

4. Куросдова В.Д., Сирик В.А. Логопедия в ортодонтии. – Полтава, Верстка, 2005. – 124 с.

5. Нигматова И.М., Нигматов Р.Н., Иногамова Ф.К. Дифференцированное ортодонтическое и логопедическое лечение по устранению произносительных расстройств у детей с зубочелюстными аномалиями // Stomatologiya. – 2018. – №2 (71). – С. 43-46.

6. Нигматова И.М., Ходжаева З.Р., Нигматов Р.Н. Ранняя профилактика речевых нарушений у детей с использованием миофункционального аппарата // Stomatologiya. – 2018. – №4 (72). – С. 30-33.

7. Образцов Ю.А., Варакина И.А. Аномальные уздечки языка // Стоматология. – 1985. – №6. – С. 25-26.

8. Образцов Ю.А., Ларионов С.Н. Пропедевтическая ортодонтия. – СПб: Спец. лит-ра, 2007. – 159 с.

9. Рузметова И.М., Шамухамедова Ф.А., Раззаков У.М. Распространенность дислалии у детей г. Ташкента // Актуальные проблемы стоматологии: Респ. науч.-практ. конф. – Нукус, 2018. – С. 86-87.

10. Телебаева Г.Т., Шарипова С.К. Аномальные уздечки губы языка: классификация. Терминология с подходом диагностики // Вестн. КазНМУ. Стоматология. – 2014. – №2 (2). – С. 67-77.

11. Bissasu M. Use of the tongue for recording centric relation for edentulous patients // J. Prosrhet. Dent. – 1999. – Т. 82. – С. 369-370.

Цель: изучение влияния формы и положение языка на состояние зубочелюстной системы у детей сменного прикуса. **Материал и методы:** с 2018 г. по настоящее время ортодонтическое обследование было проведено у 169 (79 мальчиков и 90 девочек) детей в возрасте от 6 до 14 лет, проживающих в г. Ташкенте. **Результаты:** нарушения положения языка в покое и во время речи выявлены при клиническом обследовании у 72 (42,6%) пациентов. Неправильное произношение единичных звуковых фонем или их сочетаний наблюдали у 49 (30%) обследованных; нарушенное произношение шипящих звуков имело место у 25 (51,0%); звуков «Д», «Т» – у 5 (10,2%); звуков «Р», «Л» – у 39 (79,6%). **Выводы:** при такой патологии после пластики укороченной уздечки языка, в процессе ортодонтического

лечения пациентам рекомендовали заниматься лечебной гимнастикой и обучаться у логопеда.

Ключевые слова: полость рта, язык, твердое и мягкое небо, телерентгенография, аномалия зубного ряда и прикуса.

Maqsad: aralash tishli bolalarda tilning shakli va holatining tish holatiga ta'sirini o'rganish. Material va usullar: 2018-yildan hozirgi kunga qadar Toshkent shahrida istiqomat qiluvchi 6 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan 169 nafar (79 nafar o'g'il va 90 nafar qiz) bolalar ortodontik tekshiruvdan o'tkazildi. Natija: 72 (42,6%) bemorda klinik ko'rikda tilning dam olish va nutq paytida holatining buzilishi aniqlandi. Tekshirilayotganlarning 49 tasida (30%) yagona tovush fonemalari yoki ularning birikmalarining noto'g'ri talaffuzi kuzatildi; 25 tasida (51,0%) xirillagan tovushlarning talaffuzi buzilgan; "D", "T" tovushlari – 5 da (10,2%); "R", "L" tovushlari – 39 da (79,6%). Xulosa: bunday patologiya bilan, tilning qisqartirilgan frenulumining plastik jarrohlik amaliyotidan so'ng, ortodontik davolanish jarayonida bemorlarga terapevtik mashqlarni bajarish va nutq terapevtida o'qish tavsiya etiladi.

Kalit so'zlar: og'iz bo'shlig'i, til, qattiq va yumshoq tanglay, telarentgenografiya, tishlash va tishlash anomaliyasi.

Objective: To study the influence of the shape and position of the tongue on the state of the dentition in children with mixed dentition. Material and methods: From 2018 to the present, orthodontic examination was carried out in 169 (79 boys and 90 girls) children aged 6 to 14 living in Tashkent. Results: Violations of the position of the tongue at rest and during speech were detected during clinical examination in 72 (42.6%) patients. Incorrect pronunciation of single sound phonemes or their combinations was observed in 49 (30%) of the examined; impaired pronunciation of hissing sounds occurred in 25 (51.0%); sounds "D", "T" – in 5 (10.2%); sounds "R", "L" – in 39 (79.6%). Conclusions: With such a pathology, after plastic surgery of a shortened frenulum of the tongue, in the process of orthodontic treatment, patients were recommended to do therapeutic exercises and study with a speech therapist.

