

данных, полученных разными авторами, в различных регионах и в разные годы. Важное значение имеет определение возраста для проведения профилактических мероприятий применительно к различным категориям зубов в различных половых группах детей в разных условиях окружающей среды.

**Ключевые слова:** дети, постоянные зубы, динамика, сроки прорезывания зубов.

#### Summary

The review of the literature presents the authors' articles describing the processes of eruption and

mineralization of permanent teeth in children in different regions. Proposals for creating common standards for specific regions are discussed. But only by bringing the teething process to a common standard will the practical value of research increase, and it will be possible to fully compare the data obtained by different authors in different regions and in different years. It is important to determine the age for preventive measures in relation to different categories of teeth in different sex groups of children in different environmental conditions

**Key words:** children, permanent teeth, dynamics, terms teeth eruption.

УДК 616.31:614.254.1

### JAW FRACTURE. DIAGNOSTICS AND TREATMENT



**Kholiqov A. A., Yuldashev A.A., Fattayeva D.R., Olimjonov K.A.**  
Tashkent state dental institute

The lower jaw is the only cartilaginous bone involved in the chewing of the facial skeleton. Fracture of the lower jaw, this is a violation of the integrity of the lower jaw as a result of various influences. As a result of a factor that strongly affects the lower jaw, that is, the degree of violation of the integrity of bone tissue, bone integrity is impaired, the lower jaw is observed [12-35]. Facial skeletal bone fractures account for 3% of all body skeletal fractures. The skull, face-jaw is the lower jaw, accounting for 80% of the bone cavities [36-57]. Fractures of the lower jaw face-jaw bone fractures 79.6% accounting for E.A. Alexandrova, M.A.Livi and accounting for 70.0% of E.I. Kyasper, according to M.V. Kostileva, it accounts for 61.2%. [7,8,9]. Vernadsky Yu.I., 1973, Zausaev V.I., 1981, Kabakov B.D, Malyshev V.A., 1981, Robustova T.G., Starodobtsev B.C., 1990; Timofeev A.A., 1991 according to the opinion of the 17 Lars, facial skeletal fractures of the lower jaw constitute 60-90% of the fracture of the bones and again 76% of patients with lower jaw fractures, as is known, constitute 17-40 year old patients [8, 9, 10].

Filippov C.B. and authors 1998, Bezrukov V.M., Lore T.M., 2000, Charles S.V. et al., 1998, Wong K.N. 2000, Boole J.R. et al., 2001, Guerrissi J.O. 2001, in the opinion of the Lars, 70-85% of facial jaw

musculoskeletal injuries are caused by fractures of the lower jaw [47].

V.M.Bernadsky, T.G.Robustova according to 2002 year, fractures of the lower jaw face-jaw bone accounts for 70-80% of fractures [1-9].

According to the literature presented below, fractures of the lower jaw make up 77-90% of facial skeletal injuries [1-9]. Degree of fracture in the lower jaw according to the location of the fracture line. Lore T.M., 1975 according to the data of 4,9% in the dexan (jaw) socket, the pile of the lower jaw in the tooth socket-12,9%, the premolars of the lower jaw in the tooth socket-11,8%, the lower jaw in the socket -37,4 %, total 67% in the lower jaw socket, while the fracture of the lower jaw in 33%, in the lower jaw [47].

#### Classification of lower jaw:

1. To according to the attitude towards the spread of tissues: a. Open fracture; b. Closed fracture

2. According to the case of varnishes and the reaction of the pieces to each other: a. non displaced fracture; b. displaced fracture.

3. According to the location of the fracture line: a. Fracture of the lower jaw joint (processus condylaris); b. Fracture of the lower jaw joint. (processus coronoideus); c. Fracture of the lower jaw, corner sockets; d. Fracture of the lower jaw, vascular

overgrowth; e. From the lower jaw bone; f. Complex (breaking together in several parts at the same time)

4. By the type of broken pieces: a. The location of the fragments on both sides of the fracture line in the whole case; b. Break into pieces (cut into several pieces).

