

Заключение. Таким образом, доказано, что вестибулярная поверхность гладкая, без валиков, выражена придесневая выпуклость. Протяженность контакта боковых поверхностей значительная: от вершины межзубного сосочка до режущего края. Признаки угла и кривизны коронки слабовыражены. Режущий край ровный. Тонкий прозрачный слой распределяется равномерно по всей поверхности для воссоздания оптических свойств твердых тканей зуба. Воссоздание размеров и формы латерального резца обеспечили небольшим «перекрытием» мезиального отдела клыка дистальным углом 12 зуба. Обработка поверхности реставрации производилась сразу после отверждения материала с использованием алмазных боров мелкой и ультрамелкой зернистости, полировочных дисков, головок. При этом осуществляли контроль макро- и микрорельефа. С целью предупреждения краевой проницаемости фотополимера свободные поверхности коронок зубов покрывали фторсодержащим лаком.

Литература

1. Saidaloevich, Murtazaev Saidmurodkhon, Dismukhamedov Makhmud Zakirovich, and Murtazaev Saidazim Saidagzamovich. "Ethnic aspects of orthognathic bite." *European science review* 7-8 (2015): 80-84.
2. Расулова, Ш., et al. "Построение математической модели с учётом зависимости длины переднего отрезка зубных рядов и ширины верхних резцов (по Корхаусу)." *Stomatologiya* 2 (83) (2021): 44-46.
3. Клёмин, В., Нигматов, Р., Кубаренко, В., Глинкин, В., & Ирсалиев, Х. (2016). Условно-несъёмные зубные протезы. *Stomatologiya*, 1(2-3 (63-64)), 36-42.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ И АНОМАЛИЙ РАЗМЕРОВ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ

*Нигматова И.М., Нодирхонова М.О., Сайдиганиев С.С., Раззаков У.М.
Кафедра ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ Ташкентский
государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Осанка - привычное положение тела непринужденно стоящего человека. Она формируется в процессе физического развития ребенка и совершенствования статинамических функций. У младенца одновременно с приобретением навыков удержания головы, сидения, а затем стояния постепенно формируется физиологическое искривление позвоночника с изгибами: в шейном отделе выпуклостью вперед - шейный лордоз, в поясничном отделе - поясничный лордоз и в грудном выпуклостью назад - кифоз. При нормальной осанке касательная к задней поверхности тела при его вертикальном положении прилегает к затылку, лопаткам, ягодицам. Расстояние от касательной до наиболее отдаленных от нее участков шеи и талии одинаковое.

По данным исследований, проведенных Новосибирским НИИТО МЗ РФ, у 37% детского населения выявлено предсколиотическое состояние, 3,5% имеют выраженную II степень сколиоза, 1-2% страдают III степенью сколиоза, 0,050,1% имеют IV степень сколиоза.

Цель исследования. Обосновать особенности взаимосвязи нарушения осанки и аномалий размеров лицевого отдела черепа у детей с мезиальной окклюзией.

Материал и методы исследования. Клиническое обследование 112 пациентов проводили по общепринятой схеме, на кафедре ортодонтии ТГСИ. Для уточнения диагноза и определения степени выраженности нарушения, детей направляли на компьютерное оптическое топографическое обследование. В результате было установлено, что все дети с мезиальной окклюзией имеют деформации позвоночника:

9% - нарушения в сагиттальной плоскости (выраженный грудной кифоз). 27% - сколиозы различной степени выраженности (предсколиозное состояние, сколиоз I и II степеней). 64% - сочетанные изменения во фронтальной и сагиттальной плоскостях.

Результаты исследования. Для определения влияния осанки на формирование лицевого скелета изучены осанка и деформации позвоночника у детей с мезиальной окклюзией и проведен корреляционный анализ между данными компьютерной оптической топографии, измерения моделей челюстей и ТРГ головы.

