

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ



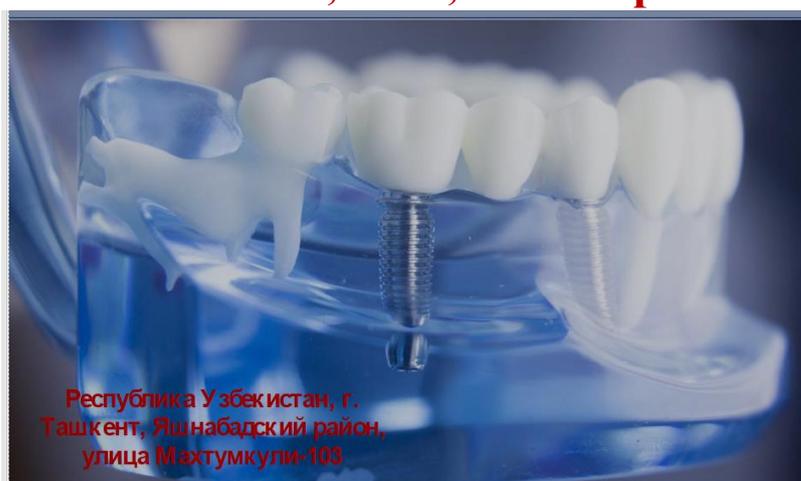
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

*ГОСПИТАЛЬ ОРТОПЕДИК СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ
ФАКУЛЬТЕТ ОРТОПЕДИК СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ
ПРОПЕДЕВТИКА ОРТОПЕДИК СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ
ОРТОДОНТИЯ ВА ТИШЛАРНИ ПРОТЕЗЛАШ КАФЕДРАСИ*

**«ОРТОПЕДИК СТОМАТОЛОГИЯ ВА
ОРТОДОНТИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МАСАЛАЛАРИ»
НОМЛИ ҲАЛҚАРО ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
КОНФЕРЕНЦИЯНИНГ**

МАТЕРАЛЛАР ТЎПЛАМИ

Тошкент, 2023, 10 ноябрь



Тошкент-2023

дисфункций ВНЧС, индуцированных трансверзальными аномалиями окклюзии (по данным литературных источников).	
Мавлонова Мохларойим Ахтамовна, Муратова Гулмира Абатжановна. Анализ результатов ортодонтического лечения пациентов с сужением зубных рядов с применением элайнеров.	146
Муртазаев С.С., Шаамухамедова Ф.А., Отамуродова Г.С. Критерии выбора стратегии лечения пациентов со скученным положением зубов при использовании брекет-системы. (по данным литературных источников).	148
Муртазаев С.С., Шаамухамедова Ф.А., Отамуродова Г.С. Ошибки и осложнения во время и после применения микроимплантатов при ортодонтическом лечении. (по данным литературных источников).	151
Машарипова С.К., Насимов Э.Э. Влияние диспропорций размеров зубов на формирование аномалий зубного ряда.	154
Насимов Э.Э., Рахманова Д.Р., Дусмухамедова А.Ф. Превентивные меры по сохранению костного рельефа постэкстракционного пространства при ортодонтическом лечении аномалий окклюзии в эксперименте.	155
Насимов Э.Э., Расулова Ш.Р., Артикова А.У. Частота зубочелюстных аномалий вертикального направления.	158
Нигматов Р.Н., Атамуратова Н.Б., Зиявутдинов Б.Ф. Особенности микробиоценоза в полости рта у детей с ортодонтическими пластиночными аппаратами.	160
Нигматов Р.Н., Нигматова Н.Р., Бахшиллаева С.А., Тоиров Б. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава у больных с заниженной высоты прикуса.	163
Нигматов Р.Н., Нигматова Н.Р., Зиявутдинов Бехзодхон Фахриддин углы, Гафуров Абдулазиз, Джураев Жамолиддинхужа. Ортодонтическое лечение феномена Годона взрослых перед протезированием.	165
Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С., Нигматова И.М., Арипова Г.Э., Шамухамедова Ф.А., Кодиров Ж.М., Акбаров К.С., Расулова Ш.Р., Аралов М.Б., Нигматова Н.Р. Отчет о опубликованные научные труды сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год.	167
Нигматова Н.Р., Шамухамедова Ф.А., Нигматов Р.Н., Муратбаева Д.Б., Абдукаюмова Дилобар. Состояние зубочелюстной системы у детей с первичной адентии в период молочного и сменного прикуса и оказание им стоматологической помощи.	187
Ризаев Э.А., Мирзаев Х.Ш., Усманова Ш.Р. Стоматологический статус и уровень гигиены полости рта у больных хронической генерализованной пародонтита при хронической болезни почек.	190
Сулейманова Д.А., Муратова Г.А., Назарова С.Ж.,	192

