

STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№ 3
(80) 2020

26

Диагностика травматической окклюзии при генерализованном пародонтите

50

Профилактика кариеса зубов детей младшего школьного возраста

74

Применение элайнеров перед протезированием при вторичных деформациях зубного ряда у детей

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И
ИСТОРИЯ

Усманбекова Г.К., Ризаев Ж.А. Ўрта тиббиёт ходимларининг дипломдан кейинги таълимини ислох қилиш жараёнларининг ўзига хос хусусиятлари.....6

Охунжоновна Х.Х., Садиқова И.Я., Расулова М.М., Жураева Н.И. Методы инновационных программ с эндогенным применением фторида для профилактики кариеса зубов.....9

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Хасанова Л.Э., Фаттахов Р.А., Ризаев Ж.А. Проявление глоссалгии у лиц с синдромом эмоционального выгорания.....13

Бекжанова О.Е., Алимова Д.М. Сравнительный анализ цитогенетических изменений клеток букального эпителия у пациентов с рубцующейся формой хронического рецидивирующего афтозного стоматита с различной наследственной отягощённостью.....15

Раимжонов Р.Р., Садыкова И.Б., Йулдошев А.А.С. Применение биологической пасты Биодент для сохранения жизнеспособности пульпы.....19

Тоиров Э.С., Зоиров Т.Э., Абсаламова Н.Ф. Совершенствование лечения патологии околозубных тканей у больных системной красной волчанкой.....21

Шербоева М.Х., Охунжоновна Х.Х., Расулова М.М., Садиқова И.Я. Диагностика травматической окклюзии при генерализованном пародонтите.....26

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Ярмухамедов Б.Х., Амануллаев Р.А., Газиева Э.В., Тургунов А.А., Меликузиев Т.Ш. Особенности состояния костной ткани при дентальной имплантации у пациентов с соматическими заболеваниями.....29

ОРТОДОНТИЯ

Нигматова И.М., Нигматов Р.Н., Нодирхоннова М.О., Мавлянова М.А. Лечение вертикальных аномалий с использованием LM-активатора у детей с нарушениями функции речи в периоде сменного прикуса.....32

Фозилов У.А., Ризаева С.М. Ортодонтик даволашда кариеснинг ривожланишини Бухоро вилояти ҳудудлари негизда ўрганиш.....36

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Азимов А.М., Азимов И.М. Ультразвуковая остеометрия при острых одонтогенных воспалительных заболеваниях.....38

Камилов Ж.А., Акбаров А.Н. Особенности прорезывания постоянных зубов у детей среднего школьного возраста города Ташкента.....42

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Усмонов Р.Р., Хидирова Д.Т., Мансуров А.А., Эшбадалов Х.Ю., Махкамova Ф.Т. Хирургическая подготовка полости рта к зубопротезированию.....45

Жураева Н.И. Эффективность применения

THE ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY
AND HISTORY

Usmanbekova G. K., Rizaev J. A. Features of the processes of reforming postgraduate training of secondary medical staff6

Okhunchonova Kh., Sadikova I.Ya., Rasulova M. M., Zhuraeva N.I. Methods of innovative programs with endogenous use of fluoride for the prevention of dental caries.....9

THERAPEUTIC DENTISTRY

Khasanova L.E., Fattakhov R.A., Rizaev J.A. The manifestation of burning mouth syndrome in individuals with burnout.....13

Bekzhanova O.E., Alimova D.M. Comparative analysis of cytogenetic changes in buccal epithelial cells in patients with a scarring form of chronic recurrent aphthous stomatitis with various hereditary burdens.....15

Raimzhonov R.R., Sadykova I.B., Yuldoshev A.S. Application of biological paste Biodent to preserve pulp Viability19

Tairov E.S., Zoirov T.E., Abzalimov N.F. Improving the treatment of diseases of periodontal tissues in patients with systemic lupus erythematosus21

Serbaeva M.H., Konanova H.H., Rasulov M.M., Sadikov I.Y. Diagnostics of traumatic occlusion in generalized periodontitis.....26

