

«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, 2026 (103)

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.

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 қилинмайди ҳамда эгасига
қайтарилмайди.
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.
Бош муҳаррир муовуни: т.ф.д., проф. Акбаров А.Н.
Масъул котиб: т.ф.н., доц. Рахматуллаева Д.У.

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.
Алиева Р.К. (Озарбайжон), т.ф.д., проф.
Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф.
Бекжанова О.Е., т.ф.д., проф.
Боймуродов Ш.А., т.ф.д., проф.
Ғуломов С.С., т.ф.д., проф.
Ғаффоров С.А., т.ф.д., проф.
Даминова Ш.Б., т.ф.д., проф.
Жуматов У.Ж., 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.
Маргвелашвили В.В. (Грузия) т.ф.д., проф.
Нигматова И.М., т.ф.н., доцент
Ризаев Ж.О., т.ф.д., проф.
Рузудинов С.Р. (Қозғистон), т.ф.д., проф.
Тоиров У.Т. (Тожикистон), т.ф.д., проф.
Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф.
Хасанов А.И., т.ф.д., доц.
Юлдошев И.М. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Абдукодиров А.А. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Кисельникова Л.П. (Россия), т.ф.д., проф.
Курбонов Ф.Р. (Хоразм)
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Усмонов Ф.К. (Тошкент), т.ф.н., доц.
Узакберганава У.А. (Нукус)
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.

«Stomatologiya» - научно-практический журнал.
Основан в 1998 году.
Зарегистрирован повторно Агентством печати и информации Республики Узбекистан 15 августа 2007 г.
Свидетельство № 0289.

STOMATOLOGIYA

№ 2, 2026 (103)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Stomatologiya» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора наук (*Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года*).

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

100048, Республика Узбекистан,
г. Ташкент, ул. Махтумкули, 103
тел.: +99871-236-26-75;
факс: +99871-230-47-58
Адрес в Интернете:
stomjurnal.tibbiyot.com.

Оригинал-макет изготовлен в «Янги аспр авлоди».

Дизайн, компьютерный набор и верстка
Е.Алексеев

Редактор О.А.Козлова

Цена журнала договорная.

Публикация рекламы на коммерческой основе.

За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель. Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу не зарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются.

Авторы и редакционная коллегия несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имён и фамилий.

Главный редактор: д.м.н., проф. Р.Н. Нигматов
Зам.главного редактора: д.м.н., проф. Акбаров А.Н.
Ответственный секретарь: к.м.н., доц. Д.У.Рахматуллаева

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ando Masatoshi – США
Baek il Kim – Южная Корея
Daisuke Inaba – Япония
Elbert de Josselin de long – Голландия
Jin Young Choi– Южная Корея
Peter Botenberg – Бельгия
Абдуллаев Ш.Ю., д.м.н., проф.
Азимов М.И., д.м.н., проф.
Алиева Р.К. (Азербайджан), д.м.н., проф.
Амануллаев Р.А., д.м.н., проф.
Бекжанова О.Е., д.м.н., проф.
Баймуродов Ш.А., д.м.н., проф.
Гулямов С.С., д.м.н., проф.
Гаффаров С.А., д.м.н., проф.
Даминова Ш.Б., д.м.н., проф.
Джуматов У.Д., д.м.н., проф.
Иноятлов А.Ш., д.м.н., проф.
Ирсалиев Х.И., д.м.н., проф.
Калбаев А.А. (Кыргызстан), д.м.н., проф.
Комилов Х.П., д.м.н., проф.
Маргвелашвили В.В. (Грузия), д.м.н., проф.
Мухамедов И.М., д.м.н., проф.
Нигматова И.М., к.м.н., доцент
Ризаев Ж.А., д.м.н., проф.
Рузуддинов С.Р. (Казахстан), д.м.н., проф.
Таиров У.Т. (Таджикистан), д.м.н., проф.
Токаревич И.В. (Белоруссия), д.м.н., проф.
Трунин В.А. (Россия), д.м.н., проф.
Хабилов Н.Л., д.м.н., проф.
Хасанов А.И., д.м.н., доц.
Юлдашев И.М. (Кыргызстан), д.м.н., проф.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абдукадыров А.А. (Ташкент), д.м.н., проф.
Исмаилов М.М. (Фергана)
Кисельникова Л.П. (Россия), д.м.н., проф.
Курбанов Ф.Р. (Харезм)
Туляганов Б.О. (Ташкентская обл.)
Узакберганаева У.А. (Нукус)
Усманов Ф.К. (Ташкент), к.м.н., доц.
Хасанова Л.Э. (Ташкент), д.м.н.
Худанов Б.О. (Ташкент), д.м.н.
Шукурова У.А., (Ташкент), д.м.н.
Юлдашев А.А. (Ташкент), д.м.н.