Больше всего корреляционных связей определено между параметрами, характеризующими положение тела в состоянии покоя (SN), угловое положение вершины поясничного лордоза относительно VII шейного позвонка (ST) и угловое положение вершины шейного кифоза относительно межъягодичной складки (SK). Параметр, характеризующий положение тела в состоянии покоя (SN), влияет на длину тела верхней (A' - PNS) и нижней (Go - Gn) челюстей, высоту ветвей нижней челюсти (Co-Go). Положительные связи средней силы обнаружены с величиной сагиттальной щели и параметрами, характеризующими наклон ($\angle U1/NL$) и зубоальвеолярную высоту (U1 - NL) верхних резцов, сильную положительную корреляцию определили с суммарным углом ($\angle Sum$), характеризующим направление роста челюстей. Размеры апикального базиса верхней челюсти и высота ветвей нижней зависят как от нарушения положения тела, так и от величины грудного кифоза: высоты дуги (B), описанного (УО) и вписанного угла раскрытия (УВ), проективного угла (УП), и интегральной нормированной высоты дуги (ИБ)- отрицательная связь средней силы. Влияние последних на длину тела нижней челюсти несколько слабее. Следовательно, нарушение осанки в сагиттальном направлении способствует развитию и усугублению мезиальной окклюзии, а увеличение отклонения оси тела в сагиттальном направлении приводят к задержке роста верхней челюсти.

Положительные корреляционные связи средней силы тех же параметров и величиной сагиттальной щели между резцами (r от 0,55 до 0,68) могут свидетельствовать о том, что увеличение отклонения оси тела в сагиттальном направлении приводит к увеличению щели. Следовательно, нарушение осанки в сагиттальном направлении способствует развитию и усугублению мезиальной окклюзии, а увеличение отклонения оси тела в сагиттальном направлении приводят к задержке роста верхней челюсти.

Заключение. На основании данных комплексного обследования

(клинического, антропометрического, телерентгенометрического, функционального), а также результатов лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов выделены 3 степени ее выраженности. Так и телерентгенометрические, определяющие нарушения гармоничности (соразмерности) в гнатической части лицевого отдела черепа (нарушение соотношения передних точек апикальных базисов челюстей: Wits-число ($N=0,78 \pm 0,26$), $\angle ANB$ ($N=3,38 \pm 0,33$); нарушение квадрилатерального соотношения размеров апикальных базисов челюстей (в норме они равны); нарушение наклона резцов по отношению к плоскости основания соответствующей челюсти: $\angle UI/SpP$ ($N=67,94 \pm 0,8$) и $\angle BI/MP$ ($N=85,48 \pm 1,03$)).

Литература

1. Арипова, Г., et al. "РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ У ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С УЧЕТОМ ТИПА РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ." Медицина и инновации 1.4 (2021): 421-425.
2. Муртазаев, Саидазим Саидазамович, and Саидиало Муртазаевич Муртазаев. "ЛЕЧЕНИЕ МЕЗИАЛЬНОГО ОТКРЫТОГО ПРИКУСА МЕТОДОМ ИНТРУЗИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ." Редакционная коллегия (2019): 99.
3. Арипова, Г. Э., et al. "ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ ПРИКУСА."
4. Рузметова, И., Нигматов, Р., Раззаков, Ш., & Нигматова, Н. (2014). Изучение распространенности аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей г. Ташкента. Stomatologiya, 1(3-4 (57-58)), 78-86.

ФОРМИРОВАНИЕ ДЕСНЫ В ФОРМЕ ПРОФИЛИЯ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА НА ВРЕМЕННЫХ КОРОНКАХ.

Нормирзаев Ш.Н. студент 401С группы стом.фак. ТГСИ.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Ризаева С. М.

Кафедра факультетской ортопедической стоматологии

Ташкентский государственный стоматологический институт,

Узбекистан

Актуальность исследования: Одной из самых важных задач современного стоматолога является восстановление или улучшение эстетики. В результате длительного ношения несъемных мостовидных протезов сильно страдает не только зуб, но и десна. Например десневой край у шейки коронки из металлокерамики изменяется в цвете и может постепенно атрофироваться. Ане плотного прилегания в промежуточной части мостовидного протеза приводит к скоплению остатков пищи, которые раздражают десну и вызывает дискомфорт в виде кровоточивости и воспаления.

Цель исследования: восстановление эстетики десневого края на временных коронках из РММА.

Материалы и методы: Для изготовления временных коронок