

УДК 616.31+616-089.843, 615.477.2, 616.-007.91:005+617.3+611.716. (575.3)

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-83-93

А.А. Хафизов¹, Ш.Р. Султанов^{1,2}

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

¹*Кафедра ортопедической стоматологии, ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»*

²*Стоматологическая клиника «Евродент»*

Хафизов Азиз Абдурахимович – соискатель кафедры ортопедической стоматологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино; Тел.: +992937900033.

Цель исследования. Оптимизация реабилитации беззубых пациентов при ортопедическом лечении на дентальных имплантатах.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты цефалометрии 126 человек, разделенных на 2 группы в соответствии со скелетными и лицевыми типами с использованием Dentium «Rainbow CT». Сравнивали данные, полученные у пациентов общей группы в процессе протезирования без использования цефалометрии, с данными пациентов основной группы, при диагностике и лечении которых использовалась цефалометрия.

Результаты исследования и их обсуждение. После проведения цефалометрического анализа были выявлены следующие осложнения у обследуемых из общей группы (70 чел.): занижение прикуса – 23,4%; завышение прикуса – 19,3%; сколы и механические повреждения – 7,2%; мышечно-болевые дисфункции (МБД) – 24,8%; дисфункция ВНЧС – 21,1%. В то же время, в основной группе (56 чел.) эти показатели составили 2,2%, 3,1%, 2,1%, 1,8% и 2,3% соответственно.

Закключение. В результате проведенных исследований методом цефалометрического анализа выявлено, что количество осложнений в основной группе значительно ниже, чем в общей группе, что связано с использованием возможностей цефалометрии в процессе диагностики и планирования лечения ортопедических пациентов.

Автор считает целесообразным использование цефалометрического анализа для лечения и профилактики возможных дальнейших осложнений при протезировании несъемными ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах при полной адентии челюстей.

Ключевые слова: стоматология, протезирование, несъемные конструкции, цефалометрический анализ, имплантат, ортопедия челюстей.

A.A. Khafizov¹, Sh.R. Sultanov^{1,2}

THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF CEPHALOMETRIC ANALYSIS IN PROSTHETICS WITH FIXED STRUCTURES ON DENTAL IMPLANTS IN PATIENTS WITH COMPLETE EDENTULISM OF THE JAWS

¹*Department of Orthopedic Dentistry, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan*

²*Dental clinic “Eurodent”*

Khafizov Aziz Abdurakhimovich - candidate for a degree at the Department of orthopedic dentistry of Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +992937900033.

Aim. To optimize the rehabilitation of edentulous patients during orthopaedic treatment on dental implants.

Materials and methods. We analyzed the results of cephalometry in 126 patients divided into two groups according to skeletal and facial types using Dentium “Rainbow CT”. We compared the data obtained in the patients of the general group in the process of the prosthesis without using cephalometry with the data of patients of the main group in the diagnosis and treatment of which cephalometry was used.

Results and discussion. The cephalometric analysis revealed the following complications in the study group (70 subjects): underbite - 23.4%; overbite - 19.3%; chips and mechanical damage - 7.2%; muscle pain dysfunction (MPD) - 24.8%; TMJ dysfunction - 21.1%. At the same time, in the main group (56 patients) these indices were 2.2%, 3.1%, 2.1%, 1.8%, and 2.3%, respectively.

Conclusion. As a result of cephalometric analysis studies, the number of complications in the main group was significantly lower than in the general group, which is associated with the use of cephalometry in the diagnosis and treatment planning of orthopaedic patients.

The author considers expedient the use of cephalometric analysis for the treatment and prevention of possible further complications during prosthetics by fixed orthopaedic constructions on dental implants in case of complete mandibular adentia.

Keywords: dentistry, prosthetics, fixed structures, cephalometric analysis, implant, jaw orthopaedics.

Актуальность. Этнографическая детерминация формы и структуры лица давно изучается антропологами. Исследование разнообразных этнических и возрастных групп обоих полов, измерение размера различных частей и регистрация вариаций положения и формы лицевых и черепных структур обусловили разработку широких стандартов, которые описывают человеческую голову [4]. Специализированную часть антропометрии, изучающую голову стали называть «цефалометрией» («краниометрией»).

Сфера цефалометрических анализов и ее дальнейшее развитие способствовало изучению различных скелетных и дентальных соотношений, осуществляющих корреляцию рентгенографических измерений и клинических наблюдений [1]. Сегодня цефалометрические методики используются ортодонтами в процессах планирования лечения, контроля пациента во время лечения, а также для анализа роста и механотерапии после фазы активного лечения [3].

Анализ научных исследований в ортодонтической сфере позволяет утверждать, что выводы, полученные в этих работах, могут быть широко использованы для ортопедической диагностики, планирования лечения и прогноза [1-4].

В то же время, необходимо отметить, что использование цефалометрического анализа актуально и при ортопедическом лечении пациентов с полной адентией с использованием несъемных конструкций на дентальных имплантатах и является важной частью планирования дальнейшего лечения.

Цель исследования. Оптимизация реабилитации беззубых пациентов при ортопедическом лечении на дентальных имплантатах.

Материал и методы исследования. Теле-рентгенограмма (ТРГ) – современная диагностическая методика, направленная на получение обзорных рентгеновских снимков без проекционных искажений. При проведении процедуры используются «мягкие» фильтры, что позволяет отобразить костные структуры и мягкие ткани. Результатом является получение точного изображения, соответствующего параметрам объекта исследования. ТРГ позволяет: изучить особенности строения лицевого и мозгового скелета пациента, дать оценку положения зубов относительно базисов челюстей и мягкотканного профиля для уточнения диагноза, плана ортодонтического и ортопедического лечения, а также оценить изменения, произошедшие в результате лечения [4].



а)



б)



в)

Рисунок 1. Оборудование, использованное для обследования

В обследовании использовался конусно-лучевой компьютерный томограф от компании Dentium «Rainbow CT» производства Южной Кореи (рис. 1а) с возможностью телерентгенографии (ТРГ) (рис. 1б, 1в) [5].

Компьютерный томограф «Rainbow CT» дает достаточно широкое поле зрения с системой 3 в 1, которая включает в себя собственно конусно-лучевой компьютерный томограф с возможностью получения панорамных снимков и телерентгено-

графии (ТРГ) с дальнейшим цефалометрическим анализом на прилагаемом программном обеспечении.

Программное обеспечение (ПО) позволяет в короткие сроки сделать цефалометрический анализ полученного ТРГ-снимка, отображенного на рабочем столе ПО (рис. 2).

