

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

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

STOMATOLOGIYA

№ 2-3, 2022 (87-88)

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.
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.

Содержание
ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,
ИСТОРИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ
РАЗДЕЛ

Рузуддинов Н.С., Гаффаров С., Алтынбеков К.Д., Рузуддинова К.Н. Определение микробиологической обсемененности и проницаемости медицинских перчаток на стоматологическом приеме.....5

Усманова Ш.Р., Хаджиметов А.А., Камиллов Х.П. Особенности показателей крови у больных хронической генерализованной пародонтитом сочетанной заболеванием почек.....9

Ахмедов С.П. Особенности лазерной доплеровской флоуметрии полости рта при лейкозах.....13

Усманова Ш.Р., Хаджиметов А.А., Камиллов Х.П. Алгоритм прогнозирования прогрессирования заболеваний полости рта у больных заболеванием тубулоинтерстициальной системы почек.....18

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Камиллов Х.П., Эргашев Н.А., Кадырбаева А.А., Рахимова М.А., Саидова М.А. Дентором-гель – новое слово в комплексном лечении эрозивно-язвенных поражений полости рта.....21

Ирсалиев Х.И., Валиева Ф.А., Ирсалиева Ф.Х. Фотодинамическое отбеливание зубов.....24

Tolibova M.I., Kamalova F.R. Қанди диабетта чалинган болаларда стоматологик касалликлар ривожланиши учун мавжуд бўлган хавф омилларининг ахамияти.....27

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Шукпаров А.Б., Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С. Морфологическая оценка остеорегенерации после НКР с применением различным костнопластических материалов.....31

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Рузуддинов Н.С., Гаффаров С.А., Рузуддинов С., Шаяхметова М.К. Клинико-технологические этапы повышения функциональных свойств частично съемных протезов.....35

Хабиллов Н.Л., Усмонов Ф.К., Мун Т.О. Оценка изменения качества жизни пациентов с дефектами зубных рядов до и после протезирования и дентальной имплантации с применением имплантата Implant.uz.....39

Акбаров А.Н., Закирова Х.Х., Ибрагимов А.А. Определение аллергической реакции на материалы базиса зубных протезов у больных бронхиальной астмой.....42

ОРТОДОНТИЯ

Гаффаров С.А., Фазылбекова Г.А. Состояние полости рта с зубочелюстными аномалиями у детей с бронхиальной астмой.....46

Нигматов Р.Н., Нодирхонова М.О., Нигматова И.М., Муртазаев С.С. Метод

Content
ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY,
HISTORY AND EXPERIMENTAL SECTION

Ruzuddinov N.S., Gaffarov S., Altynbekov K.D., Ruzuddinova K.N. Determination of microbiological contamination and permeability of medical gloves at a dental appointment.....5

Usmanova Sh.R., Khadzhimetov A.A., Kamilov Kh.P. Features of blood parameters in patients with chronic generalized periodontitis combined with kidney disease.....9

Akhmedov S.P. Features of laser Doppler flowmetry of the oral cavity in leukemia.....13

Usmanova Sh.R., Khadzhimetov A.A., Komilov Kh.P. Algorithm for predicting the progression of diseases of the oral cavity in patients with a disease of the tubulointerstitial system of the kidneys....18

THERAPEUTIC DENTISTRY

Kamilov Kh.P., Ergashev N.A., Kadyrbaeva A.A., Rakhimova M.A., Saidova M.A. Dentorom-gel – a new word in the complex treatment of erosive and ulcerative lesions of the oral cavity...21

Irsaliev Kh.I., Valieva F.A., Irsaliev F.Kh. Photodynamic teeth whitening.....24

Tolibova M.I., Kamalova F.R. The role of existing risk factors in the development of dental diseases in children with diabetes mellitus.....27

SURGICAL DENTISTRY

Shukparov A.B., Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S. Morphological assessment of osteoregeneration after GBR with the use of various bone-plastic materials.....31

ORTHOPEDIC DENTISTRY

Ruzuddinov N.S., Gaffarov S.A., Ruzuddinov S., Shayakhmetova M.K. Clinical and technological stages of improving the functional properties of partially removable dentures.....35

Khabilov N.L., Usmonov F.K., Mun T.O. Assessment of changes in the quality of life of patients with dentition defects before and after prosthetics and dental implantation using an implant implant.uz.....39

Akbarov A.N., Zakirova Kh.Kh., Ibragimov A.A. Determination of an allergic reaction to the materials of the basis of dentures in patients with bronchial asthma.....42

ORTHODONTICS

Gaffarov S.A., Fazylbekova G.A. Condition of the oral cavity with dentoalveolar anomalies in children with bronchial asthma.....46

Nigmatov R.N., Nodirkhonova M.O., Nigmatova I.M., Murtazaev S.S. Method of radiography in

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ



Гаффоров С.А., Фазылбекова Г.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

В структуре стоматологических заболеваний значительный удельный вес занимают зубочелюстные аномалии и деформации (ЗЧА и ЗЧД) [2]. Одним из факторов, который поддерживает значительную частоту морфологических и функциональных нарушений в зубочелюстной системе (ЗЧС) у детей являются общесоматические заболевания [5]. Установлено, что межсистемная интеграция функционального состояния зубочелюстной и дыхательной системы [7] имеет тенденцию к росту нарушений зубочелюстной системы в различные возрастные периоды, причем в последние 1-20 лет наблюдается существенное увеличение частоты зубочелюстных аномалий как у детей, так и у взрослых.

