

STOMATOLOGIYA

ISSN 2091-5845

№ 3
(72) 2018

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



26

Реабилитация больных со злокачественными опухолями и дефектами челюстно-лицевой области

55

Распространенность и факторы риска мезиальной окклюзии

65

Сравнительный анализ методов получения стволовых клеток

Взаимосвязь заболеваний полости рта с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (обзор литературы) <i>Н.Г. Саркисян, В.А. Воложанина, В.М. Готтлиб</i>	
Диагностика и лечение доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы (обзорная статья) <i>Жилонов А.А., Абдикхакимов А.Н., Ирискулова Э.У.</i>	
Распространенность и факторы риска мезиальной окклюзии <i>Муртазаев С.С.</i>	
Сочетанное применение методик инфильтрации эмали и реминерализующей терапии для устранения очаговой деминерализации после снятия брекет-системы <i>Ялышев Р., Акулович А.</i>	
Этиопатогенетические аспекты эксфолиативного хейлита <i>Бекжанова О.Е., Астанакулова М.М.</i>	
Сравнительный анализ методов получения стволовых клеток <i>Н.В. Храмова</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	
Реконструктивно восстановительные операции нижней челюсти после удаления опухоли <i>Хасанов Ак.И., Хасанов Ад.И., Примкулов Б.К., Умаров О.М., Иброхимов А.А., Махмудбеков Б.О.</i>	
Значение иммуногистохимических исследований в диагностике опухолей головы и шеи (литературный обзор) <i>Каримов А.Р., Хасанов Ак.И., Нишанов Д.А., Хасанов Ад.И., Мадалиев А.А.</i>	
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	
Биологические свойства лактобацилл выделенных из разных биотопов тела человека <i>Г.З.Халдарбекова, И.М. Мухамедов</i>	
Биохимические показатели крови и слюны у больных с патологией гепатобилиарной системы <i>Ибрагимова М.Х., Камиллов Х.П., Хаджиметов А.А.</i>	
Оценка уровня гипоксии в крови у больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух на фоне миокардита <i>Хасанов У.С., Вохидов У.Н., Джуреев Ж.А.</i>	
Распространённость ЛОР-патологии у больных с ронхопатией <i>У.С. Хасанов, У.Н. Вохидов, С.С. Шарипов</i>	
Ронхопатия фонада ЛОР-аэзоляри касалликлари бўлган беморларда ҳаёт сифатини баҳолаш <i>Хасанов У.С., Вохидов У.Н., Шарипов С.С.</i>	
Эффективность комплексной противовоспалительной терапии у больных хроническими гайморитами <i>О.М. Каримов, Д.Ф. Шамсиев</i>	
ИНФОРМАЦИЯ	
МУАЛЛИФЛАР ДИҚҚАТИГА	