Выставляя нужные точки на отображенном ТРГ, программное обеспечение самостоятельно создает плоскости и ориентиры. Значения ориенти-

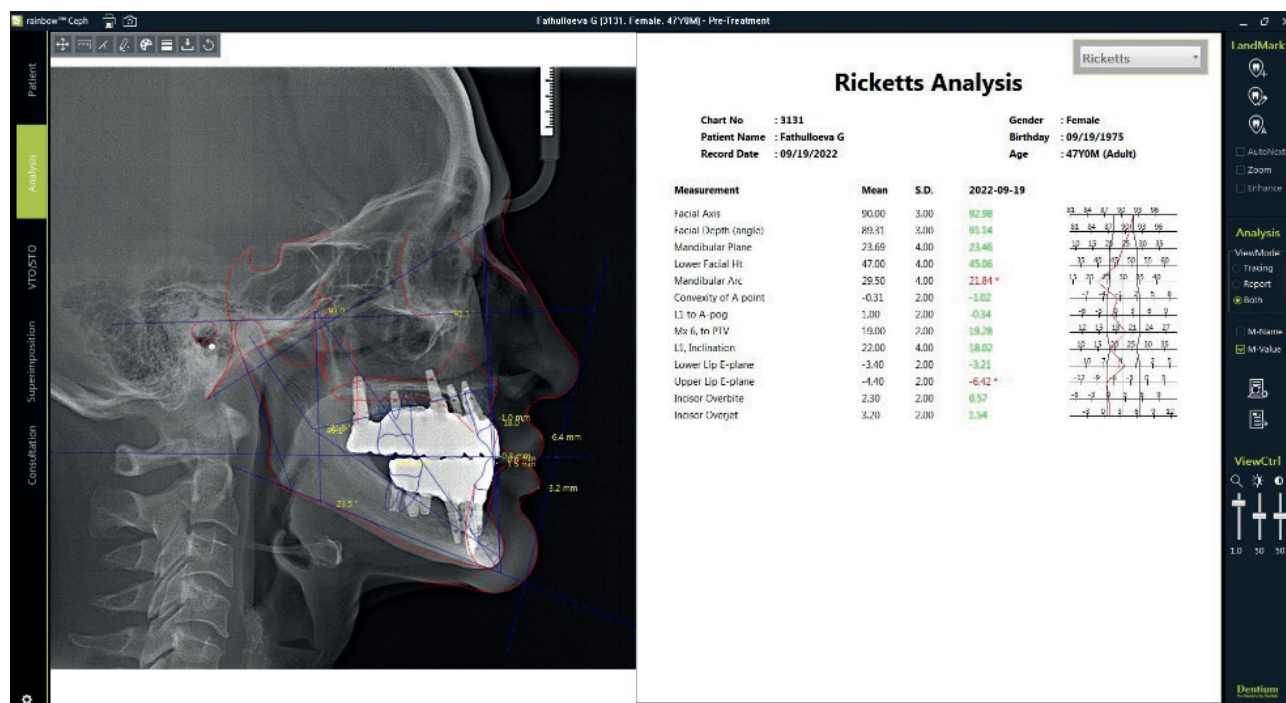


Рисунок 2. Интерфейс программного обеспечения

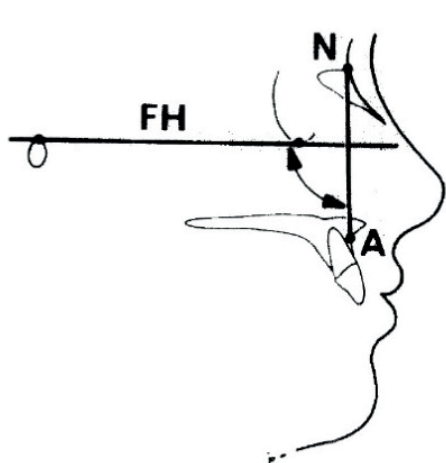


Рисунок 3. Глубина верхней челюсти определяется углом, образованным пересечением линии NA с Франкфуртской горизонтальной плоскостью (FH).

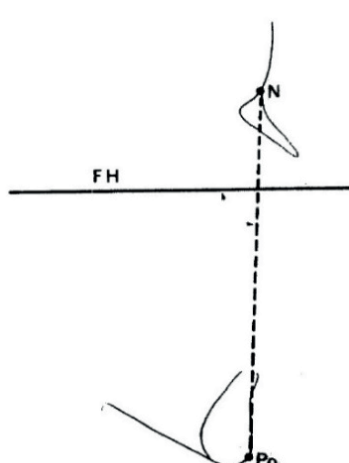


Рисунок 4. Глубина нижней челюсти определяется углом, образованным пересечением линии NPo с Франкфуртской горизонтальной плоскостью (FH).

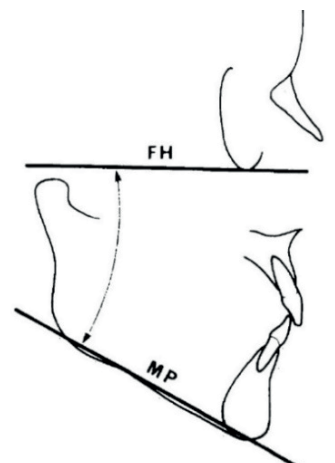


Рисунок 5. Угол плоскости нижней челюсти образуется плоскостью нижней челюсти (MP) и плоскостью Франкфуртской горизонтали (FH).

ров автоматически высчитываются и отображаются на рабочем столе программного обеспечения в виде таблицы и диаграммы. Это намного упрощает и ускоряет процесс цефалометрического анализа в отличие от классической мануальной методики.

Преимуществами данной системы являются: скорость обследования, многофункциональность, визуализация и высокая точность.

Работа с обследуемой группой дает автору возможность получить данные цефалометрического анализа у людей с разным типом строения черепа и лица. В рамках клинического исследования данная группа была разделена на 3 подгруппы, каждая из которых соответствует определенному скелетному и лицевому типу. Возраст обследуемых от 47 до 64 лет.

Разделение пациентов на группы осуществлялось на основе следующих скелетных критериев: глубина верхней и нижней челюстей, угол MP (MPA), высота нижнего отдела лица, взаимоотношение верхней и нижней челюстей [4].

Глубина верхней челюсти (NA по отношению к FH; среднее значение = 90 градусов) (рис. 3).

Угол позволяет определить переднезаднее положение апикального основания верхней челюсти относительно горизонтальной плоскости лица (FH). Большее значение угла, чем в норме, означает, что имеются отклонения по 2-му скелетному классу (ретрогнатия) по причине протрузии средней зоны лица. Угол с меньшим значением, чем в норме, свидетельствует о наличии истинного 3-го класса (прогнатия). Другими словами, больший угол означает, что верхняя челюсть вытянута, а меньший - что уменьшена.