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ОРТОДОНТИЧЕСКИМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ АППАРАТАМИ

Проф. Нигматов Р.Н., магистры: Атамуратова Н.Б.,
Зиявутдинов Б.Ф.

Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ

Актуальность проблемы. Одной из актуальных задач стоматологии является оптимальное восстановление нарушенных функций при аномалиях и деформациях зубочелюстной системы.

Ортодонтические съемные пластиночные аппараты (ОСПА), по мнению Е.И. Гаврилов (2001), следует рассматривать как лечебный аппарат, восстанавливающий жевательную способность зубных рядов, улучшающий внешний вид больного и предупреждающий дальнейшее искривление и разрушение жевательного аппарата.

При наличии ОСПА в полости рта количество микрофлоры резко возрастает. Некоторые виды микроорганизмов полости рта особенно активно растут и размножаются на поверхности пластиночных аппаратов (Седунов А.А., 1998; Ellian H.R. et al., 1990; Tsarev V.N. et al., 2000; Panagoda GJ. et al., 2001). ОСПА, изготовленные из пластмассы акрилового ряда, способствуют развитию кандидомикоза.

Цель работы. Изучить особенности микробиоценоза в полости рта и влияние на них различных ортодонтических съемных аппаратов у пациентов с аномалиями и деформациями зубных рядов.

Материал и методы исследования. Материалом обследования служили 23 пациентов с аномалиями и деформациями зубных рядов в возрасте от 9 до 18 лет (10 девочек и 13 мальчиков). Контролем служили 13 практически здоровых пациентов с интактными зубными рядами сопоставимого пола и возраста.

Основная группа больных были распределены на 2 подгруппы:

- 1 подгруппа – пациенты с аномалиями и деформациями зубных рядов, ортодонтическое лечение которых проводили съемными пластиночными аппаратами, $n=14$;
- 2 подгруппа – больные с аномалиями и деформациями зубных рядов, ортодонтическое лечение которых проводили с металлическими каркасными базисами, $n=9$.

Сроки забора слюны и микробиологических исследований совпадали с таковыми при клинико-лабораторных исследованиях. Изучали микрофлору слюны. Микробиологические исследования проводили на кафедры Микробиологии и «Проблемной лаборатории по клинической микробиологии, иммунологии и микологии» ТГСИ (зав. лаб. проф. И.М. Мухамедов).

Результаты исследования. До установки пластиночных ортодонтических аппаратов у всех обследованных высевались стафилококки и

пептострептококки в среднем количестве 6,7 lg КОЕ/мл и 8,3 lg КОЕ/мл, соответственно. В 77% - стрептококки (7,96 lg КОЕ/мл), в 54% - пептококки, коринебактерии и микрококки (7,7 lg КОЕ/мл, 6,9 lg КОЕ/мл и 6,0 lg КОЕ/мл), в 25% - бациллы, вейлонеллы и энтеробактерии (8,9 lg КОЕ/мл, 7,8 lg КОЕ/мл и 6,5 lg КОЕ/мл).