The relationship of oral cavity diseases with gastroesophageal reflux disease (Review of literature) <i>N.G. Sarkisyan, V.A. Volozhanina, V.M. Gottlieb</i>	46
Diagnosis and treatment of benign tumors of the parotid salivary gland (Review article) <i>Zhilonov A.A., Abdikhakimov A.N., Iriskulova E.U.</i>	52
Prevalence and risk factors for mesial occlusion <i>Murtazaev S.S.</i>	55
Combined use of enamel infiltration techniques and remineralizing therapy to eliminate focal demineralization after removing the bracket system <i>Yalyshev R., Akulovich A.</i>	59
Etiopathogenetic aspects of exfoliative cheilitis <i>Bekzhanova O.E., Astanakulova M.M.</i>	61
Comparative analysis of methods for producing stem cells <i>N.V. Hramova</i>	65
SURGICAL DENTISTRY	
Reconstructive restorative operations of the lower jaw after removal of the tumor <i>Khasanov Ak.I., Khasanov Ad.I., Primkulov B.K., Umarov O.M., Ibrohimov A.A., Makhmudbekov B.O.</i>	69
The value of immunohistochemical studies in the diagnosis of head and neck tumors (literature review) <i>Karimov A.R., Khasanov Ak.I., Nishanov D.A., Khasanov Ad.I., Madaliev A.A.</i>	72
PROBLEMS OF RELATED SPECIALTIES	
Biological properties of lactobacilli isolated from different biotopes of the human body <i>G.Z. Khaldarbekova, I.M. Mukhamedov</i>	75
Biochemical parameters of blood and saliva in patients with pathology of the hepatobiliary system <i>Ibragimova M.Kh., Kamilov Kh.P., Khadzhimetov A.A.</i>	79
Assessment of the level of hypoxia in the blood of patients with diseases of the nose and paranasal sinuses against the background of myocarditis <i>Khasanov U.S., Vokhidov U.N., Dzhuraev Zh.A.</i>	82
Prevalence of ENT-pathology in patients with rorhopathy <i>U.S. Khasanov, U.N. Vokhidov, S.S. Sharipov</i>	85
Evaluation of the quality of life of patients with diseases of ENT-organs on background of rorhopathy <i>Khasanov U.S., Vokhidov U.N., Sharipov S.S.</i>	90
The effectiveness of complex anti-inflammatory therapy in patients with chronic sinusitis <i>O.M. Karimov, D.F. Shamsiev</i>	93
INFORMATION	
К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ	94

5. Варшавский А.И. Клиника, диагностика и лечение аденолимфомы околоушной железы // *Стоматология*. – 2004. – №3. – С. 33-37.
6. Добрымислова Н.А. Лучевая диагностика новообразований слюнных желез // *Вопр. онкол.* – 2000. – Т. 46, №4. – С. 472-476.
7. Дрегалкина А.А. Анализ причин рецидивов доброкачественных опухолей слюнных желез // *Пробл. стоматол.* – 2014. – №3. – С. 26-29.7
8. Дударева И.В., Ластовка А.С., Кушников А.И. Сопоставление макро- и сонографической структуры аденолимфомы. Ретроспективный анализ // *Пробл. здоровья и экологии*. – 2016. – №4. – С. 31-35.
9. Иорданишвили А.К., Иорданишвили А.К., Лобейко В.В. Заболевания слюнных желез в различном возрасте и их особенности // *Вестн. Рос. Воен.-мед. акад.* – 2014. – №3 (45). – С. 85-89.
10. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В. Возрастные особенности патологии слюнных желез // *Науч. ведомости*. – 2014. – №24 (195). – С. 254-259.
11. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Заборовский К.А., Подберезкина Л.А. Лечение реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез у людей старших возрастных групп // *Вестн. Рос. воен.-мед. акад.* – 2015. – №1 (49). – С. 43-47.
12. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Поленс А.А., Жмудь М.В. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез // *Пародонтология*. – 2012. – №2 (63). – С. 71-75.
13. Людчик Т.Б., Базык-Новикова О.М. Хирургическое лечение доброкачественных образований слюнных желез // *Мед. новости*. – 2013. – №11. – С. 35-37.
14. Матякин Е.Г., Дробышев А.Ю., Азизян Р.И. Рецидивы смешанных опухолей околоушных слюнных желез // *Стоматология*. – 2010. – Т. 89, №1. – С. 75-77.
15. Осипян Э.М., Березина А.Е. и др. Значение цитоморфологических исследований в диагностике заболеваний слюнных желез // *Мед. вестн. Северного Кавказа*. – 2011. – №2. – С. 34-36.
16. Светицкий П.В., Енгибарян М.А., Гусарева М.А. Рецидивная плеоморфная аденома глоточного отростка околоушной слюнной железы // *Стоматология*. – 2014. – №6. – С. 49-51.
17. Хамгушиеева Н.Н., Матвеев К.А., Диаб Х.М. Использование четырехканального интраоперационного мониторинга лицевого нерва у пациентов с доброкачественными новообразованиями околоушной слюнной железы // *Рос. оториноларингол.* – 2014. – №3 (70). – С. 106-110.
18. Atif M., Stringer M.R., Cruse-Sawyer J.E. et al. // *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy*. – 2005. – №2. – P. 235-238.
19. Bradley P.J. Pathology and treatment of salivary gland conditions // *Surgery (Oxf.)*. – 2006. – Vol. 24, №9. – P. 304-311.
20. Generosi A., Rau J. V., Rossi Albertini V., Paci B. Crystalization process of carbonate substituted hydroxyapatite nanoparticles in toothpastes upon physiological conditions: an in situ time-resolved X-ray diffraction study // *Mater. Sci. Mater. Med.* – 2010. – Vol. 21, №2. – P. 445-450.
21. Lijima M., Hashimoto M. Crystal growth on bioactive glass sputter-coated alumina in artificial saliva // *Dent. Mater.* – 2013. – Vol. 32, №5. – P. 775-780.
22. Madani G.T. Beale Inflammatory Conditions of the Salivary Glands // *Semin. Ultrasound, CT, MRI*. – 2006. – Vol. 27, №6. – P. 440-451.
23. Nieuw Amerongen A.V., Oderkerk C.H., Driessen A.A. Role of mucins from human whole saliva in the protection of tooth enamel against demineralization in vitro // *Caries Res.* – 1987. – Vol. 21. – P. 297-309.
24. Pancu G., Lacatusu S., Caruntu I.D. et al. Evaluation of caries activity using the micro-crystallization saliva index (IMK) // *Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi*. – 2006. – Vol. 110, №1. – P. 6-10.
25. Robertson C.A., Hawkins E.D., Abrahamse H. // *J. Photochem. Photobiol.* – 2009. – №1. – P. 1-8.
26. Senge M.O. // *Photodiag. Photodyn. Ther.* – 2012. – №9. – P. 170-179.
27. Senge M.O., Radomski M.W. // *Photodiag. Photodyn. Ther.* – 2013. – №10. – P. 1-16.
28. Taylor M. et al. // *J. Otolaryngol.* – 2003. – Vol. 32. – P. 71-76.
29. Wasson J. et al. // *Ann. Royal Col. Surg. Engl.* – 2010. – Vol. 92. – P. 40-43.
30. Zhi K. et al. // *Aest. Plast. Surg.* – 2011. – Vol. 35. – P. 558-562.

