

даги ҳолати ($p < 0,01$) камайганлигини: $0,87 \pm 0,006$ ва $1,69 \pm 0,08$; ИК $0,74 \pm 0,003$ ва $1,63 \pm 0,008$; РМА $3,01 \pm 0,01$ ва $4,54 \pm 0,02$ куришимиз мумкин.

Хулоса

1. Ортодонтик даво мақсадида қўлланиладиган ортодонтик конструкциялар оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолатини ёмонлашувига, гигиена қоидаларига риоя қилмаган беморларда ва ортодонтик аппаратга нотўғри кучланиш берилган вақтда пародонт тўқимасида оғир даражадаги яллиғланиш жараёнини қисқа вақт давомида жадаллик билан тарқалишига олиб келади.

2. Ортодонтик даво олиб борилаётганда пародонт тўқимасининг яллиғланишига қарши комплекс даво (антибактериал ва антисептик) билан бир қаторда Холисал гель қўлланилиши гингивитларнинг тарқалиши ва интенсивлигини кескин камайтиради.

Адабиётлар

1. Алексеев Ф.И. Состояние тканей пародонта перемещенных зубов верхней челюсти при действии дозированных нагрузок: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1972. – 23 с.
2. Альхаи А.А. Профилактика кариеса и заболеваний пародонта в период ортодонтического лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2002. – 24 с.
3. Аникиенко А.А. Аппаратурное ортодонтическое лечение и его подчинение физиологическим законам раздражения. – М., 2010. – 560 с.
4. Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р. Руководство по практической стоматологии/ Пер. с англ. – М.: Медицина, 2005. – 680 с.
5. Луцкая И.К. Болезни пародонта. – М., 2010. – 256 с.
6. Проффит Уильям Р. Современная ортодонтия/ Пер. с англ.; Под ред. Л.С. Персина. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.
7. Суетенков Д.Е., Лясникова А.В. Перспективы ортодонтической коррекции у пациентов с высоким риском пародонтита с помощью микроимплантов с модифицированным покрытием // Пародонтология. – 2009. – №3. – С. 45-50.
8. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Фадеев Р.А. Ортодонтия. – Н. Новгород: Мед. книга, 2001. – 148 с.
9. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. – 3-е изд. испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2018-1-24>
УДК: 616.21/.23-002.001.8:616.716.8-007.272

ОЦЕНКА МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ



**Дусмухамедов Д.М., Абдукаев А.А.,
Хакимова З.К., Сайфутдинходжаева О.,
Мирзаев А.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр педиатрии

Аннотация

Цель: совершенствование методов диагностики, профилактики и лечения носовой обструкции у пациентов с гнатической формой аномалии окклюзии (ГФАО). **Материал и методы:** в исследовании принимали участие 34 пациента с ГФАО, находившихся на диспансерном наблюдении в отделении детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ, для проведения реконструктивных операций на челюстях. Состояние носового дыхания изучали на основании жалоб и данных передней активной ринометрии. **Результаты:** при проведении ПАМ у 79,2% пациентов выявлена различной степени выраженности носовая обструкция (НО), связанная со структурными изменениями челюстей. Для того чтобы воздействовать на структурную составляющую НО, больным необходимо оперативное вмешательство. **Выводы:** использование компьютерной риноманометрии у пациентов с ГФАО помогает с большей достоверностью определить наличие и степень носовой обструкции и контролировать ее в динамике процесса лечения.

Ключевые слова: гнатическая форма аномалии окклюзии, носовая обструкция, диагностика, лечение, передняя активная ринометрия.

Хулоса

Тошкент давлат стоматология институти клиникаси, болалар юз-жағ жаррохлиги бўлимида гнатик турдаги окклюзия аномалиялари (ГТАО) билан диспансер назоратида бўлган 34та беморда тадқиқот ўт-

казилган. Беморларнинг шикоятлари ва олдинги актив ринометрия усулига (ОАРУ) асосланиб, бурун орқали нафас олиш ҳолати ўрганилди. ОАРУ натижаларига асосан 79,2% беморларда жағларнинг структур тузилишидаги ўзгаришларга боғлиқ бўлган турли даражадаги бурун обструкцияси (БО) аниқланди. БО структур тузилмасига таъсир қилиш учун оператив амалиёт ўтказиш талаб этилади. Шу сабабдан ГТОА бор беморлар учун комплекс даволаш режаси тузилаётганда, турли аъзо ва тизимларнинг функционал бузилишларини олдини олиш мақсадида БО даражасини инобатга олиш зарур.