SURGICAL DENTISTRY

Yarmukhamedov B.Kh., Amanullaev R.A., Gazieva E.V., Turgunov A.A., Melikuziev T.Sh. Features of the state of bone tissue during dental implantation in patients with somatic diseases.....29

ORTHODONTICS

Nigmatova I.M., Nigmatov R.N., Nodirkhonova M.O., Mavlyanova M.A. Treatment of vertical anomalies using LM-activator in children with speech disorders in the period of replacement bite.....32

Fozilov U.A., Rizaeva S.M. Study of the development of caries during orthodontic treatment in the districts of Bukhara region.....36

PEDIATRIC DENTISTRY

Azimov, A.M., Azimov I.M. Ultrasonic osteometry in acute odontogenic inflammatory diseases.....38

Kamilov F.A., Akbarov A.N. Features of eruption of permanent teeth in children of secondary school age in the city of Tashkent.....42

AID FOR PRACTICING DOCTORS

Usmonov R.R., khidirova D.T., Mansurov A.A., Eshbadalov Kh.Yu., Makhkamova F.T. Surgical preparation of the oral cavity for dental prosthetics.....45

Zhuraeva N.I. Effectiveness of the use of glass

yaxshilash uchun ozon terapiyasini olgan tizimli eritematozli 84 nafar bemor kirgan. Taqqoslash guruhi somatik patologiyasi bo'lmagan 38 bemorni tashkil etdi. Natijalar: gazli ozon-kislorod aralashmasi va natriy gipoxlorit eritmasi yordamida kompleks davolash paytida asoratlar kuzatilmadi, bemorlar ushbu protseduralarning qulayligi va og'riqsizligini ta'kidladilar. Prozone qurilmasi tomonidan ishlab chiqarilgan ozon-kislorod aralashmasidan foydalanish istalmagan nojo'ya ta'sirlarga ega bo'lgan bir qator dori

vositalaridan foydalanishga bo'lgan ehtiyojni sezilarli darajada kamaytirdi. Ozon terapiyasi mikrovaskulyar qon aylanishini 40 foizga yaxshilagan. **Xulosa:** ozon terapiyasidan foydalanganda yangi sharoitlar paydo bo'lib, og'iz gigienasi darajasining yaxshilanishiga olib keladi. Ozon aniq yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega.

Kalit so'zlar: og'iz shilliq qavatining yallig'lanish kasalliklari, qizil eritematoz tizimli tizimi, mikrosirkulyatsiya buzilishi, hayot sifati.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-61>

УДК: 616.716.-007.272

ДИАГНОСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ

Шербоева М.Х., Охунжонова Х.Х., Расулова М.М., Садикова И.Я.

Андижанский государственный медицинский институт

Генерализованный пародонтит является распространенной патологией, приводящей к ранней потере зубов, ухудшающей функциональное состояние зубочелюстного аппарата и показатели качества жизни человека [1-3]. Стабильное положение зубов и функциональное единство зубного ряда обусловлены балансом между тканями пародонта и окклюзионными взаимоотношениями [4,5].

Прогрессирующая атрофия костной ткани альвеолярных отростков нарушает равновесие и ведет к патологической подвижности зубов, деформации зубного ряда и функциональным нарушениям в различных отделах зубочелюстного аппарата [6,7]. Современные пародонтологи сходятся во мнении, что окклюзионные нарушения являются факторами риска возникновения очаговых воспалительно-дистрофических процессов, а при генерализованном пародонтите значительно отягощают течение и ухудшают прогноз лечения [8,9].

Многофакторность патогенеза генерализованного пародонтита обуславливает необходимость применения междисциплинарного подхода, важную роль в комплексном лечении играют ортопедические методы, направленные на устранение травматической окклюзии [4,5]. Ортопедическое лечение проводят с целью нормализации окклюзионных взаимоотношений, профилактики, устранения или ослабления функциональной перегрузки пародонта [1,3,7,9].