Анализ генеалогической информации о пробандах и их родителях по признаку «прикус» свидетельствует о том, что у поколения детей аномалии прикуса более выражены, чем у их родителей. Такая негативная тенденция обусловлена тем, что в формировании морфологических и функциональных нарушений в зубочелюстной системе участвуют устойчивые патогенетические факторы, которые поддерживают стабильно высокий уровень распространенности в популяции. Неблагоприятные факторы внешней среды негативно отражаются на общем состоянии здоровья детей, снижая уровень и соматического и стоматологического здоровья. Например, при изучении частоты зубочелюстных аномалий у детей с разным уровнем здоровья были обнаружены этиопатогенетические связи между различными заболеваниями организма и формированием патологических нарушений зубочелюстной системы [6]. Наиболее полно

раскрыты механизмы развития зубочелюстной деформации при патологии ЛОР-органов, где ведущим фактором являются орофациальные дисфункции. Также установлено, что заболевания органов и систем у детей и подростков сочетаются с увеличением частоты зубочелюстных аномалий и деформаций. Подобная синтропия характерна для нарушений опорно-двигательного аппарата [2,3], эндокринных заболеваниях, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, аллергопатологии и рахите.

Анализ литературы свидетельствует о том, что состояние зубочелюстно-лицевого комплекса у детей с бронхиальной астмой (БА) изучено недостаточно. Необходима конкретизация распространенности клинических форм аномалий и деформаций зубочелюстной системы у этих больных, в то же время у этих детей в периоде сменного прикуса для устранения зубочелюстной аномалии и деформации широко используют съемные и несъемные ортодонтические аппараты [1]. Однако все конструкции, которые в настоящее время применяются в ортодонтической практике, в той или иной степени нарушают гомеостаз, микробный пейзаж в полости рта, негативно влияют на ткани пародонта, ткани протезного ложа, местный иммунитет и др. [6]. Это способствует снижению барьерных свойств слизистой оболочки ротовой полости (СОПР) и, в свою очередь, создаёт неблагоприятные условия для проведения аппаратного лечения, усиливая воздействие микрофлоры и других патогенных факторов.

Таким образом, сравнительная оценка стоматологического статуса у детей с БА, изучение распространенности и структуры

зубочелюстных аномалий и деформаций, анализ влияния ортодонтических аппаратов на уровень функциональных и адаптационных реакций, разработка стратегии комплексного лечения зубочелюстных аномалий являются актуальными задачами.

Цель исследования

Оценка стоматологического состояния полости рта у детей и подростков с зубочелюстными аномалиями на фоне бронхиальной астмы.

Материал и методы

Комплексное клиническое обследование проведено у 180 пациентов (основная группа) в возрасте, от 6 до 18 лет. У 88 из них диагностирована интермиттирующая форма бронхиальной астмы, у 92 – легкая и средняя степень персистирующей формы заболевания. Больные были разделены по возрастным группам:

6-9 лет (ранний период сменного прикуса), 10-13 лет (поздний период сменного прикуса) и 14-18 лет (полностью сформированный период прикуса и костей зубочелюстной системы) (табл. 1). В процессе обследования, изучалось состояние твердых тканей зуба, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, а также выявляли зубочелюстные аномалии и деформации, оценивали уровень гигиены полости рта. Обследование проводилось на базе кафедры стоматологии, детской стоматологии и ортодонтии ЦРПКМР. Контрольную группу составили 45 детей и подростков с зубочелюстными аномалиями и деформациями без соматической патологии.

Таблица 1

Распределение обследованных детей и подростков по возрасту и полу, $M \pm m$, абс. (%)

Возраст, лет	Основная группа	Всего, n=180	Контрольная группа	Всего, n=45
6-9	<u>32 (24,4)</u> 15 (6,7)	47 (31,1)	<u>7 (15,8)</u> 4 (10,5)	11 (26,3)
10-13	<u>45 (30,3)</u> 28 (17,7)	73 (47,8)	<u>7 (15,8)</u> 5 (15,8)	12 (31,6)
14-18	<u>35 (12,2)</u> 25 (8,9)	60 (21,1)	<u>11 (21,0)</u> 11 (21,0)	22 (42,1)
Итого	<u>112 (100)</u> 68 (100)	180 (100)	<u>25 (100)</u> 20 (100)	45 (100)
Всего	<u>112 (49,8)</u> 68 (30,2)	180 (80,0)	<u>25 (11,1)</u> 20 (8,9)	45 (20,0)

Примечание. В числителе число мальчиков, в знаменателе – девочек.