Annotation

The study involved 34 patients with gnathic forms of occlusion anomalies (GFOA) whom were conducted reconstructive operations on the jaws at the department of pediatric maxillofacial surgery at the clinic of TSDI. On the basis of complaints and anterior active rhinometry (PARM), the state of nasal breathing was studied. According to the results of PARM, in 79.2% of patients the condition of nasal obstruction (NO) associated with structural changes in the jaws. In order to influence the structural component of the NO surgical intervention is required. When drawing up a plan for the integrated treatment of patients with GFOA, it is necessary to take into account the severity of NO for prevent disruption of the functioning of various organs and systems.

У пациентов с врожденными аномалиями развития челюстно-лицевой области наблюдается изменение топографических взаимоотношений и функций различных анатомических структур (Державина Л.Л. и др., 2007; Li К.К., 1997). G.W. Arnett, M.J. Gunson (2004) отмечают, что в одних случаях эти изменения столь незначительны, что пациенты обращают внимание только на эстетическую дисгармонию лица. В других случаях клиника осложнений постепенно нарастает, например, происходит ухудшение носового дыхания, жевания, что говорит о прогрессировании заболевания, затрагивающего окружающие структуры, органы и требую-

щего комплексного лечения (Chambers P.A. et al., 1999; Rohrich R.J. et al., 2007; Posnick J.C. et al., 2008).

По данным литературы, у пациентов с врожденными аномалиями лицевого скелета частота деформаций носа варьирует от 19 до 48%. По мнению ряда авторов (Ипполитов В.П., 1986; Гюсан А.О., 2000; Guyuron В., 1998; Howard В.К., 2002), зачастую они сопровождаются нарушением носового дыхания, что влияет на качество жизни пациентов.

В последние годы научно-технический прогресс способствовал появлению и развитию новых методов исследования респираторной функции полости носа. Основными преимуществами этих методов являются неинвазивность, атравматичность, безопасность. К таким методам относят акустическую ринометрию и переднюю активную риноманометрию (Державина Л.Л., 1996; Державина Л.Л., Козлов В.С., 2001; Евсева Е.Е. 2005). Однако результаты статистической оценки влияния ортогнатической хирургии на размеры и функции верхних дыхательных путей бывают противоречивыми.

Цель исследования: совершенствование методов диагностики, профилактики и лечения носовой обструкции у пациентов с гнатической формой аномалии окклюзии (ГФАО).

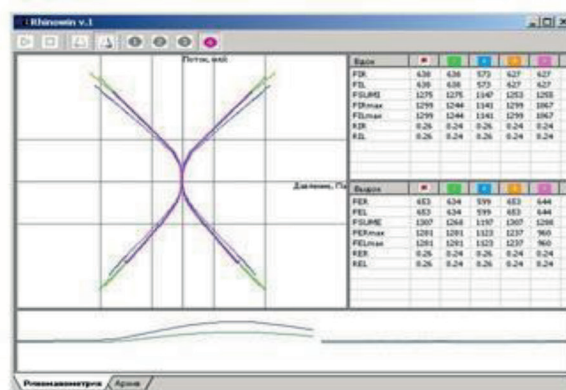
Материал и методы

В исследовании принимали участия 34 пациента с ГФАО, находящихся под диспансерным наблюдением в отделении детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ. Все больные в зависимости от вида аномалии окклюзии (Энгль, 1898) были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 14 больных с ГФАО II класса – дистальная окклюзия (верхняя макропрогнатия, нижняя микроретрогнатия), во 2-ю группу включены 20 человек с ГФАО III класса – мезиальный прикус (нижняя макропрогнатия, верхняя микроретрогнатия).

Для оценки жалоб и данных анамнеза использовали специально составленную анкету-вопросник, предусматривавшую возможность уточнения характера субъективных ощущений. Определение выраженности нарушения дыхательной функции носа пациенты



а



б

Рис. Риноманометр Риолан (а), показатели риноманометрии на мониторе (б).

Таблица 1. Распределение больных на группы в зависимости от возраста

Группа	Возраст, лет			Всего
	14-19	20-24	25-35	
1-я	7	6	1	14
2-я	10	8	2	20
Итого	17	14	3	34

осуществляли самостоятельно, дифференцируя следующие признаки: нормальное носовое дыхание; незначительное ухудшение носового дыхания; значительное ухудшение носового дыхания.