УДК: 616.314.22/21-007-07-092

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ



Муртазаев С.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Описана распространенность мезиальной окклюзии, факторы риска ее развития, связь возникновения со всем комплексом челюстно-лицевой области, а также национальная предрасположенность к строению зубо-челюстной системы при мезиальной окклюзии с учетом географической распространенности.

Ключевые слова: аномалии зубочелюстной системы, мезиальная окклюзия, наследственный фактор, стоматологическое здоровье.

Annotation

The article describes the prevalence of mesial occlusion, and its risk factors for this anomaly, the association of the occurrence with the entire complex of the maxillofacial area, as well as the national predisposition to the structure of the dent alveolar system with mesial occlusion, taking into account the geographical prevalence.

В современный период особую нишу в стоматологии занимают исследования аномалий зубочелюстной системы (ЗЧС), которые определяются как отклонения от нормы ее анатомических частей (зубов, челюстей, мышц языка, мягких тканей). Аномалии зубочелюстной системы занимают одно из первых мест среди заболеваний челюстно-лицевой области [15,18,21,23].

Эпидемиологические стоматологические исследования, проведенные российскими учеными, выявили, что доля детей, страдающих зубочелюстными аномалиями, составляет до 75%, и эта цифра имеет тенденцию к дальнейшему росту [2,9,25].