Для оценки функционального состояния органов и тканей полости рта и зубочелюстной системы определяли гигиенические индексы: пародонтальные индексы, pH ротовой жидкости, изучена диагностическая модель, проанализированы снимки ортопантомограммы.

Алгоритм клинического обследования соответствовал классической схеме и включал в себя сбор субъективных данных, изучение истории болезни педиатра, а также объективных методов исследования. При сборе анамнеза оценивали уровень контроля бронхиальной астмы при помощи Asthma Control Test (АСТ) для детей от 4 до 11 лет [8]. При внешнем осмотре оценивали

рост, физическое развитие, телосложение, осанку, определяли пропорциональность, симметричность лица, тип профиля, наличие лицевых признаков зубочелюстных аномалий. При внутриротовом осмотре оценивали характер прикрепления уздечек губ, языка, глубину преддверия рта, состояние твердых тканей зуба, тканей пародонта, состояния слизистой оболочки полости рта. Диагностировали аномалии положения отдельных зубов, аномалии зубных дуг, аномалии прикуса в сагиттальном, вертикальном и трансверсальном направлениях. Оценивали функцию дыхания, глотания, речи, височно-нижнечелюстного сустава. Проводили клинические функциональные пробы Эшлера –

Битнера и Ильиной – Маркосян. Для постановки окончательного диагноза использовали дополнительные методы исследования: антропометрическое измерение диагностических моделей челюстей, ортопантомографию, телерентгенографию. Диагноз ставили согласно классификации Энгля, а также классификации аномалий окклюзии зубных рядов и челюстей.

В клинических исследованиях применяли индексы оценки состояния твердых тканей зубов КПз, КПп, КПУз, КПУп, индексы состояния тканей пародонта – РМА, кровоточивость, проба Шиллера – Писарева (Ш-П), CPITN и уровня гигиены полости рта – Silness-Loe, Stallard [4].

Статистическая обработка результатов выполнялась на основе принципов вариационной статистики по критериям Стьюдента с использованием компьютерных статистических программ Statistica 8.0. Для анализа взаимосвязи между признаками применялся корреляционный анализ по Спирмену. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В ходе эпидемиологического обследования 225 детей и подростков, в том числе 180 с БА, зубочелюстные аномалии в раннем периоде сменного прикуса (6-9 лет) в среднем выявлены у 26,1%, в периоде позднего сменного прикуса (10-13 лет) – у 40,5%, на завершающем этапе формирования костных тканей ей (14-18) – у 33,3%, в контрольной группе соответственно у 24,4; 26,7 и 48,9%. У пациентов в возрасте 14-18 лет разница была статистически недостоверной (табл. 2).

В периоде позднего сменного прикуса у пациентов основной группы наблюдалось увеличение выявленных зубочелюстных аномалий, а именно аномалий положения зубов. Результаты этих исследований совпадали с данными других авторов [5], где данная тенденция объяснялась увеличением количества постоянных зубов в процессе формирования постоянного прикуса на фоне выраженной тенденции к сужению зубоальвеолярных дуг, где также в большинстве случаев в основной группе наблюдалась задержка прорезывания постоянных зубов.

Таблица 2

Ортодонтическое состояние у обследованных детей и подростков, абс. (%)

ЗЧА и ЗЧД	Возраст больных, лет		
	6-9, n=47	10-13, n=73	14-18, n=60
Аномалии положения зубов	<u>8 (17,1)</u> 2 (18,2)	<u>8 (10,9)</u> 1 (8,3)	<u>10 (16,7)</u> 3 (13,6)
Аденция	<u>8 (17,1)</u> 3 (27,3)	<u>9 (12,3)</u> 2 (16,7)	<u>4 (6,7)</u> 2 (9,1)
Тремы, диастемы	<u>4 (8,5)</u> 2 (18,2)	<u>9 (12,3)</u> 2 (16,7)	<u>4 (6,7)</u> 3 (13,6)
Скученность зубов	<u>5 (10,6)</u> 1 (9,1)	<u>13 (17,8)</u> 1 (8,3)	<u>15 (25,0)</u> 3 (13,6)
Сужение челюстей	<u>5 (10,6)</u> -	<u>10 (13,7)</u> 1 (8,3)	<u>13 (21,7)</u> 2 (9,1)
Дистальная окклюзия	<u>5 (10,6)</u> 1 (9,1)	<u>9 (12,3)</u> 2 (16,7)	<u>12 (20,0)</u> 2 (9,1)
Мезиальная окклюзия	<u>6 (12,8)</u> -	<u>3 (4,1)</u> 1 (8,3)	<u>-</u> 1 (4,5)
Глубокая резцовая дисокклюзия	<u>3 (6,4)</u> 1 (9,1)	<u>7 (9,6)</u> 1 (8,3)	<u>2 (3,3)</u> 2 (9,1)
Вертикальная резцовая дисокклюзия	<u>2 (4,2)</u> 1 (9,1)	<u>3 (4,1)</u> 1 (8,3)	<u>-</u> 2 (9,1)
Трансвер. аном. окклюзии	<u>1 (2,1)</u> -	<u>2 (2,7)</u> -	<u>-</u> -
Кол-во ЗЧА, средний показатель	<u>47 (26,1)</u> 11 (24,4)	<u>73 (40,5)</u> 12 (26,7)	<u>60 (33,3)</u> 22 (48,9)
Всего 225, из них	<u>47 (20,9)</u> 11 (4,9)	<u>73 (32,4)</u> 12 (5,3)	<u>60 (26,7)</u> 22 (9,8)