Цель исследования

Выявление роли окклюзионных факторов в генезе локализованных пародонтитов и обоснование необходимости функционально оправданных реставраций жевательной поверхности зубов.

Материал и методы

Были обследованы 80 пациентов в возрасте от 22 до 63 лет (12 мужчин и 68 женщин) с

диагнозом ЛПТЭ. Диагноз подтверждали данными клинического осмотра, лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), рентгенологического исследования. Патологический процесс локализовался преимущественно в области боковых зубов, что связано с большим количеством пломб в этом сегменте челюстей.

Результаты исследования

Всем пациентам проводилась профессиональная гигиена полости рта, эндодонтическое лечение зубов по показаниям, медикаментозная обработка пародонтальных карманов, кюретаж пародонтальных карманов при средней степени тяжести ЛПТЭ и глубине пародонтальных карманов от 3 до 5 мм, заполнение области костного дефекта остеопластическим препаратом.

До хирургического лечения пациентам основной группы изготавливали временные шинирующие пластмассовые мостовидные протезы (межзубные вкладочные шины из пластмассы), проводили препарирование зубов в области пародонтального кармана и фиксировали пластмассовые коронки на временный цемент. После наложения швов временный пластмассовый протез фиксировали на зубах, предварительно скорректировав десневой край коронок для обеспечения эффективной гигиены послеоперационной области.

В группе сравнения на первом этапе лечения проводили замену неполноценных реставраций с созданием плотного контактного пункта и покрытие зубов одиночными временными пластмассовыми коронками. Через 21 день после хирургического лечения и заживления тканей десны осуществляли замену одиночных коронок, мостовидных протезов на металлокерамические конструкции, а также изготавливали межзубные вкладочные шины с использованием системы для непрямого реставрации.

В процессе исследования возникла необходимость разделения клинических

случаев на типы в зависимости от локального стоматологического статуса.

Из полученных данных следует, что подавляющую часть случаев заболевания ЛПТЭ составляет I тип локального стоматологического статуса, когда локальный воспалительный процесс находился в области интактных и/или запломбированных зубов. Данный факт подтверждается также наличием большого количества запломбированных зубов у пациентов 30-40 лет и малым количеством коронок у них. Таким образом, существует взаимосвязь, с одной стороны, между дефектными реставрациями зубов, неплотным прилеганием стенок зубов в месте контактного пункта и распространенностью I типа локального стоматологического статуса при ЛПТЭ, с другой стороны.

После проведения профессиональной гигиены полости рта все пациенты отмечали общее улучшение самочувствия и комфорта в полости рта, но в области локального пародонтального кармана неприятный запах и дискомфорт не исчезли, пища по-прежнему застревала между зубами и вызывала раздражающее и болевое ощущение. После фиксации мостовидных протезов и временных коронок, на которых был воссоздан плотный контактный пункт между зубами, пациенты обеих групп отмечали уменьшение субъективного дискомфорта после приема пищи, что связано с прекращением застревания пищевых волокон между зубами. Но пациенты группы сравнения продолжали пользоваться зубными нитями для очищения межзубного пространства. В ходе исследования установлено, у всех пациентов основной группы после шинирования зубов в области пародонтального кармана происходило быстрое заживление раны и исчезновение симптомов воспаления (на 4-е сут). Отмечали отсутствие дискомфорта во время приема пищи, кровоточивости десны, улучшение эмоционального состояния.

Непосредственный исход операции у пациентов с ЛПТЭ средней степени обеих групп протекал без особенностей. У больных основной группы процесс заживления пародонта проходил на 3-5 дней быстрее, чем в группе сравнения. Данный факт можно объяснить устранением травмирующего воздействия пищевой нагрузки, а также отсутствием необходимости очищать межзубной промежуток зубной нитью. Промывание лекарственными растворами места операции непосредственно под мостовидным протезом положительным образом сказывалось на сроках заживления. В группе сравнения воздействие лекарственных веществ осуществлялось кратковременно ввиду открытого состояния тканей пародонта.

