

«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,
рақамли 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.
Токаревич 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

ЛИЦЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ С НЕЙТРАЛЬНЫМ И МЕЗИАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ



Муртазаев С.С., Жўрабоева Н.А., Рустамов О.И., Базаров Ш.А., Юлдашев Т.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Мезиальный прикус, который относится к сагиттальным аномалиям, сопровождается морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями. Гармония лица зависит от аномалии зубов костей лицевого отдела черепа, толщины мягких тканей [1]. Степень выраженности морфологических нарушений и гармонии лица не всегда совпадают.

По данным отечественных и зарубежных авторов, в наше время увеличилась обращаемость пациентов с врожденными аномалиями зубочелюстной системы [3]. Аномалия окклюзии, основой которой является неправильный рост костей лицевого скелета, часто сопровождается нарушением лицевой эстетики, жевания, дыхания и речи. Это вызывает у пациентов функциональные и психологические проблемы, что приводит к социальной дезадаптации. По данным мировой литературы, основной мотивацией пациентов для обращения к ортодонтам является улучшение эстетики лица [6].

Поэтому не учитывая эстетическую значимость при длительном комбинированном ортодонтно-хирургическом лечении пациентов с зубочелюстными аномалиями, врачи-ортодонты и челюстно-лицевые хирурги могут получать результаты, не отвечающие требованиям пациентов. Причиной этого является коррекция окклюзии без учёта скелетной природы зубочелюстных аномалий и связанных с ней лицевых признаков, что может приводить к нарушению эстетических пропорций лица и негативно отражаться на удовлетворённости пациента результатом лечения [4].

Следует отметить, что на первом месте по частоте встречаемости находятся аномалии отдельных зубов (54,5%), на втором – аномалии зубных рядов (20,1%), на третьем – аномалии прикуса (9,1%). Наибольший процент аномалий встречается у детей 5-7 лет, этот показатель увеличивается к 12 годам, что, по-видимому, связано с периодами активного роста челюстей [5].

В отечественной и зарубежной литературе

этому вопросу уделяют недостаточно внимания. Наряду с тем, что лицевой отдел черепа таких пациентов изучен достаточно подробно [2], сведения о размерах мягких тканей лица единичны. Практически отсутствуют данные о корреляционной зависимости мягких тканей лица и костей лицевого отдела черепа, вероятности их изменений в процессе ортодонтического лечения.

Цель исследования

Изучение лицевых показателей детей с нейтральным и мезиальным прикусом.

Материал и методы

Изучено 52 телерентгенограммы головы 28 пациентов в возрасте от 13 до 18 лет со II степенью выраженности мезиальной окклюзии, из них 28 получено до лечения и 24 – после его окончания.

Учитывая отсутствие общепринятой методики оценки мягких тканей лица, нами изучено 18 линейных и 11 угловых мягкотканых параметров (по методике Y.Ch. Park, Ch.J. Burstone (1986); Ch.G. Zylinski, R.S. Nanda, S. Kapila (1992), а также 19 линейных и 30 угловых параметров костей лицевого отдела черепа. Проанализировано более 2986 корреляционных связей между мягкоткаными и костными параметрами головы в норме, до лечения мезиального прикуса, после его окончания, а также вероятность изменений мягких тканей лица в зависимости от изменений в процессе лечения.

Выявлено что у пациентов с мезиальным прикусом верхняя губа длиннее и толще (sn-stm, A-sn, Ls), чем в норме, располагается дальше от эстетической плоскости Ricketts (Ls-E) и ближе относительно плоскости Burstone (Ls (sn-pg')), увеличена глубина носогубной борозды (<tg-nose sn Ls).

Нижняя губа также длиннее нормы, но тоньше (stn-Me', Li), располагается дальше от плоскости Burstone (Ls (sn-pg')), что приводит к уменьшению глубины подбородочной борозды (<tg Li sm pg'). Увеличена толщина мягких тканей подбородка (Pg-pg').

Статистически гарантировано уменьшены параметры, связанные с выпуклостью мягкотканого профиля ($\angle N'sn\ pg' < gl\ sn\ pg'$, $\angle N'pr\ pg'$), а также угол выпуклости носа ($\angle sn\ N\ pr$) (табл. 1). Следовательно, толщина мягких тканей верхней губы увеличена, а нижней губы

– уменьшена. Можно предположить, что если бы они соответствовали норме, то эстетические нарушения были бы гораздо более выражены. Вероятно, эти изменения носят компенсаторный характер.

