

## КОМПЬЮТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ОККЛЮЗИОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ

Меликузиев К.К., Ким В.Э., Сафаров М.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт  
qahramonm@bk.ru

Окклюзионные нарушения часто являются этиологическим фактором возникновения заболеваний пародонта, дисфункций височно-нижнечелюстного сустава, парафункций жевательных мышц и других патологий зубочелюстной системы. В настоящее время одним из методов анализа окклюзионных контактов зубных рядов и выявления окклюзионных нарушений является компьютерный анализ окклюзии зубов. В последние годы компьютерный анализ прикуса зубов превратился в высокотехнологичный клинический инструмент, позволяющий оценить функциональную окклюзию, временную последовательность возникновения контактов, давление на окклюзионную поверхность, возникающее при смыкании зубов верхней челюсти. и нижняя челюсть взаимодействуют во время движения нижней челюсти. Компьютерная обработка окклюзиограмм, особенно в цифровом формате, позволяет проводить более полное обследование, диагностику, составление плана реабилитации больных и оценку результатов лечения. Именно поэтому обработка и документирование данных окклюзиограммы в цифровом формате в настоящее время актуальны.

**Цель исследования:** оценка окклюзиограмм и расчет площади окклюзионных контактов зубов в центральной окклюзии у пациентов с частичной вторичной адентией, аномалиями положения отдельных зубов и нарушением прикуса с помощью компьютерного анализа с последующей цифровой обработкой.

**Материалы и методы исследования.** Для исследования были отобраны 60 пациентов в возрасте 20–25 лет, из них 32 женщины и 28 мужчин. Среди больных было 16 с ортогнатическим прикусом, 12 больных с аномалиями прикуса: перекрестный прикус у 14, мезиальный прикус у 10, дистальный прикус у 2, 8 больных с аномалиями положения отдельных передних зубов. Частичная вторичная адентия выявлена у 18 пациентов и характеризуется небольшими дефектами зубных рядов, при этом в латеральном отделе зубного ряда отсутствует не более 1 зуба.

Окклюзиограммы получали двумя способами. При первом методе в качестве носителя для окклюзионных контактов использовали лейкопластырь на тканевой основе шириной 2 см; во втором методе в качестве носителя для окклюзионных контактов использовалась калька. Для переноса окклюзионных контактов на носитель были взяты 2 вида артикуляционной бумаги: артикуляционная бумага 70 мкм и артикуляционная бумага Vausch 40 мкм. При первом способе для получения окклюзиограммы между зубными рядами помещали липкую ленту шириной 2 см на тканевой основе и артикуляционную бумагу Vausch толщиной 40 мкм и просили пациента сомкнуть зубной ряд в центральной окклюзии. Затем пациенту была сделана окклюзиограмма на

лейкопластыре с артикуляционной бумагой Articulating Paper 70 мкм в центральной окклюзии. Во втором способе получения окклюзиограмм в качестве носителя использовали кальку с артикуляционной бумагой Vausch 40 мкм и артикуляционной бумагой Articulatory Paper 70 мкм. Таким образом, каждый пациент получил четыре окклюзиограммы. Окклюзиограммы фиксировались на листе бумаги и сканировались с высоким разрешением 600 dpi для оцифровки. Площадь каждого жевательного отиска рассчитывали с помощью компьютерной линейки.

**Выводы.** Анализ площади окклюзионных контактов зубов полученных окклюзиограмм показал, что у пациентов с частичной вторичной адентией, аномалиями положения отдельных зубов и аномалиями прикуса отмечается уменьшение площади окклюзионных контактов в зубном ряду, с наибольшим снижением у лиц с аномалиями прикуса на 24,76%. Можно предположить, что эффективность жевания у этих пациентов снижается на величину уменьшения площади окклюзионных контактов зубных рядов. Ортопедическое лечение патологии зубного ряда будет направлено на восстановление зоны окклюзионных контактов зубов.

#### **Список литературы:**

1. Khabilov, N. L., et al. "CHARACTERISTICS OF THE ERASABILITY OF HARD DENTAL TISSUES AND THE EFFECT ON SUBSEQUENT ORTHOPEDIC TREATMENT." British View 7.1 (2022).