Так, по данным В.М. Водолацкого распространенность зубочелюстных деформаций в возрасте 2-17 лет составляет $60,75 \pm 0,69\%$. Основным клиническим проявлением деформации зубочелюстной системы у детей и подростков является нарушение соотношения зубных рядов ($54,86 \pm 0,71\%$), достоверно превышающее частоту аномалий положения зубов ($27,56 \pm 0,64\%$) и деформации зубных рядов ($17,58 \pm 0,54\%$). Патологическая окклюзия зубных рядов в $92,38 \pm 0,51\%$ наблюдений представляла сочетанную деформацию в двух ($85,57 \pm 0,68\%$) и трех ($6,81 \pm 0,49\%$) плоскостях [8,9].

Согласно Оксону, окклюзия определяется как связь между верхними и нижним зубами при функциональном контакте во время активности нижней челюсти [33].

Одной из аномалий ЗЧС является мезиальная окклюзия. Мезиальная окклюзия представляет собой нарушение смыкания верхнего и нижнего зубного рядов, при котором нижняя челюсть (НЧ) выступает вперед. Различают 2 формы мезиальной окклюзии. Первая – зубоальвеолярная, при которой кости верхней челюсти (ВЧ) и НЧ имеют нормальные размеры и положение, вторая – скелетная, проявляющаяся при нарушении развития челюстей. При скелетной форме мезиальной окклюзии недостаточное развитие и ретро-положение ВЧ наблюдается чаще при чрезмерном развитии НЧ [2,3,31].

По результатам эпидемиологического стоматологического обследования населения РФ было выявлено, что у 60% обследуемых детей до 14 лет имеются зубочелюстно-лицевые аномалии [16,24,26].

В Узбекистане выполнен ряд научных работ по определению цефалометрических норм узбекской популяции для отдельных возрастных групп населения, инди-

видуальных особенностей зубов и челюстей с учетом расовой принадлежности [20,32].

В исследовании по изучению распространенности аномалий и деформаций зубочелюстной системы у школьников г. Ташкента установлено, что у детей со сменным прикусом распространенность аномалий и деформаций составила 65,5%. Среди факторов, способствующих их возникновению и развитию установлены следующие: вредные привычки, нарушение жевания, надкусывание инородных предметов. Установлено, что только 6,93% детей, имеющих аномалии зубочелюстной системы, в период сменного прикуса получили стоматологическую ортодонтическую помощь [1,23].

В процессе роста и развития черепно-лицевого скелета большое значение имеет функция жевательных мышц, зависящая от того, какую силу затрачивают жевательные мышцы на пережевывание пищи. Пища современного человека претерпела значительную трансформацию. Если в каменном веке человек вынужден был питаться сырой и полусырой пищей, используя большое количество растительной клетчатки, жевательный аппарат (зубы, челюсти, мышцы) испытывал большие нагрузки, чтобы эту пищу переработать. Первобытные люди имели мощные крупные челюсти, в которых было достаточно места для размещения зубов. Употребляя переработанную, рафинированную пищу, современный человек не напрягает так напрягать свой жевательный аппарат, как это было раньше. Цивилизация принесла человечеству много положительного, но, к сожалению, зубочелюстная система от этого не выиграла. Поэтому наиболее часто среди аномалий прикуса встречаются тесное положение зубов, деформация зубных рядов, нарушение смыкания зубов и соотношения челюстей [24].

Следует отметить, что при любой аномалии прикуса возможны наличия симптомов мышечно-суставной дисфункции (Арсенина, Арушанян, Гизатуллина). Из клинических проявлений дисфункций наблюдаются участки повышенной стираемости твердых тканей зубов, клиновидные дефекты, болезненность при пальпации мышц челюстно-лицевой области и ВНЧС. При обследовании пациентов с зубочелюстными аномалиями, наряду с кариозными поражениями, встречаются некариозные [7,10].

Уже на ранних этапах формирования прикуса мезиальная окклюзия зубных рядов сопровождается значительными морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями, что отрицательно сказывается как на физическом, так и на психоэмоциональном состоянии детей, подростков и взрослых. По мнению многих авторов, мезиальный прикус является полиэтиологической патологией [4,6,9,12].

