

STOMATOLOGIYA

№2
(75)2019

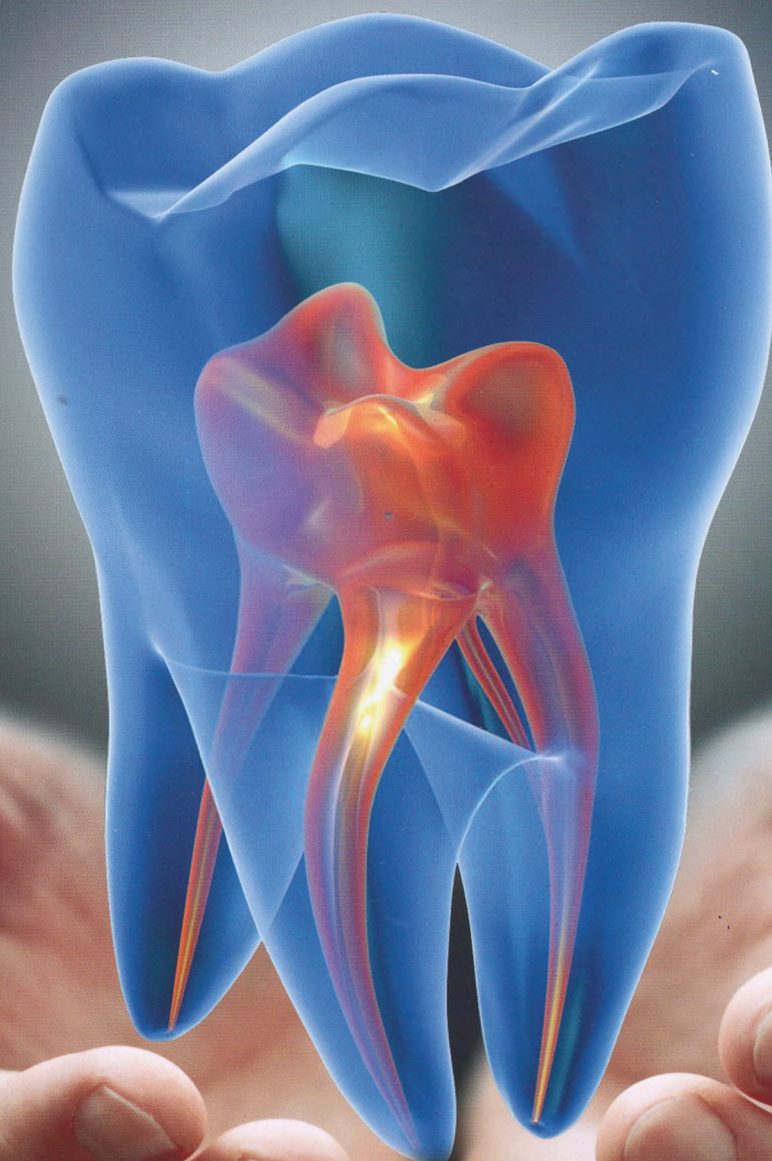
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



Использование ксеногенных тканей в реконструктивной хирургии органов полости рта

Тиш-жағ тизими аномалиялари патогенезида цитокинларнинг роли

Study of ultrastructural changes in the nerve fibers on an experimental model of acute trauma of inferior alveolar nerve