Глубина нижней челюсти (NPo по отношению к FH; среднее значение = 90 градусов) (рис. 4).

Угол указывает на переднезаднее положение самой передней точки нижней челюсти. Угол меньше, чем в норме, обнаруживается при нарушении окклюзии по 2-му скелетному классу с ретрогнатией нижней челюсти. Больший, чем в норме, угол указывает на нарушение окклюзии по 3-ему

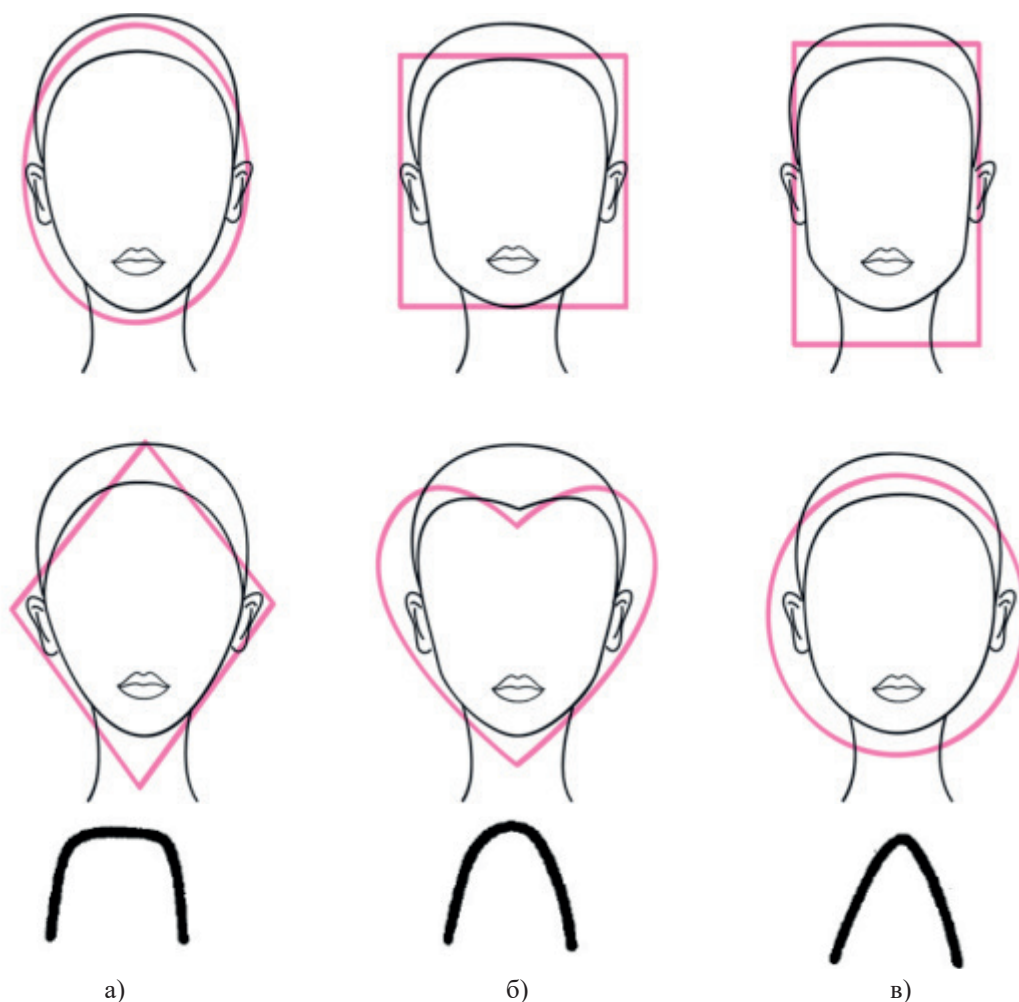


Рисунок 6. Сопоставляются типы лица (сверху) и зубных дуг (снизу).

скелетному классу, который связан с прогнатией нижней челюсти.

Угол (MP по отношению к FH; среднее значение=25 градусов) (рис. 5).

Единственным показателем этого угла является значение вертикальной высоты ветви нижней челюсти. Большее, чем в норме, значение угла свидетельствует о тяжелом нарушении прикуса по 1 подклассу 2 класса из-за неполноценного роста нижней челюсти во всех направлениях. Этот показатель также способствует постановке правильного диагноза врачом-ортопедом при определении типов лица (рис. 6).

По мнению ученых, на этапе диагностики при определении скелетного класса, выявление значения этого угла является весьма важным. Увеличенный (высокий) угол чаще свидетельствует о долихофациальной картине (рис. 6в). Пациенты этого типа имеют узкое, длинное лицо и узкие зубные дуги. Суженные носовые полости и трудность носового дыхания у пациентов обуславливают тенденцию к ротовому дыханию. Пациенты, у которых имеется долихофациальное строение обычно относятся ко 2-му скелетному классу и зубы на несъемной ортопедической конструкции должны моделироваться с соответствующим горизонтальным перекрытием резцов.

Меньший, чем в норме, угол плоскости нижней челюсти (брахифациальный) обычно встречается у пациентов с нарушением прикуса по 2-му скелетному классу, 2-го подкласса (рис. 6а). У таких пациентов отмечается широкое и короткое лицо с соответственно широкой зубной дугой.

Пациенты такого типа больше, чем другие, предрасположены к дисфункции ВНЧС по причине наличия тенденции нижней челюсти к обратному перекрытию, что вызывает мышечный спазм, особенно височных и латеральных крыловидных мышц. Соответственно, важно добиться правильного вертикального размера при ортопедическом лечении с использованием несъемных конструкций на дентальных имплантатах у пациентов с полной адентией челюстей.

Высота нижнего отдела лица (ANS-Xi-PM; среднее значение=47 градусов) (рис. 7)

Угол образовывается пересечением линии от ANS к Xi и PM и при увеличении угла от нормы (долихофациальный) указывает на наличие открытого скелетного прикуса, а при уменьшении угла от нормального значения (брахифациальный) – на глубокий прикус. На наш взгляд, измерение этого угла представляет собой наиболее обоснованный

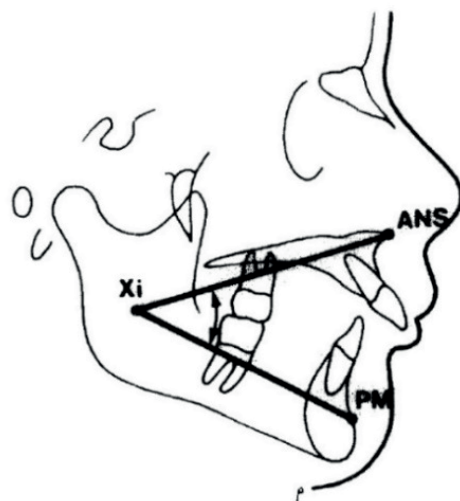


Рисунок 7. Высота нижней трети лица указывает на дивергенцию полости рта.

