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (MSE)— АНАЛИЗ МЕТОДОМ КОНЕЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ	325
Мардонов О.Д., Кодиров Ж.М. ОБОСНОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОИМПЛАНТАТОВ	326
Усмонов Ф.К., Хабилов Н.Л., Мун Т.О. КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИМПЛАНТАТА IMPLANT.UZ С БИОАКТИВНЫМ ПОКРЫТИЕМ В ОЦЕНКЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОЛОСТИ РТА	328
Курьязов Ж.Х., Хабилов Н.Л. РОЛЬ ГНАТОЛОГИИ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ	329
Абед З.Ж., Хабилов Б.Н., Дадабаева М.У. ДЕПРОГРАММИРОВАНИЕ МЫШЦ КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ВНЧС	331
Мухитдинова М. С., Дадабаева М.У., Мун Т.О., Абдурахманова С.И. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА С ДЕФЕКТОМ ЗУБНЫХ РЯДОВ	332
Ширинова Ш.С., ЧАЙНОВ МУШАКЛАРИНИНГ ТИКЛАНИШ (АДАПТАЦИЯ) ЖАРАЁНИДА ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ УСУЛИНИНГ ЎРНИ	333
Дадабаева М.У., Фарахиддинова М. ОПТИМИЗАЦИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБНОГО РЯДА	335
Tursunova M.F. PhD. Gulmuhammedov P.B. FACTORS THAT INCREASE THE COMPLIANCE OF DENTAL PATIENTS AT THE STAGES OF ORTHOPEDIC TREATMENT	337
Сулейменов Аскар Нурланович, Салимов О.Р. СПОСОБ КЛИНИЧЕСКОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КОРОНОК	338
Рамазонова Г.Э., Мун Т.О., ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У РАБОТНИКОВ НЕФТЕГАЗОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ЗАВОДА КАШКАДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ	339
Набираева Б.А. ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЧАСТИЧНО РАЗРУШЕННЫХ,	