Содержание

Content

ОРТОДОНТИЯ		ORTHODONTICS
Вторичная деформация зубного ряда у детей в период сменного прикуса Нигматов Р.Н., Сулайманова Д.С., Нигматова И.М., Акбаров К.С.		Secondary deformation of the dentition in children during the replaceable bite Nigmatov R.N., Sulaymanova D.S., Nigmatova I.M., Akbarov K.S.
Эффективность ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов в период смены прикуса Арипова Г.Э., Расулова Ш.Р., Насимов Э.Э., Акбаров К.С.		The effectiveness of orthodontic treatment of children with distal occlusion of the dentition in the period of changing the bite Aripova G.E., Rasulova Sh.R., Nasimov E.E., Akbarov K.S.
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ		PROSTHODONTICS
Иммунологические изменения полости рта при использовании зубными протезами из акрилатов и полиуретана Мухамедов И.М., Ирсалиева Ф.Х., Валиева Ф.А., Нормуродов У.П.		Immunological changes in the oral cavity when using dental prostheses made of acrylates and polyurethane Mukhamedov I.M., Irsaliyeva F.Kh., Valiyeva F.A., Normurodov U.P.
Инновационный метод лечения протезного стоматита Ризаев Ж.А., Ирсалиев Х.И., Ирханов М., Ирсалиева Ф.Х.		Innovative method of treatment of prosthetic stomatitis Rizayev J.A., Irsaliev Kh.I., Irkhanov M., Irsaliyeva F.Kh.
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ		THERAPEUTIC DENTISTRY
Особенности клинического течения хронического генерализованного пародонтита у больных с кожно-венерическими болезнями Гаффоров С.А., Джумаев З.Ф.		Features of the clinical course of chronic generalized periodontitis in patients with skin and venereal diseases Gafforov S.A., Jumaev Z.F.
Особенности течения агрессивных форм пародонтитов Ризаев Ж.А., Юнусходжаева М.К.		Features of the course of aggressive forms of periodontitis Rizayev J.A., Yunuskhodzhaeva M.K.
Цитологические аспекты лечения красного плоского лишая слизистой полости рта Поройская А.В., Фирсова И.В., Поройский С.В., Македонова Ю.А., Федотова Ю.М.		Cytological aspects of the treatment of red flat lichen of the oral mucosa Poroyskaya A.V., Firsova I.V., Poroisky S.V., Makedonova Y.A., Fedotova Y.M.
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ		SURGICAL DENTISTRY
Динамика изменений показателей антиоксидантной системы в слюне у детей после уранопластики с применением актовегина Икрамов Г.А., Хатамов У.А.		Dynamics of changes in antioxidant system indices in saliva in children after uranoplasty using actovegin Ikramov G.A., Khatamov U.A.
Study of ultrastructural changes in the nerve fibers on an experimental model of acute trauma of inferior alveolar nerve Kaliberdenko V.B., Poleshchuk O.Y., Khamidova S.A., Khallaev K.K., Shanmugaraj K.		Study of ultrastructural changes in the nerve fibers on an experimental model of acute trauma of inferior alveolar nerve Kaliberdenko V.B., Poleshchuk O.Y., Khamidova S.A., Khallaev K.K., Shanmugaraj K.
Оценка влияния комплексной терапии на динамику эндогенной интоксикации при флегмонах челюстно-лицевой области Жилонов А.А., Каршиев Х.К.		Evaluation of the effect of complex therapy on the dynamics of endogenous intoxication in phlegmon of the maxillofacial region Zhilonov A.A., Karshiev Kh.K.
Фарғона вилояти кесимида юқори лаб ва танглайнинг туғма кемтикларининг таркиби ва мониторинги Исмоилов М.М., Хасанов А.И., Хайдаров Н.Н., Қаямов Ф.О.		Composition and monitoring of congenital malformations of upper lip and palate in Fergana region Ismoilov M.M., Khasanov A.I., Khaidarov N.N., Qayumov G.O.
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА		PEDIATRIC DENTISTRY
Тиш-жағ тизими аномалиялари патогенезида цитокинларнинг роли Олимов С.Ш., Гаффоров С.А., Саидов А.А.		In the pathogenesis of abnormalities of the jaw system the role of cytokines Olimov S.Sh., Gafforov S.A., Saidov A.A.
Морфологическая характеристика течения раневого процесса после уранопластики у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба Амануллаев Р.А., Юлдашев А.Ю., Икрамов Г.А., Хатамов У.А.		Morphological characteristics of the course of the wound process after uranoplasty in children with congenital cleft of the upper lip and palate Amanullaev R.A., Yuldashev A.Y., Ikramov G.A., Khatamov U.A.



Рис. 4. Ребенок Д., 14 лет. Первичная адентия 12, 22, 32, 42 зубов.