5. According to the spread of the fracture line: a. One-sided fracture, 44% [47]; b. Double fracture, 49% [47]; c. Fracture from one place; d. A few displaced fracture.

#### **Etiology:**

The origin of fractures of the lower jaw is due to caries, osteomyelitis of the jaw, jaws and jawbone. There are several types of causes, namely, according to the types of causes that damage the lower jaw.

1. As a result of auto accidents.

2. As a result of household (various pitfalls encountered in marriage).

3. During sports training.

4. Injuries resulted from fire-arms (now in rare cases).

5. Pathological fracture: a bone integrity disorder that occurs in places where the bone has changed pathologically.

The occurrence of lower jaws after injuries is a common occurrence (fighting, falling from a height, in most cases, alcohol occurs in cases of intoxication) -48.9%. Transport injuries due to lower jaw-20.5%. Manufacturers tear injuries -15.2%. Injuries during sports-10.3%. Lower jaw as a result of injury from guns-5%. Iatrogenic (at the time of medical treatment) accounted for 0.1%. [10]

#### **Pathogenesis:**

Lower jaw fractures can be broken from two or more places along the bone (weak lines), depending on the non-shock points of the bone tissue. Lower jaw pathological fracture, this is the tumor tissue of the bone, the damaged part of chronic osteomyelitis, fibrosis ostitis, cyst, where bone cortical plate is thin and not resistant to the impact.

#### **Clinic:**

When the lower jaw, the patient complains mainly of pain in the area of the fracture, pain and limitation of the opening of the mouth, if there is an open fracture of the lower jaw, that is, a violation of the integrity of the surrounding tissues, or if there are cases of fracture from the patient complains of tooth decay, swelling of surrounding tissues. In the case of injuries of the lower alveolar- mental nerves in the lower jaw of the patient there is a decrease or violation of sensitivity in the same places. In the case of fractures of the lower jaw located on joint, patient complains of swelling, pain, complete opening of the mouth at the are of parotid area. Patients with the lower jaw displaced fractures deformation is observed. Their complains of a incorrect

pronunciation, an increase in salivation. Patients with a fracture of the lower jaw-vascular tumor complain of a violation of articulation.

#### **Methods of verification:**

1) General 2) Local

1. General inspection methods

It is checked for the functioning of the cardiovascular system, respiratory system, the system of internal organs the system of the organs of Base Movement. It is necessary to pay specially attention to the activity of the nervous system. A general and biochemical blood test, the level of blood loss, a general urine test is performed. General condition of the patient: consciousness or unconscious.

a. Good. b. Average weight v. Heavy

2. Local case study methods.

When patients have been seen from the outside, the skin of the lower jaw fractured area is reddened, swollen, swelling, cases of skin bruising are noted in the case of subcutaneous hematoma.

In palpation, the patient feels strong pain in the affected area. This case will give us an example of a comparative diagnosis of postoperative edema and inflammatory infiltration (degree of stiffness and soreness of the tumor sac). Mental area the outer surface of the lower jaw cornea and the lower edges of the angular cornea are checked for the symptom of pressure. Mobility observed in the teeth located in the damaged area. In the damaged area, there are a number of changes in the mucous membrane of the mouth (redness, swelling, blood flow under the mucous membrane, violation of the integrity of the mucous membrane).

Percussion accompanied by pain in the teeth located in the broken fragments, the output of a hollow percutaneous sound. Case of hypoesthesia or anesthesia, a decrease in sensitivity to the action of a nerve fiber injury through an injection needle, is observed in tissues. By exploring, it is possible to determine the depth of the damaged part.

#### **Additional verification methods**

X-ray, Ortopantomography, Computer tomography.