Эффективность лечения в основной группе сохранялась в течение года наблюдения, состояние десневого края было стабильным, признаков

воспаления не отмечалось, плотный контактный пункт обеспечивался мостовидным протезом. У 1 пациента была зафиксирована эпизодическая кровоточивость, связанная с недостаточной гигиеной полости рта, еще 1 пациент отмечал наличие неприятного запаха, также связанное с отсутствием промежуточной гигиены полости рта в течение дня. В группе сравнения положительный эффект лечения сохранялся в течение 4-6 месяцев после фиксации постоянных металлокерамических коронок. У 6 (31,5%) пациентов появилось небольшое расстояние между зубами, пищевые волокна вновь начинали застревать между зубами, хотя целостность коронок и края реставраций оставалась без изменения.

Спустя 3-4 недели после хирургического вмешательства 34 пациентам заменяли временные мостовидные протезы металлокерамическими протезами. У 4 пациентов были изготовлены межзубные вкладочные шины с использованием системы для не прямых реставраций. У 2 пациентов временные шины были оставлены в качестве основного лечения на период до 6 месяцев. Через полгода при контрольном осмотре результат лечения у них был стабильным. Пациенты не предъявляли жалоб на дискомфорт и застревание пищи, успешно осуществляли гигиенические мероприятия, слизистая оболочка десневого края в области пародонтального кармана была бледно-розовая, плотная, кровоточивость отсутствовала. На рентгенограмме патологических изменений не выявлено.

В группе сравнения сроки заживления после кюретажа пародонтального кармана составляли 7-10 дней, все пациенты отмечали отсутствие дискомфорта, неприятного запаха во рту. После полного восстановления тканей пародонта пластмассовые временные коронки заменяли одиночными постоянными металлокерамическими коронками (16 единиц). Спустя 6 месяцев в основной группе уменьшение пародонтального кармана по данным рентгенограмм составляло от 0,5 до 1,5 мм (23,5%), в то время как в группе сравнения пародонтальный карман уменьшился всего до 0,5 мм (15,6%) ($p < 0,05$). Глубина зондирования пародонтального кармана в основной группе после лечения уменьшалась на $0,9 \pm 0,11$ мм, а группе сравнения – на $0,45 \pm 0,12$ мм ($p < 0,05$).

В период диагностического этапа лечения с помощью метода ЛДФ было выявлено, что средний показатель микроциркуляции (ПМ) в основной группе пациентов составлял $8,6 \pm 0,4$ перфузионных единиц, а в группе сравнения – $8,7 \pm 0,3$ пф. ед. В зоне контроля на участке здорового пародонта средние значения ПМ составляли соответственно $15,1 \pm 0,2$ и $14,1 \pm 0,4$ пф. ед. В то же время оценивали показатель шунтирования (ПШ), который указывает на соотношение шунтового и

нутритивного кровотока. ПШ в основной группе составил $0,8 \pm 0,1$, в группе сравнения – $0,7 \pm 0,1$. Среднее значение ПШ в группе сравнения в зоне контроля составляло $1,2 \pm 0,0$, в основной группе – $1,1 \pm 0,1$.

Спустя 6 месяцев проводилась повторная оценка этих показателей. В обеих клинических группах было зафиксировано повышение значения перфузии (показателя микроциркуляции). Это свидетельствует об увеличении кровотока в данной области. В основной группе ПМ увеличился на 4 пф. ед. ($12,6 \pm 0,4$ пф.ед., $p < 0,05$), а в группе сравнения – на 1,9 пф. ед. ($10,6 \pm 0,4$ пф.ед., $p < 0,05$). Показатель шунтирования в группе сравнения увеличился на 0,2 ($0,9 \pm 0,1$, $p < 0,05$), в основной – на 0,3 ($1,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$). ПШ в основной группе после лечения был сопоставим с аналогичным показателем в контрольной зоне, в которой он составлял $1,1 \pm 0,1$. ПШ в группе сравнения после лечения не достиг значений ПШ в зоне контроля, хотя и наблюдалась тенденция к его увеличению.

