

STOMATOLOGIYA

ISSN 2091-5845

№ 2
(71) 2018

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

5

НЕКОТОРЫЕ ФАКТЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

29

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА PERIO-FLOW®
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИИМПЛАНТИТА

46

ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Содержание

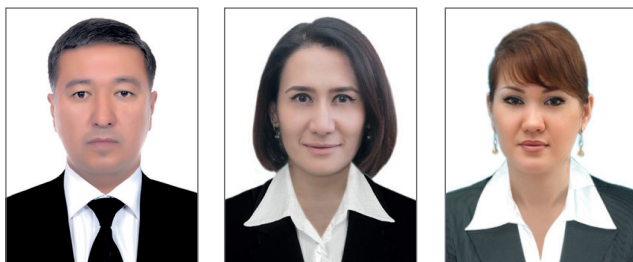
ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ
Ризаев Ж.А., Нурмаматова К.Ч. Некоторые факты развития стоматологической службы в Республике Узбекистан
Абдуазимова Л.А., Ризаев Э.А., Дустмухаммедов Э.Х. Оптимизация инновационного образования в медицинских вузах
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
Дубровская Е. Н. Эрозия зубов: современные подходы к лечению
Бекжанова О.Е., Юсупалиходжаева С.Х. Частота и нозологические формы кандидозного стоматита, встречающиеся на стоматологическом приеме
Хасанова Л.Э., Юнусходжаева М.К. Опыт применения препарата биоплант для лечения пародонтита
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
Сафаров М.Т., Дусмухамедов Н.Б. Клинико-функциональная оценка мостовидного протезирования с применением внутрикостных имплантатов
Мусаева К.А., Асом Б.В., Салиев С.У. Улучшение фиксации полных съемных пластиночных протезов в условиях выраженной атрофии в области верхнечелюстных бугров
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
Мукимов О.А., Олимов А.Б. Применение метода Perio-Flow® для лечения периимплантита
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
Абдуазимова Л.А., Ризаев Э.А., Джалилова Ф.Р., Дусмухамедова А.Ф. Инновационный подход к лечению осложнений кариеса у детей на основе алгоритмизации диагностики
Шомуродов К.Э., Кодиров Р.Х., Шамсиев Р.А., Мирхусанова Р.С. Математические модели прогнозирования эффективности различных методов лечения у детей с врожденной расщелиной неба на основе оцифрованных сигналов звукопроизношения
ОРТОДОНТИЯ
Ризаев Ж.А., Муслимова Д.М., Ризаева С.М., Рахманова О.А. Влияние базиса ортодонтических аппаратов на ткани твердого неба в различные этапы расширения верхней челюсти
Нигматова И.М., Нигматов Р.Н., Иногамова Ф.К. Дифференцированное ортодонтическое и логопедическое лечение по устранению произносительных расстройств у детей с зубочелюстными аномалиями
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ
Храмова Н.В., Атаков С.С. Проявление ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области
Гафоров С.А., Абдиримов И.С., Сабиров Б.Ю. Анализ причин неблагоприятных исходов протезирования металлокерамическими конструкциями

Content

THE ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY AND HISTORY	
Rizaev J.A., Nurmatova K.Ch. Some facts of the dental service development in the Republic of Uzbekistan	5
Abduazimova L.A., Rizaev E.A., Dustmukhammedov E.Kh. The optimization of innovative education in medical high schools	8
THERAPEUTIC DENTISTRY	
Dubrovskaya E. N. Erosion of teeth: modern approaches to treatment	12
Bekjanova O.E., Yusupalihodjaeva S.Kh. Frequency and nosological forms of candidiasis stomatitis, occurring at the dental appointment	18
Khasanova L.E., Yunushodjaeva M.K. Experience in the Biopant applying for the treatment of periodontitis	22
PROSTHODONTICS	
Safarov M.T., Dosmukhamedov N.B. Clinical and functional evaluation of bridge prosthetics with intraosseous implants	24
Musaeva K.A., Asom B.V., Saliev S.U. Improving the fixation of complete removable plate prostheses in conditions of pronounced atrophy in the region of the maxillary tubercles	27
SURGICAL DENTISTRY	
Mukimov O.A., Olimov A.B. The Perio-Flow® method application in the peri-implantitis treatment	29
PEDIATRIC DENTISTRY	
Abduazimova L.A., Rizaev E.A., Dzhaliilova F.R., Dsmukhamedova A.F. Innovative based on algorithmic diagnosis approach to the treatment of caries complications in children	33
Shomurodov K.E., Kodirov R.Kh., Shamsiev R.A., Mirkhusanova R.S. Mathematical models of predicting the effectiveness of various treatment methods in congenital cleft palate children based on digitized sound signal signals	38
ORTHODONTICS	
Rizaev J.A., Muslimova D.M., Rizaeva S.M., Rakhmanova O.A. Influence of the basis of orthodontic devices on the tissues of the solid palate in various stages of expansion of the upper jaw	41
Nigmatova I.M., Nigmatov R.N., Inogamova F.K. Differentiated orthodontic and logopedic treatment for the elimination of pronunciation disorders in children with dentofacial anomalies	43
AID FOR PRACTICING DOCTORS	
Khramova N.V., Atakov S.S. Manifestation of HIV infection in the maxillofacial area	46
Gafforov S.A., Abdirimov I.S., Sabirov B.Y. Analysis of the unfavourable consequences of prosthetics with metal-ceramic dentures	50