Таблица 1

Параметры мягких тканей лица пациентов с мезиальным прикусом

Параметры	Физиологическая окклюзия, $M \pm m$	Мезиальная окклюзия, $M \pm m$	Различия с нормой, $d \pm md$	p
Угловые параметры, град				
$\angle N'sn\ pg'$	$22,30 \pm 2,02$	$9,07 \pm 1,94$	$13,23 \pm 2,80$	$<0,001$
$\angle N'pr\ pg'$	$49,90 \pm 2,99$	$38,67 \pm 2,05$	$11,23 \pm 3,62$	$<0,001$
$\angle gl\ sn\ pg'$	$15,00 \pm 0,86$	$4,81 \pm 1,74$	$10,19 \pm 0,94$	$<0,001$
$\angle tg\ nose\ sn\ Ls$	$109,90 \pm 5,88$	$104,14 \pm 1,38$	$5,76 \pm 8,91$	$<0,001$
$\angle tg\ Li\ sm\ pg'$	$120,20 \pm 6,19$	$141,4 \pm 4,56$	$-21,20 \pm 7,69$	$<0,001$
$\angle sn\ N'pr$	$22,00 \pm 0,38$	$19,67 \pm 0,87$	$2,33 \pm 0,95$	$<0,05$
Линейные параметры, мм				
A-sn	$16,00 \pm 0,27$	$17,07 \pm 0,69$	$-1,07 \pm 0,74$	$<0,01$
Ls	$12,00 \pm 0,36$	$14,15 \pm 1,01$	$-2,15 \pm 1,07$	$<0,001$
Li	$13,83 \pm 0,36$	$13,00 \pm 0,41$	$0,83 \pm 0,55$	$<0,01$
Pg-pg'	$11,50 \pm 0,41$	$12,22 \pm 0,57$	$0,72 \pm 0,71$	$<0,05$
Sn-snm	$17,00 \pm 0,37$	$19,94 \pm 1,15$	$-2,94 \pm 1,20$	$<0,001$
Stm-sm	$13,50 \pm 0,18$	$17,81 \pm 0,92$	$-4,31 \pm 0,93$	$<0,001$
Ls-E	$-2,44 \pm 0,43$	$-5,19 \pm 1,21$	$2,75 \pm 1,28$	$<0,001$
Ls(sn-pg')	$3,18 \pm 0,36$	$2,48 \pm 0,44$	$0,68 \pm 0,51$	$<0,05$
Li(sn-pg')	$2,18 \pm 0,32$	$4,26 \pm 0,77$	$-2,08 \pm 0,84$	$<0,001$

Для лечения подростков с мезиальным прикусом применяли несъемную аппаратуру (дуга Энгля и «Edgewise» техника). Сила использованных аппаратов действует на зубы, в меньшей степени на альвеолярный отросток и совсем мало – на тело челюстей, непосредственного действия на мягких ткани аппарат не оказывает.

Во время лечения произошло увеличение толщины верхней губы в проекции точки А (A-sn) на $2,11 \pm 0,98$ мм ($p < 0,05$), ее длины (sn-stm) на $1,14 \pm 0,86$ мм ($p < 0,01$), при этом кончик носа приподнимается вверх и увеличивается глубина спинки носа ($pr/r-N'$) на $0,81 \pm 1,12$ мм ($p < 0,01$). Увеличивается общая длина нижней губы и подбородка (stm-Me') на $3,08 \pm 1,72$ мм ($p < 0,001$). Наиболее достоверно изменяется положение губ относительно эстетической плоскости Burstone ($Ls(sn-pg')$ sn $0,93 \pm 0,66$ мм ($p < 0,01$) и Li (sn-pg') на $1,52 \pm 0,73$ мм ($p < 0,001$). Увеличивается мягкотканая выпуклость лица ($\angle gl * sn\ pg'$) на $1,24 \pm 1,28$ ($p < 0,05$).

Несмотря на то, что из 29 мягкотканых параметров в результате лечения нормализовалось только 4, во всех случаях отмечалось улучшение

эстетики лица, что можно объяснить статистически достоверной нормализацией положения губ относительно эстетической плоскости Burstone ($Ls(sn-pg')$, ($Ls(sn-pg')$ толщины нижней губы (Li) и подбородка ($Pg-pg'$). Следовательно, эти параметры целесообразно использовать для оценки эффективности ортодонтического лечения пациентов с мезиальной окклюзией.