Выявлено, что сагиттальный размер зубных рядов взаимосвязан с функциональным состоянием языка (длина переднего отрезка верхнего зубного ряда, его апикальный базис проекционная длина всего зубного ряда). Отмечено, что чем меньше объем полости рта и выше биопотенциал мышц языка, тем ежу зубной

ряд, апикальный базис верхней и нижней челюсти. При увеличении языка происходит нарушение роста челюстных костей, и возникает резцовая дизокклюзия. Следует отметить, что при заболеваниях носоглотки и затрудненном носовом дыхании в полости рта изменяется положение языка, что сильно влияет на формирование жевательного аппарата [11,13,21,22,24].

Многие авторы большое значение придают нарушениям функции мышц при глотании, приводящим к возникновению зубочелюстных аномалий. Установлено, что тип глотания сначала и до окончания полного прорезывания временных зубов изменяется с инфантильного типа до соматического. При инфантильном типе глотания язык упирается в мягкие ткани губ и щек. Соматический тип глотания осуществляется при сомкнутых зубных рядах, при этом язык упирается в оральную поверхность зубов, а кончик – в небную поверхность верхних передних зубов. Наблюдения показывают, что при сохранении инфантильного типа глотания после прорезывания временных зубов, когда кончик языка проскальзывает между передними зубами, функция подбородочной мышцы превалирует. Формируется деформация зубных рядов, при этом на переднем участке нижней челюсти происходит зубоальвеолярное укорочение, протрузия передних зубов верхней челюсти, в итоге наблюдается дизокклюзия. Характерными признаками у таких детей является несмыкание губ, напряжение подбородочной мышцы и мимических мышц [14,18].

В развитии мезиального прикуса большую роль играет наследственный фактор. Данная аномалия имеет аутосомно-доминантный тип наследования с неполной пенетрантностью ($51,0 \pm 4,3\%$), то есть, если у одного из родителей есть патология по данному признаку, у ребенка в фенотипе она проявится с вероятностью приблизительно 30% [15,18,21].

Таким образом, можно заключить, что генетическая предрасположенность часто подкрепляется воздействием еще какого-либо этиологического фактора.

Рахит и другие нарушения фосфорно-кальциевого обмена в детском возрасте могут привести к нарушению формирования костей, их минерализации. Это может нарушить рост челюстей, а также сместить сроки прорезывания зубов, послужить причиной несвоевременного прорезывания, их ретенции и дистопии [23].

Деформация прикуса III класса не раз была в поле зрения многих исследователей [28-30]. Ученые данную аномалию развития ЧЛО считают фактором многих проблем из области филогении, развития, этиологии и лечения, морфологии и др.

Зубочелюстные аномалии приводят к таким нарушениям, как зубные (положение зубов, форма зубных рядов); миофункциональные (функция жевательных и мимических мышц челюстно-лицевой области); суставные (положение нижней челюсти в височно-нижнечелюстных суставах) аспекты. В детской ортодонтии для их устранения используется два типа аппаратов: меха-

нические и функциональные. Большинство механических ортодонтических аппаратов воздействуют на зубы, исправляя их положение и форму зубных рядов. Функциональные аппараты при раннем ортодонтическом лечении направляют рост челюстей, способствуют сдерживанию или стимуляции роста различных отделов челюстей, устраняют неблагоприятное воздействие на них мимических и жевательных мышц, а также языка [5,19,23].

Такая вариабельность обусловлена несовершенством методов диагностики, различием в терминологии, отсутствием классификаций и определений форм снижения гнатической части лица. К тому же специалисты часто не уточняют этиологические факторы и динамику развития патологии [14].

В исследованиях, целью которых являлся поиск путей оптимизации ортодонтического лечения, говорится, что необходимо контролировать нервно-мышечный баланс, так как это является критерием стабильности жевательного аппарата, залогом функциональной гармонии и дальнейшего отсутствия рецидивов после окончания лечения. Функциональные нарушения жевательных мышц встречаются с довольно высокой частотой [21].