Примечание. В числителе данные пациентов с БА, в знаменателе – лиц контрольной группы.

При оценке данных клинических функциональных проб, выполненных в ходе клинического обследования, у пациентов основной группы были выявлены орофациальные дисфункции: нарушения функции дыхания, речи, глотания (табл. 3).

Таблица 3
Функциональные нарушения у обследованных детей и подростков, абс. (%)

Нарушение функции	Возраст, лет		
	6-9, n=47	10-13, n=73	14-18, n=60
Дыхания	<u>20 (44,4)</u> -	<u>34 (50,0)</u> 1 (20,0)	<u>26 (47,3)</u> 1 (16,7)
Речи	<u>6 (13,3)</u> 1 (25,0)	<u>10 (14,7)</u> 1 (20,0)	<u>7 (12,7)</u> 2 (33,3)
Глотания	<u>5 (11,1)</u> 1 (25,0)	<u>10 (14,7)</u> 1 (20,0)	<u>6 (10,9)</u> 1 (16,7)
Сочетанные нарушения	<u>14 (31,1)</u> 2 (50,0)	<u>14 (20,6)</u> 2 (40,0)	<u>16 (29,1)</u> 2 (33,3)
Всего, 180/168	<u>45 (25,0)</u> 4 (2,4)	<u>68 (37,7)</u> 5 (2,7)	<u>55 (30,5)</u> 6 (3,3)

Примечание. В числителе данные пациентов с БА, в знаменателе – лиц контрольной группы.

Как видно из таблицы 3, у детей и подростков основной группы орофациальные дисфункции диагностировались с большей частотой, чем у детей без соматических заболеваний. Наиболее часто выявлялись клинические признаки ротового дыхания: симптом «глоссоптоза», сухость красной каймы губ, нарушение смыкания губ. Инфантильный тип глотания у детей с бронхиальной астмой определялся почти в 2 раза чаще, чем у практически здоровых. Обращает на себя внимание тот факт, что у детей с бронхиальной астмой в периоде раннего сменного прикуса сочетанные миофункциональные проблемы регистрировались в 2,5 раза чаще, чем у здоровых детей, в периоде позднего сменного прикуса – в 4 раза.

У некоторых обследованных основной группы отмечается тенденция к зависимости относительной частоты зубочелюстных аномалий от возрастного периода зубочелюстной системы. В раннем периоде сменного прикуса наблюдалось увеличение количества аномалий положения зубов, аномалий зубных дуг и аномалий прикуса. В периоде позднего сменного прикуса отмечалось незначительное уменьшение относительной частоты зубочелюстных аномалий у данной категории детей, уровень которой оставался

достаточно высоким. Это свидетельствует о действенности механизмов саморегуляции морфологических нарушений в зубочелюстной системе в динамике формирования постоянного прикуса у детей и подростков, которые относятся к группе практически здоровых.

На этапе научного исследования было проведено сравнение относительной частоты зубочелюстных аномалий у пациентов контрольной и основной групп. Для оценки различия средних арифметических двух выборок использовали t-критерий Стьюдента. На основании уровня значимости $p=0,508$ для предположения равенства дисперсий и $p=0,504$ для предположения неравенства дисперсий был сделан вывод об отсутствии статистически значимых различий между средними арифметическими относительных частот зубочелюстной аномалии. Методами непараметрической статистики с целью сравнения медиан и распределений двух выборок определен уровень значимости медианного критерия для независимых выборок $p=0,815$, критерия U Манна – Уитни для независимых выборок $p=0,444$ и критерия Колмогорова – Смирнова для независимых выборок $p=0,762$. Это означает что, статистически значимая разница относительных частот зубочелюстных аномалий у пациентов

контрольной и основной групп отсутствует.