ортодонттик аппаратлар ёрдамида даволаш
самарадорлигини қиёсий баҳолаш

Шукурова Г.Р., Якубова Ф.Х. Методы
лечения заболеваний пародонта у
ортодонтических пациентов

Юсупалиева К.Б., Нигматов Р.Н., Якубов Р.К.
Ранняя диагностика и лечение детей с
гипоплазией нижней челюсти

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Нурматова Н.Т., Гаффоров С.А., Якубова Ф.Х.
Клинико-стоматологические и иммунологические
особенности различных форм хронического
гингивита у детей и подростков

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Отамуродова Г.С., Нигматова И.М.
Комплексная оценка результатов
ортодонтического лечения глубокого прикуса на
основе цифровых технологий

Розметова Асаль Анварзода Гражданско-
правовая ответственность стоматологических
клиник как механизм повышения качества
медицинских услуг

Закирова Х., Ризаева С., Ибрагимов А.
Ортопедическая реабилитация искусственными
коронками в системе комплексного лечения
заболеваний пародонта

Махкамova Ф.Т. Влияние сигнального пути
JAK-STAT на развитие SARS-CoV-2

Собиров А.А., Гаффоров С.А. Тиш ва тишлар
катори аномалияларида пародонт тўқималаридаги
морфофункционал ўзгаришлар ва ортодонттик
даволашнинг биомеханик ҳамда микроэкологик
жиҳатлари

**Ирсалиев Х.И., Ибрагимов А., Ирсалиева Ф.,
Валиева Ф., Ирсалиева Ф.** Гнатологические
аспекты в зубочелюстной системе при
использования циркониевых материалов в
ортопедической стоматологии

**Рахматуллаева Д.У., Махсумова И.Ш.,
Суръатов Д.Х.** Эффективность лечения
хронических форм периодонтита в детском
возрасте

narrowing of the maxillary tooth rows using non-
removable orthodontic devices

Shukurova G.R., Yakubova F.H. Assessment
of immunomodulator efficiency against parodontitis
in orthodontic patient

**Yusupalieva K.B., Nigmatov R.N., Yakubov
R.K.** Early diagnosis and treatment of children
with mandibular hypoplasia

PEDIATRIC DENTISTRY

**Gafforov S. A., Nurmatoва N. T., Yakubova
F.H.** Clinical-dental and immunological features
of various forms of chronic gingivitis in children
and adolescents

REVIEWS

Otamurodova G.S., Nigmatova I.M.
Comprehensive assessment of the results of
orthodontic treatment of deep bite based on digital
technologies

Rozmetova Asal Anvarzoda Civil liability of
dental clinics as a mechanism for improving the
quality of medical services

**Khilola Zakirova, Sevara Rizaeva, Abdulla
Ibragimov** Orthopedic rehabilitation with artificial
crowns in the system of complex treatment of
periodontal diseases

Makhkamova F.T. Influence of jak-stat
signaling pathway on development of sars-CoV-2.

Sobirov A.A., Gafforov S.A. Morphofunctional
changes in periodontal tissues in dental and dental
arch anomalies and biomechanical and
microecological aspects of orthodontic treatment

**Irsaliev H.I., Ibragimov A., Irsaliev F.,
Valieva F., Irsaliev F.** Gnathological aspects in
the dental system when using zirconium materials
in orthopedic dentistry

**Rakhmatullaeva D.U., Makhsumova I.Sh.,
Suratov D.Kh.** Treatment of chronic forms
periodontitis in childhood

method for treating gingivitis in pediatric orthodontic patients using an immunomodulator is accessible and easy to use.