Микроорганизмы выделялись в ассоциации из 4-6 культур. Чаще сочетались стафилококки, стрептококки, пептострептококки, пептококки, коринебактерии и микрококки.

Через 3 дня после наложения ортодонтического аппарата микробный пейзаж изменился в положительную сторону. У больных не выявлялось коринебактерий и пептококков, но в половине случаев высевались лактобациллы и бифидобактерии в количестве 8,2 и 7,4 lg КОЕ/мл соответственно. Частота выявления и количество других микроорганизмов практически не изменились. Микроорганизмы выделялись в ассоциации 6-7 культур.

Изучение более отдаленных результатов определения микробиоценозов слюны после начала ортодонтического лечения показало, что через 5-6 месяцев микрофлора была представлена в основном кокковой флорой, как аэробной, так и анаэробной. Превалировали стрептококки, стафилококки, микрококки, выявлялись стоматококки, реже бактерии семейства *Enterobacteriaceae* при отсутствии лактобактерий, коринебактерий, вейлонелл, бацилл. Количество микроорганизмов составляло от 6,65 lg КОЕ/мл у стафилококков до 9,15 lg КОЕ/мл у стрептококков. Микроорганизмы выделялись в сочетании 6-7 культур.

Через 6-8 месяцев после ортодонтического лечения в слюне превалировали аэробные и анаэробные стрептококки и стафилококки (73,2-82,7% случаев), выявлялись энтеробактерии (69,1%), бактериоиды и грибы рода *Candida* (39,9%), лактобациллы высевались только у 11,8% обследованных, отсутствовали вейлонеллы и микрококки. Количество микроорганизмов было значительным и колебалось от 7,1 до 8,9 lg КОЕ/мл. В ассоциацию входило 6-7 видов бактерий.

Проведенными исследованиями установлено, что наложение ортодонтического аппарата изменяет характер микрофлоры слюны. До ортодонтического лечения в слюне отмечено отсутствие лактобактерий и наличие микрококков, что свидетельствует о пониженной местной резистентности и недостатке выработки лизоцима, который губительно сказывается на грамположительных бактериях и, прежде всего, на микрококках.

Недостаток лактобацилл указывает о сниженной колонизационной резистентности слизистой оболочки полости рта и недостаточной антагонистической активности микрофлоры.

Таким образом, наложение съемных пластиночных ортодонтических аппаратов вначале улучшает микробиоценоз слюны, но спустя 6-8 месяцев микробный баланс нарушается с преимуществом кокковой микрофлоры, которая проявляет признаки патогенности, и появляются грибы рода *Candida*.

Такой микробиоценоз полости рта может способствовать развитию воспалительных заболеваний тканей пародонта.

Это обстоятельство необходимо учитывать при проведении профилактических мероприятий как врачами-ортодонтами, так и самими пациентами, имеющими в полости рта съемных пластиночных ортодонтических аппаратов.

Выводы.