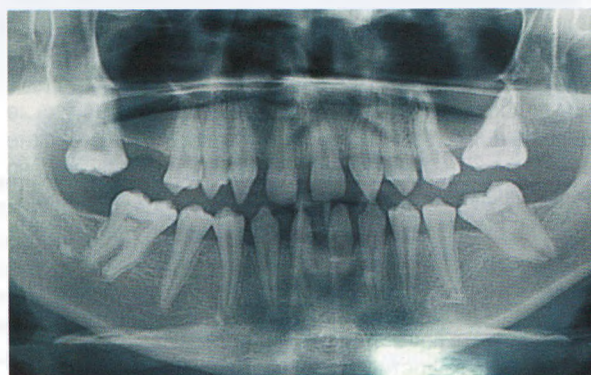


Рис. 5. Ортопантомография того же пациента.



Рис. 2. Ребенок К., 13 л. Первичная адентия 32 зуба.

Список литературы

1. Аверьянов С.В., Зубарева А.В. Влияние зубочелюстных аномалий на уровень качества жизни // Ортодонтия. - 2016. - №2(74). - С. 33-34.
2. Аверьянов С.В., Зубарева А.В. Комплексный метод лечения ретенированных зубов // Ортодонтия. - 2016. №2(74). - С. 35-43.
3. Арсенина О.И. и др. Клинико-морфологическое сопоставление видов деформации зубных рядов с ЛОР-патологией // Ортодонтия. - 2015. - №4(69). - С. 35-43.
4. Аюпова Ф.С., Восканян А.Р. Распространенность и структура зубочелюстных аномалий у детей (обзор литературы) // Ортодонтия. - 2015. - №4(69). - С. 35-43.
5. Галлямова Э.Э., Муратов А.М. Качество жизни пациентов со стоматологической патологией. - М., 2018. - С. 23-27.
6. Морозова Н.В., Слабковская А.Б. Влияние протезирования при ранней потере передней группы молочных зубов на психологический статус детей // Ортодонтия. - 2016. - №3(75). - С. 50-55.



Рис. 3. Ортопантомография того же пациента.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-2-8>
УДК: 616.314-007.24-053.4/5

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ ПРИКУСА



Арипова Г.Э., Расулова Ш.Р.,
Насимов Э.Э., Акбаров К.С.

Ташкентский государственный
стоматологический институт

Аннотация

Цель: оценка эффективности ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов в период сменного прикуса с помощью функциональных методов. Материал и методы: под наблюдением были 20 пациентов (8 мальчиков и 12 девочек) с дистальной окклюзией зубных рядов в возрасте от 5 до 14 лет. Пациентов разделили на 2 группы по 10 человек. В 1-й группе лечение проводили с помощью регулятора функций Френкеля, во 2-й группе применяли аппарат Твин-блок. Результаты: проведение клинической пробы Биттнера – Эшлера, цефалометрической диагностики и ортодонтического лечения пациентов с дистальным прикусом в период смены зубов функциональными методами при помощи аппаратов: регуляторами функций Френкеля и Твин-блоками способствует положительной результативности обоих случаев. Диагностический комплекс позволяет прогнозировать результаты лечения и контролировать тип скелетального роста. Выводы: грамотный подход к планированию лечения дистального прикуса у детей позволил улучшить эстетику улыбки, контролировать и управлять типом роста челюстных костей, устранить вредные привычки, нормализовать дыхание, значительно уменьшить объем, а подчас и исключить в будущем хирургические стоматологические

исключить в будущем хирургические стоматологические вмешательства в лечении данной аномалии прикуса.

Ключевые слова: дети, дистальная окклюзия зубных рядов, сменный прикус, ортодонтическое лечение, функциональные метод.

Annotation

Conducting a clinical trial of Bittner – Eshler, cephalometric diagnostics and orthodontic treatment of patients with distal occlusion in the period of changing teeth with functional methods using apparatus: regulators of Frenkel appliance and twin-block appliance allows to conclude positive results in both cases. The diagnostic complex helps to predict the results of treatment and control the type of skeletal growth.

По данным Ф.Я. Хорошилкиной (1999), частота аномалий в смешанном прикусе достигает 49%. Из этого количества 20% составляет дистальный прикус. У 69% детей с дистальным прикусом имеются нарушения функций жевания, глотания, смыкания губ (Малыгин Ю.М., 1970).