Мезиальная окклюзия – одна из сложных аномалий, встречающихся у детей, подростков, взрослых. Несколько точно получены оттиски с зубов и челюстей у пациентов с мезиальной окклюзией, а затем изготовлены диагностические модели, настолько правильное будет поставлен диагноз и составлен план лечения [17,18,21].

Распределение факторов, способствующих формированию зубочелюстных аномалий, часто бывает условным. Факторы могут действовать последовательно, либо сочетаться, по этой причине их не всегда можно четко разделить на общие и местные, экзогенные и эндогенные. При этом известно, что доля экзогенных причин в развитии зубочелюстно-лицевых аномалий значительно больше, чем таковая эндогенных наследственных. Поэтому наибольшее внимание следует уделять изучению и устранению этиологических факторов внешней среды, приводящих к нарушению развитию органов зубочелюстно-лицевой области [21,27].

Ведущие ученые и практические врачи Узбекистана вносят свой вклад в организацию формирования здоровья детей, в том числе и стоматологического. Ученые держат под контролем эпидемиологическую ситуацию, изучают распространенность и структуру зубочелюстных аномалий и деформаций, планируют региональные лечебно-профилактические мероприятия и программы, проводят научные исследования [1,5,23,32].

Ученые Узбекистана обмениваются опытом научных достижений со многими ведущими мировыми стоматологическими клиниками и университетами, что приносит свои положительные результаты по улучшению стоматологического здоровья населения республики.