Изучены корреляционные связи между параметрами мягких тканей и костей лицевого отдела черепа головы пациентов с мезиальной окклюзией. Из 2986 связей 29 – сильные, остальные умеренные и слабые.

На основании полученных данных можно прийти к заключению, что у пациентов с мезиальным прикусом существует пропорциональность мягких тканей лица (sn-stm, stm-sm), зависящая от направления роста костей лицевого отдела черепа ($\angle Sum$, $\angle Y$ ось).

Таблица 2

Вероятность изменений параметров мягких тканей лица при изменении костных параметров у пациентов с мезиальной окклюзией

<SNB	Li (sn-pg') 50% (+) Sn-stm 50% (+)	<SNPg	Li (sn-pg') 90% (+) Ls 70% (-)
MT1	Stm-Me 50% (+) Li-E 50% (+)	AR-Go	Li (sn-pg') 70% (+) Stm-Me 50% (-)
<1SpP	A-sn 50% (-) Ls 50% (-) Li (sn-pg') 70% (+) Pg-pg' 50% (+) Ls (sn-pg') 50% (+)	<1 NS	A-sn 70% (-) Stm-Me' 50% (-)
1-APg	stm-Me' 50% (+) Li (sn-pg') 70% (+) Ls (sn-pg') 50% (+)	A'-PNS	Sn-stm 50% (+) stm-sm 50% (+) Pg-pg' 50% (+)

Примечание. (+) прямая связь; (-) обратная связь.

На основании полученных данных можно прийти к заключению, что у пациентов с мезиальным прикусом существует пропорциональность мягких тканей лица (sn-stm, stm-sm), зависящая от направления роста костей лицевого отдела черепа (<Sum, <У ось).

Анализ корреляционных связей изменений параметров костей лицевого отдела черепа и мягких тканей, происходящих в результате ортодонтического лечения, позволил определить их взаимосвязь.

Изменение угла наклона резцов верхней челюсти (<1 SpP) в 50-70% случаев сопровождается изменением толщины верхней губы (A-sn, Ls), положения губ относительно плоскости Burstone (Ls (sn-pg') Li (sn-pg'), толщины подборка (Pg-pg').

Изменение положения нижних резцов (1-Apg) приводит к изменению положения губ (Ls (sn-pg'), Li (sn-pg')) и общей длины нижней губы и подбородка (stm-Me').

С изменением размера нижней челюсти и высоты ее ветвей (MT1, S-Go, Ar-Go) меняется положение нижней губы (Li-E, Li (sn-pg')), общая длина нижней губы и подбородка (stm-Mt'), а также длина верхней губы (sn-stm).

На основании нашего исследования можно сделать вывод, что изучение мягких тканей позволит определить степень выраженности гармонии лица, вероятность изменений, происходящих в процессе ортодонтического лечения и прогнозировать внешний вид пациента после окончания лечения.

Литература

1. Муртазаев С.С. Клинико-биометрическая, рентгенологическая характеристика и лечение

скученного положения фронтальных зубов нижней челюсти. – Ташкент, 2017. – С. 1-17.

2. Муртазаев С.С. Лечение мезиального открытого прикуса методом интрузии жевательных зубов // Сборник статей Международной научно-практической конференции. – М., 2019. – С. 99-103.

3. Нигматов Р.Н., Рузметова И.М., Нигматова Н.Р., Юлдашев А.Т. Распространенность аномалии и деформации зубочелюстной системы у детей сменного прикуса г. Ташкента // Приоритеты фармации и стоматологии – от теории к практике: 4-я науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Алматы, 2015. – С. 16-17.

4. Нигматова И.М. Диагностика, лечение и профилактика вторичных деформаций зубочелюстной системы в сменном прикусе: Дис. ... д-ра философии (Phd) мед. наук. – Ташкент, 2015. – 165 с.

5. Рузметова И.М. Эффективность применения современных аппаратов для профилактики и лечения вторичных деформаций зубного ряда // 1-я международная конференция стоматологов. – Ташкент, 2017. – С. 271-272.

6. Шомухаммедова Ф.А., Акбаров К.С. Особенности получения прямых телерентгенограмм головы для их качественной оценки // Материалы 9-й Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб, 2004. – С. 24.

