

В настоящее время внедряется в реставрационную стоматологию диоксид циркония, стабилизированный в тетрагональной модификации (t-ZrQ2). Этот материал обладает комплексом уникальных свойств: химической стабильностью, высокой стойкостью к трещинам и твердостью, низкой теплопроводностью, высокой светопрозрачностью. Согласно научным исследованиям, керамика на основе t-ZrQ2 не вызывает аллергии или признаков несовместимости в ротовой полости. Кроме того, диоксид циркония биосовместим со слизистой оболочкой и тканями полости рта. Высокая функциональная устойчивость и стойкость к коррозии, а также высокие эстетические и механические характеристики составляют преимущества данного материала. Диоксид циркония не участвует в гальванических процессах и пропускает рентгеновские лучи. Использование данного материала исключает проблему чувствительности к температуре вследствие термической изоляции и низкой теплопроводности. Этот материал не вызывает воспалительной реакции. Все эти характеристики способствуют сохранению и улучшению состояния полости рта и пародонта, что отражается хорошим микроциркуляцией крови в тканях полости рта.

Изучение микроциркуляции в пародонте с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) при ортопедической реставрации диоксидом циркония является одной из задач ортопедической стоматологии.

Список литературы

1. Кучкарова, М., and Г. Арипова. "Ортодонтик даво жараёнида пародонт тўқимасидаги яллиғланиш касалликларини комплекс даволашда холисал гель препаратининг самарадорлигини баҳолаш." *Stomatologiya* 1.4 (73) (2018): 42-44.
2. Plate, A. F., and N. A. Belikova. "CONDENSATION OF CYCLOPENTADIENE WITH ALIPHATIC DIENES. 3. ISOMERIZATION OF 2-VINYLBICYCLO [2.2. 1] HEPTENE-5 TO 4, 9, 7, 8-TETRAHYDROINDENE SYSTEM." *JOURNAL OF GENERAL CHEMISTRY USSR* 31.1 (1961): 124.
3. Нигматов, Р. Н., and Г. Т. Калменова. "Состояние слизистой оболочки полости рта у больных с гипертонической болезнью." *Новое в стоматологии* 4 (2001): 78-80.
4. Билял, Н. М. "Значение Фото-протокола при диагностике зубочелюстных аномалий в ортодонтии." *Forcipe* 3.5 (2020): 769-770.

БРУКСИЗМ. ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КАПП
Рамазанова Г.Э., Мун Т. О., Мирхусанова Р. С., Дадабаева М.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Кафедра Госпитальной ортопедической стоматологии

e-mail: mirkhusanovars19596@mail.ru

tudieva4343gmail.com

«Бруксизм» (от греч. «бругмос» — скрежетать) — стереотипные

бессознательные движения нижней челюсти, сопровождающиеся сильным трением или сжатием зубов. Впервые его описали Marie и Pietkiewicz в 1907 г. в научной литературе как «la bruxomanie». На сегодняшний день в медицине отсутствует единая точка зрения в терминологии и классификации бруксизма. Поэтому для обозначения сильного сжатия зубов, либо спазмом жевательных мышц также используются термины как «эффект Karolyi», «stridor dentium», «окклюзионный невроз», «одонтеризм», «бруксомания», «парафункция жевательных мышц» [1,2].

Различают дневной и ночной бруксизм. При дневном бруксизме, в отличие от бруксизма сна, истирание твердых тканей зубов, как правило, отсутствует. Бруксизм подразделяют на первичный, или наследственный, не связанный с какими-либо патологическими состояниями, и вторичный, обусловленный патологическими состояниями в челюстно-лицевой области или патологией со стороны неврологического статуса [3]. Вторичный бруксизм может быть связан с приемом лекарственных препаратов, таких как антидепрессанты или рекреационные наркотики (кокаин, экстази), а также с психомоторными расстройствами (болезнь Паркинсона, депрессия, стресс, тревожные состояния и т.п.). К группе риска формирования вторичного бруксизма относятся лица, злоупотребляющие алкоголем, табакокурением, крепким кофе.

Немаловажную роль играет ранняя диагностика бруксизма так как все формы бруксизма сопровождаются силовыми контактами между жевательными поверхностями зубов, что может привести к их патологическому износу, абфракционным дефектам и трещинам эмали зубов. Кроме того, окклюзионная травма является одной из основных причин патологии периодонта, рецессии десны, травматических воспалительных процессов в пульпе, патологии прикуса и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Тактику лечения бруксизма можно разделить на два основных компонента:

1. Устранение местных проявлений (межокклюзионная травма, снятие повышенного тонуса жевательной мускулатуры);
2. Устранение факторов риска и лечение основного заболевания (ЗЧА, Паркинсонизм, нейродегенеративные расстройства, стресс и т.п.).

Для устранения пара-функций жевательных мышц используется комплексная терапия, содержащая психотерапию, физиотерапию, медикаментозное и ортопедическое лечение.

Последнее, как правило, включает применение ортопедических аппаратов -капп, накладываемых на весь зубной ряд верхней или нижней челюсти. Действие этих капп направлено на нормализацию положения и движений нижней челюсти, тонуса жевательной мускулатуры и перестройку динамического стереотипа жевательных мышц, включающую угасание миостатического рефлекса и полную адаптацию к новому положению нижней челюсти. [5,6]

Существующие классификации капп весьма условны. Так, В.А. Хватова

(1999) подразделяла каппы на две большие группы - релаксационные, применяющиеся при преобладании мышечных нарушений, и разобщающие (стабилизирующие), используемые преимущественно при лечении внутрисуставных нарушений. В ряде случаев каппы подразделяли по материалу, из которого они были выполнены: жесткие (из базисной пластмассы), комбинированные (из жесткой и эластичной пластмасс), силиконовые и т. д. [4,7].