Для объективной оценки носового дыхания нами использован риноманометр компьютерный Ринолан (рисунок) – аппарат, который позволяет проводить исследование по методике передней активной риноманометрии (ПАРМ). Основные количественные показатели, определяемые при ПАРМ, – суммарный объемный поток (СОП) и суммарное сопротивление воздушному потоку (СС) в точке фиксированного давления 150 Па/см³/с. Эти показатели находятся в обратно пропорциональной зависимости. Для оценки результатов ПАРМ носовая обструкция разделена на три степени: I степень – 700-870 см³/с; II степень – 500-700 см³/с, III степень – менее 500 см³/с (Решетникова О.В., 2013). Группу сравнения составили 17 студентов-добровольцев без патологии челюстно-лицевой области и ЛОР-органов.

Результаты исследования

Результаты анкетирования свидетельствовали о разнообразии субъективной симптоматики. У большинства обследованных (55,8±8,3%) регистрировались жалобы на нарушения носового дыхания, деформацию носа (табл. 2).

Таблица 2. Результаты субъективной оценки удовлетворенности носовым дыханием у больных с ГФАО, абс. (%), M±m

Группа	Нормальное НД	Незначительное ухудшение НД	Значительное ухудшение НД	Всего
1-я	7 (50±8,2)	5 (35,7±7,4)	2 (14,3±3,2)	14 (41,2±5,6)
2-я	8 (40±6,9)	7 (35±6,2)	5 (25±6,5)	20 (58,8±8,3)
Итого	15 (44,2±6,2)	12 (35,3±5,8)	7 (20,5±7,1)	34 (100)

Как показали результаты исследования, субъективные ощущения нарушения носового дыхания чаще встречались (60±6,4%) у пациентов с мезиальным прикусом, которые входили во 2-ю группу. Необходимо отметить, что 25% больных этой группы жаловались на значительное ухудшение носового дыхания, тогда как в 1-й группе значительное ухудшение носового дыхания отмечалась только у 14,3±3,2% обследованных. На

наш взгляд, это связано с сужением костной полости носа, которая наиболее ярко выражена у пациентов с мезиальной окклюзией (2-я гр.). Значения суммарного объемного потока носового дыхания у пациентов контрольной группы были достоверно выше, чем у больных 1-й и 2-й групп (p<0,01).

По результатам ПАРМ среднее значение СОП у пациентов 1-й группы составило 610±47 см³/с, что было на 29,9% ниже контроля, а у пациентов с мезиальным прикусом 2-й группы этот показатель был равен 540±64 см³/с, что было ниже контроля на 37,9% (табл. 3). Среднее значение суммарного сопротивления (СС) воздушному потоку у пациентов 1-й группы составило 0,31±0,11 Па/см³/с, 2-й группы – 0,27±0,12 Па/см³/с, что выше контрольных значений соответственно на 128,5 и 147,6%.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у большинства обследованных регистрировались симптомы нарушения носового дыхания, причем у пациентов 2-й группы они были более выраженными: носовая обструкция (НО) II степени наблюдалась у 45±6,5%, III степени – у 25±4,3%.

Таблица 3. Результаты ПАРМ у больных с ГФАО при Pa-150, M±m

Группа больных	СОП, см ³ /с	СС, Па/см ³ /с
1-я	610±47*	0,31±0,11*
2-я	540±64*	0,27±0,12*
Контроль	874±21,4	0,21±0,01

Примечание. Контроль – данные О.В. Решетниковой (2013). * – p<0,001 по сравнению с контрольной группой.

Несмотря на выявленную статистически достоверную корреляцию между значениями суммарного объемного потока носового дыхания у 27 (79,2±8,7%) пациентов имела место различной степени выраженности носовая обструкция (табл. 4), тогда как на основании субъективных ощущений нарушения имелись у 55,8±8,3% обследованных. Носовая обструкция наиболее часто встречалась у пациентов с мезиальной окклюзией (85±7,5%), на 25% больше, чем это отмечалось по субъективной оценке. Носовая обструкция II-III степени в этой группе диагностирована у 70% обследованных, что на 10% больше, чем по субъективных ощущениям пациентов. Значения носовой обструкции у пациентов 1-й и 2-й групп были достоверно выше, чем в контрольной группе (p<0,01).