Key words: parodontitis, hygiene of oral cavity, clinical test, Stomalin, orthodontic treatment.

УДК: 616.716.4-007.21-07-08

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГИПОПЛАЗИЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



Юсупалиева К.Б., Нигматов Р.Н., Якубов Р.К.

Ташкентский государственный медицинский университет

В последние годы отмечается неуклонный рост рождаемости детей с врождённой патологией, в том числе с атипичными пороками развития лица и челюстей, сочетающимися с деформациями костей черепа и других костей скелета. Гипоплазия нижней челюсти (ГНЧ) является одним из наиболее выраженных проявлений гемифациальной микросомии (ГФМ), синдрома Гольденхара – второго по распространенности врожденного синдрома на лице после расщелины губы и неба [7]. Его распространенность колеблется от 1:3500 до 1: 6550 живорождений, по данным Xu S., Zhang Z., Tang X. – до 1:5600 [8]. Согласно другим сведениям, частота рождений детей с синдромом Гольденхара варьирует от 1/3500 до 1/7000 живорожденных, а частота рождения детей с врожденной глухотой составляет 1 на 1000 [6].

Врождённые заболевания приводят к длительной инвалидности, что сильно ухудшает качество жизни, оказывает значительное отрицательное воздействие на больных и их семьи [1,2]. Это, несомненно, подтверждает актуальность данной медико-социальной проблемы и ставит перед специалистами и учёными необходимость решения множества научных и практических задач.

Цель исследования

Совершенствование диагностики и консервативного лечения детей с гипоплазией нижней челюсти.

Задачи исследования

1. Изучить у детей с гипоплазией нижней челюсти соматические факторы, влияющие на

процессы ремоделирования костной ткани и формирование нижней челюсти

2. Разработать алгоритм комплексной диагностики и лечения гипоплазии нижней челюсти с использованием лечебного позиционирования нижней челюсти.

Материал и методы

Под наблюдением были 136 детей, из них 116 детей в возрасте от 3 до 18 лет с гипоплазией нижней челюсти, получавших амбулаторное и стационарное лечение в отделении детской челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института в 2012-2024 гг. Контрольную группу составили 20 здоровых детей. У всех обратившихся имелись признаки ограниченной ГНЧ в виде симптома гемифациальной микросомии и синдрома Гольденхара. В зависимости от связи ГНЧ с гемифациальной микросомией и синдромом Гольденхара пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – 67 пациентов с гипоплазией без клинических проявлений гемифациальной микросомии и синдрома Гольденхара; 2-я группа – 49 пациентов с клиническими проявлениями гемифациальной микросомии и синдрома Гольденхара.

В зависимости от возраста больные были разделены на 3 подгруппы: 1-я – до 6 лет – период молочного прикуса, дошкольный период – 22 пациента; 2-я – 7-12 лет – период смешанного прикуса, школьный, препубертатный период – 47 детей; 3-я – 13-18 лет – период постоянного прикуса – 10 детей.

В исследовании использовались рентгенологические, клиничко-лабораторные,

микробиологические, функциональные, биохимические и статистические методы.

Результаты исследования

Дети и их родители при осмотре предъявляли местные жалобы на одностороннее отставание в развитии лица, деформацию челюстей, деформацию или отсутствие ушной раковины, слухового прохода. Боли в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) имели место у 70%, смещение нижней челюсти (НЧ) в сторону – у 100%, утомляемость жевательных мышц – у 70%), что указывало на патологию ВНЧС, которая сопровождается болевым синдромом.

Подробный опрос жалоб и изучение их характера показал, что у детей с ГНЧ имеются:

- частые простудные заболевания, затруднение дыхания из-за частой заложенности носа, в ночное время сопровождающееся сильным храпом. быстрая утомляемость (95%), потливость (45%), головные боли (80%); беспокойный сон (70%) со сновидениями и сногворением указывали признаки заболевания ЦНС;

- со стороны органов ЖКТ выявлены жалобы, указывающие на нарушение

эвакуаторной функции кишечника и жёлчного пузыря, патологические изменения в пищеварительной системе (боли в области живота – 45%, запоры, чередующиеся с поносами – 70%, чувство боли или тяжести в правом подреберье – 55%, тошнота – 40%), что позволяло думать о патологии кишечника, желчного пузыря и печени;

- боли в области поясницы – у 45% больных, в области голени – у 70%, сведение пальцев ног – у 55% больных указывали на патологию опорно-двигательного аппарата и почек.