X-ray examination methods have their own characteristics and requirements, from which an X-ray examination allows to determine the presence of a fracture in the body, angle parts and ramus of the lower jaw. At the Fas and side x-ray rates, it is sometimes possible to know the fracture line little or no. In the examination of the orthopantomogramm, differ from x-ray, it is possible to determine the condition of the fracture in the lower jaw joint, coronal parts of the ramus [41- 46, 48- 52]. In a computed tomography examination, it allows to determine the location of the head of the broken joint from the lower jaw, the location of the head of the broken joint, that is, from

the lateral or medial side, thereby accelerating the time of treatment. Again in the method of Computer Tomography, the patient can obtain information of the brain from the head, which is a favorable opportunity for treatment.

#### **Treatment.**

Treatment of lower jaws is carried out by applying general and local therapy.

1. Local treatment-this is the treatment of broken part. Local treatment of fracture foci is carried out by orthopedic (conservative) and surgical means. To the method of orthopedic treatment, the lower jaw is performed by inserting a tire. With this we achieve reposition, fixation, immobilization of broken pieces. If the tooth is located on the fracture line, the same dental caries can not be restored as a result of its anatomical and functional condition, it is still performed before the procedure of tooth extraction. Tires are widely and massively used in the lower jaw. Swelling is carried out by laying aluminum wires on the upper and lower jaws of the upper part of the teeth. In case of a linear fracture of the alveolar bone is carried out to put the tire scuba (the same as the composition of the loops as the tire scuba Tires are aluminum). Putting on tires has a number of specific disadvantages. Of these, a violation of the order of proper nutrition in patients (which in turn leads to a violation of the metabolism of the organism, a slowing of the regeneration process in the cartilaginous bone tissue), a violation of pronunciation, a violation of the oral cavity at the time of laying the Shin in patients, as a result of which secondary diseases of the by choosing a modern method of treatment and Prevention of lower jaw without putting on tires, preventing the above cases, the implementation of fixation of broken pieces with the help of titanium-containing micro-screw and miniplates was launched. [37, 38, 39, 40]

#### **Tires hints information.**

S.S. Tires are 1915 year Russian dentist it is called by name because it is proposed by Tires. The preparation of the tire takes less time and cheaper material. Along with this, it was observed that in the oral cavity of the tires occurs galvanization.

Vasiliev standard tires are made of metal, ready-made tires, in cases where there is a supply, the time of making tires is saved, tires are made of thin metal, the tire loops are distinguished by damage to the mucous membrane of the oral cavity.

A.A. Limberg ring tires, the cart is prepared individually in the for a single broken piece, the length of the preparation time, requires a lot of material spending costs.

A.A. Limberg plate tires. Only for Toothless Jaws, a spoon is prepared for individual mold removal in the especially, a mold is obtained from specially of one

piece and the upper jaw, a tire is prepared according to the mold. The length of time varies, the course is constant and the inability to prepare in all clinics.

In cases where it is not possible to put a tooth on the jaw, a tire without it, in cases where it is not possible to achieve the reposition of fragments through orthopedic treatment, a surgical method of treatment is used, that is, osteosynthesis carried out. Osteosynthesis carried out by the use of titanium or tantalum-containing bone sutures, Kirshners stick, titanium-containing micro-screw and mini-plates in the implementation of the operation.

C. Ipsen first successfully performed fixation of broken fragments with the help of metal stick in 1933 year in the treatment of lower jaw, calling this method transfocal fixation or transfixation. [11]

In 1942, US scientists J.B. Brown and F.M. Dowell introduced the method of treating the lower jaw with the help of a special electrode, fixing the broken pieces by inserting a metal stick through a closed pathway. [11]

Treatment of lower jaw surgery with oat and in combination with medicated therapy is carried out both.

1. Anti-inflammatory

2. Antibacterial

3. Symptomatic

4. In case of detection of attendant diseases, treatment prescribed by additional specialists is carried out.

**In conclusion**, we can say that modern methods of treatment have been developed and are being used, despite the development of medicine, so far, in the lower jaw fractures have been observed defects in the bone, which subsequently lead to deformation of the face-jaw joint. The main purpose of our treatment method is to improve the treatment of lower jaw with the use of bone materials in addition to the modern methods listed above.