Широкое применение капп в практической деятельности ортопедо-стоматолога обусловлено не только высокой частотой встречаемости парафункции жевательных мышц и выраженным лечебным эффектом ортопедических аппаратов, но и появлением современных и более совершенных аппаратных материалов, способных придать каппе необходимые терапевтические свойства. Все вышеперечисленное, в свою очередь, указывает на актуальность дальнейшего изучения и совершенствования капп различных конструкций, применяемых при лечении парафункции жевательных мышц.

Литература

1. Castaneda R. Occlusion / In: A.S. Kaplan & L.A. Assael (eds). Temporomandibular Disorders. - Philadelphia: Saunders, 1992. - P. 40-49.
2. Clark GT, T sukiyama Y, Baba K, Watanabe T. // J. Prosthet. Dent. - 1999.
3. Vol. 82, N 6. - P. 704713.
4. Залигян, А.П. Бруксизм, его лечение и профилактика осложнений пародонта: дис. ... канд. мед. наук / А.П. Залигян. - Казань, 1987. - 231 с.
5. Статовская, Е.Е. Особенности применения окклюзионных капп (сплент-терапии) / Е.Е. Статовская // LAB. - 2007. - №4. - С. 3-6.
6. Хватова, В.А. Лечебно-диагностические аппараты // Новое в стоматологии. - 1999. - №3. - С. 3-14.
7. Булычева, Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц, и их комплексное лечение / Е.А. Булычева // Стоматология.
8. 2007. - Т. 86, №6. - С. 58-61.
9. Pierce C.J., Chrisman K., Benhetl Me., Close J.M. Stress, anticipatory stress, and psychologic measures related to sleep bruxism // Journal of Orofacial. - 1995. - Vol. 9. - P. 51-56.
10. Дадабаева М.У. Шукуров Ш.Ш., Индиаминова Г.Н., Нормуродова Р.
11. 3. Оптимизация ортодонтического лечения аномалий зубочелюстной системы. Journal of Biomedicine and Practice 2018 vol. 1, issue 4, pp. 60-64
12. Нигматов, Р., Арипова, Г., Муртазаев, С., Насимов, Э., & Рузметова, И. (2014). Определение цефалометрических норм узбекской популяции (населения Узбекистана). *Stomatologiya*, 1(3-4 (57-58)), 73-78.

13. Шомухамедова, Ф., Д. Сулейманова, and Г. Муротова. "ОЧИҚ ПРИКУСЛИ БЕМОРЛАРНИ ТАШХИСИ ВА УЛАРНИ ОРТОДОНТИК ДАВОЛАШ." *Медицина и инновации* 1.4 (2021): 442-446.

14. Plate, A. F., and N. A. Belikova. "CONDENSATION OF CYCLOPENTADIENE WITH ALIPHATIC DIENES. 3. ISOMERIZATION OF 2-VINYL-AND 2-ISOPROPENYLBICYCLO [2.2. 1] HEPTENE-5 TO 4, 9, 7, 8-TETRAHYDROINDENE SYSTEM." *JOURNAL OF GENERAL CHEMISTRY USSR* 31.1 (1961): 124.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА НА ОСНОВЕ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА.
Расулова Ш.Р., Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Сотиволдиева С.З., Акбаров К.С., Шералиев М.А.**

Актуальность. Дистальный прикус, являясь распространенной аномалией, оказывает негативное влияние на психику пациента, способствуя нарушению речи, жевания и эстетики лица.

Для планирования лечения дистального прикуса применяют цефалометрическое исследование. Многообразие методик анализа телерентгенограмм и большое количество изучаемых антропометрических параметров создают определенные трудности для врачей— ортодонт.

Цель работы: выявить наиболее информативные цефалометрические параметры, характерные для дистального прикуса.

Материалы и методы исследования: в поликлинике Ортодонтии ТГСИ обследованы 42 пациента с дистальной окклюзией в возрасте от 12 до 18 лет, с 2016 по 2020 гг. Из них 21 пациент с тенденцией к вертикальному (1 группа) и 21 пациент к горизонтальному (2 группа) типу роста.

Проведены антропометрические, фотометрические и рентгеноцефалометрические методы, их обсуждение и анализ.

Диагностику пациентов с дистальным прикусом с учетом компонента роста челюстей проводили по методу Kim.

Результаты исследования. При определении параметров ODI по Kim (в норме $74,5 \pm 6,07$) у пациентов с дистальным прикусом, у 21го пациента данный показатель варьировал в пределах $71,2 \pm 1,04$ (скелетный паттерн с высоким углом), что свидетельствует о тенденции к открытому прикусу. А у второй группы обследованных пациентов данный показатель в среднем составлял $77,2 \pm 0,4$ (скелетный паттерн с низким углом) и определял тенденцию к глубокому прикусу.

Исходя из цефалометрических показателей пациентов первой группы, для стимуляции роста и перемещения нижней челюсти вперед составлен план ортодонтического лечения с уплощением окклюзионной плоскости, её ротацией против часовой стрелки, путем интрузии задних нижних жевательных зубов и поддержания вертикального контроля в области боковых и фронтальных зубов.

Пациентам II группы, согласно полученным цефалометрическим