Для лечения дистального прикуса в период смены зубов используют различные функциональные аппараты – как стандартные, так и индивидуально изготовленные. Наилучшие результаты достигаются при раннем ортодонтическом лечении в возрасте 5,5-12 лет с помощью функциональных аппаратов (Хорошилкина Ф.Я., 1970; Токарев И.В., 1986; Klammt G., 1969; Frankel R., 1978). Среди специалистов нет единого мнения мнений по поводу эффективности их использования, возрастного ценза, адаптации пациентов к тому или иному аппарату.

Цель исследования: оценка эффективности ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов в период сменного прикуса с помощью функциональных методов.

Материал и методы

Под наблюдением были 20 пациентов (8 мальчиков и 12 девочек) с дистальной окклюзией зубных рядов в возрасте от 5 до 14 лет, обратившихся в поликлинику ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ. Пациентов разделили на 2 группы по 10 человек. В 1-й группе лечение проводили с помощью регулятора функций Френкеля (РФФ), во 2-й группе применяли аппарат Твин-блок.

У всех детей проводили клинические, антропометрические исследования, ТРГ-метод, клиническую пробу Биттнера-Эшлера.

Результаты и обсуждение

У пациентов с дистальным прикусом, у которых был установлен регулятор функций Френкеля, постепенно восстанавливалось нарушенное миодинамическое равновесие между мышцами языка, с одной стороны, и мышцами губ и щек – с другой. Тенденция к балансировке мышц губ, щек и языка отмечалась к 3-4-й неделям пользования аппаратом. Дети стали избавляться от вредных привычек (проглатывание языка, сосание пальцев), у них нормализовалось дыхание, было достигнуто улучшение соотношения моляров по Энгля, что важно для гармоничного роста и развития зубо-челюстной системы.

Регулятор функций незаменим при сложных нарушениях окклюзии, когда не помогают другие методы коррекции. Он справляется с самыми запущенными аномалиями

благодаря одновременному выравниванию прикуса в 3-х разных направлениях.

Дети пользовались аппаратом в основном в ночное время и 2-3 часа днем. Это, естественно, удлиняет сроки лечения. Кроме того, фактор громоздкости конструкции, состоящей из множества деталей, смущал пациентов.

Необходимо отметить, что у пациентов, пользующихся регулятором функций Френкеля, затруднен контроль задней высоты нижней части лица. Так как ортодонтическое лечение приходится на период активного роста ребенка, регулятор функций требуется менять несколько раз в течение курса (изготовление 2-3-х аппаратов).

Пациентам 2-й группы был рекомендован функциональный метод Твин-блок. Это аппараты нового поколения, используемые для коррекции данной аномалии. Твин-блок впервые был предложен Кларком (в последующем использовались его различные модификации) – это функциональная конструкция, состоящая из двух базисных пластинок. Основной активный элемент – расширяющий винт на верхней челюсти. Принцип действия аппарата вынуждает нижнюю челюсть занять конструктивное положение. Аппарат является раздельным, поэтому пациенты быстро адаптировались к ним, носили аппарат постоянно, даже во время приема пищи. Благодаря быстрой адаптации, было меньше больных, которые прервали лечение до его завершения, в более короткие сроки наблюдался положительный результат. Конструктивный прикус, удерживающий нижнюю челюсть в выдвинутом положении, нормализует эстетику лица.

Лечение осуществлялось в два этапа. Первый – активное лечение. В это время осуществлялось выдвижение нижней челюсти в сочетании с нормализацией окклюзионного соотношения зубных рядов в вертикальном направлении. Второй – сохранение правильного смыкания резцов в период допрорезывания боковых зубов. Обеспечивали с помощью пластинки на верхней челюсти с наклонно-накусочной площадкой в переднем участке и множественными кламмерами. При этом наклонно-накусочная площадка на дистальных участках заканчивалась на уровне дистальной поверхности клыков нижней челюсти.