**Key words:** lower jaw fractures, micro-screw, mini-plates, osteosynthesis.

#### **References**

1. Анализ причин и характера повреждений при травме нижней челюсти // А. Н. Пудов, Е. А. Спиридонова, А. Ю. Дробышев, И. Г. Бобринская // Вестник интенсивной терапии. – 2011. – № 3. – С. 41–43.
2. Афанасьев В. В. Травматология челюстно-лицевой области // В. В. Афанасьев – М., 2010. – С. 9–12.
3. Вернадский Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области // Мед.лит-ра, 2006. С– 456.
4. Гук В. А. Переломы нижней челюсти у людей старших возрастных групп // В. А. Гук // 17-я Международ. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов // Новые технологии в стоматологии // – СПб., 2012. – С. 53.
5. Лепилин А. В. Оптимизация лечения больных с переломами нижней челюсти в сочетании с воспали-

- тельными заболеваниями пародонта // А. В. Лепилин, Н. Л. Ерокина // Дентал Юг. – 2008. – № 10 (59). – С. 28–32.
6. Малышев В. А., Кабаков Б. Д. Переломы челюстей // В. А. Малышев, Б. Д. Кабаков – СПб.: Спец. лит., – 2005. – 224 с.
7. Особенности проявления вегетативных реакций у больных с переломами нижней челюсти // А. В. Лепилин, Н. Л. Ерокина, О. В. Прокофьева, Г. Р. Бахтеева, Т. В. Рогатина, О. В. Жилкина // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 5. – С. 25–27.
8. Рединова Т. Л. Влияние шин на состояние твердых тканей зубов и пародонт у больных с переломами челюстей // Т. Л. Рединова, С. Н. Колесников // Стоматология. – 1998. – № 1. – С. 42–44.
9. Тимофеев А. А. Основы челюстно-лицевой хирургии // М.: МИА, 2007. – С. 696.
10. Дробышев А.Ю., Малый А.Ю., Митерев А.А., Бирюлев А.А., Меликов Э.А., Гзюнова Ю.А., Ругина И.А., Кечерукова Д.Н. МГМСУ им. А.И.Евдокимова 2016. – С. 796.
11. Проблемы остеосинтеза отломков нижней челюсти внутрикостными фиксаторами // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1.; <http://www.science-education>.
12. Гани Ибрагим Абдель Гани Аль Авамлех. Лечение переломов мыщелкового отростка нижней челюсти с применением устройства нашей конструкции: Автореф. дис. ... канд. Мед. наук: 14.00.21 // Абдель Гани Ибрагим Абдель Гани Аль Авамлех.-Донецк, 2005. С – 29.
13. Агапов В. С. Травматические повреждения мыщелкового отростка нижней челюсти и пути решения восстановления функции // В.С.Агапов, А.Ю.Дробышев, О.Ф.Гусев // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. М, 2001– С. 143–144.
14. Александров Н.М. Травмы челюстно-лицевой области // Н.М.Александров, З.П.Аржанцев. – М.: Медицина, 1986. – С. 447.
15. Артюшкевич А.С. Лечение переломов нижней челюсти с позиций анатомии и биомеханики // А.С.Артюшкевич, О.Н.Катарнэ // Современная стоматология. – Минск – №3. – 2001. – С.38–41.
16. Безруков В.М. Амбулаторная хирургическая стоматология // - М.: МИА, – 2004. – С.108
17. Бернадский Ю. И.// Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Здоровье, 1985 – С. 390.
18. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области // Ю.И.Бернадский. – М.: Мед. лит., 1999. – С. 444.