научный метод определения правильного вертикального размера.

Данное цефалометрическое измерение также, как и фонетический тест, способствуют определению дивергенции относительно вертикального соотношения челюстей. Это соотношение помогает при моделировании и построении зубов на несъемных конструкциях на дентальных имплантатах у пациентов с полной адентией челюстей и позволяет предотвратить возможные проблемы с ВНЧС у пациентов.

Выпуклый профиль на рис. 8а связан с нарушением прикуса по 2 классу (ретрогнатия). Видна протрузия верхней челюсти и ретрогнатия нижней челюсти. Прямой профиль на рис. 8б при окклюзии по 1 классу демонстрирует гармоничное соотношение челюстей. На рис. 8в заметна прогнатическая нижняя челюсть и ретрогнатическая верхняя челюсть при 3 классе (прогнатическом) нарушении окклюзии, создавая вогнутый профиль.

У сформировавшегося взрослого человека среднее значение углов глубины верхней и нижней челюсти составляет 90° . При этом, линия, проведенная от точки N к Pо, будет проходить через точку A, что придает пациенту прямой профиль скелетных и мягких тканей (рис. 8б).

У большинства пациентов прямой профиль наименее проблематичен при ортопедическом лечении из-за гармоничного соотношения между верхней и нижней челюстью. Если точка A располагается впереди от NPo, то профиль пациента будет выпуклым (рис. 8а), а зубные ряды на протезах будут находиться в ретрогнатическом соотношении. Если точка A располагается кзади от NPo,

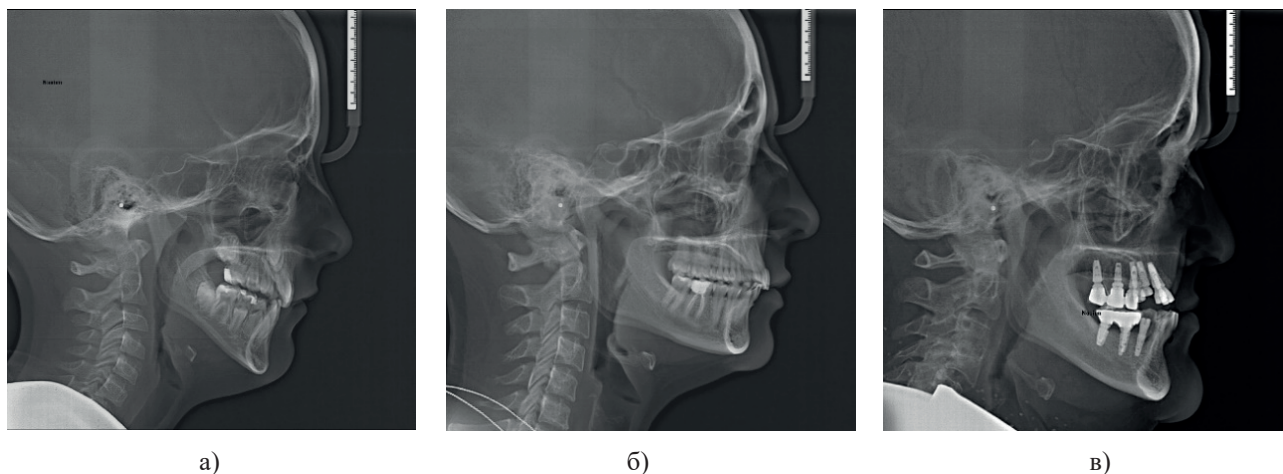


Рисунок 8. Примеры ТРГ при разных скелетно-лицевых классах

соотношение верхней и нижней челюсти будет прогнатическим, а профиль вогнутым (рис. 8в). Зубы на несъемных ортопедических конструкциях на дентальных имплантатах при полной адентии при моделировании должны располагаться в обратном вестибулярно-язычном направлении для обеспечения гармонизации со скелетной и мышечной структурой пациента [4].

На основе приведенных выше параметров для сравнительного анализа были сформированы две группы обследуемых – общая и основная. Общая группа, состоящая из 70 человек, была разделена на 3 подгруппы в соответствии с их скелетным классом.

Данные обследования общей группы показали, что к 1 скелетному классу относится 25,7% пациентов (18 чел.), ко 2 скелетному классу – 42,8% (30 чел.) и к 3 скелетному классу – 31,5% (22 чел.).

Основная группа состояла из 56 человек. Распределение по скелетному классу выглядело следующим образом: 1 класс – 28,6% (16 чел.), 2 класс – 50,0% (28 чел.) и 3 класс – 21,4% (12 чел.).

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенное исследование позволило получить следующие основные результаты (диагр. 2).

Анализ данных диаграммы 2 показывает, что из общего числа обследованных с использованием цефалометрического анализа в процессе ортопедического лечения доля выявленных осложнений **в общей группе**, с учетом сочетанных осложнений, выглядела следующим образом.

Занижение прикуса отмечено в основном у 22,9% пациентов (16 чел.) с 3 скелетным классом, имеющих прогнатию нижней челюсти. Особенностью данного скелетного класса является более массивный и выраженный передний отдел нижней челюсти, что усложняет процесс выстав-

ления высоты прикуса и нижней трети лица на примерочном этапе. Занижение прикуса связано с увеличением пропорций высоты нижней трети лица относительно двух верхних третей. Также, как и в случае завышения высоты, параметры, выставляемые с учетом лишь антропометрических данных, часто приводят к занижению высоты прикуса и нижней трети лица у пациентов с 3 скелетным классом.

Завышение прикуса выявлено в основном у 18,6% пациентов (13 чел.) со 2 скелетным классом, имеющих ретрогнатию нижней челюсти. Эта особенность затрудняет протезирование на примерочном этапе сопоставления соотношения челюстей во всех плоскостях, особенно в вертикальном соотношении.

При диагностике и лечении пациентов со 2 скелетным классом без использования цефалометрического анализа часть ортопедов полагаются на визуальные и, соответственно, субъективные данные. Выставление завышенных значений высоты прикуса в процессе примерки связано с уменьшением пропорций высоты нижней трети лица относительно двух верхних третей что характерно данному типу пациентов. Параметры, выставляемые с учетом антропометрических данных, часто приводят к завышению высоты прикуса и нижней трети лица у пациентов с данным скелетным классом.