При осмотре челюстно-лицевой области у всех пациентов на момент обращения нарушение эстетики лица выражалось асимметрией лица, смещением оси носа, смещением подбородка, отклонением линии нижней губы при открывании рта, искривлением линии нижней губы относительно зрачка, искривлением окклюзионной плоскости относительно зрачка. У пациентов 2-й группы наблюдались деформация ушной раковины, преаурикулярные отростки, эпибульбарный дермоид (рис. 1).

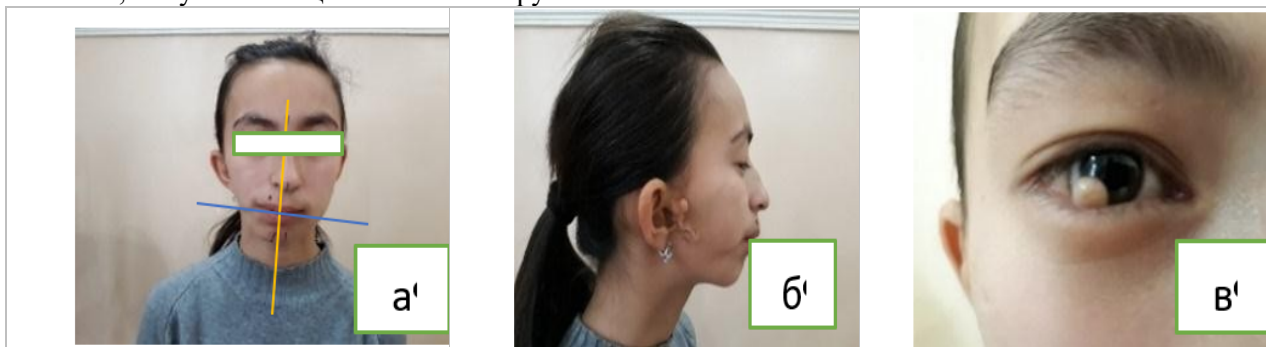


Рис. 1. Фотографии больной с ГНЧ и синдромом Гольденхара.

При комплексном изучении состояния здоровья детей с гипоплазией нижней челюсти выявлена однотипность патологических процессов во внутренних органах с преимущественным поражением ЖКТ, ЦНС, ВНС, почек, органов дыхания, объединенных в управляемые факторы риска. Они обуславливают развитие дисметаболического процесса с нарушением всех видов обмена, в том числе минерального, ЗФР и деформацией костной системы и челюстей.

Традиционным методом лечились 12 больных. В раннем возрасте у 3 детей 1-й группы младших возрастных групп метод заключался в первоначальном исправлении зубоальвеолярных деформаций, в 2 случаях после завершения роста – реконструкции ветви и ортодонтическом исправлении послеоперационной деформации. Ортодонтическое лечение проводилось в

поликлинике по месту жительства по общепринятой методике по усмотрению врача-ортодонта. Заболевания внутренних органов при этом не учитывались.

При сменном прикусе у 3 детей 2-й группы со значительным изменением СГ и СО (аномалийной и маленькой) и значительной деформацией челюстно-лицевой области с ограничением движений НЧ, особенно при затруднении низведения ветви. У больных с синдромом Гольденхара при ГНЧ III типа были показания к проведению операции мандибулярной кондизктомии с ортодонтическим лечением по месту жительства. В 1 случае проведена реконструкция ветви НЧ.

Традиционный подход к комплексному лечению гипоплазии, по нашему мнению, имеет существенные недостатки. При первичном обращении к специалисту врачу-

ортодонту часто не учитываются факторы риска развития патологии, не оценивается состояние других костей лицевого скелета, ЛОР-органов, функциональные нарушения, состояние ВНЧС [3-5]. Следствием этого является концентрация внимания на локальных нарушениях. Поэтому специалист теряет время на ортодонтическое лечение только зубоальвеолярной деформации, что по его завершению нередко является причиной недовольства пациента и его родителей. Кроме того, проведение хирургического этапа после неудачного ортодонтического лечения может сопровождаться интра-послеоперационными осложнениями, причиняет семье пациента значительный экономический ущерб. После операции могут наблюдаться вторичные деформации лица и более грубые нарушения прикуса, воспалительные осложнения. При этом возможности ортодонтического лечения у лиц старше 16 лет значительно более ограничены, чем в период активного роста и формирования ребенка. Недостаток с односторонним развитием здоровой стороны НЧ после операции приводит к деформации в связи с чрезмерным выступанием ветви и угла.