Key words: oral cavity, tongue, hard and soft palate, teleroentgenography, anomaly of the dentition and bite.

УДК: 616.314.21-007.53:612.753-073.757.2

**ОПТИМИЗАЦИЯ РАСЧЕТА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ
ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА С УЧЕТОМ КОМПОНЕНТА ВЕРТИКАЛЬНОГО РОСТА
ЧЕЛЮСТЕЙ**



Расулова Ш.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Дистальный прикус, являясь распространенной аномалией, оказывает негативное влияние на психику пациента, способствуя нарушению речи, жевания и эстетики лица.

По данным различных исследователей, успешное лечение дистального прикуса напрямую связано обусловленностью ее развития, в том числе, с типом роста лицевого отдела черепа. [5, 9, 12, 13]. В диагностике зубочелюстных аномалий ведущую роль играют специальные методы исследования, особенно телерентгенография головы, позволяющая диагностировать «скрытые» аномалии размеров и положения челюстных костей и апикальных базисов в пространстве черепа, оценить профиль лица и тип роста лицевого отдела черепа [1, 3, 6, 7].

Для определения особенностей строения лицевого отдела черепа и планирования лечения зубочелюстно-лицевых аномалий, при которых имеется дистальный прикус, а также для дифференциальной диагностики их разновидностей часто применяют цефалометрическое исследование головы в боковой проекции [2, 4, 8, 10]. Многообразие методик анализа телерентгенограмм и большое количество изучаемых антропометрических параметров создают определенные трудности для врачей— ортодонтотв [1, 5, 11].

Цель работы:

Среди различных методов цефалометрического анализа боковых телерентгенограмм выявить наиболее информативные параметры, характерные для дистального прикуса;

Материалы и методы исследования:

Обследованы 42 пациента с дистальной окклюзией в возрасте от 12 до 18 лет, из обратившихся на лечение в поликлинику Ортодонтии ТГСИ с 2016 по 2020 годы. Нами преднамеренно взяты на исследование 21

пациент с тенденцией к горизонтальному и 21 пациент к вертикальному типу роста.

Для исследования использовались антропометрические, фотометрические и рентгеноцефалометрические методы, их обсуждение и анализ.

Диагностику пациентов с дистальным прикусом с учетом компонента роста челюстей проводили по методу Kim. [5, 6, 8]. По следующим параметрам:

— Индикатор Глубины перекрытия (Overbite Depth Indicator; ODI);

— Показатель передне - задней дисплазии (Anterio-posterior Dysplasia Indicator; APDI);

— Комбинационный фактор (Combination Factor; CF).

Пациентов на основании этих критериев разделили на 2 группы:

I - группа – пациенты с вертикальным типом роста (21пациент);

II - группа – пациенты с горизонтальным типом роста (21пациент).

Результаты исследования. Был проведен цефалометрический анализ рентген-снимков пациентов по методу Kim. [5,13]. Метод является удобным и практичным для использования начинающими ортодонтами, студентами.

Параметры APDI $81,47 \pm 3,29$ соответствовали показателям, характерным дистальной окклюзии.

При определении параметров ODI по Kim (в норме $74,5 \pm 6,07$) у пациентов с дистальным прикусом, у 21го пациента данный показатель варьировал в пределах $71,2 \pm 1,04$ (скелетный паттерн с высоким углом), что свидетельствует о тенденции к открытому прикусу. А у второй группы обследованных пациентов данный показатель в среднем составлял $77,2 \pm 0,4$ (скелетный паттерн с низким углом) и определял тенденцию к глубокому прикусу.

Расценивать изолированно параметр ODI мало информативно, так как он взаимосвязан с параметром APDI, поэтому важно

рассматривать его значение, сопоставляя с Комбинационным фактором (CF).

Низкое значение CF указывает на склонность к вертикальному типу роста, а

высокое значение CF- на склонность к горизонтальному росту.