Выводы

1. Частота встречаемости воспалительных ЛП в тканях пародонта у больных в возрасте от 18 до 35 лет составляет 89,1%. Наличие местных травматических факторов, влияющих на формирование локализованных процессов в тканях пародонта, выявлено в 77,9% случаев. В 22,1% наблюдений возникновение воспалительных ЛП в пародонте обусловлено только фактом функциональной перегрузки пародонта реставрированных зубов.

2. Результаты неэффективной реставрации окклюзионной поверхности зубов приводят к снижению выносливости пародонта к предельной вертикальной нагрузке зубов с пломбами на 37% ($p < 0,001$) и зубов-антагонистов на 36% ($p < 0,001$). При наличии супраконтактов снижение выносливости пародонта в пломбированных зубах составляет 35%, в зубах-антагонистах – 30%.

3. Интенсивность микроциркуляции в тканях пародонта зубов с пломбами на окклюзионной поверхности и зубов-антагонистов достоверно изменяется на 10-14% ($p < 0,01$), что сопровождается изменением механизмов регуляции микроциркуляторного русла. Результатом этого процесса является достоверное изменение гемодинамики, которое в условиях инфицирования сопровождается развитием локального воспалительного процесса в пародонте. В пульпе зубов с пломбами на окклюзионной поверхности и зубов-антагонистов происходит достоверное увеличение интенсивности микроциркуляции на 43-54% ($p < 0,05$), что сопровождается изменением механизмов регуляции микроциркуляторного русла. В асептических условиях происходит компенсация нарушений микроциркуляции, и острое воспаление не развивается.

Литература

1. Ибрагимов Т.И. Актуальные вопросы ортопедической стоматологии с углубленным изучением современных методов лечения: Учеб.-метод. пособие. – М.: Практ. медицина, 2006. – 256 с.
 2. Каламкар Х.А. Избранные лекции по ортопедической стоматологии. – М.: Мед. информ. агентство, 2013. – 64 с.
 3. Лебеденко И.Ю., Ибрагимов Т.И., Ряховский А.Н. Функциональные и аппаратные методы исследования в ортопедической стоматологии: Учеб. пособие. – М. ООО «МИА», 2013. – 128 с.
 4. Орехова Л.Ю., Прохорова О.В., Кудрявцева Т.В. Методы исследования микроциркуляции пародонта и пульпы зуба // Методы исследования микроциркуляции в клинике: Материалы науч.-практ. конф. – СПб, 2011. – С. 45-48.
 5. Цепов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 200 с.
 6. Gonzalez-Lopez S., De Haro-Gasquet F., Vilchez-Diaz M.A. et al. Effect of restorative procedures and occlusal loading on cuspal deflection // Oper. Dent. – 2006. – Vol. 31, №1. – P. 33-38.
 7. Kerdvongbundit V., Sirirat M., Sirikulsathean A. et al. Blood flow and human periodontal status // Odontology. – 2012. – Vol. 90, №1. – P. 52-56.
 8. Pantelic D., Blazic L., Savic-Sevic S., Panic B. Holographic detection of a tooth structure deformation after dental filling polymerization // J. Biomed. Opt. 2017. – Vol. 12, №2. – P. 24-26.
 9. Vag J., Fazekas A. Influence of restorative manipulations on the blood perfusion of human marginal gingiva as measured by laser Doppler flowmetry // J. Oral. Rehabil. – 2012. – Vol. 29, №1. – P. 52-57.
- Цель:** выявление роли окклюзионных факторов в генезе локализованных пародонтитов и обоснование необходимости функционально оправданных реставраций жевательной поверхности зубов. **Материал и методы:** обследованы 80 пациентов в возрасте от 22 до 63 лет (12 мужчин и 68 женщин) с диагнозом ЛПТЭ. Диагноз подтверждали данными клинического осмотра, лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), рентгенологического исследования. Патологический процесс локализовался преимущественно в области боковых зубов, что связано с большим количеством пломб в этом сегменте челюстей. **Результаты:** частота встречаемости воспалительных ЛП в тканях пародонта у больных в возрасте от 18 до 35 лет составляет 89,1%. Результаты неэффективной реставрации окклюзионной поверхности зубов приводят к снижению выносливости пародонта к предельной вертикальной нагрузке зубов с пломбами и зубов-антагонистов. Интенсивность микроциркуляции в тканях пародонта зубов с пломбами на окклюзионной поверхности и

зубов-антагонистов достоверно изменяется, что сопровождается изменением механизмов регуляции микроциркуляторного русла. **Выводы:** применение композиционных материалов последних поколений дает возможность максимально точно формировать анатомическую форму зубов.