Мы предлагаем проводить лечение в 5 этапов:

Первый этап. Лечебное позиционирование НЧ путём её отведения в здоровую сторону и вперед до совпадения центра подбородка с центром лица и с функциональной разгрузкой пораженного ВНЧС.

Второй этап. Удержание нижней челюсти в приданном положении и исправление обратного прикуса на непораженной стороне. Проводится расширение верхней челюсти до соответствия зубоальвеолярных дуг со смещением центра верхней челюсти с центром лица.

Третий этап. Исправление одностороннего сужения нижней челюсти с язычным наклоном в области премоляров и моляров с функциональной разгрузкой пораженного ВНЧС.

Четвертый этап. Исправление деформаций зубных рядов при необходимости и по усмотрению больных их родителей с функциональной разгрузкой пораженного ВНЧС.

Пятый этап. Ретенционный период. При помощи ретенционных аппаратов проводится сохранение достигнутых результатов (рис. 2-5).

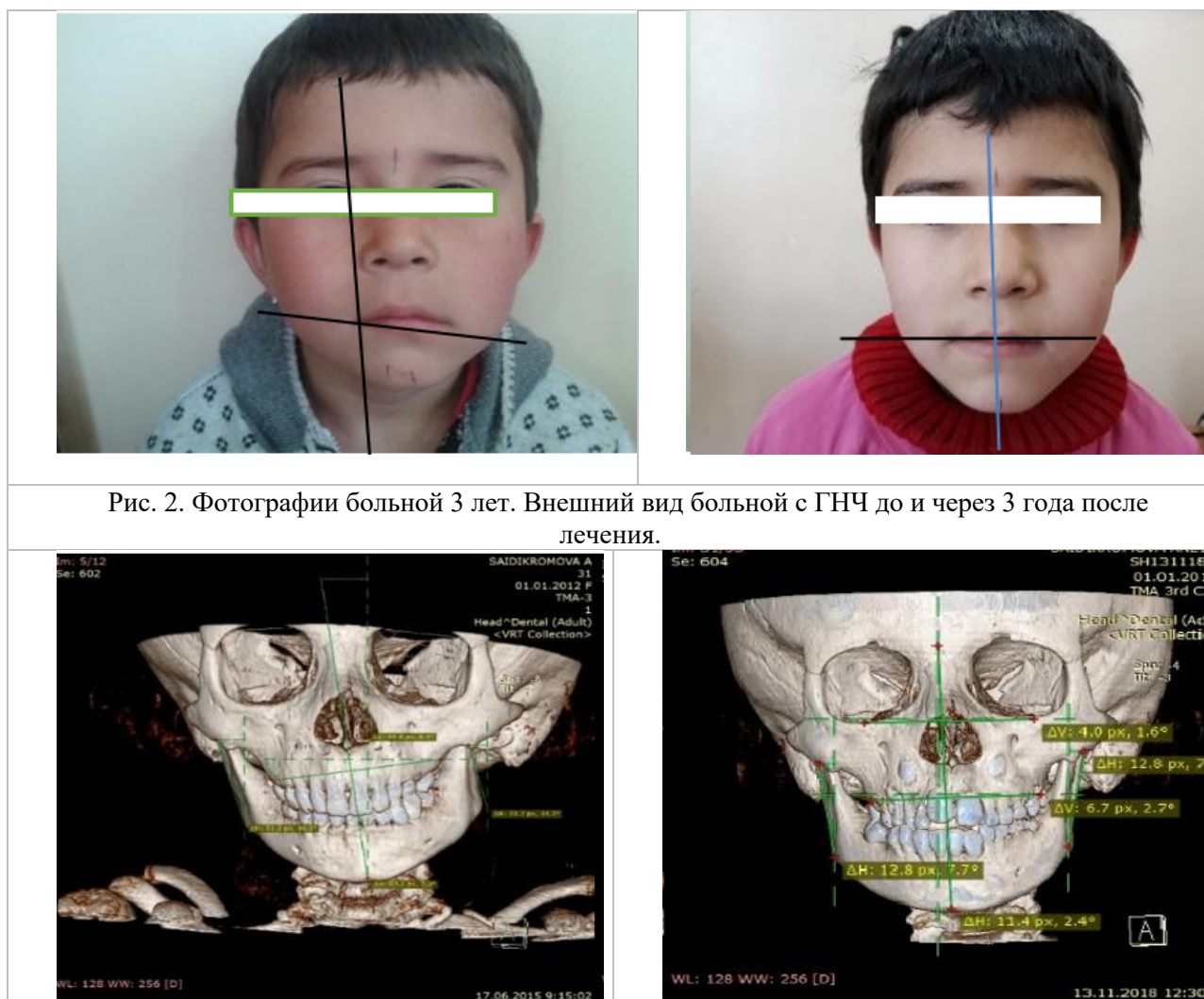


Рис. 3. Фотографии МСКТ больной до и после лечения. Наблюдается выравнивание угловых и линейных показателей.

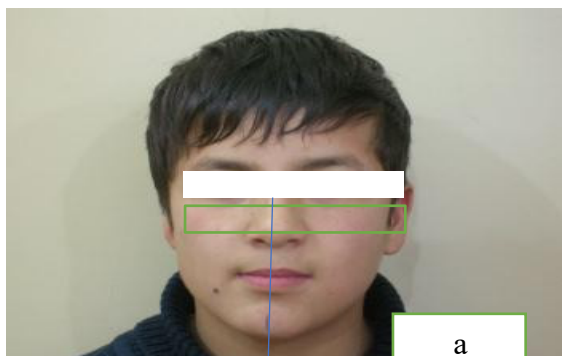


Рис. 4. Внешний вид 13-летнего пациента 2-й группы I типа до и после лечения (а, б), перед 3-м этапом (в) и окончательные результаты (г).

Полученные результаты свидетельствуют о достаточности применяемых ортодонтических аппаратов. Они указывают на экономичность междисциплинарного подхода к лечению в период роста ребенка, высокую эффективность консервативного метода, что способствует значительному улучшению общего состояния здоровья, его функций, эстетических показателей, формы и объема лицевых костей и челюстей. Это ограничивает показания к хирургическим методам, снижает риск послеоперационных осложнений и рецидивов, способствует снижению инвалидности среди детей и подростков.

Выводы