Таблица 1

Показатели ODI, APDI и CF у обследованных

Параметры по методу Kim	Норма	Группа I	Группа II
ODI	74,5± 6,07	71,2± 1,04	77,2± 0,4
APDI	81,4± 3,79	77,5± 1,6	78,3± 0,9
CF	155,9	150,1± 0,8	157,9± 1,6

На рисунке 1 и 2 представлены пациенты из обеих групп. На рисунке 1а показан профиль пациента до лечения. В процессе диагностики были произведены антропометрические, цефалометрические (APDI-78,5, ODI-71,8, CF-150,2) и фотометрический анализ данных, что послужило основанием отнести пациента в первую группу, то есть к группе пациентов, имеющих предрасположенность к вертикальному типу роста, с ротацией нижней челюсти по часовой стрелке, и с увеличением нижней трети лица, соответственно, лечение было направлено на уменьшение высоты нижней трети лица путем интрузии боковых нижних зубов. Лечение проводилось в течение 8 месяцев аппаратом Твин-блок для мезиального смещения нижней челюсти.

Результаты лечения представлены на рисунке 1б (фото - профиль пациента после лечения). Было достигнуто мезиальное перемещение нижней челюсти путем стимулирования роста нижней челюсти, нормализована высота нижней трети лица путем контроля вертикального компонента роста челюстей. Показатели анализа по Киму в

конце лечения (APDI 80,7) (ODI 73,5) (CF 154,2).

На рисунке 2 представлен пациент из группы II. Это пациент с дистальным прикусом и тенденцией к горизонтальному типу роста, с низким углом и ротацией нижней челюсти против часовой стрелки. [9,12,13]. До лечения цефалометрические данные анализа по Киму составляли APDI 78,5, ODI 76,8, CF155,3. (рис 2а). Тактику лечения выбирали исходя из анализа антропометрических, цефалометрических и фотометрических данных. Лечение проводилось с помощью накусочной площадки для фронтальных зубов с разобщением прикуса в области жевательных зубов, параллельно с помощью несъемной техники интрузировали верхние жевательные зубы и экструзировали нижние боковые зубы, тем самым способствуя стимуляции переднего позиционирования нижней челюсти и улучшения передне-заднего взаимоотношения челюстных костей и зубных рядов. На Рис. 2б можно видеть улучшение показателей (APDI 80,2, ODI 75,1, CF 155,3) и перемещение нижней челюсти вперед и нормализацию высоты прикуса.



1а



1б

Рис. 1. Профиль пациента из 1 группы до и после ортодонтического лечения.

На рисунке 1а показан пациент с дистальным прикусом (APDI 78,5) и вертикальным типом роста (ODI 71,8) и комбинационным фактором (CF 150.2) (I группа). На рисунке 1б показан тот же пациент после лечения на аппарате твин-блок, показатели: (APDI 80,7) (ODI 73,5) (CF 154.2)



Рис. 2. Профиль пациента из 2 группы до и после ортодонтического лечения.

На рисунке 2а показан пациент с дистальным прикусом (APDI 78,5) и горизонтальным типом роста (ODI 76,8) и комбинационным фактором (CF 155.3)(II группа). На рисунке 2б показан тот же пациент после лечения на несъемной брекет-системе, после которого изменились показатели: (APDI 80,2) (ODI 75,1) (CF 155.3)

Исходя из цефалометрических показателей пациентов первой группы, для стимуляции роста и перемещения нижней челюсти вперед составлен план ортодонтического лечения с уплощением окклюзионной плоскости, её ротацией против часовой стрелки, путем интрузии задних нижних жевательных зубов и поддержания вертикального контроля в области боковых и фронтальных зубов.

Пациентам II группы, согласно полученным цефалометрическим показателям, требуется ротация окклюзионной плоскости по часовой стрелке с целью получения достаточного вертикального показателя. Но, в свою очередь, увеличение зубоальвеолярной высоты приводит к перемещению нижней челюсти назад и вниз, и ухудшает картину переднезаднего соотношения зубных рядов и челюстных костей. В результате, контроль вертикального и горизонтального взаимоотношений в области боковых и фронтальных зубов успешно достигается благодаря интрузии верхних и экстррузии нижних боковых зубов, способствуя стимуляции переднего позиционирования нижней челюсти и улучшению передне-заднего взаимоотношения челюстных костей и зубных рядов.

Выводы:

Таким образом, при изучении телерентгенограмм по Kim были выявлены параметры, которые помогли обосновать

создание алгоритма диагностики и дифференциального подхода к лечению пациентов с дистальной окклюзией с учётом компонента вертикального роста.