Список литературы

1. Абдуазимов А.Д., Фаттахова Я.А. Распространенность прогении у детей Ташкента и Алматы республики Узбекистан // *Ортодонтия*. – 2010. – №1 (49). – С. 4-5.
2. Аболмасов Н.Н., Аболмасов Н.Г. Комплексное лечение пациента с аномалией прикуса III класса, осложненной дефектами зубных рядов: анализ клинического случая // *Стоматология*. – 2014. – №6. – С. 57-61.
3. Агашина М.А., Фицев С.Б., Лепилин А.В. Параметры зубных дуг верхней и нижней челюстей в трансверсальном направлении // – 2017. – №1. – С. 36-39.
4. Андреева Л.С. Изучение воздействия лицевой маски на скелетные соотношения пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов после пика роста // *Ортодонтия*. – 2013. – №2 (62). – С. 30.
5. Арипова Г.Э., Исломова И.З. Иккиламчи деформация юзага келишида ён тишларнинг табиий уқини ахамияти // *Stomatologiya*. – 2014. – №1. – С.47-49.
6. Арушанян А.Р., Пылаев Э.В. Анатомо-топографическое строение височно-нижнечелюстных суставов у пациентов с мезиальной окклюзией в сочетании с дефектами зубных рядов // *Бюл. мед. интернет-конференций*. – 2015. – Т. 5, №4. – С. 269.
7. Бимбан Е.С., Мяжкова Н.В., Сайпеева М.М. и др. Взаимосвязь нарушения стираемости временных зубов с зубочелюстной аномалией // *Пробл. стоматол.* – 2015. – №1. – С. 47-50.
8. Водолацкий В.М. Клиника и комплексное лечение сочетанных форм аномалий окклюзии зубных рядов у детей и подростков: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ставрополь, 2010. – 42 с.
9. Водолацкий В.М., Водолацкий М.П., Туманян С.М. Комплексная программа устранения мезиальной окклюзии зубных рядов у подростков // *Успехи соврем. естествознания*. – 2013. – №6. – С. 22-26.
10. Гиоева Ю.А., Дубова Л.В., Самохина Е.В. и др. Частота сочетания повышенного стирания твердых тканей зубов с аномалиями окклюзии // *Ортодонтия*. – 2015. – №2 (70). – С. 22-27.
11. Гиоева Ю.А., Цветкова М. А. Определение особенностей положения языка в полости рта у пациентов с дистальной и мезиальной окклюзией // *Dental Forum*. – 2011. – №5. – С. 24-25.
12. Гуненкова И.В., Смолина Е.С., Погосян Н.С. Влияние ЗЧА на психоэмоциональное состояние подростков // *Ортодонтия*. – 2007. – №3. – С. 60-61.
13. Данилова М.А. Теоретическое обоснование миофункциональной коррекции сагиттальных аномалий окклюзии и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // *Стоматология*. – 2012. – №3. – С. 65-69.
14. Дорошенко С.И., Кульгинский Е.А., Стороженко К.В. Особенности ортодонтического лечения пациентов с дистальным прикусом в разные возрастные периоды формирования зубочелюстного аппарата // *Соврем. ортодонтия*. – 2012. – №03 (29). – С. 5-12.
15. Дюгай Г.Я. Распространенность миофункциональных нарушений зубочелюстной системы у детей дошкольного и школьного возраста // *Stomatologiya*. – 2012. – №1-2. – С. 121-123.
16. Картон Е.А. Организация и планирование комплексной реабилитации пациентов с сагиттальными аномалиями окклюзии // *Соц. аспекты здоровья населения*. – 2015. – №3.
17. Козлова А.В., Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С. Современные принципы планирования лечения пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов // *Тихоокеанский мед. журн.* – 2013. – №1. – С. 6-11.
18. Митчелл Л. Основы ортодонтии. – М.: ГЭОТАР-Медиа – 2-е изд./ Пер. с англ. – М., 2017.
19. Назаров О.Н., Махсумов С.Н. Эффективность раннего ортодонтического лечения детей дошкольного возраста с дистальной окклюзией с ранним использованием эластопозиционеров // *Stomatologiya*. – 2012. – №1-2. – С. 126-134.
20. Нигматов Р.Н., Арипова Г.Э., Муртазаев С.С. Определение цефалометрических норм узбекской популяции (население Узбекистана) // *Stomatologiya*. – 2014. – №3-4. – С.68-73.
21. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.
22. Польша Л.В., Персин Л.С., Оборотистов Н.Ю. Диагностика мезиальной окклюзии с помощью различных морфометрических методик // *Ортодонтия*. – 2009. – №1(45). – С. 77-78.
23. Рузматова И.М., Нигматов Р.Н., Раззаков Ш.М. Изучение распространенности аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей г.Ташкента // *Stomatologiya*. – 2014. – №3-4. – С. 73-79.
24. Солдатова Л.Н., Хорошилкина Ф.Я., Иорданишвили А.К. Дефекты медицинского освидетельствования при зубочелюстных аномалиях // *Стоматол. детского возраста и проф.* – 2017. – №3. – С.41-44.
25. Тихонов В.Э., Митин Н.Е., Гришин М.И. Распространенность и структура зубочелюстных аномалий у школьников начальных классов г. Рязани // *Пробл. стоматол.* – 2017. – №2. – С. 83-87.
26. Хорошилкина Ф.Я., Чобанян А.Г., Манучарян А.А. Метод анализа телерентгенограмм головы по Шварцу // *Ортодонтия*. – 2012. – №2 (58). – С. 27-33.
27. Al-Jewair T.S., Preston C.B., Flores-Mir C. Correlation between craniofacial growth and upper and lower body heights in subjects with Class I occlusion // *Dent. Press J. Orthodont.* – 2018. – Vol. 23, №2. – P. 37-45.
28. Al-Mozany S.A., Dalci O., Almuzian M. A novel method for treatment of Class III malocclusion in growing patients // *Prog. Orthod.* – 2017. – Vol. 18, №1. – P. 40.
29. Aydemir R., Efendiyeva R. H; Karasu H. Evaluation of long-term soft tissue changes after bimaxillary orthognathic surgery in Class III patients // *Angle Orthodont.* – 2015. – Vol. 85, №4. – P. 631-637.

