

концентрация давления на растущую костную ткань, и усугубляются нарушения формы зубных дуг и конфигурация лица.

Выводы

1. Нестершиеся бугры молочных клыков встречаются чаще, чем другие патологии молочного прикуса и определяются у 20,6% детей из общего числа обследованных.

2. При нарушении стираемости молочных клыков наиболее часто встречается мезиальная и трансверзальная окклюзия.

Литература.

1. Нигматов, Р. Н. (2023, July). Современные методы диагностики и лечения дефектов, деформации и аномалии зубов, зубных рядов и прикуса (Конференция ТГСИ). In Conferences (No. 1 (90), pp. 87-94).

2. Нигматов, Р. Н., & Нигматова, Н. Р. (2023, November). Ортодонтическое лечение феномена Годона взрослых перед протезированием. In Conferences (pp. 165-167).

3. Нигматов, Р. Н., и др. (2023, November). Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. In Conferences (pp. 167-187).

4. Нигматов, Р. Н., Рузиев, Ш. Д., & Ханова, Д. Н. (2024). Искусственный интеллект в ортодонтии и его использование для оценки патологии прикуса. Stomatologiya, (1), 69-73.

5. Рузметова, И. М., & Нигматов, Р. Н. (2017). Анализ ортопатомограммы при вторичных деформациях зубного ряда у детей сменного прикуса. Stomatologiya, (4), 56-58.

ПРЯМАЯ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИЯ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Р.Н. Нигматов, И.М. Нигматова, ст.-ка 501 стом Джалилова Севара,
ст. 504 стом. Рашианхужаев Абдорхужа*

Кафедра ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ

Прямая (переднезадняя) телерентгенография (ТРГ) головы применяется для изучения размеров черепа в поперечном и вертикальном направлениях, определения асимметрии правой и левой половин лица, зубных дуг, смещения межрезцовых центров зубных дуг, несовпадения межрезцовых центров со средней линией лица, наличия или отсутствия ротации окклюзионной и нижнечелюстной плоскостей, изменения наклона некоторых зубов, асимметрии размеров зубных рядов. Она позволяет врачу-ортодонт правильно поставить диагноз, составить план лечения, а также провести дифференциальную диагностику с зубоальвеолярной и гнатической формами аномалии окклюзии.

Из-за большого разнообразия параметров анализа телерентгенограмм во фронтальной проекции в практике не получается стандартизировать все варианты существующих анализов. Поэтому асимметрии лицевого отдела черепа часто остаются не диагностированными и не учитываются при планировании ортодонтического лечения ЗЧА.

Цель исследования. Использование в научно-практической работе прямой ТРГ у детей для раннего выявления и планирования ортодонтического лечения вторичных деформаций зубного ряда в сменном прикусе.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужило стоматологическое обследование 32 детей (из них 14 мальчики и 18 девочки) в возрасте от 6 до 14 лет в периоде сменного прикуса, с вторичными деформациями зубных рядов со смещением межрезцовой центральной линии в сторону дефекта. В обследование каждого пациента входило клиническое обследование, изучение диагностических моделей челюстей, фотометрических снимков лица и рентгеноцефалометрии.

Полученные прямые телерентгенограммы подвергались дальнейшему их изучению с использованием негатоскопа. Оценка параметров проводилась путем рентгеноцефалометрического анализа прямых ТРГ черепа по методикам А.Б.Слабковской (2010). В качестве показателя асимметрии применяется коэффициент асимметрии Пирсона (КА). Если $КА > 0$, скошенность правосторонняя, если $КА < 0$, скошенность левосторонняя; если $КА = 0$, вариационный ряд симметричен.