Сколы и механические повреждения на несъемных ортопедических конструкциях на дентальных имплантатах выявлены у 7,1% пациентов (5 чел.), имеющих парафункцию жевательных мышц (бруксизм), вызванный неправильной постановкой высоты окклюзии.

Во 2 скелетном классе сколы и механические повреждения диагностированы во фронтальном

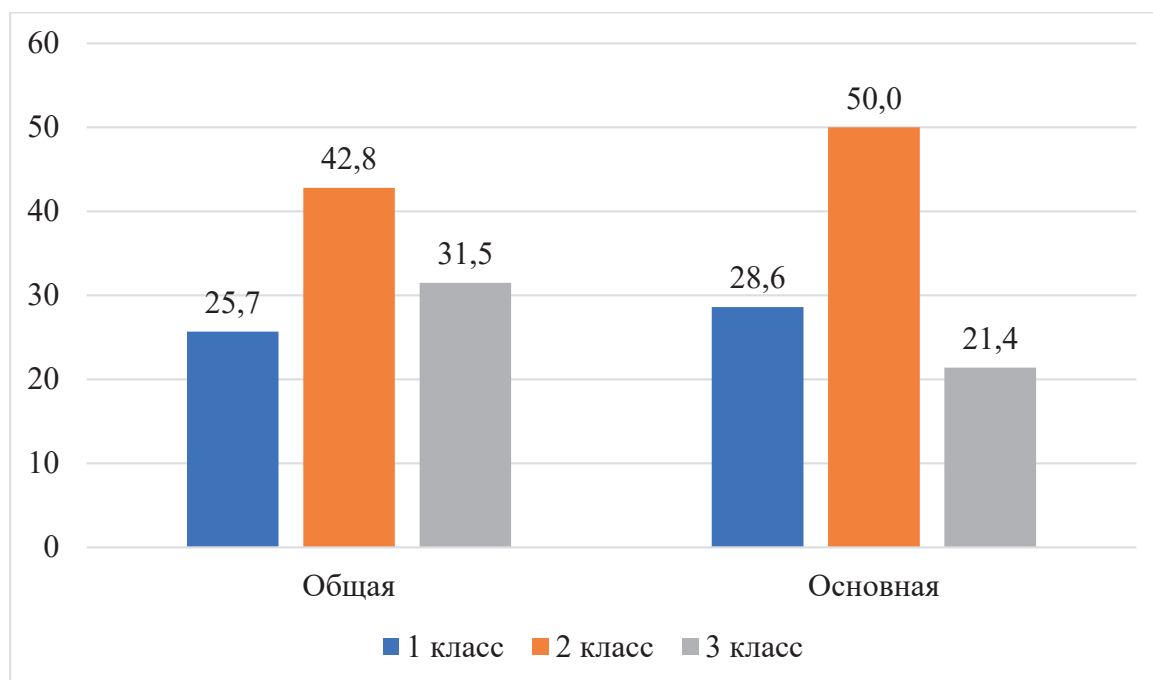


Диаграмма 1. Распределение обследуемых групп по скелетным классам

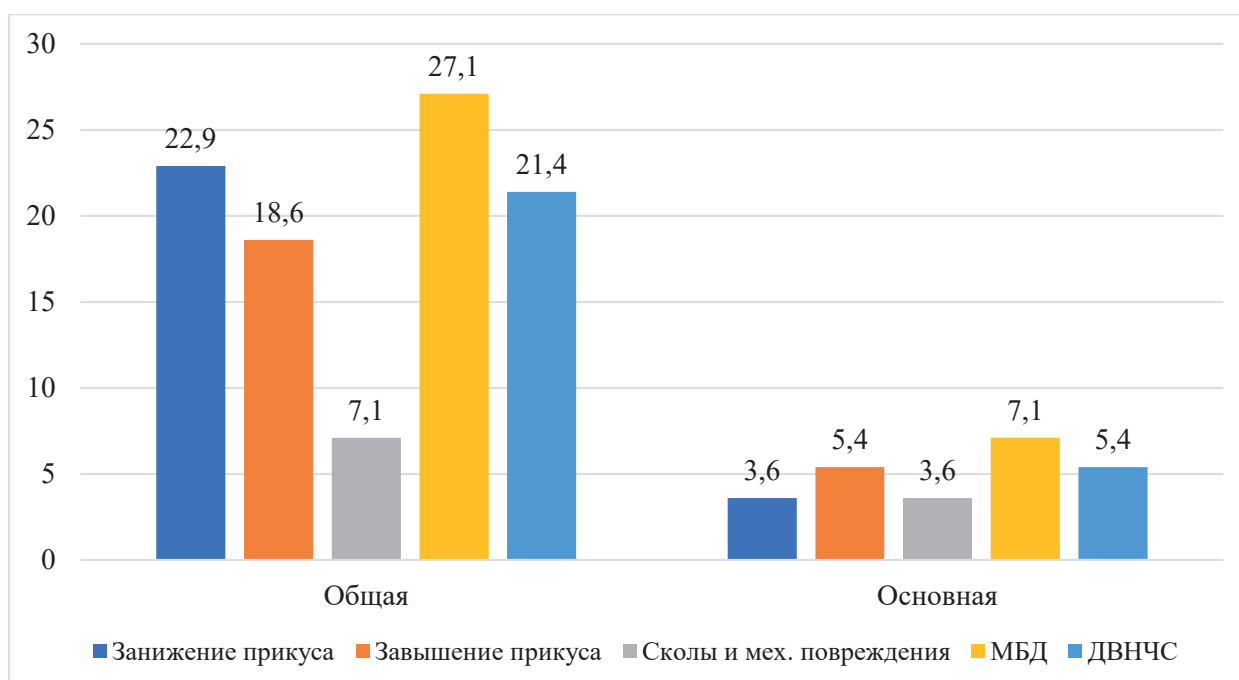


Диаграмма 2. Удельный вес полученных показателей в общем числе исследованных с использованием и без использования цефалометрического анализа, %

отделе, часто, с одной стороны. Эти сколы больше образуются в области бокового резца, нередко в этот процесс включаются центральный зуб или клык.

В 3 скелетном классе сколы на несъемных ортопедических конструкциях диагностированы в боковом отделе, образуясь в области язычных

бугров жевательных зубов на нижней челюсти и на щечных буграх жевательных зубов на верхней челюсти.

Мышечно-болевая дисфункция (МБД) выявлена у 27,1% пациентов (19 чел.), их большое число в общей группе связано с тем, что при неправильной постановке высоты нижней трети лица

при протезировании в первую очередь страдает жевательная мускулатура. Сила жевательного давления, развиваемая мышцей, пропорциональна размерам исходной сокращающейся ткани и зависит от её длины. При занижении или завышении значения высоты нижней трети лица происходит дисбаланс в функционировании жевательных мышц. Это приводит к гипертонусу и образованию триггерных точек, вызывающих МБД.