Цель: изучение лицевых показателей детей с нейтральным и мезиальным прикусом.

Материал и методы: изучено 52 телерентгенограммы головы 28 пациентов в возрасте от 13 до 18 лет со II степенью выраженности мезиальной окклюзии, из них 28 получено до лечения и 24 – после его окончания.

Результаты: изучение 18 линейных и 11 угловых мягкотканых параметров (по методике Y.Ch. Park и Ch.J. Burstone, 1986; Ch.G. Zylinski, R.S. Nanda S., Kapila S., 1992), а также 19 линейных и 30 угловых параметров костей лицевого отдела черепа позволяет определить степень выраженности гармонии лица и вероятность изменений, происходящих в процессе ортодонтического лечения и прогнозировать внешний вид пациента после окончания лечения.

Выводы: у пациентов с мезиальным прикусом существует пропорциональность мягких тканей лица (sn-stm, stm-sm), зависящая от направления роста костей лицевого отдела черепа

Ключевые слова: дети, мезиальный прикус, выраженность гармонии лица.

Maqsad: neytral va mezial okklyuzion bolalarning yuz ko'rsatkichlarini o'rganish.

Material va usullar: 13 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan 28 nafar bemorning boshining 52 ta telorentgenogrammasi mezial okklyuzionning II og'irligi bilan o'rganildi, ulardan 28 tasi davolanishdan oldin va 24 tasi davolash tugagandan so'ng olingan.

Natijalar: 18 chiziqli va 11 burchakli yumshoq to'qimalar parametrlarini o'rganish (Y.Ch.Park va Ch.J. Børstonlar usuli bo'yicha, 1986; Ch.G. Zylinski, R.S. Nanda S., Kapila S., 1992). Huningdek,

bosh suyagining yuz suyaklarining 19 chiziqli va 30 burchakli parametrlari yuzning uyg'unligi darajasini va ortodontik davolanish vaqtida yuzaga keladigan o'zgarishlar ehtimolini aniqlashga va davolanishdan keyin bemorning ko'rinishini bashorat qilishga imkon beradi.

Xulosa: pastki tishlashi bo'lgan bemorlarda bosh suyagining yuz qismi suyaklarining o'sish yo'nalishiga qarab, yuzning yumshoq to'qimalarining mutanosibligi (sn-stm, stm-sm) mavjud.

Kalit so'zlar: bolalar, pastki qism, yuz uyg'unligi ifodasi.

Objective: To study the facial indicators of children with neutral and mesial occlusion.

Material and methods: 52 teleroentgenograms of the head of 28 patients aged 13 to 18 years with severity II of mesial occlusion were studied, 28 of them were obtained before treatment and 24 after its completion.

Results: The study of 18 linear and 11 angular soft tissue parameters (according to the method of Y.Ch. Park and Ch.J. Burstone, 1986; Ch.G. Zylinski, R.S. Nanda S., Kapila S., 1992), as well as 19 linear and 30 angular parameters of the facial bones of the skull allows you to determine the degree of facial harmony and the likelihood of changes occurring during orthodontic treatment and predict the patient's appearance after treatment.

Conclusions: In patients with an underbite, there is a proportionality of the soft tissues of the face (sn-stm, stm-sm), depending on the direction of growth of the bones of the facial part of the skull

Key words: children, underbite, expression of facial harmony.

УДК: 616.31/314-08-007.17/21-77-053.2

АМАЛИЁТДА УЧРАЙДИГАН КЎП СОНЛИ АДЕНТИЯЛИ БОЛАЛАРДА ТИШЛАРНИ ПРОТЕЗЛАШГА ЁНДАШУВ



Арипова Г.Э., Муртазаев С.С., Муратова Г.А., Мавлонова М.А., Рустамов С.С.

Тошкент давлат стоматология институти

Кўп сонли тишлар адентиясига олигодентия атамаси ишлатилади. Умуман тишларнинг бўлмаслигига адентия термини, бир нечта тишларнинг бўлмаслигига гиподентия термини ишлатилади. Н.В. Бондарец маълумотларига

кўра 6 тадан кам йўқотилган тишлар – 54.2% пациентларни, 6 тадан кўп тишларнинг йўқотилганлиги эса -25.1% пациентларни ташкил қилади. С.Х. Агаджанян (1985) бўйича 2 тишнинг йўқлиги 48.5%, 4 тишнинг йўқлиги 15.9%, 5-10