19. Буцан С.Б. Оптимизация диагностики и оперативного лечения переломов мыщелкового отростка нижней челюсти. // Дисс.. канд. мед. наук. – Москва, 2005. С.129.
20. Васильев А.В. Алгоритм лечения больных с переломами мыщелкового отростка // Клиническая имплантология и стоматология. – 2001. – № 4–5. – С.95–97.
21. Вязьмитина А.В. Хирургическая стоматология: Практикум // Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – С.325.
22. Горбонс И.А. Осложнения при остеосинтезе переломов нижней челюсти и их профилактика: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 // И.А.Горбонс. – Новосибирск, 2007.– С.22.
23. Гук А.С. Клиническое течение и лечение переломов нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста // А.С. Гук, А.Е.Авдеев, С.А.Епифанов и др. // Мат. X международной конференции челюстно-лицевых хирургов стоматологов.– СПб.: 2005.– С.42–43.
24. Ешиев А.М. Челюстно-лицевая хирургия (инновационные методы, технологии, материалы).-Бишкек, 2011.– С.300.
25. Касымбеков М.А. Оптимизация методов остеосинтеза при переломах нижней челюсти фиксаторами из никелида титана // автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 // М.А.Касымбеков.- Новосибирск, 2005. – С.22.
26. Козлов, В.А. Лечение переломов мыщелкового отростка нижней челюсти: Учеб. пособие // В.А.Козлов, А.В.Васильев, М.Г.Семенов. СПб.: СПбМАПО, 2000.–С. 33.
27. Кудрявцева О.А. Особенности диагностики и лечения больных с зубочелюстными аномалиями, осложненными заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.21 // Кудрявцева Ольга Анатольевна. – СПб, 2010. – С.17
28. Ляшев Н.Н. Эндопротезирование височно-нижнечелюстного сустава (клинико-рентгенологическое исследование) // Дисс.. канд. мед. наук. – М., 2002. – С.117.
29. Малышев В.А. Переломы челюстей // – СПб: Спец.Лит. – 2005 – С.224
30. Матрос-Таранец Н.Н. Результаты хирургического лечения переломов мыщелкового отростка нижней челюсти с применением набора титановых минипластин. // Н.Н.Матрос-Таранец Д.К.Калиновский, А.И.Альавамлех, М.Ю.Павленко // Современная стоматология. Киев – 2004 – № 2–96 – С. 100.
31. Мингазов Г.Г. Лечение больных с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти // Г. Г.Мингазов, И.С.Танеев, А.М.Сулейманов // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов; Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции. – М., 2001. С. 202–203.
32. Панкратов А.С. Стандартизованный алгоритм хирургического лечения переломов нижней челюсти // А.С.Панкратов, Т.Г.Робустова // Материалы X международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов (24–26 мая 2005 г.) – СПб, 2005. – С. 133–135.
33. Поленичкин В.К. Реабилитация больных с травмой, дефектами и деформациями костей лица устройствами с памятью формы // Мат. науч. форум с международным участием: «Стоматология на пороге третьего тысячелетия». – М.: 2001. – С. 438–439.
34. Семенников В. И. Анализ лечения переломов нижней челюсти // Мат. VII Всероссийского научного форума с международным участием «Стоматология 2005». – М.: 2005. – С. 233–234.