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) выявлена у 21,4% пациентов (15 чел.) и в основном связана с занижением высоты прикуса в боковых отделах челюстей. При этом происходит давление мышечного отростка на диск в ВНЧС и сдавливание биламинарной зоны. Структурные изменения в ВНЧС наблюдались у пациентов, носивших несъемные ортопедические конструкции на дентальных имплантатах при неправильно выставленной высоте нижнего отдела лица в течение продолжительного времени. Ошибочным в данном процессе является неправильное моделирование и постановка окклюзионной плоскости, выставленных на ортопедической конструкции. В норме ВНЧС и окклюзия функционируют синхронно. После ортопедического вмешательства с неполноценной диагностикой в процессе жевания эта синхронность нарушается, и траектория движения мышечного отростка в ВНЧС не совпадает с рельефами ортопедической конструкции. Это со временем вызывает деструктивные процессы в тканях ВНЧС, что приводит к его дисфункции.

В основной группе полученные данные выглядят следующим образом.

Занижение прикуса выявлено у 3,6% пациентов (2 чел.) и находилось в пределах допустимой нормы цефалометрического анализа и было связано с эстетическими требованиями пациентов. Во время диагностики и планирования лечения, основное внимание уделялось небольшим размерам зубов на изготавливаемых несъемных ортопедических конструкциях.

Завышение прикуса – 5,4% пациентов (3 чел.) – находилось в пределах допустимой нормы цефалометрического анализа. Это связано с особенностями плотности альвеолярной кости челюстей пациентов и дистальной установкой дентальных имплантатов в альвеолярной дуге на хирургическом этапе. На этапе протезирования требовался индивидуальный подход, который учитывался при дальнейшем моделировании зубной дуги в техни-

ко-лабораторных этапах изготовления несъемной ортопедической конструкции;

Сколы и механические повреждения – 2,7% (2 чел.), были связаны с вредными привычками пациентов, в виде перекусывания нитки, раскалывания фисташек и семечек, при которых в дальнейшем появлялись трещины, приводящие к сколу.

Мышечно-болевые дисфункции (МБД) – 7,1% (4 чел.), выявленные у пациентов данной группы были связаны с имеющимся у них бруксизмом. В таких случаях пациентам назначались ночные защитные каппы для профилактики скола на несъемной ортопедической конструкции.

Проблемы с дисфункцией ВНЧС – 5,4% (3 чел.). Были следствием уже имеющихся структурных изменений в ВНЧС у пациентов до их ортопедической реабилитации.

Приведем пример результата клинического обследования из общей группы с ортопедическим вмешательством без использования цефало-метрического анализа в процессе проведенной диагностики и протезирования.

Пациентка Н., 52 года. На рисунке 10 видно завышение прикуса. Анализ данных в приведенном клиническом случае показывает, что высота нижней трети лица является завышенной для данного скелетного класса, что создает мышечное напряжение вокруг рта, головы и шеи, заметное на ТРГ-снимке.

В ходе обследования и опроса пациентки было выявлено ДВНЧС с левой стороны с сопутствующими характерными симптомами МБД.

Пример результата клинического обследования из основной группы с ортопедическим вмешательством с использованием цефалометрического анализа в процессе проведенной диагностики и протезирования.

Пациентка Г., 49 лет. Значение угла плоскости нижней челюсти (МР по отношению к FH) данной пациентки больше, чем в норме, что соответствует 1 подклассу 2 класса. Адентия является последствием тяжелых нарушений в прикусе из-за неполноценного роста нижней челюсти во всех направлениях. В данном случае после установки имплантатов в период ортопедического планирования и лечения особое внимание следовало уделить именно углу плоскости нижней челюсти и высоте нижней трети лица, так как ошибки в подобных ситуациях из-за особого анатомического строения нижней челюсти встречаются довольно часто.

Данный клинический случай является хорошим примером того, что цефалометрический ана-