1. Результаты проведенных исследований свидетельствуют об эффективности предложенных методов за счет улучшения клинико-лабораторных показателей и указывают на их зависимость от методов консервативного лечения с лечебным позиционированием НЧ ортодонтическими аппаратами у детей с гипоплазией нижней челюсти.

2. Достигнута высокая эффективность предложенного комплекса консервативного метода с лечебным позиционированием НЧ на всех его этапах за счет улучшения обменных процессов путем устранения общих и местных факторов риска, улучшения неврологического,

психоэмоционального статуса, уменьшения негативного воздействия ретромикрогении с латерогнатией на окружающие ткани, устранения фактора травматической окклюзии, что в свою очередь позволило улучшить состояние костного метаболизма и ремоделирования костей, качество жизни пациентов.

Литература

1. Аверьянов С.В., Зубарева А.В. Влияние зубочелюстных аномалий на уровень качества жизни // Ортодонтия. – 2016. – №2 (74). – С. 33-34.
2. Арипова Г., Расулова Ш., Насимов Э., Акбаров К. Эффективность ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов в период смены прикуса // Stomatologiya. – 2019. – №1-2 (75-76). – С. 10-12.
3. Нигматов Р., Сулайманова Д., Нигматова И., Акбаров К. Вторичная деформация зубного ряда у детей в период сменного прикуса // Stomatologiya. – 2019. – №1(2 (75)). – С. 8-10.
4. Якубов Р.К., Нигматов Р., Якубова Н. Оценка состояния челюстно-лицевой области у женщин, родивших детей с врожденной дисплазией костной системы // Stomatologiya. – 2010. – №1 (41-42). – С. 148-152.
5. Якубов Р.К., Усманова Д.Д., Якубова З.А., Файзиев Б.Р. Функциональное состояние нервной системы у детей с деформациями

челюстей, обусловленными патологией височно-нижнечелюстного сустава // Неврология. – 2019. – №1 (77). – С. 17-19.