Глубокое резцовое перекрытие устранялось сошлифовыванием окклюзионных накладок на аппарате для верхней челюсти с целью зубоальвеолярного удлинения в области моляров нижней челюсти. Выполняли такое сошлифовывание через неделю после припасовывания аппарата и адаптации к нему пациента. Сошлифовывая накладки, постепенно создавали свободное пространство до жевательной поверхности моляров нижней челюсти, равное 1-2 мм (не более), чтобы не допустить распластывания языка в области образовавшихся щелей. При недостаточной скорости роста недоразвитой нижней челюсти, а также при вертикальном типе роста челюстей следили за выдвижением нижней челюсти путем насаивания самотвердеющей пластмассы на скаты наклонных плоскостей пластинки для верхней челюсти. Как видно из таблицы, возникновение дистального прикуса у наблюдаемых нами детей связано с дистальным положением и/или отставанием в росте и развитии нижней челюсти. Проведенные пробы по Биттнеру – Эшлеру оказались положительными во всех случаях (100%), что также подтверждает полученные цефалометрические показатели и является показанием к лечению функциональными методами.

Таблица. Цефалометрические показатели пациентов в динамике лечения функциональными аппаратами РФ (числитель) и Твин-блок (знаменатель)

Показатель	Норма	Срок исследования		
		до лечения	через 6 мес.	через 12 мес.
SNA, °	82	$84 \pm 0,9$ $83 \pm 0,7$	$84 \pm 0,2$ $83 \pm 0,7$	$82 \pm 0,7$ $82 \pm 0,5$
SNB, °	80	$76 \pm 0,9$ $76 \pm 0,8$	$78 \pm 0,2$ $77 \pm 0,6$	$78 \pm 0,8$ $78 \pm 0,4$
ANB, °	2	$8 \pm 0,2$ $7 \pm 0,5$	$6 \pm 0,8$ $7 \pm 0,5$	$4 \pm 0,9$ $4 \pm 0,8$
FMA, °	25	$31 \pm 0,1$ $29 \pm 0,1$	$29 \pm 0,4$ $27 \pm 0,4$	$27 \pm 0,2$ $26 \pm 0,4$
AO-BO, мм	0-2	$\frac{5}{6}$	$\frac{3}{5}$	$\frac{2}{3}$
Ba, °	20	$23 \pm 0,1$ $22 \pm 0,4$	$22 \pm 0,5$ $21 \pm 0,9$	$22 \pm 0,1$ $21 \pm 0,1$

Каждый из использованных нами функциональных аппаратов имеет свои преимущества и недостатки. Важно правильно диагностировать, прогнозировать, контролировать и управлять типом роста, позволяющим повысить эффективность ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов в период раннего сменного прикуса с помощью функциональных методов.

Заключение

Проведение клинической пробы Битнера – Эшлера в дополнение к клиническим и цефалометрическим показателям даёт информацию о «повинности» верхней или нижней челюсти в возникновении данной аномалии прикуса. Возможность управления вертикальным ростом позволяет врачу-ортодонт сделать выбор между функциональными аппаратами в пользу регулятора Френкеля или Твин-блока.

Грамотный подход к планированию лечения дистального прикуса у детей позволил улучшить эстетику улыбки, контролировать и управлять типом роста челюстных костей, устранить вредные привычки, нормализовать дыхание, значительно уменьшить объем, а подчас и исключить в будущем хирургические стоматологические вмешательства в лечении данной аномалии прикуса.

Список литературы

1. Руководство по ортодонтии; Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. – М.: Медицина, 1999. – 798 с.
2. Самойлова Н.В., Кларк В.Дж. Применение двойного блокового аппарата Кларка при разновидностях аномалий окклюзии: Учеб.-метод. пособие. – М.: РМАПО, 2005. – 80 с. 1
3. Токарев И.В. //Здравоохранение. – 2000. – №4. – С. 25-26.
4. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 544 с.
5. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение аномалий зубов и зубных рядов современными ортодонтическими аппаратами. Клинические и технические этапы их изготовления: Кн. 1. – 2-е изд., доп. – М.: Мед. книга; НГМА, 2002. – 252 с.
6. Clark W.J. //Dent. Today. – 1991. – Vol. 10, №2. – P. 50-51.