30. Choi S.H., Kim J. S., Cha J.Y. Effect of malocclusion severity on oral health-related quality of life and food intake ability in a Korean population // *Amer. J. Orthod. Dentofacial. Orthop.* – 2016. – Vol. 149, №3. – P. 384-390.
31. Fernandez C.C.A., Pereira C.V.C.A., Luiz R.R. Dental anomalies in different growth and skeletal malocclusion patterns // *Angle Orthodont.* – 2018. – Vol. 88, №2. – P. 195-201.
32. Murtrazaev S.S., Dismukhamedov M.Z., Murtazaev S.S. Ethnic aspects of orthognathic bite // *Europ. Sci. Rev.* – 2015. – №7-8. – P. 80-85.
33. Okeson J.P. Orofacial pain guidelines assessment, diagnosis and managements. – Chicago: Ed. Quintessence, 1996.

УДК: 616.314.13-003.8:615.272-085

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК ИНФИЛЬТРАЦИИ ЭМАЛИ И РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ СНЯТИЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ



Акулович А., Ялышев Р.

Стоматологическая клиника «Дентикюр»,
г. Санкт-Петербург, Россия

В стоматологическую клинику «Дентикюр» обратилась пациентка в возрасте 33-х лет с жалобами на белые пятна, появившиеся после недавнего снятия брекет-системы (рис. 1). На клиническом осмотре были выявлены локализованные белые пятна на центральных резцах верхней челюсти (рис. 2, 3). Локализация пятен в эмали очень четко визуализируется, если при фотопротоколе использовать поляризационный фильтр. В нашей клинике для фотопротокола используется фильтр polar_eyes (Photomed, США) (рис. 1, 4).

После консультации и объективной оценки дефектов на эмали, пациентке была предложена одна из популярных методик устранения данного дисколорита, когда



Рис. 1

Рис. 2



Рис. 3

Рис. 4

очаг деминерализации залегает достаточно глубоко в эмали: инфильтрация эмали композиционной смолой по технологии ICON (DMG, Германия) в комбинации с реминерализующей терапией. При ознакомлении с планом лечения пациентка была проинформирована о том, что полное устранение данного дисколорита данными методиками не гарантировано. Но в данном случае, мы предлагаем начать с неинвазивного решения проблемы, и пациенты в подобных ситуациях всегда охотно идут на этот вариант лечения.

Клинические этапы:

Перед началом процедуры была проведена профессиональная гигиена полости рта, затем изолирована рабочая область при помощи тефлона и жидкого коффердама (рис. 5, 6).

На область белых пятен наносится первый элемент из схемы использования ICON - Icon Etch на основе 15% соляной кислоты и распределяется при помощи аппликатора (рис. 7, 8). Экспозиция – около 2-х минут. Участки коронковой части зуба, не пораженные гипоплазией, защищаются от агрессивного влияния протравочного геля жидким коффердамом. После чего кислота смывается дистиллированной водой в течение 1,5 мин. и поверхность эмали высушивается струей воздуха (рис. 9). Далее на очаги белых пятен наносится раствор Icon Dry на основе 99% этилового спирта с экспозицией 30 сек. (рис. 10). Следующий этап - нанесение третьего активного компонента - композиционной смолы Icon Infiltrate, который тщательно втирается специальным бра-



Рис. 5

Рис. 6

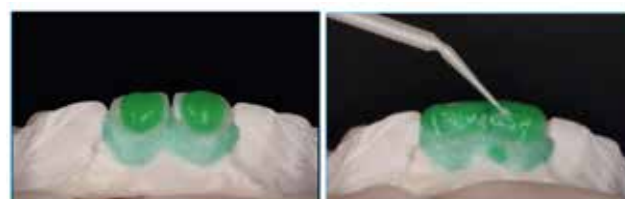


Рис. 7

Рис. 8