По результатам исследования также определено, что распространенность кариеса у детей в периоде сменного прикуса в среднем составила 90,4%. У детей и подростков основной группы в возрасте 6-9 лет интенсивность кариеса по индексу КПз равнялась $6,04 \pm 0,42$, КПп – $6,67 \pm 0,4$, КПУз – $2,98 \pm 0,2$, КПУп – $2,95 \pm 0,3$. Характерно, что у 15,8% детей диагностировались меловидные пятна в пришеечной области зубов, при интенсивности поражения $4,2 \pm 0,68$. В контрольной группе индекс КПз= $1,94 \pm 0,22$, КПп= $1,54 \pm 0,12$, КПУз= $1,42 \pm 0,55$, КПУп= $1,49 \pm 0,5$. В периоде позднего сменного прикуса (10-13 лет) и (14-18 лет) на завершающем этапе формирования костной ткани показатели интенсивности кариеса ещё больше превышали аналогичные у пациентов контрольной группы. Острый начальный кариес определялся в 20,8% случаев с интенсивностью поражения, равной $4,02 \pm 0,8$; $4,6 \pm 0,24$.

Проведено также сравнение интенсивности кариеса у детей и подростков 6-9; 10-13 и 14-18 лет основной и контрольной групп с использованием t-критерия Стьюдента для оценки различий между средними арифметическими показателей КПз в основной группе. Между группами и практически здоровыми были получены достоверные статистические данные, означающие, что поражение кариеса твердых тканей зубов напрямую зависит от возраста, степени тяжести зубочелюстной аномалии и соматической патологии.

При анализе данных обследованных основной и контрольной групп в возрасте 6-9, 10-13 и 14-18 лет было проведено сравнение интенсивности кариеса по показателям индекса КПУз, КПУп. Полученные данные свидетельствуют о том, интенсивность поражения кариесом зубов в основной группе значительно выше, чем в контрольной по показателям индексов и КПУз и КПУп. Обращает на себя внимание, что в индексе КПУп у пациентов основной группы составляющая К (68,8%) была в 1,8 раза выше, чем П (36,5%). Удаленные зубы составили 7,7%. В контрольной группе количество пломбированных полостей (П=52,1%) на 30% превышало количество кариозных (К=62,1%). Составляющая У в индексе КПУп в данной группе равнялась 5,7%. Таким образом, у детей и подростков основной группы во всех периодах – раннего, позднего и завершающего этапа прикуса – наблюдалась высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов, значительно превышающая аналогичные показатели в контрольной группе.

В процессе работы было проанализировано влияние аномалий зубочелюстных систем на состояние тканей пародонта у детей и подростков основной группы (рис. 1, 2). При этом доминирующими клиническими формами были хронический генерализованный катаральный гингивит (ХГКГ) (72,2%) и хронический генерализованный гипертрофический гингивит (ХГТГ) (28,3%).

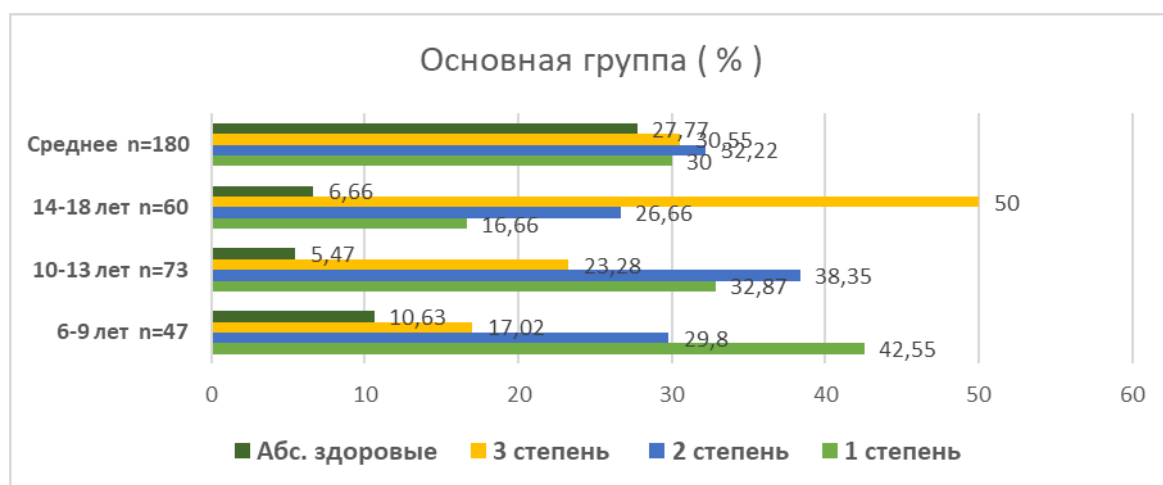


Рис. 1. Частота ХГКГ у детей и подростков с БА основной группы.



Рис. 2. Частота ХГКГ у детей и подростков с БА контрольной группы.