35. Слесарев О.В., Н.Ф.Поляруш. Прицельная линейная томография височно-нижнечелюстного сустава // Маэстро стоматологии. – 2002. № 6. – С. 39–44.
36. Сысолятин С.П. Способ лечения переломов мышечного отростка нижней челюсти со смещением и вывихом головки под основание черепа у детей с использованием эндоскопической техники // Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии. М.: Медицина, 2005, С. 75–80.
37. Тазин И.Д. Лечение больных стратматическим остеомиелитом нижней челюсти с использованием пористых проницаемых имплантатов из никелида титана // [И.Д.Тазин, П.Г.Сысолятин, Л.А.Панов] // Стоматология. – 2000. – Т.79. – №4. – С. 37–40.
38. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – ООО «Червона Рута-Туре». – Киев, 2002. – С.1024.
39. Трофимов И. Г. Консервативно-хирургические методы лечения переломов мышечного отростка нижней челюсти: Автореф.дисс.канд...мед.наук. -СПб., 2003.-С.17.
40. Хватова, В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава М., 1982. – С.160.
41. Цимбалитов А.В. Морфологическая оценка дисфункции височно-нижнечелюстного сустава по данным лучевой диагностики // – 2010 – Т. 47. – №2. – С. 19–21.
42. Лопушанская Т.А., Войтяцкая И.В., Колтунов, А.В. Макогонова М.Е.// Институт стоматологии. – 2010. – Т. 47. – №2. – С. 19–21.
43. Чернышев, В.В. Опыт лечения осложненных переломов суставного отростка нижней челюсти // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. 2004. – вып.8. – С. 147–149.
44. Швырков, М.Б. Несвободная остеопластика мышечного отростка нижней челюсти / Рос. стомат. журн. – 2001. № 6. – С. 11–14.
45. Юань И. Клиническое обоснование применения щадящего метода иммобилизации при переломах нижней челюсти: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.14 /И. Юань. – СПб.: 2011 – С. 19.
46. Юлдашев И.М. Характеристика возможных причин, вызывающих осложнения при переломах нижней челюсти // // STOMATOLGIYA /среднеазиатский научно-медицинский журнал. – Ташкент. – № 1–2. – 2010 (41–42). – С. 132–134.
47. Накостный остеосинтез при переломах нижней челюсти с использованием минипластинок // Тезисы докл. на регион, научно-практ. конфер.стомат.-Ижевск,1992.–часть 1. – С. 10–11.
48. Клинико- технологические аспекты накостного остеосинтеза титановыми минипластинками при переломах костей лицевого черепа // Матер, конфер. «Новое в технич. обеспеч. стом-и». -Екатеринбург, 1992. – С. 61–65.
49. Современные направления в накостном остеосинтезе при переломах нижней челюсти // Акт. Вопросы клинич. хирургии. / Сб. науч. трудов. – Пермь, 1993. – С. 117–119.
50. Новые методы накостного остеосинтеза при переломах нижней челюсти // Тезисы докл. межрегионал. учебно- метод, конфер. – Пермь, 1994. – С. 116–117.
51. Зедгенидзе Г.А. Рентгенодиагностика заболеваний зубов и челюстей /Г.А. Зедгенидзе, Р.С. Шилова-Механик. – М.: Медгиз, 1962. – С. 282
52. Травмы челюстно-лицевой области // Под ред. Александрова Н.М., Аржанцева П.З. – М.: Медицина, 1986. – С.448.
53. Рабухина Н.А. Рентгенодиагностика в стоматологии // Н.А. Рабухина, А.П. Аржанцев. – М.: ООО “Мед.информ. агентство”, 1999. – С. 452.
54. Харин Б.А. Возможности ультразвуковой диагностики переломов костей у больных с посттравматическими деформациями средней зоны лицевого скелета: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 // ЦНИИ стоматологии. – М., 1997. – С.21.
55. Хирургическая стоматология: Учебник // Под ред. Т.Г. Робустовой. – 2-е –изд., перераб. и доп. – М., Медицина, 1996. – С. 688.
56. Швырков М.Б. Неогнестрельные переломы челюстей: Руководство /М.Б.Швырков, В.В.Афанасьев, В.С.Стародубцев – М.: Медицина, 1999. – С. 336 .
57. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии // А.А.Тимофеев – Киев–2002 – С. 435–440.
58. Зеленский В.А. Мухорамов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия // ГЭОТАР-Медиа, 2008. С.208.
59. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста // Медицина, Москва, 2003– С. 640.
60. Водолацкий М.П. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста // Ставрополь–2006.
61. Дьякова С.В. Стоматология детская. // М.: ОАО Издательство Медицина, 2009.
62. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста // Книга плюс, 2005 г.