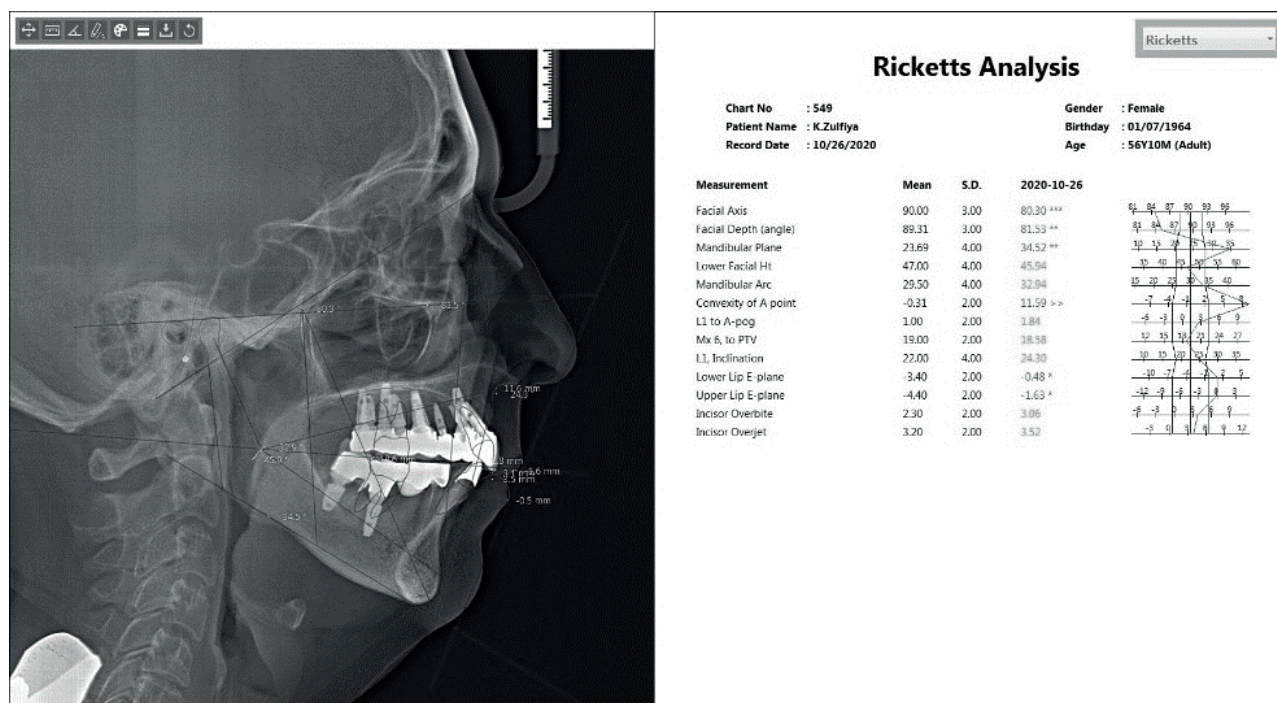


Рисунок 9. Цефалометрический анализ пациентки из общей группы

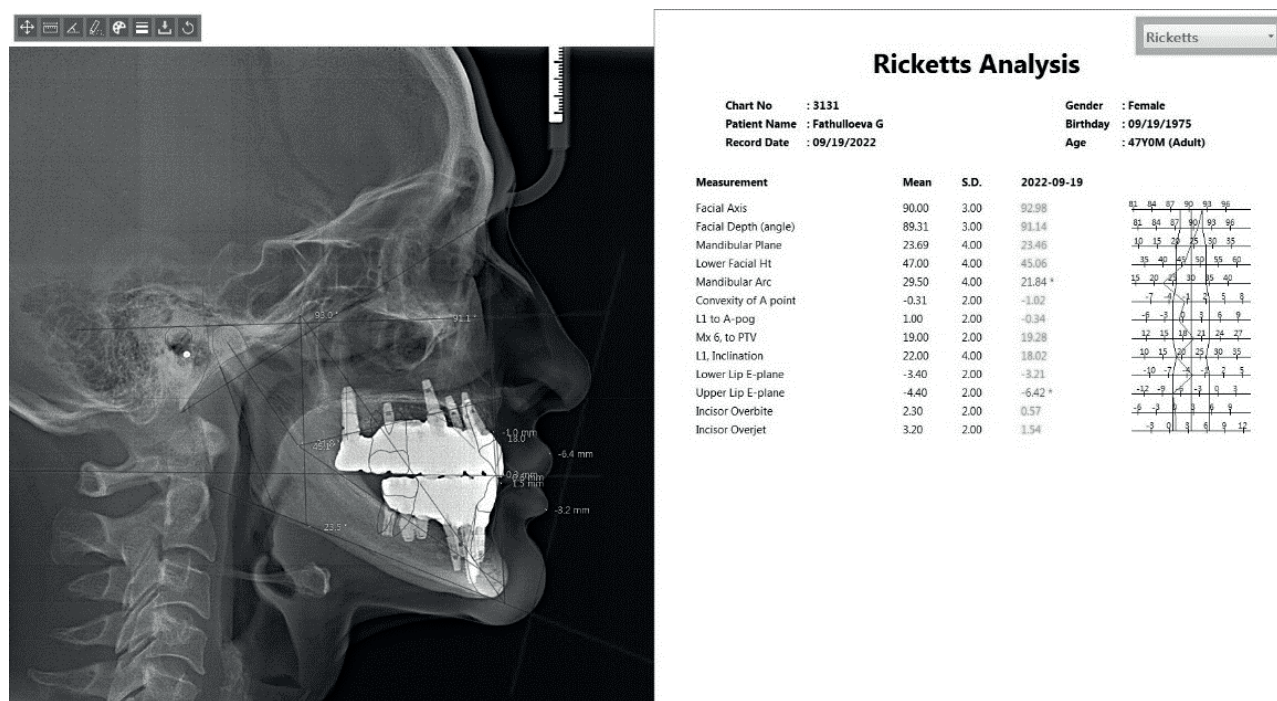


Рисунок 10. Цефалометрический анализ пациентки из основной группы

лиз представляет собой важный и необходимый диагностический инструмент для планирования лечения, и профилактики дальнейших осложнений в ортопедической стоматологии.

Выводы.

1. Проведенное исследование позволило выявить, что из общего числа обследованных с использованием цефалометрического анализа в про-

цессе ортопедического лечения доля выявленных осложнений в общей группе составило: занижение прикуса – 22,9%, завышение прикуса – 18,6%, сколы и механические повреждения, связанные с неправильной постановкой высоты прикуса – 7,1%, мышечно-болевые дисфункции (МБД) – 27,1% и проблемы с дисфункцией ВНЧС – 21,4%. В ос-

новной группе эти показатели составляют 3,6%, 5,4%, 3,6%, 7,1% и 5,4%, соответственно.

2. Выявлена взаимосвязь занижения или завышения прикуса и имеющихся дисфункций жевательного аппарата пациентов, приводящая к дальнейшим осложнениям.

3. Таким образом обнаруженные в процессе исследования явные различия в показаниях двух групп, полученных с использованием и без использования цефалометрии, в очередной раз доказывает важность и значимость проведения данного вида диагностики во время ортопедического лечения несъёмными конструкциями на дентальных имплантатах у пациентов с полной адентией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меграбян О.А. Клинико-рентгенологические формы нижнечелюстной микро- и ретрогнатии / О.А. Меграбян // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №1. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27435> (дата обращения: 17.09.2022).

2. Ряховский А.Н. Определение высоты прикуса по результатам цефалометрического анализа боковой телерентгенограммы / А.Н. Ряховский, Д.Н. Дедков, Р.Ш. Гветадзе, Е.А. Бойцова // Стоматология. - 2017. - №2. - С. 56-63.

3. Шишкин К.М. Эффективность цефалометрии в планировании ортодонтической коррекции: взаимосвязь между цефалометрическими параметрами и их изменениями в результате ортодонтического лечения. В 2-х ч. / К.М. Шишкин, О.И. Арсенина, М.К. Шишкин, Н.В. Попова - М.: Стоматология, 2017. - 358 с.

4. Cephalometric method for orthopedic diagnosis and treatment planning // Journal of Prosthetic Dentistry, - Vol. 56. Issue 5. Pp. 567-574. URL: <https://www.dental-revue.ru/index.php?page=03&subPage=01&artId=68&artNum=3> (дата обращения: 19.09.2022). <https://www.medicalexpo.ru/prod/dentium/product-72062-662502.html>

REFERENCES

1. Megrabyan O.A. Kliniko-rentgenologicheskie formy nizhnechelyustnoy mikro- i retrognatii [Clinical and radiological forms of mandibular micro- and retrognathia]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya – Modern Problems of Science and Education*, 2018, No. 1. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=27435> (data obrashcheniya: 17.09.2022).

2. Ryakhovskiy A.N. Opredelenie vysoty prikusa po rezultatam tsefalometricheskogo analiza bokovoy telereentgenogrammy [Bite height determination based on cephalometric analysis of lateral telerradiographs]. *Stomatologiya – Dentistry*, 2017, No. 2, pp. 56-63.