Ключевые слова: пародонт, воспалительный процесс, окклюзия, зуб, жевательная поверхность.

Резюме: Замоновий стоматологиянинг ривожланиши беморларнинг эстетик эҳтиёжларини тўлиқ қондирадиган кўплаб янги технологиялар ва стоматологик материалларнинг пайдо бўлиши билан бирга келади. Энг сўнгги авлодларнинг композит материалларидан фойдаланиш тишларнинг анатомик шаклини аниқроқ шакллантириш имконини беради. Тишларнинг окклюзион юзасини тиклашда тўғридан-тўғри тикланиш усуллари амбулатория стоматологик амалиётида мумкин ва жуда оддий. Аммо тўғридан-тўғри усул ёрдамида чайнаш юзаларини тиклаш пайтида тишларнинг физиологик окклюзион нисбатларини тўлиқ

тиклаш жуда қийин. Бундан ташқари, композит материаллардан пломба қўйишда, туберкулёзнинг деформацияси содир бўлади.

Калит сўзлар: пародонт, яллиғланиш жараёни, окклюзия, тиш, чайнаш юзаси.

Summary. The development of modern dentistry is accompanied by the emergence of a large number of new technologies and dental materials, which fully meets the aesthetic needs of patients. The use of composite materials of the latest generations makes it possible to most accurately form the anatomical shape of the teeth. Techniques for performing direct restorations when restoring the occlusal surface of the teeth are quite simple and feasible in an outpatient dental practice. However, it is very difficult to completely restore physiological occlusal ratios of teeth during restoration of chewing surfaces using the direct method. In addition, when placing fillings from composite materials, deformation of the tubercles occurs

Key words: periodontium, inflammatory process, occlusion, tooth, chewing surface.

Хирургическая стоматология

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-62>

УДК: 612.75:616,314-089.819.83]:616/.618

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.



Ярмухамедов Б.Х., Амануллаев Р.А., Газиева Э. В., Тургунов А.А. Меликузиев Т.Ш.\

Ташкентский государственный стоматологический институт

На сегодняшний день наиболее часто встречающиеся у стоматологических пациентов некоторые соматические заболевания: гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка, сахарный диабет в стадии компенсации считаются относительным противопоказанием к дентальной имплантации [1,3,7,10]. Общеизвестными причинами относительного противопоказания от дентальной имплантации служит: сниженная реакция на хирургическое вмешательство, нарушение микроциркуляции в тканях полости рта, возможность развития местных и системных предоперационных осложнений, снижение общего и местного иммунитета[2,4,6,8].

Для врача-имплантолога важным является феномен «рарефикации» или «разряжения», возникающий при продолжительной артериальной гипертензии и постоянном приеме гипотензивных препаратов, что проявляется сокращением

суммарной поверхности обменных сосудов[5,9]. При проведении дентальной имплантации имеет значение не только поставленный диагноз, но и состояние адаптивно-компенсаторного механизма. Итак, заключение врача-имплантолога о вероятности проведения имплантации в требуемом объеме должно быть основано на поставленном диагнозе заболевания, а также на продолжительности и эффективности проводимого корректирующего лечения.

Целью работы явилось изучение денситометрических показателей костной ткани пациентов, имеющих фоновое соматическое заболевание, планирующих дентальную имплантацию.

Материалы и методы исследования. Нами было осуществлено клинико-лабораторное обследование 72 пациентов с дефектами зубного ряда, обратившихся по поводу стоматологического