УДК: 616.716.1-089.23:614.314-089.23:66/67

ВЛИЯНИЕ БАЗИСА ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ НА ТКАНИ ТВЁРДОГО НЁБА НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



**Ризаев Ж.А., Муслимова Д.М.,
Ризаева С.М., Рахманова О.А.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Самым серьёзным вкладом в развитие ортодонтологии является фундаментальная работа российских исследователей Ф.Я. Хорошилкиной и Ю.М. Малыгина. «Основы конструирования и технология изготовления ортодонтических аппаратов», в которой изложены основные принципы конструирования, классификация и клинико-лабораторные этапы изготовления ортодонтических аппаратов (ОА), а также исследование П.Д. Маиляна, в котором дан анализ эффективности лечения предложенных им конструкций [2,6].

Однако известные механически действующие ОА при всем их многообразии не гарантируют от возможных осложнений, связанных с их применением. В доступной нам литературе мы не нашли сведений о конструкциях съёмных ОА, снижающих травматизацию десневой ткани при использовании расширяющих ОА, что привлекло наше внимание и что является одной из задач настоящей работы [1,4].

Действительно, при всей важности ортодонтического лечения следует помнить, что в полость рта вводятся конструкции, которые могут оказывать негативное воздействие на окружающие ткани. ОА с декомпрессионным слоем обладает большей терапевтической эффективностью по сравнению с традиционно применяемыми конструкциями [3,5].

Цель исследования

Изучение влияния базиса ОА на ткани твёрдого нёба.

Материал и методы

В клинических испытаниях нами использовался модифицированный ОА, позволяющий достигать тех же намеченных целей, но с меньшей травматизацией тканей. Для сведения к минимуму вышеупомянутых явлений мы усовершенствовали используемый ортодонтический аппарат путем избирательного нанесения эластичной пластмассы на внутреннюю поверхность базисной пластинки, что позволяет усилить нагрузки при ортодонтическом расширении боковых краёв твёрдого нёба, где расположен оральный скат альвеолярного отростка верхней челюсти с имеющимися в нем крупными сосудами, нервами, слюнными железами к подслизистой жировой клетчаткой.

При использовании расширяющей базисной нёбной пластинки его регулировочный винт активировали 2 раза в неделю по $\frac{1}{4}$ оборота. Таким образом, за месяц производилось два полных оборота, а за 4 месяца – 8 оборотов.

При полном расхождении запаса хода винта ширина раздвигания составляет 8 мм. Следовательно, за один оборот винта, т.е. за две недели, расширение составляет 1 мм.

Под наблюдением были 52 ребёнка (мальчики и девочки) в возрасте 7-12 лет с сужением верхней челюсти, нуждающиеся в ортодонтическом лечении. Пациенты методом случайной выборки были разделены на две группы. 22 больных 1-й группы при активации механизма расширения раз в неделю получали медикаментозное лечение анасеп-гелем в среднетерапевтической детской дозе на протяжении 12 недель. 32 детям 2-й группы на всех этапах лечения на фоне медикаментозной терапии проводилась лазерная коррекция восстановительных процессов когерентным излучением $\lambda=0,63$ мкм. Мощность 24 мВт с экспозицией по 2 мин на каждое поле раз в неделю всего 12 процедур аппаратом Матрикс ВЛОК с внутренними ротовыми насадками.

Результаты и обсуждение

Сразу после установки ОА пациентов отмечали чувство инородного тела во рту, изменение речи и вкусовых ощущений, однако эти неприятные ощущения вскоре проходили. Уже в течение первой недели становились заметны признакиороговения слизистой, которая на границах ОА приобретала бледно-розовый цвет. При очередной активации стоматоскопически выявляются выраженные очаговые травмы слизистой оболочки альвеолярного отростка, твёрдого нёба и переходной складки у большей части пациентов. Некоторые больные жалуются на трудности при приёме пищи, жевании. Со временем вследствие привыкания жалобы уменьшаются, однако гиперемизированные участки у пятой части больных имели место, что требовало коррекции отдельных звеньев барьерно-защитных звеньев слизистой оболочки полости

рта лекарственными или физиотерапевтическими средствами.