Результаты исследования. В трансверзальных размерах основания черепа и неподвижной верхней челюсти коэффициент асимметрии свидетельствовал о наличии незначительной асимметрии в строении черепа на ранней стадии формирования суставной формы трансверзальной аномалии окклюзии. Статистически достоверные различия определяли в параметрах, характеризующих трансверзальные размеры зубных рядов верхней и нижней челюстей ($L6-MRS=2,8$; $U6-MRS=1,5$), а также трансверзальные размеры от срединно-сагиттальной линии до суставных отростков нижней челюсти ($CD=1,5$), что свидетельствует о наличии асимметрии в строении тела нижней челюсти и расположения альвеолярных отростков челюстей. Размеры ветвей нижней челюсти справа и слева различались незначительно ($Co-Ag=0,1$ мм; $J-Ag=0,09$ мм).

В результате клинического осмотра и проведенного рентгеноцефалометрического анализа прямых РГ дети были разделены на три группы в зависимости от степени смещения межрезцовой центральной линии в сторону дефекта (рисунок). В 1-ю группу включены 16 (50,0%) детей, на прямых телерентгенограммах которых определялась I степень смещения межрезцовой центральной линии (от 0° до 3°). 2-ю группу составили 10 (31,25%) детей со II степенью смещения межрезцовой центральной линии (от 3° до 5°). 3-я группа представлена 6 (18,75%) детьми, у которых выявлялась III степень смещения межрезцовой линии в сторону дефекта (от 5° и выше).

Как видно из приведенных рисунков, асимметрию легко определить визуально по виду очертания линий. При левосторонней асимметрии зубной дуги относительно центра распределения наблюдается длинная левая ветвь кривой распределения, тогда как при правосторонней асимметрии - правая ветвь этой кривой.

Таким образом, у детей чаще определяется еще невыраженное смещение нижней челюсти в трансверзальном направлении в периоде сменного прикуса и поэтому не замечается родителями и даже врачами стоматологами.

Проведенный нами факторный анализ строения зубных рядов и данных рентгеноцефалометрии позволил определить наиболее характерные для асимметрии лицевого скелета корреляционные связи и степень взаимосвязи между многими параметрами лицевого скелета, расположенными в правой и левой частях черепа. Так, ширина зубного ряда верхней челюсти в боковых отделах тесно связана с шириной зубного ряда нижней челюсти в области моляров, в то время как для передних отделов зубных дуг оказалась более характерна взаимосвязь между размерами правой и левой частей.

Заключение. При планировании ортодонтического лечения пациентов с асимметрией лицевого скелета, зубной дуги необходимо акцентировать внимание на тех структурах лицевого скелета, изменения которых играют ведущую роль в развитии деформации: ширина верхней челюсти в области шеек боковых зубов, ширина нижней челюсти в области угла, высота тела верхней челюсти, положение головок нижней челюсти в вертикальной плоскости, ширина скулочелюстного контура, длина ветви нижней челюсти и угла нижней челюсти.

Литература.

1. Нигматов, Р. Н., Аралов, М. Б., & Шаамухаммедова, Ф. А. (2024). Рентгенологическое исследование детей с открытым прикусом. *Stomatologiya*, (1), 46-51.
2. Нигматов, Р. Н., и др. (2023, November). Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год. In *Conferences* (pp. 167-187).
3. Нигматов, Р. Н., Ханова, Д. Н., & Бахшиллаева, С. А. (2024). Диагностика и ортодонтическое лечение детей с глубоким прикусом (Обзорная). *Stomatologiya*, (1), 240-243.
4. Нигматов, Р., Нодирхонова, М., Нигматова, И., & Муртазаев, С. (2022). Метод рентгенографии в диагностике функциональных нарушений позвоночника у детей с зубочелюстными аномалиями. *Стоматология*, 1(2-3), 54-58.
5. Рузметова, И. М., & Нигматов, Р. Н. (2017). Анализ ортопантограммы при вторичных деформациях зубного ряда у детей сменного прикуса. *Stomatologiya*, (4), 56-58.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПРОГНАТИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Профессор Р.Н. Нигматов

Магистры Фаёзова С.Ф., Обиджонова М.Ж.

Ташкентский Государственный Стоматологический институт.

Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования.