

«Stomatologiya» - илмий-амалий журнал
1998 йилда асос солинган

Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан
15 август 2007 йилда қайта рўйхатга олинган.
Гувоҳнома № 0289.

STOMATOLOGIYA

№ 1, 2022 (86)

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ЖУРНАЛ

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар
Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация
комиссияси (ОАК) қарорига асосан
«Stomatologiya» журнали Фан доктори
илмий даражасига талабгорларнинг
диссертация ишлари илмий натижалари
юзасидан илмий мақолалар эълон
қилиниши лозим бўлган республика
илмий журналлари рўйхатига киритилган
(ОАК Раёсатининг 2013 йил 30
декабрдаги 201/3-сон қарори билан
тасдиқланган)

ТАХРИРИЯТ МАНЗИЛГОҲИ:

100048, Ўзбекистон Республикаси,
Тошкент ш., Махтумқули кўчаси, 103
тел.: +99871-236-26-75;
факс: +99871-230-47-58
Интернетдаги манзилгоҳи: stomjurnal.
tibbiyot.com.

Саҳифаловчи: Г.Назирова
Дизайнер ва компьютерда терувчи:
Е.Алексеев
Мухаррир О.А.Козлова
Баҳоси келишилган нархда.

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш йўли
билан амалга оширилади.

Реклама матнининг тўғрилиги
бўйича жавобгарлик реклама берувчи
зиммасидадир.

Қўлёзмалар, суратлар ва расмлар
тақриз қилинмади ҳамда эгасига
қайтарилмади.

Келтирувчи фактларнинг тўғрилиги,
ракамли материалларнинг аниқлиги,
препаратларнинг номлари, атамалар,
илмий-адабий манбалар, исм ва
фамилияларнинг тўғрилиги учун
жавобгарлик муаллифларнинг ҳамда
тахририят хайъатининг зиммасидадир.

Бош муҳаррир: т.ф.д., проф. Нигматов Р.Н.
Масъул котиб: т.ф.н. Усмонов Ф.К.

ТАХРИРИЯТ ХАЙЪАТИ

Ando Masatoshi – АҚШ
Baek il Kim – Жанубий Корея
Daisuke Inaba – Япония
Elbert de Josselin de long – Голландия
Jin Young Choi – Жанубий Корея
Peter Botenberg – Бельгия
Абдуллаев Ш.Ю., т.ф.д, проф.
Азимов М.И., т.ф.д., проф.
Акбаров А.Н., т.ф.д., проф.
Алиева Р.К. (Озарбайжон), т.ф.д., проф.
Алимов А.С., т.ф.д., проф.
Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф.
Бекжанова О.Е., т.ф.д., проф.
Гасюк П.А. (Украина), т.ф.д., проф.
Ғафоров С.А., т.ф.д., проф.
Иноятлов А.Ш. (Бухоро), т.ф.д., проф.
Ирсалиев Х.И., т.ф.д., проф.
Колбаев А.А. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.
Комилов Х.П., т.ф.д, проф.
Мазур И.П. (Украина), т.ф.д., проф.
Максимовская Л.Н. (Россия), т.ф.д., проф.
Максудов С.Н., т.ф.д., проф.
Маргвелашвили В.В. (Грузия) т.ф.д., проф.
Мухамедов И.М., т.ф.д., проф.
Ризаев Ж.О., т.ф.д., проф.
Токарев И.В. (Белоруссия), т.ф.д, проф.
Трунин В.А. (Россия), т.ф.д., проф.
Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф.
Хасанов А.И., т.ф.д.
Юлдошев И.М. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Абдукодиров А.А. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Боймуродов Ш.А. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Ғуломов С.С. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Даминова Ш.Б. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Есембаева С. С. (Қозоғистон), т.ф.д, проф.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Кисельникова Л.П. (Россия), т.ф.д., проф.
Қурбонов Ф.Р. (Хоразм)
Норбутаев А.Б. (Самарқанд)
Рузудинов С.Р. (Қозоғистон), т.ф.д., проф.
Тоиров У.Т. (Тожикистон), т.ф.д., проф.
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Ўзакберганаева У.А. (Нукус)
Усмонов Р.Р. (Андижон)
Хасанова Л.Э. (Тошкент), т.ф.д.
Худанов Б.О. (Тошкент), т.ф.д.
Шукурова У.А. (Тошкент), т.ф.д.
Юлдошев А.А. (Тошкент), т.ф.д.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Сафаров М.Т., Халиметов Ж.З., Арипова Н.Б.
Изучение влияния различных методов ретракции на состояние тканевого кровотока маргинальной десны.....44

ОРТОДОНТИЯ

Нигматов Р.Н., Нормуродова М.О., Кадыров Ж.М. Оценка эффективности комплексного лечения дистального прикуса у детей с нарушением носового дыхания.....48

Нигматов Р.Н., Куранбаева Д.Г., Акбаров К.С. Разновидности и частота перекрестной окклюзии у детей и подростков.....51

Муртазаев С.С., Жўрабоева Н.А., Рустамов О.И., Базаров Ш.А., Юлдашев Т.А. Лицевые показатели детей с нейтральным и мезиальным прикусом.....54

Арипова Г.Э., Муртазаев С.С., Муратова Г.А., Мавлонова М.А., Рустамов С.С. Амалиётда учрайдиган кўп сонли адентияли болаларда тишларни протезлашга ёндашув.....57

Нигматова И.М., Даминова Н., Аралов М.Б. Исправление открытого прикуса интрузией жевательных зубов с помощью микроимплантов.....61

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Ризаев Ж.А., Шокиров Д.А., Исаходжаева Х.Б. Разработка прогностических критериев для комплексной оценки факторов риска развития кариеса зубов для детей начальных классов.....65

Раджапова Ф.Р., Махкамova Ф.Т., Рахматуллаева Д.У. Клинико-микробиологическое обоснование применения профилактики кариеса у детей раннего возраста.....68

Ахмедов А.Б., Рахматова Д.С. Болаларда тиш қаттиқ тўқимаси кариеси профилактикасида “аэродент” мосламасининг клинико-функционал самарадорлигини баҳолаш.....70

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Юсупалиходжаева С.Х., Шомуродова Г.Х. Сочетанные воспалительно-деструктивные поражение пародонта: этиология, патогенез, клиника, диагностика.....75

Усманходжаева Д.Р., Акбаров А.Н. Современные аспекты стоматологической помощи больным сахарным диабетом 2 типа перенёсших Covid 19.....79

ORTHOPEDIC DENTISTRY

Safarov M.T., Khalimetov Zh.Z., Aripova N.B.
Study of the influence of various methods of retraction on the state of tissue blood flow in the marginal gingiva.....44

ORTHODONTICS

Nigmatov R.N., Normurodova M.O., Kadyrov Zh.M. Evaluation of the effectiveness of complex treatment of distal occlusion in children with nasal breathing disorders.....48

Nigmatov R.N., Kuranbaeva D.G., Akbarov K.S. Varieties and frequency of cross-occlusion in children and adolescents.....51

Murtazaev S.S., Zhuraboeva N.A., Rustamov O.I., Bazarov Sh.A., Yuldashev T.A. Facial indicators of children with neutral and mesial occlusion.....54

Aripova G.E., Murtazaev S.S., Muratova G.A., Mavlonova M.A., Rustamov S.S. Approach to dental prosthetics in children with multiple adentia.....57

Nigmatova I.M., Daminova N., Aralov M.B. Correction of open bite by intrusion of posterior teeth using microimplants.....61

PEDIATRIC DENTISTRY

Rizaev Zh.A., Shokirov D.A., Isakhodjaeva Kh.B. Development of prognostic criteria for a comprehensive assessment of risk factors for the development of dental caries for primary school children.....65

Radzhapova F.R., Makhkamova F.T., Rahmatullaeva D.U. Clinical and microbiological rationale for the use of caries prevention in young children.....68

Akhmedov A.B., Rakhmatova D.S. Evaluation of the clinical and functional efficiency of the “aerodent” device in the prevention of dental caries in children.....70

REVIEWS

Yusupalihojaeva S.Kh., Shomurodova G.Kh. Combined inflammatory-destructive periodontal disease: etiology, pathogenesis, clinic, diagnostics..75

Usmanohodjaeva D.R., Akbarov A.N. Modern aspects of dental care for patients with type 2 diabetes after Covid 19.....79

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ



Нигматов Р.Н., Нормуродова М.О., Кадыров Ж.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Затрудненное носовое дыхание – один из пусковых факторов развития морфофункциональных изменений челюстно-лицевой области, которые в случае отсутствия своевременной коррекции становятся предпосылками к формированию зубочелюстных аномалий. Наиболее негативно привычка дышать ртом влияет на формирование челюстно-лицевого скелета. Ротовое дыхание приводит к пересыханию слизистой оболочки полости рта и глотки, predisposing к воспалению и инфицированию воздушными бактериями. Воспалительный процесс постепенно распространяется на глоточные миндалины, которые в норме выполняют функцию иммунной защиты, но в результате хронических воспалений сами становятся источником инфекции. Гипертрофия глоточных миндалин ведёт к ещё большему сужению верхних и нижних дыхательных путей, хронической гипоксии, пагубно влияющей на общее развитие детского организма. Факторами, predisposing к ротовому типу дыхания у детей, являются особенности развития органов дыхания. Если у ребенка затруднено носовое дыхание в результате хронического тонзиллита или аллергического ринита, у него неизбежно возникает привычка дышать ртом, которая крайне отрицательно влияет на морфологию и развитие зубочелюстной системы. Недоразвитие нижней челюсти затрудняет смыкание губ, и ротовой тип дыхания закрепляется окончательно. При этом нижняя губа располагается между передними зубами челюстей, что является одним из факторов формирования дистальной окклюзии зубных рядов, характеризующейся протрузией верхних резцов.

Таким образом, между зубочелюстными аномалиями и синдромом назальной обструкции

существует тесная патогенетическая взаимосвязь. Попытка восстановления адекватного носового дыхания только оториноларингологом зачастую не решает проблему нарушенного миофункционального статуса, в связи с чем требуется проведение дополнительных лечебно-диагностических мероприятий другими специалистами. С практической точки зрения большинство исследователей придерживаются мнения о том, что восстановление воздухопроводимости верхних дыхательных путей не сопровождается нормализацией морфофункционального статуса челюстно-лицевой области ребенка. Это обстоятельство требует незамедлительного проведения раннего ортодонтического лечения, направленного на устранение зубочелюстной деформации и профилактику формирования патологии на скелетном уровне.

Цель исследования

Оценка влияния съёмных ортодонтических аппаратов на коррекцию положения нижней челюсти при лечении дистальной окклюзии у детей с нарушением носового дыхания.

Материал и методы

Осмотр и лечение пациентов проводились на кафедре ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института. Обследованы 29 детей в возрасте 8-14 лет, которым проводились, клинические, антропометрические, рентгенологические и фотометрические исследования. Критерии включения пациентов в исследование: растущие пациенты с незавершенным костным ростом, сменным прикусом, 2 классом Энгля и ротовым дыханием.

Пациенты были разделены на три группы. 1-ю группу составили пациенты с дистальной

окклюзией, со сменным прикусом, у которых до лечения сагиттальная щель не превышала 2 мм. Во 2-ю группу вошли пациенты, у которых сагиттальная щель была до 5 мм. Пациенты, у которых сагиттальная щель была равна 5-10 мм, составили 3-ю группу. Всем пациентам были изготовлены индивидуальные съемные пластиночные аппараты (СПА) с наклонной плоскостью для выдвижения нижней челюсти. При необходимости в конструкцию аппарата были включены механические элементы: пружины (рукообразные и протрагирующие), винты.

Результаты исследования

При внешнем осмотре пациентов были выявлены выдвинутое вперед относительно вертикали позвоночного столба положение головы, нарушение осанки, асимметрия лица, увеличение

нижней трети лица, выпуклый профиль, губы не сомкнуты. На ТРГ в боковой проекции имелось увеличение высоты нижней трети лица, вертикальный тип роста челюстей с увеличением угла нижней челюсти, укорочением задней высоты лица, ретрогнатия нижней челюсти, увеличение угла ANB, сужение просвета верхних дыхательных путей.

В 1-й группе после проведенного ортодонтического лечения сагиттальная щель была устранена у 25 (85,7%) пациентов с привычным ротовым дыханием. Однако у 4 (24,7%) размеры сагиттальной щели не изменились. Во 2-й группе отсутствие сагиттальной щели после лечения отмечалось у 22 (75,3%) пациентов, однако у 7 (24,7%) пациентов сагиттальная щель сохранялась.



Рис. Больной А., 13 л. Использован аппарат Миобрейс.

В 3-й группепациентов полностью устраненной сагиттальной щелью не было. Сагиттальная щель до 3-4 мм уменьшилась у 25 (88,1%) человек, до 5-6 мм – у 3 (7,1%), до 7-8 мм – у 1 (2,0%). Такой результат у пациентов 3-й группы мы связываем с привычным ротовым дыханием, значительной ретрогнатией нижней челюсти до лечения и неспособностью пациентов переместить нижнюю челюсть на столь большое расстояние (6-10 мм). Пациенты, у которых коррекция сагиттальной щели была недостаточной, были направлены на миотерапию и продолжение ортодонтического лечения с применением съемных ортодонтических аппаратов.

Повторный осмотр пациентов был проведен спустя 1-3 месяца. Миогимнастические упражнения оказали влияние на положение нижней челюсти у пациентов с сагиттальной щелью 1-6 мм после использования съемных ортодонтических аппаратов. После применения

съемных ортодонтических аппаратов на верхнюю челюсть с наклонной плоскостью в переднем отделе у 17 (60,2%) детей 1-й, 2-й и 3-й групп сагиттальная щель уменьшилась до 2 мм или была полностью устранена. Спустя 3 месяца выполнения пациентами миогимнастических упражнений сагиттальная щель была уменьшена до 2 мм или полностью устранена у 24 (83,8%) пациентов, что говорит об эффективности использования комбинации СПА и миогимнастики.

Таким образом, пациентам с дистальной окклюзией и нарушением носового дыхания при наличии сагиттальной щели более 3 мм показано комплексное лечение съемными ортодонтическими аппаратами с последующим проведением курса миогимнастических упражнений, а также консультация оториноларинголога.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Ходжаян А.Ю. Первичная адентия у детей со сменным прикусом и оказание им стоматологической помощи // 1-я международная конференция стоматологов. – Ташкент, 2017. – С. 261-262.

2. Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Инагамова Ф.К. и др. Распространенность речевых нарушений с аномалиями зубочелюстной системы у детей в период сменного прикуса в г. Ташкенте // Актуальные проблемы стоматологии: Материалы Междунар. науч.-практ. конф. – СПб, 2019. – С. 54-62.

3. Сатыго Е.А. Влияние дисфункций мягких тканей на формирование зубочелюстной системы у детей // Возможности ранней коррекции с применением стандартной миофункциональной аппаратуры. – М.: Валлекс М, 2004. – 32 с.

4. Kumar T.V., Kuriakose S. U1 trasonographic evaluation of effectiveness of circumoral muscle exercises in children // J. Clin. Pediatr. Dent. – 2004. – Vol. 29.

5. Lessa F.C., Enoki C., Feres M.F. Breathing mode influence in craniofacial development // Otorhinolaryngol. – 2005. – Vol. 71.

Цель: оценка влияния съемных ортодонтических аппаратов на коррекцию положения нижней челюсти при лечении дистальной окклюзии у детей с нарушением носового дыхания.

Материал и методы: осмотр и лечение пациентов проводились на кафедре ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института. Обследованы 29 детей в возрасте 8-14 лет, которым проводились, клинические, антропометрические, рентгенологические и фотометрические исследования.

Результаты: в 1-й группе сагиттальная щель была устранена у 85,7% пациентов с привычным ротовым дыханием. Во 2-й группе отсутствие сагиттальной щели после лечения отмечалось у 22 (75,3%), в 3-й группе пациентов с полностью устраненной сагиттальной щелью не было.

Выводы: пациентам с дистальной окклюзией и нарушением носового дыхания при наличии сагиттальной щели более 3 мм показано комплексное лечение съемными ортодонтическими аппаратами с последующим проведением курса миогимнастических упражнений.

Ключевые слова: дистальный прикус, съемный пластиночный аппарат, аппарат миобрейс, миогимнастика, окклюзия, сагиттальная щель, ротовое дыхания.

Maqsad: burun nafasi buzilgan bolalarda distal okklyuzionni davolashda olinadigan ortodontik asboblarning pastki jag'ning holatini tuzatishga ta'sirini baholash.

Material va metodlar: bemorlarni tekshirish va davolash Toshkent davlat stomatologiya institutining Ortodontiya va stomatologiya protezlash kafedrasida amalga oshirildi. Biz klinik, antropometrik, radiologik va fotometrik tekshiruvlardan o'tgan 8-14 yoshli 29 nafar bolani tekshirdik.

Natijalar: 1-guruhda og'iz orqali nafas olish odatiy holga kelgan bemorlarning 85,7 foizida sagittal yoriq bartaraf etilgan. 2-guruhda davolashdan keyin sagittal yoriqning yo'qligi 22 ta (75,3%), 3-guruhda esa to'liq bartaraf etilgan sagittal yoriqlar kuzatilmagan.

Xulosa: distal okklyuzion va 3 mm dan ortiq sagittal yoriqlar mavjud bo'lgan burun nafasi buzilgan bemorlarga olinadigan ortodontik asboblardan bilan kompleks davolash, so'ngra miyogimnastika mashqlari kursi ko'rsatiladi.

Kalit so'zlar: distal tishlash, olinadigan plastinka apparati, miobrace apparati, miogimnastika, okklyuzion, sagittal yoriq, og'iz orqali nafas olish.

Objective: To evaluate the effect of removable orthodontic appliances on the correction of the position of the lower jaw in the treatment of distal occlusion in children with impaired nasal breathing.

Material and methods: Examination and treatment of patients were carried out at the Department of Orthodontics and Dental Prosthetics of the Tashkent State Dental Institute. We examined 29 children aged 8-14 years who underwent clinical, anthropometric, radiological and photometric studies.

Results: In the 1st group, the sagittal fissure was eliminated in 85.7% of patients with habitual oral breathing. In the 2nd group, the absence of the sagittal fissure after treatment was noted in 22 (75.3%), in the 3rd group, there were no patients with a completely eliminated sagittal fissure.

Conclusions: Patients with distal occlusion and impaired nasal breathing in the presence of a sagittal fissure of more than 3 mm are indicated for complex treatment with removable orthodontic appliances, followed by a course of myogymnastic exercises.

Key words: distal bite, removable plate apparatus, myobrace apparatus, myogymnastics, occlusion, sagittal fissure, oral breathing.