В структуре носовой обструкции можно выделить две составляющие: структурную и функциональную. Структурная составляющая носовой обструкции является постоянной величиной. Она не изменяется в зависимости от факторов внешней среды и внутренних факторов организма. Чтобы воздействовать на структурную составляющую, требуется оперативное вмешательство. Функциональная составляющая носовой обструкции отличается непостоянством. Она зависит от факторов внешней среды и внутрен-

Таблица 4. Распределение пациентов с ГФАО в зависимости от степени НО, абс. (%)

Группа	Без обструкции	Степень НО			Всего
		I	II	III	
1-я	3 (21,4±3,3)	2 (14,3±4,8)	6 (42,7±6,8)	3 (21,4±3,2)	14 (41,2±5,6)
2-я	3 (15±3,6)	3 (15±5,1)	9 (45±6,5)	5 (25±4,3)	20 (58,8±8,3)
Итого	7 (18,2±4,9)	4 (14,8±4,2)	15 (43,8±5,9)	8 (23,2±3,9)	34 (100)

них факторов организма. Функциональная составляющая носовой обструкции может подвергаться медикаментозной коррекции. Эту задачу необходимо решать вместе с отоларингологами.

Из литературы известно, что при переходе человека на дыхание через рот нарушается весь механизм функционирования различных органов и систем. Нарушается дыхательный ритм, отток крови и питание мозга, как следствие происходит ухудшение памяти, мыслительных способностей, нарушение состава крови, функций сердечно-сосудистой системы. Следовательно, нормализация носового дыхания является задачей первостепенной важности.

Таким образом, чтобы воздействовать на структурную составляющую носовой обструкции, требуется оперативное вмешательство. При проведении хирургического лечения (ортогнатической хирургии) с целью снижения вероятности возможных послеоперационных осложнений необходимо учитывать выраженность носовой обструкции. Использование компьютерной риноманометрии у пациентов с ГФАО помогает с большей достоверностью определить наличие и степень носовой обструкции и контролировать ее в динамике процесса лечения.

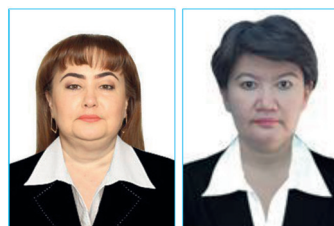
Список литературы

1. Абдукаюмов А.А. Особенности риноманометрии у больных с хроническими риносинуситами // Педиатрия (Узб.) – 2014. – №3-4. – С. 13-14.
2. Евсеева В.В. Морфофизиологические особенности полости носа при искривлении носовой перегородки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 24 с.
3. Козлов В.С., Державина Л.Л., Шиленкова В.В. Возможности акустической ринометрии и передней активной риноманометрии в изучении носового цикла // Рос. ринология. – 2002. – №1. – С. 4-10.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Руководство по ринолгии. – М.: Литтерра, 2011. – 960 с.
5. Решетникова О.В., Евсеева В.В, Решетников С.В. Передняя активная риноманометрия в диагностике хронических ринитов // Рос. ринол. – 2013. – Т. 21, №4. – С. 9-13.
6. Четик Е.А., Топольницкий О.З., Тугарин В.А., Персин Л.С. Морфометрические и функциональные особенности челюстно-лицевой области у пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии в возрасте 18-25 лет // Стоматолог. – 2007. – №1. – С. 21-25.
7. Carlini D. et al. Modified Method of Acoustic Rhinometry // Acta Otolaryngol. – 2002. – Vol. 122. – P. 298-301.
8. Harar P.P.S., Kalan A., Kenyon G.S. Improving the Reproducibility of Acoustic Rhinometry in the Assessment of Nasal Functon // ORL. – 2002. – Vol. 64. – P. 22-25.

9. Reshef A. et al. Chronic rhinitis. Clinical guidelines 2010 // Harefuah. – 2011. – Vol. 150. – P. 275-278.
10. Settupane R.A., Charnock D.R. Epidemiology of rhinitis: allergic and nonallergic // Clin. Allergy Immunol. – 2007. – Vol. 19. – P. 23-34.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2018-1-23>
УДК: 616.315-007.254:615.862+615.014.43

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА



Пулатова Б.Ж., Буранова Д.Д.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Цель: определение показаний к использованию биологически активных точек на различных этапах реабилитации детей с расщелиной верхней губы и нёба с целью профилактики осложнений. **Материал и методы:** применялись I и II варианты тормозного метода. Условно было выделено три способа лечения: с использованием только отдаленных точек: G14, GI10, GI11, V60, использование местных и отдаленных точек; ежедневное воздействие на все биологически активные точки. **Результаты:** использование биологически активных точек с целью уменьшения частоты осложнений и улучшения кровоснабжения на месте локализации процесса позволило снизить до минимума количество лекарственных препаратов, а также частоту их применения. **Выводы:** использование биологически активных точек способствовало более ранней реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба.

Ключевые слова: дети, врожденная расщелина верхней губы и нёба, хирургическое лечение, реабилитация, биологически активные точки.