6. Bielicka B., Necka A., Andrych M. Interdisciplinary treatment of patients with Goldenhar syndrome-clinical reports // Dent. Med. Probl. – 2006. – Vol. 43. – P. 458-462.

7. Meazzini M.C., Mazzoleni F., Canzi G., Bozzetti A. Mandibular distraction osteogenesis in hemifacial microsomia: Long-term follow-up // J. Cranio-Maxillofac. Surg. – 2005. – Vol. 33, №6. – P. 370-376.

8. Xu S, Zhang Z, Tang X et al. The influence of gender and laterality on the incidence of hemifacial microsomia // J. Craniofac. Surg. – 2015. – Vol. 26, №2. – P. 384-387.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГИПОПЛАЗИЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Юсупалиева К.Б., Нигматов Р.Н., Якубов Р.К.

Цель: совершенствование диагностики и консервативного лечения детей с гипоплазией нижней челюсти. **Материал и методы:** в исследование были включены 136 детей, из них 116 детей в возрасте 3-18 лет с гипоплазией нижней челюсти, получавшие амбулаторное и стационарное лечение в отделении детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ в 2012-2024 гг. У всех обратившихся отмечались признаки ограниченной гипоплазии нижней челюсти в виде симптома гемифациальной микросомии и синдрома Гольденхара. **Результаты:** полученные результаты лечения свидетельствуют о достаточности применяемых ортодонтических аппаратов. Они указывают на экономичность междисциплинарного подхода к лечению в период роста ребенка, высокую эффективность консервативного метода, что способствует значительному улучшению общего состояния здоровья, его функций, эстетических показателей, формы и объема лицевых костей и челюстей. **Выводы:** предложенные методы обеспечивают улучшение клинико-лабораторных показателей и указывают на их зависимость от методов консервативного лечения с лечебным позиционированием нижней челюсти ортодонтическими аппаратами у детей с гипоплазией нижней челюсти.

Ключевые слова: дети и подростки, височно-нижнечелюстной сустав, зубочелюстные аномалии, гипоплазия нижней челюсти, синдром Гольденхара, ортодонтическое лечение.

JOY BO'YI GIPOPLAZIYASI BO'LGAN BOLALARNI ERTA TASHXIS QILISH VA DAVOLASH

Yusupalieva K.B., Nigmatov R.N., Yakubov R.K.

Maqsad: joy gipoplaziyasi bo'lgan bolalarni tashxislash va konservativ davolashni yaxshilash. **Material va usullar:** tadqiqotda 2012-yildan 2024-yilgacha TGSi klinikasining bolalar yuz-jag' jarrohligi bo'limida ambulatoriya va statsionar davolanish olgan 136 bola, shu jumladan 3-18 yoshdagi joy gipoplaziyasi bo'lgan 116 bola ishtirok etdi. Barcha bemorlarda gemifacial mikrosomiya va Goldenhar sindromi bilan namoyon bo'ladigan cheklangan joy gipoplaziyasi belgilari kuzatildi. **Natijalar:** davolash natijalari qo'llaniladigan ortodontik asboblarning yetarliligini ko'rsatadi. Ular bolaning o'sish davrida davolashga fanlararo yondashuvning iqtisodiy samaradorligini va konservativ davolashning yuqori samaradorligini ko'rsatadi, bu esa umumiy sog'liq, funktsiya, estetika, yuz suyaklari va jag'larning shakli va hajmini sezilarli darajada yaxshilaydi. **Xulosa:** taklif etilayotgan usullar klinik va laboratoriya parametrlarini yaxshilaydi va ularning pastki jag' gipoplaziyasi bo'lgan bolalarda ortodontik apparatlar yordamida pastki jag'ning terapevtik joylashuvi bilan konservativ davolash usullariga bog'liqligini namoyish etadi.