Ортодонтическое лечение аномалий и деформации ЗЧС при помощи съемных пластиночных ортодонтических аппаратов к 6 месяцев в смешанной слюне появляются гемолитические микроорганизмы и грибы рода *Candida*, характерные для микробного дисбаланса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Van Winkelhoff A., Boutaga K. Transmission of periodontal bacteria and models of infection //J. Clin. Periodontol.-2005.-Vol. 32.-P. 16-27.
2. Клёмин В. и др. Сравнительная характеристика физикомеханических свойств термопластических базисных материалов на основе полиамидов с другими стоматологическими базисными материалами //Stomatologiya. – 2017. – Т. 1. – №. 3 (68). – С. 87-90.
3. Магруппов Б. А., Нигматов Р. Н., Юлдашева Н. Р. Клинико-морфологическое изучение слизистой оболочки полости рта больных заболеваниями внутренних органов. //Научно-практический журнал «Dentist Казакстан», Алматы. – 2007.
4. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. Под редакцией И.М. Мухамедова. Ташкент, 2011, 895 с.
5. Мухаммедов И. М., Нигматов Р. Н., Юлдашева Н. Р. Исследование неспецифических факторов защиты полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов. //Научно-практический журнал «Dentist Казакстан», Алматы. – 2007.
6. Нигматов Р. Н., Мусаева К. А., Зейнитдинова З. А. Микробиологические и иммунологические показатели полости рта у больных с хроническими заболеваниями почек //Вестник стоматологии. – 2011. – №. 2 (75). – С. 17-20.
7. Нигматов Р. Н., Юлдашева Н. Р. Патоморфологические изменения слизистой оболочки полости рта у больных с общесоматическим заболеванием //Вісник стоматології. – 2009. – №. 4. – С. 37-38.
8. Нигматов Р., Рузметова И. Влияние съемных пластиночных ортодонтических аппаратов на качество композитных пломб у детей //Stomatologiya. – 2013. – Т. 1. – №. 1-2 (51-52). – С. 89-94.
9. Нигматов Р., Рузметова И., Пайзиходжаев М. Использование новой конструкции ортодонтического аппарата для дистализации жевательных зубов верхней челюсти //Stomatologiya. – 2017. – Т. 1. – №. 1 (66). – С. 48-50.

10. Саломович Ш. С. The influence of removable dentures on the oral cavity microflora // Ёш олимлар кунлари тиббиётнинг долзарб масалалари: Ш. – 2014. – Т. 1. – С. 102.

11. Царев В.Н., Абакаров С.И. Динамика колонизации микробной флорой полости рта различных материалов, используемых для зубного протезирования // Стоматология. - Т. 79. - №1. - 2000. — С. 55-57.

ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ЗАНИЖЕННОЙ ВЫСОТЫ ПРИКУСА

Проф. Нигматов Р.Н., доц. Нигматова Н.Р., магистр Бахшиллаева С.А. студент 5 ого курса Тоиров Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является патологией, заключающей в себе комплекс анатомо-функциональных нарушений, состоящих из суставного, мышечного и окклюзионного компонентов. Синдром дисфункции ВНЧС является в настоящее время одной из актуальных проблем стоматологии и нейростоматологии. По данным различных авторов, патология височно-нижнечелюстного сустава занимает третье место среди стоматологических заболеваний после кариеса и заболеваний пародонта Частота поражений ВНЧС у взрослого населения составляет 14-89%.

Цель исследования: Оценить эффективность комплексного лечения дисфункцию ВНЧС у пациентов с заниженной высотой прикуса.

Материалы и методы исследования. Нами проведено комплексное лечение 23 пациентов в возрасте от 16 до 32 лет с функциональной патологией ВНЧС и заниженной высоты прикуса. Занижение высоты прикуса у 12 (52,17%) было за счет глубокого прикуса, у 6 (26,09%) больных – за счет потери жевательных зубов (двухсторонне или односторонне с противоположных сторон) и у 5 (21,74%) больных с частичным отсутствием зубов верхней и нижней челюсти без сохранения антагонизирующих зубов.

Всем пациентам было проведено клинико-функциональные, антропометрические и рентгенологические (ортопантомография и КТ рентгенография) методы исследования.

Результаты исследования. Для достижения оптимальных результатов нами был предложен и апробирован алгоритм лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС в периоде прикуса постоянных зубов при глубоком смыкании моляров в вертикальном плоскости. Используемые ортодонтические аппараты для ортодонтического лечения глубокого прикуса (пластинки с наклонной плоскостью на верхнюю челюсть, каппа Бынина, эджуайз-техники и др.) в течение от 8-9 месяцев до 1,5-2 года дали положительные результаты. Средний срок лечения пациентов составил $23,2 \pm 0,6$ месяцев. Эффективность предложенных алгоритмов лечения