Из рисунков 1, 2 видно, что у детей и подростков основной группы в периоде раннего и позднего этапа сменного прикуса наблюдался преимущественно хронический генерализованный катаральный гингивит легкой степени тяжести (соответственно 42,55; 32,87%), при этом тяжелая степень отмечалась у 17,02 и, 23,28% обследованных. С возрастом выявлялась тенденция к усугублению воспалительных изменений в тканях пародонта,

увеличился процент встречаемости ХГКГ тяжелой степени до 50% (14-18 лет). Наиболее часто клинические симптомы гингивита у пациентов основной группы определялись при скученности зубов: среднее значение индекса РМА у детей и подростков 6-9 лет составляло 19,4%, 10-12 лет – 35,8%, – 86,8%; в среднем в основной группе у 47,4%, в контрольной – у 6,6% (табл. 4).

Таблица 4

Результаты индексной оценки состояния тканей пародонта и гигиенического состояния рта у детей и подростков с БА и лиц контрольной группы

Возраст, лет	Группа	Silness-Loe	Stallard	Проб. Шиллера – Писар-а	Кровоточивость	Зубной камень	ПЗДК	СРITN	РМА
6-9	Осн.	31,9±1,8 p<0,05	1,62±0,08	1,68±0,04	0,22±0,04	0,04±0,06 p<0,05	-	0,24±0,06	19,4±1,2
	Кон тр.	27,3±1,1	0,62±0,12	0,68±0,12	0,07±0,01	0,02±0,01	-	0,12±0,02	4,86±1,4
10-13	Осн.	50,7±1,4	1,98±0,76	1,72±0,08 p<0,05	0,98±0,1	0,56±0,08	0,08±0,02	0,98±0,03	35,8±1,76
	Кон тр.	33,3±1,1	0,86±0,9	0,78±0,18	0,62±0,08	0,22±0,08	-	0,35±0,08	6,84±1,8
14-18	Осн.	61,7±1,1	2,1±0,9	1,98±0,02	1,42±0,1	0,92±0,01	0,86±0,12	1,2±0,06	86,8±0,09
	Кон тр.	31,8±0,9	0,88±0,14	0,98±0,12	0,94±0,09	0,34±0,06	0,06±0,08	0,67±0,08	8,22±2,8
Среднее	Осн.	48,1±1,1	1,98±0,4	1,80±0,02	0,88±0,04	0,50±0,02	0,47±0,02	0,8±0,02	47,4±1,2
	Кон тр.	30,8±0,9	0,78±0,8	0,82±0,18	0,54±0,09	0,19±0,04	0,06±0,09	0,4±0,08	6,6±2,1

Примечание. p<0,05 – достоверность различий между группами.

Как видно из таблицы 4, у детей и подростков основной группы в периоде раннего, позднего сменного прикуса и на этапе формирования зубочелюстных систем в соответствии с индексами Silness – Loe и Stallard определялось удовлетворительное состояние гигиены полости рта. У пациентов основной группы в возрасте 6-9 и 10-13 лет неудовлетворительный уровень гигиены регистрировался чаще, чем в контрольной группе. Анализ индекса РМА у пациентов контрольной группы свидетельствует о том, что в группе «здоровые дети» редки значения индекса РМА более чем 10. Степень выраженности воспаления в тканях десны по результатам пробы Шиллера – Писарева, у детей и подростков, страдающих БА, была выше.

В ходе клинического обследования больных основной группы были выявлены изменения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, при этом частота патологии слизистой оболочки полости рта у данного контингента была значительно выше, чем в контрольной группе. Так, в основной группе поражения слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ определялись в 58,9% случаев, в контрольной – в 8,2%. В основной группы в 54,62% случаев выявлен хронический катаральный стоматит, в последнем случае наблюдалась застойная гиперемия или цианоз слизистой оболочки полости рта на фоне снижения ее тургора. При этом часто (76,4%) определялись одиночные петехиальные высыпания. При обследовании языка в 42,27% случаев обнаружена картина десквамативного глоссита, в 6,4% – атрофия нитевидных и грибовидных сосочков. Язык был отечным (25,1%), на боковых поверхностях отмечались отпечатки зубов. Красная кайма губ часто (51,8%) была сухая, со складчатым рельефом, на ее поверхности определялись мелкие чешуйки, трещины. Ангулярный хейлит диагностирован в 11,9%, при этом углы рта были гиперемированы, с болезненными трещинами.

Таким образом, у детей и подростков основной группы отмечается высокая частота зубочелюстных аномалий, составляющая в среднем 26,1% в периоде раннего сменного прикуса (6-9 лет), 40,5% в периоде позднего сменного прикуса (10-13 лет), 33,3% на этапе окончательного формирования зубочелюстных систем (14-18 лет). В структуре зубочелюстных аномалий преобладают скученность зубов, сужение челюстей, дистальная окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия. Также у пациентов основной группы отмечается высокая распространенность и интенсивность кариеса

зубов, воспалительных изменений в тканях пародонта, заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губы.

Полученные результаты указывают на необходимость углубленного изучения проблемы с целью разработки рациональных лечебно-профилактических мероприятий для комплексного ортодонтического лечения детей с бронхиальной астмой с учетом стоматологического статуса и основного заболевания.