**Summary:** Improper treatment of a fracture of the lower jaw can lead to the development of a number of complications, such as a defect in the jaw bone, incomplete fixation of fragments of the fracture, inflammatory diseases of the jaw and surrounding soft tissues, and subsequent aesthetic defects. Complications that may result from the use of osteoplastic materials at the fracture site during treatment can be eliminated.

**Key words:** lower jaw fractures, micro-screw, mini-plates, osteosyntes.

**Аннотация:** Неправильное лечение перелома нижней челюсти может привести к развитию ряда осложнений, таких как дефект челюстной кости, неполное фиксация фрагментов перелома, воспалительные заболевания челюсти и окружающих мягких тканей и последующие эстетические дефекты. Осложнения, которые могут

возникнуть в результате применения остеопластических материалов к месту перелома во время лечения, могут быть устранены.

**Аннотацияси:** Пастки жағ синишини ўз вақтида тўғри даволанилмаслиги бир қанча асоратлар ривожланишига, яъни жағ суягида нуқсон кузатилиши, синиқ фрагментларни тўлик

мустаҳкамланмаслиги жағ ва атрофдаги юмшоқ тўқималарда яллиғланиш касалликларини олиб келиши ҳамда кейинчалик эстетик етишмовчиликлар юзага келишига сабаб бўлади. Даволашда синиқ соҳасига остеопластик материалларни қўллаш билан келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар бартараф этилиши мумкин.

УДК: 006.1:[378.046.4/048.2:616.314]:[378.147+378.147.227

## МОДЕРНИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ПОСРЕДСТВОМ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИВНЫХ И ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ



**Мусаев У.Ю.**

Самаркандский государственный медицинский институт

Качество оказания медицинской помощи населению страны с оптимальным использованием ресурсов системы здравоохранения для повышения эффективности здравоохранения напрямую зависит от уровня подготовки медицинских специалистов, владеющих современными методами диагностики и лечения заболеваний, способных применять новейшие достижения медицинской науки и практики, обеспечивающие профилактическую направленность ведения пациентов [1,2].

Для обеспечения качества медицинской помощи врач должен постоянно совершенствоваться. Он обязан быть в курсе новейших достижений медицинской науки и поддерживать свой уровень знаний и навыков. При этом высшее образование на современном этапе выступает в качестве важнейшего фактора развития общества, в котором основное место отводится университетскому образованию. Главной задачей высшего профессионального образования является подготовка высококвалифицированных специалистов, формирование у выпускников профессиональных компетенций, обеспечивающих их конкурентоспособность на рынке труда [3,4,11].

В то же время модернизация высшего профессионального образования в соответствии с Государственным образовательным стандартом требует решения целого ряда проблем организационного, технологического и содержательного характера. При этом современная система медицинского образования тесно связана с необходимостью «образования через всю жизнь». В этом врачу поможет непрерывное медицинское образование

(НМО), которое охватывает все фазы обучения: довузовское, университетское, последипломное, профессиональную переподготовку и предусматривает использование новых технологий для совершенствования подготовки специалистов в условиях растущей конкуренции [5,9].

НМО используется во всем мире, при этом особое внимание обращают на важность регулирования медицинской профессии и необходимость постоянного обучения медиков с целью оказания качественной медицинской помощи населению [2,4].

В то же время традиционное высшее медицинское образование построено на нозологическом принципе мышления и обучения, когда в основе темы лекций, практических занятий, экзаменационных билетов, лежит название нозологической единицы, т.е. собственно заведомо известный диагноз [10,13]. Тогда как новая образовательная стратегия вызвала к жизни и новые тактические подходы к её реализации, обуславливая потребность в активных и интерактивных методах обучения. Поэтому в образовательном процессе высшей медицинской школы широко используются активные и интерактивные формы проведения занятий в сочетании с внеаудиторной работой для формирования и развития профессиональных компетенций обучающихся [5,6].

Как же разграничить активные и интерактивные методы обучения? В последние годы эти термины применяются широко, но общепринятой трактовки понятий нет. К методам активного обучения относятся те, при которых каждый