Kalit so'zlar: bolalar va o'smirlar, temporomandibulyar bo'g'im, dentofacial anomaliyalar, pastki jag' gipoplaziyasi, Goldenhar sindromi, ortodontik davolash.

EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDREN WITH MANDIBULAR HYPOPLASIA

Yusupalieva K.B., Nigmatov R.N., Yakubov R.K.

Objective: To improve the diagnosis and conservative treatment of children with mandibular hypoplasia. **Material and methods:** The study included 136 children, including 116 children aged 3-18 years with mandibular hypoplasia who received outpatient and inpatient treatment in the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery at the TGSi Clinic from 2012 to 2024. All patients presented with signs of limited mandibular hypoplasia, manifested by hemifacial microsomia and Goldenhar syndrome. **Results:** The treatment outcomes demonstrate the adequacy of the orthodontic appliances used. They demonstrate the cost-effectiveness of an interdisciplinary approach to treatment during a child's growth period and the high effectiveness of conservative treatment, which contributes to significant improvements in overall health, function, aesthetics, and the shape and volume of the facial bones and jaws. **Conclusions:** The proposed methods improve clinical and laboratory parameters and demonstrate their dependence on conservative treatment methods with therapeutic positioning of the mandible using orthodontic appliances in children with mandibular hypoplasia.

Key words: children and adolescents, temporomandibular joint, dentofacial anomalies,

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

УДК: 616.311.2-002:616-097-053.2

КЛИНИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ



Нурматова Н.Т.¹, Гаффоров С.А.¹, Якубова Ф.Х.²

¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, ²Ташкентский государственный медицинский университет

Известно, что воспалительные заболевания тканей пародонта (ВЗТП) занимают 2-е место среди стоматологических заболеваний и широко распространены среди всех категорий населения независимо от возраста, места жительства и пола [1,6]. По данным статистики ВОЗ, только среди взрослого населения различных возрастных групп ВЗТП страдают от 80 до 100%, при этом выявлен заметный рост частоты встречаемости у лиц в возрасте от 20 до 35 лет [2]. Причем, высокая распространенность ВЗТП (90,5 и 92,1%) установлена в возрасте соответственно 12 и 15 лет. Выявлена прямая корреляционная связь между значениями индексов РМА, пробой Шиллера – Писарева и индексом массы тела, длительностью заболевания [3,5]. Также доказано, что к местным причинам ВЗТП имеют отношение неудовлетворительная гигиена полости рта (ПР), нарушение техники и использования основных и дополнительных средств по уходу за ротовой полостью (РП), частое употребление мягкой пищи и преобладание легкоферментируемых углеводов, повышенная вязкость слюны и снижение скорости секреции.

Функциональное состояние тканей пародонта (ТП) во многом зависит от анатомического состояния зубо-челюстной системы (ЗЧС), а именно аномалии развития слизистой оболочки (СО) и др. [4,7]. Также установлено, что системные причины являются фоном для морфологических, иммунологических, биохимических изменений

организма человека в целом. Таким образом, при изучении данных литературы, касающихся ВЗТП, выявлено, что в развитии, диагностике и лечении данной патологии особенно важны местные иммунологические показатели полости рта [4,8].

Цель исследования

Оценка клинико-стоматологического, клинико-функционального и иммунологического состояния полости рта у детей и подростков с хроническими формами катарального и гипертрофического гингивита.

Материал и методы

Комплексное стоматологическое и иммунологическое обследование проводилось у 425 детей и подростков, из них 195 (45,9%) – с хроническим катаральным гингивитом (ХКГ) (ОГ-1), 165 (38,9%) – с хроническим гипертрофическим гингивитом (ХГГ) (ОГ-2). Контрольную группу (КГ-1) составили 65 (15,3%) практически здоровых детей и подростков. Все обследованные были разделены по возрасту: 6-9, 10-13 и 14-18 лет.

Стоматологическое обследование проводили стандартными клиническими методами; определяли интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ+кп, индекс гигиены по Грину – Вермильону (ОНИ-s, 1969), пародонтальный индекс (PI, по Russel (1956), изучали цвет и влажность слизистой оболочки полости рта (СОПР), глубину преддверия ПР, оценивали потребность в лечении заболеваний пародонта (индекса CPITN, рекомен-го ВОЗ).