Литература

1. Аникиенко А.А., Панкратова Н.В., Персин Л.С. Аппаратурное ортодонтическое лечение и его подчинение физиологическим законам раздражения. – М.: МИА, 2010. – 112 с.
2. Бриль Е.А., Смирнова Я.В. Частота встречаемости зубочелюстных аномалий и деформаций в периоды формирования прикуса // Соврем. пробл. науки и образования. – 2014. – №6. – С. 980-980.
3. Перова Е.Г., Левенец А.А. Характер зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с различным состоянием опорно-двигательного аппарата // Институт стоматологии. – 2010. – Т. 1, №46. – С. 74-75.
4. Хоменко Л.А. Стоматология дитячого віку. – Київ, 2000. – 320 с.
5. Almonaitiene R., Balciuniene I., Tutkuvienė J. Factors influencing permanent teeth eruption. Part one—general factors // Stomatologija. – 2010. – Vol. 12, №3. – P. 67-72.
6. Fabuel L.C., Soriano Y.J., Pérez M.G.S. Dental management of patients with endocrine disorders // J. Clin. Exp. Dentist. – 2010. – Vol. 2, №4. – P. 196-203.
7. Gafforov S.A., Durdiev Z. I. Violation of the formation of bone organs of the dentition system in children with respiratory system pathologies // ACADEMICIA: An Int. Multidisciplin. Res. J. – 2020. – Vol. 10, №4. – P. 325-333.
8. Gina 2014: Global strategy for asthma management and prevention // Report-2014 [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ginasthma.org>.
9. Нигматов, Р., Кадыров, Ж., Нигматова, И., Рахматуллаева, Н., & Давронова, Р. (2021). Сравнительная оценка различных ортодонтических расширителей верхних челюстей у детей сменного прикуса. *Stomatologiya*, (2(83)), 40–44. извлечено от <https://uzda.uz/index.php/stomatologiya/article/view/177>
10. Нигматов, Р., Нигматова, И., Кадыров, Ж., & Холмирзаев, Р. (2020). Дифференцированный подход к коррекции речи детей с открытым

прикусом. *Stomatologiya*, 1(2(79), 59–63. извлечено от <https://uzda.uz/index.php/stomatologiya/article/view/142>

11. Шомухамедова, Ф., Нигматов, Р., Сулаймонова, Д., Муротова, Г., & Абдуксалилов, Ж. (2020). Диагностика пациентов с открытым прикусом и их ортодонтическое лечение. *Stomatologiya*, 1(1(78), 37–40. извлечено от <https://uzda.uz/index.php/stomatologiya/article/view/121>

Цель: оценка стоматологического состояния полости рта у детей и подростков с зубочелюстными аномалиями на фоне бронхиальной астмы.

Материал и методы: комплексное клиническое обследование проведено у 180 пациентов (основная группа) в возрасте, от 6 до 18 лет. У 88 из них диагностирована интермиттирующая форма бронхиальной астмы, у 92 – легкая и средняя степень персистирующей формы заболевания. Больные были разделены по возрастным группам: 6-9 лет (ранний период сменного прикуса), 10-13 лет (поздний период сменного прикуса) и 14-18 лет (полностью сформированный период прикуса и костей зубочелюстной системы). Контрольную группу составили 45 детей и подростков с зубочелюстными аномалиями и деформациями без соматической патологии. Результаты: у детей и подростков основной группы отмечается высокая частота зубочелюстных аномалий, составляющая в среднем 26,1% в периоде раннего сменного прикуса (6-9 лет), 40,5% в периоде позднего сменного прикуса (10-13 лет), 33,3% на этапе окончательного формирования зубочелюстных систем (14-18 лет). В структуре зубочелюстных аномалий преобладают скученность зубов, сужение челюстей, дистальная окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия. Также отмечается высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов, воспалительных изменений в тканях пародонта, заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губы. Выводы: необходимо углубленное изучение проблемы с целью разработки рациональных лечебно-профилактических мероприятий для комплексного ортодонтического лечения детей с бронхиальной астмой с учетом стоматологического статуса и основного заболевания.

Ключевые слова: дети и подростки, полость рта, бронхиальная астма, зубочелюстные аномалии и деформации, диагностика, лечение, профилактика.

Maqsad: bronxial astma fonida dentoalveolyar anomaliyalari bo'lgan bolalar va o'smirlarda og'iz bo'shlig'ining tish holatini baholash.

Material va usullar: 6 yoshdan 18 yoshgacha

bo'lgan 180 nafar bemor (asosiy guruh)da keng qamrovli klinik tekshiruv o'tkazildi. Ulardan 88 tasida bronxial astmaning intervalgacha shakli, 92 tasida kasallikning engil va o'rtacha og'ir darajasida davom etuvchi shakli aniqlangan. Bemorlar yosh guruhlariga bo'lingan: 6-9 yosh (aralash tishning erta davri), 10-13 yosh (aralash tishning kech davri) va 14-18 yosh (tishning to'liq shakllangan tiqilishi va suyak davri). Nazorat guruhi dentoalveolyar anomaliyalari va somatik patologiyasi bo'lmagan deformatsiyalari bo'lgan 45 nafar bolalar va o'smirlardan iborat edi.