3. Shishkin K.M. *Effektivnost tsefalometrii v planirovani ortodonticheskoy korrektsii: vzaimosvyaz mezhdu tsefalometricheskimi parametrami i ikh izmeneniyami v rezultate ortodonticheskogo lecheniya. V 2-kh ch.* [Effectiveness of cephalometry in the planning of orthodontic correction: the relationship between cephalometric parameters and their changes as a result of orthodontic treatment. In 2 volumes.]. Moscow, Stomatologiya Publ., 2017. 358 p.

4. Cephalometric method for orthopedic diagnosis and treatment planning. *Journal of Prosthetic Dentistry*, Vol. 56, No. 5, pp. 567-574. URL: <https://www.dental-revue.ru/index.php?page=03&subPage=01&artId=68&artNum=3> (data obrashcheniya: 19.09.2022).

5. *Panoramnyy rentgenovskiy apparat rainbow™CT* [Rainbow™CT Panoramic X-Ray Machine]. 2022. URL: <https://www.medicalexpo.ru/prod/dentium/product-72062-662502.html>

ХУЛОСА

А.А. Ҳафизов, Ш.Р. Султонов

ИСТИФОДАИ САМАРАНОКИ ТАҲЛИЛИ СЕФАЛОМЕТРӢ ДАР ПРО- ТЕЗ БО СОХТОРҲОИ СОБИТ ДАР ИМПЛАНТАТҲОИ ДАНДОНПИЗИШКӢ ИСТИФОДАБАРАНДА ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ДАНТУЛИЗМИ ПУРРАИ ДАҲОН

Мақсади омӯзиш. Оптимизатсияи барқарорсозии беморони бедандон ҳангоми табobati ортопедӣ дар имплантатҳои дандонпизишкӣ.

Мавод ва усул. Натиҷаҳои сефалометрии 126 нафарро бо истифода аз Dentium «Rainbow CT» аз рӯи намудҳои скелет ва рӯй ба 2 гурӯҳ тақсим карданд. Маълумотхое, ки дар беморони гуруҳи умумӣ дар раванди протезкунӣ бе истифодаи сефалометрия гирифта шудаанд, бо маълумоти беморони гуруҳи асосӣ, ки дар таҳхис ва муолиҷаи онҳо сефалометрия истифода шудааст, муқоиса карда шуд.

Натиҷаҳо. Пас аз таҳлили сефалометрӣ дар беморони гуруҳи умумӣ (70 нафар) мушқилиҳои зерин муайян карда шуданд: пастшавии ғазад - 23,4%, баландшавии ғазад - 19,3; шикастан ва зарари механикӣ - 7,2%; вайрон шудани ғаёлияти мушакҳо (MBD) – 24,8%; вайрон шудани ғаёлияти муштаракӣ temporomandibular - 21,1%. Дар баробари ин дар гурӯҳи асосӣ (56 нафар) ин нишондодҳо 2,2%; 3,1%; 2,1%; 1,8 фоиз ва 2,3 фоизро ташкил дод.

Хулоса. Дар натиҷаи тадқиқотҳое, ки бо усули таҷлили сефалометрӣ гузаронида шудаанд, маълум гардид, ки шумораи мушкилиҳои гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи умумӣ хеле кам аст, ки ин бо истифодаи имкониятҳои сефалометрия дар қараён алоқаманд аст. Ташхис ва банақшагирии муолиҷаи беморони ортопедӣ.

Муаллиф истифода бурдани таҳлили сефалометриро барои табобат ва пешгирии мушкилиҳои минбаъда дар протези бо сохторҳои собит ортопедӣ дар имплантатсияҳои дандонпизишкӣ бо даҳони пурраи дандоншуда ба мақсад мувофиқ медонад.

Калимаҳои калидӣ: стоматология, протезсозӣ, сохторҳои устувор, таҳлили сефалометрӣ, имплантатсия, ортопедияи ҷоғ.

УДК: 616.13.002-002.77-079.4-07

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-93-100

С.С. Холов^{1,2}

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

¹ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

²Кафедра терапии и кардио-ревматологии, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Холов Сайфиддин Сайфуллоевич – соискатель ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины», заведующий ревматологическим отделением НМЦ «Шифобахи»

Цель исследования. Представить диагностические критерии болезни Бехчета и её частоту в структуре системных васкулитов.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужила медицинская документация 101 больных, с подозрением на болезнь Бехчета, которые были направлены в ревматологическое отделение Национального медицинского центра (НМЦ) «Шифобахи» за период 2017-2022 гг. Кроме того, собрана информация о специальности направляющего лечащего врача, сроки обращения к ревматологу, демографические данные, включая возраст, пол и этническую принадлежность. Был получен полный анамнез текущих симптомов, которые включали фенотип, тяжесть и продолжительность симптомов, а также семейный анамнез болезни Бехчета. Впоследствии все пациенты были обследованы группой мультидисциплинарных экспертов, включая ревматологов, дерматологов и офтальмологов. Всем пациентам был проведен тест Pathergy.

Результаты исследования и их обсуждение. Из общего списка направленных больных (n=101) 54 (53,5%) женщины и 47 (46,5%) – мужчины. Терапевты были наиболее распространенной специальностью лечащих врачей (33,7%) направляющих пациентов с подозрением на болезнь Бехчета, за ней следовали стоматологи (18,8%), офтальмологи (16,8%) и ревматологи (12,9%). Наиболее частым симптомом, по поводу которого направлены пациенты, были поражения полости рта у 85,1%, за которыми следовали поражения глаз у 31,7%, поражения половых органов у 22,8%. Из 101 пациентов у 42,6% была диагностирована болезнь Бехчета, 18,8% имели вероятный диагноз, и у 38,6% пациентов диагноз был исключен. У пациентов с недиагностированной болезнью Бехчета наиболее часто наблюдались простые афтозные поражения - 23,1%, за ней следовал красный плоский лишай - 4 (10,3%) случая, и изолированное поражение глаз у 3 (7,7%) пациентов.

Заключение. Болезнь Бехчета может имитировать ряд болезненных процессов, поскольку проявляется неспецифическими изменениями в нескольких системах и органах. Комплекс симптомов, собранных воедино и тщательно собранный анамнез в конечном итоге приводит к окончательному диагнозу. Результаты данного исследования могут быть использованы ревматологами, которые ежедневно сталкиваются с пациентами с высокой вероятностью ББ и атипичными проявлениями. При этом альтернативные диагнозы, установленные в этом исследовании, могут быть использованы в качестве списка наиболее распространенных дифференциальных диагнозов - системных васкулитов.

Ключевые слова: васкулит, болезнь Бехчета, афтозный стоматит, глазные поражения, генитальный афтоз, кожные проявления

S.S. Kholov^{1,2}

CHARACTERIZATION OF THE DIAGNOSTIC CRITERIA FOR BEHCET'S DISEASE