Хотя, как было отмечено ранее, мы использовали менее травматичный ОА с декомпрессионным покрытием, тем не менее, у больных наблюдались очаговые воспалительные явления. Их площадь и степень повреждения слизистой оболочки зависели от длительности воздействия расширяющего базисного аппарата. Иными словами, выраженность повреждения пропорциональна приложенной расширяющей силе (табл.).

Уже спустя неделю после установки ОА появились первые очаги травматизации, площадь которых составляла $2,8 \pm 0,12$ отн. ед. Спустя две недели после начала лечения размеры очагов воспаления (ОВ) достоверно увеличились в 2 раза и достигли $4,2 \pm 0,16$ отн. ед. ($t=7,0$; $p<0,01$). Наиболее интенсивный рост очагов воспаления приходится на время между 2-й и 4-й неделями, когда площадь воспаления достигла $14,1 \pm 0,50$ отн. ед. Затем в течение 2-го месяца пользования ортодонтическим аппаратом площадь ОВ практически не менялась, регистрировалась лишь тенденция к их росту ($t=1,8$; $p>0,05$). Однако на заключительном этапе наблюдения, в течение 3-го месяца пользования расширяющим аппаратом вновь наблюдался некоторый достоверный рост ОВ до $17,7 \pm 0,6$ отн. ед.

Таблица. Площадь очагов воспаления твёрдого нёба в различные сроки пользования расширяющим ОА, отн. ед.

Срок наблюдения	Площадь воспаления, отн. ед.	t	P
1 нед.	$2,8 \pm 0,12$	7,0	<0,01
2 нед.	$4,2 \pm 0,16$		
3 нед.	$8,0 \pm 0,32$		
1 мес.	$14,1 \pm 0,50$	9,9	<0,01
2 мес.	$15,1 \pm 0,55$	1,8	>0,05
3 мес.	$17,7 \pm 0,60$	3,1	<0,01

Таким образом, полученные нами данные позволяют сделать заключение, что деформирующая сила, приложенная к расширяющему ортодонтическому аппарату, даже при условии нанесения декомпрессионного покрытия, полностью не предупреждает возникновение очагов травматизации. Наши исследования помогут выбрать оптимальное сопутствующее лечение и устранить ОВ.

Литература

1. Дмитриенко С.В., Воробьев А.А., Краюшкин А.И. Морфологические особенности челюстно-лицевой области при аномалиях и деформациях и методы их диагностики: Учеб. пособие. – М., 2009. – 144 с.
2. Кузнецова Г.В., Попова И.В., Хабиб М. Зависимость положения окклюзионной плоскости от морфологического состояния зубочелюстной системы // Ортодонтия. – 2003. – №3. – С. 2-8.

3. Кустулиди С.А. Сравнительная характеристика пластики с накусочной площадкой и аппарата Андрейзена – Хойпля // Междунар. журн. прикладных и фундамент. исследований. – 2016. – № 11 (ч. 4). – С. 703-704.

4. Леонова Э.Л. Морфометрические основы ортодонтических вмешательств на нижней челюсти у детей различного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 23 с.

5. Профит У.Р. Современная ортодонтия. – М., 2017. – 560 с.

6. Bishara S.E. Text book of ortodontics. – Saunders company, 2001. – 98 p.

Цель: изучение влияния базиса ортодонтических аппаратов на ткани твёрдого нёба. **Материал и методы:** под наблюдением были 52 ребёнка (мальчики и девочки) в возрасте 7-12 лет с сужением верхней челюсти, нуждающиеся в ортодонтическом лечении. 22 больных 1-й группы при активации механизма расширения раз в неделю получали медикаментозное лечение анасеп-гелем в среднетерапевтической детской дозе на протяжении 12 недель. 32 детям 2-й группы на всех этапах лечения на фоне медикаментозной терапии проводилась лазерная коррекция восстановительных процессов когерентным излучением $\lambda=0,63$ мкм. **Результаты:** даже при использовании менее травматичного ортодонтического аппарата с декомпрессионным покрытием у больных на слизистой оболочке полости рта наблюдались очаговые воспалительные явления, площадь и степень которых зависели от длительности воздействия расширяющего базисного аппарата. **Выводы:** деформирующая сила, приложенная к расширяющему ортодонтическому аппарату, даже при условии нанесения декомпрессионного покрытия, полностью не предупреждает возникновение очагов травматизации. Поэтому необходимы дальнейшие исследования с целью выбора оптимального сопутствующего лечения и устранения очагов воспаления.

Ключевые слова: дети, ортодонтические аппараты, ткани твёрдого нёба, очаги травматизации, медикаментозная терапия.

This article considers the influence of the modified orthodontic apparatus on the tissues of the hard palate, in order to prevent traumatization and foci of mucosal inflamma. The modified orthodontic devices were made for 22 patients. At different times, the influence of the combined material of the apparatus on the mucosa of the hard palate.