Natijalar: asosiy guruhdagi bolalar va o'smirlarda dentoalveolyar anomaliyalarning yuqori chastotasi, erta aralash tishlash davrida (6-9 yoshda) o'rtacha 26,1%, kech aralash tishlash davrida (10-13 yosh) 40,5% ni tashkil qiladi. yillar), 33 3% stomatologik tizimlarning yakuniy shakllanishi bosqichida (14-18 yosh). Dentoalveolyar anomaliyalarning tuzilishida tishlarning to'planishi, jag'larning torayishi, distal tiqilishi va chuqur kesma disokklyuziyasi ustunlik qiladi. Shuningdek, tish kariesining yuqori tarqalishi va intensivligi, periodontal to'qimalarda yallig'lanish o'zgarishlari, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va lablarning qizil chegarasi kasalliklari mavjud.

Xulosa: tish holati va asosiy kasalliklarni hisobga olgan holda bronxial astma bilan og'rigan bolalarni kompleks ortodontik davolash uchun oqilona terapevtik va profilaktika choralarini ishlab chiqish uchun muammoni chuqur o'rganish kerak.

Kalit so'zlar: bolalar va o'smirlar, og'iz bo'shlig'i, bronxial astma, tish anomaliyalari va deformatsiyalari, diagnostika, davolash, oldini olish.

Objective: Assessment of the dental condition of the oral cavity in children and adolescents with dentoalveolar anomalies on the background of bronchial asthma.

Material and methods: A comprehensive clinical examination was carried out in 180 patients (main group) aged 6 to 18 years. In 88 of them, an intermittent form of bronchial asthma was diagnosed, in 92 - a mild and moderate degree of a persistent form of the disease. The patients were divided into age groups: 6-9 years old (early period of mixed dentition), 10-13 years old (late period of mixed dentition) and 14-18 years old (completely formed period of occlusion and bones of the dentition). The control group consisted of 45 children and adolescents with dentoalveolar anomalies and deformities without somatic pathology.

Results: In children and adolescents of the main group, there is a high frequency of dentoalveolar anomalies, averaging 26.1% in the period of early mixed dentition (6-9 years), 40.5% in the period of late mixed dentition (10-13 years), 33 3% at the stage of the final formation of dental systems (14-18 years).

The structure of dentoalveolar anomalies is dominated by crowding of teeth, narrowing of the jaws, distal occlusion, and deep incisal disocclusion. There is also a high prevalence and intensity of dental caries, inflammatory changes in periodontal tissues, diseases of the oral mucosa and the red border of the lips.

Conclusions: An in-depth study of the problem is necessary in order to develop rational therapeutic

and preventive measures for the complex orthodontic treatment of children with bronchial asthma, taking into account the dental status and the underlying disease.

Key words: children and adolescents, oral cavity, bronchial asthma, dental anomalies and deformities, diagnosis, treatment, prevention.

УДК: 616.711-008.6-073.75:616.314-768-007]-053.3/.5

МЕТОД РЕНТГЕНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ



Нигматов Р.Н., Нодирхонова М.О., Нигматова И.М., Муртазаев С.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Причины развития нарушений осанки очень разнообразны, начиная от деформации позвоночника до плоскостопия. По данным различных авторов, наиболее часто выявляемые изменения со стороны осанки и стоп проявляются более чем у трети школьников младших классов. Преимущественно эти нарушения осанки имеют функциональную основу, но в ряде случаев связаны с зубочелюстными аномалиями. Нормально сформированный позвоночник имеет ряд особенностей. По мере роста ребенка формируются поясничный лордоз и кифоз крестца. Методика рентгенографии давно известна и широко используется до настоящего времени при обследовании пациентов с заболеваниями позвоночника.

Цель исследования. Оценка информативности метода рентгенографии при функциональных

нарушениях позвоночника у детей с зубочелюстными аномалиями.

Материал и методы исследования. Для углубленного сравнительного обследования с помощью рентгенографии была выделена группа детей и подростков в количестве 110 детей в периоде сменного прикуса от 6-17 лет с зубочелюстными аномалиями. Рентгенологически определялась сколиотическая дуга позвоночника с углом Кобба от 5° и более с ротацией позвонков на вершине дуги. Эта группа детей и подростков с функциональными нарушениями позвоночника была отобрана для дальнейшего наблюдения и обследования после подбора ортодонтических аппаратов для коррекции выявленных нарушений окклюзии. Характеристика обследованных детей по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика детей и подростков по возрасту и полу

возраст	6-9 лет	9-11 лет	12-15 лет	16-17 лет	Всего
Девочки	10	18	25	6	59
Мальчики	4	15	23	9	51
Всего:	14	33	48	15	110