Оценка тенденций изменения дентоальвеолярных и мягкотканых параметров челюстного комплекса у лиц с дистальным прикусом в процессе роста лицевого скелета позволяет спрогнозировать результат лечения гнатических форм дистальной окклюзии зубных рядов. Показано, что горизонтальный вектор роста челюстно-лицевого комплекса является прогностически благоприятным, а вертикальный вектор прогностически неблагоприятным фактором исхода лечения пациентов с дистальным соотношением зубных дуг.

Учитывая, что имеется корреляционная взаимосвязь между вертикальными и горизонтальными показателями, можно предопределить вероятность усугубления или возможность саморегуляции проблем у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов.

Резюме. Возможность воздействия на степень «дивергентности» челюстных костей позволяет изменить преимущественный вектор роста челюстного комплекса с вертикального на горизонтальный и наоборот. Учитывая, что имеется корреляционная взаимосвязь между вертикальными и горизонтальными

показателями, можно предопределить вероятность усугубления или возможность саморегуляции проблем у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов.

Хулоса. Тиш-жағ комплексининг ўсиш векторини вертикал йўналишдан горизонтал йўналишгача, ва аксинча ўзгартиришни жағ суякларининг "дивергентлик" даражасига таъсир қилиш орқали имкон беради. Вертикал ва горизонтал кўрсаткичлар ўртасида корреляция мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда, тишларнинг дистал окклюзияси бўлган беморларда оғирлашув еҳтимоли ёки муаммоларни ўз-ўзини бошқариш еҳтимоли аниқланиши мумкин.

Resume. The possibility of influencing the degree of "divergence" of the jaw bones allows you to change the predominant growth vector of the jaw complex from vertical to horizontal and vice versa. Given that there is a correlation between vertical and horizontal indicators, it is possible to determine the likelihood of aggravation or the possibility of self-regulation of problems in patients with distal occlusion of the dentition.

Литература

1. Арипова Г.Э., Расулова Ш.Р., Насимов Э.Э., Акбаров К.С. Эффективность ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов в период смены прикуса // *Stomatologiya*. – Ташкент, 2019. №2, 75.
2. Арипова Г.Э., Расулова Ш.Р., Насимова Э.Э., Сафарова К.Х. Особенности выбора

тактики лечения дистального прикуса в зависимости от ТРГ анализа

цефалометрического снимка пациента: Сборник тезисов и статей. – 2021. – 182с.

3. Насимов Э.Э. Совершенствование методов диагностики и лечения дистального прикуса: Диссертация. – Ташкент, 2019. – 6 с.

4. Насимов Э.Э. МПД. Мульти Петлевая Дуга: Ортодонтическое лечение с МПД: Перевод книги с английского языка. –650 с., № 003071, 25.01.2021.

5. Нигматов Р.Н., Рузметова И.М. Способ дистализации жевательных зубов верхней челюсти // *Вестник КазНМУ*. – 2018. – №1. – С.519-521.1

6. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. — М., 1999.

7. Расулова Ш.Р., Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Бабажанов Ж.Б. Обоснование к учёту вертикального компонента роста при диагностике и планировании лечения у пациентов с дистальным прикусом // *Медицина и инновации*. – 2021. – №1. – С.127-131.

8. Санжицыренова Т.И., Аникиенко А.А. Характерные особенности размеров зубов и строения зубных рядов у бурят // *Ортодент-Инфо*. — 1999. — № 3. — С. 25.

9. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. — М.: Медицина, 1999.

10. Proffit W.R. Contemporary orthodontics. — St. Louis — Toronto — London: C.V. Mosby Company, 1986. — 579 s

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

УДК: 616.314.26-007.23-053.2

БОШЛАНҒИЧ МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ СТОМАТОЛОГИК СТАТУСИ



Муртазаев С., Сайдалиев М., Муртазаев С.

Тошкент давлат стоматология институти

Аҳолининг стоматологик саломатлигини тизимли мониторинг қилиш стоматологик ёрдамни энг муҳим таркибий қисмларидан бири ҳисобланади [7]. Европа Иттифоқининг қатор мамлакатларида болаларнинг

стоматологик статусини ва амалга оширилаётган профилактика чора-тадбирлар асосий мезонларини қайд қилиш учун мўлжалланган автоматлаштирилган дастурлари фаолият кўрсатади [5,8,9]. Шарқий Европа