

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ

Нигматов Р.Н., Кадыров Ж.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Наиболее негативно привычка дышать ртом влияет на формирование челюстно-лицевого скелета. Ротовое дыхание приводит к пересыханию слизистой оболочки полости рта и глотки, предрасполагая её к воспалениям и инфицированию воздушными бактериями. Воспалительный процесс постепенно распространяется на глоточные миндалины, которые в норме выполняют функцию иммунной защиты, но в результате хронических воспалений сами становятся источником инфекции. Гипертрофия глоточных миндалин ведёт к ещё большему сужению верхних и нижних дыхательных путей, хронической гипоксии, пагубно влияющей на общее развитие детского организма. Недоразвитие нижней челюсти затрудняет смыкание губ, и ротовой тип дыхания закрепляется окончательно. При этом нижняя губа располагается между передними зубами челюстей, что является одним из факторов формирования дистальной окклюзии зубных рядов, характеризующейся протрузией верхних резцов.

Цель исследования Провести комплексное лечение дистального прикуса у детей с нарушением носового дыхания и оценить эффективность лечения.

Материал и методы Осмотр и лечение пациентов проводились на кафедре ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института. Обследованы 29 детей в возрасте 8-14 лет, которым проводились, клинические, антропометрические, рентгенологические и фотометрические исследования. Пациенты были разделены на три группы. 1-ю группу составили пациенты с дистальной окклюзией, со сменным прикусом, у которых до лечения сагиттальная щель не превышала 2 мм. Во 2-ю группу вошли пациенты, у которых сагиттальная щель была до 5 мм. Пациенты, у которых сагиттальная щель была равна 5-10 мм, составили 3-ю группу. Всем пациентам были изготовлены индивидуальные съёмные пластиночные аппараты (СПА) с наклонной плоскостью для выдвижения нижней челюсти. При необходимости в конструкцию аппарата были включены механические элементы: пружины (рукообразные и протрагирующие), винты.

Результаты исследования В 1-й группе после проведенного ортодонтического лечения сагиттальная щель была устранена у 25 (85,7%) пациентов с привычным ротовым дыханием. Однако у 4 (24,7%) размеры сагиттальной щели не изменились. Во 2-й группе отсутствие сагиттальной щели после лечения отмечалось у 22 (75,3%) пациентов, однако у 7 (24,7%) пациентов сагиттальная щель сохранялась.

В 3-й группе пациентов с полностью устраненной сагиттальной щелью не было. Сагиттальная щель до 3-4 мм уменьшилась у 25 (88,1%) человек, до 5-6 мм – у 3 (7,1%), до 7-8 мм – у 1 (2,0%). Такой результат у пациентов 3-й группы мы связываем с привычным ротовым дыханием, значительной ретрогнатией

нижней челюсти до лечения и неспособностью пациентов переместить нижнюю челюсть на столь большое расстояние (6-10 мм). Пациенты, у которых коррекция сагиттальной щели была недостаточной, были направлены на миотерапию и продолжение ортодонтического лечения с применением съемных ортодонтических аппаратов.

Повторный осмотр пациентов был проведен спустя 1-3 месяца. Миогимнастические упражнения оказали влияние на положение нижней челюсти у пациентов с сагиттальной щелью 1-6 мм после использования съемных ортодонтических аппаратов. После применения съемных ортодонтических аппаратов на верхнюю челюсть с наклонной плоскостью в переднем отделе у 17 (60,2%) детей 1-й, 2-й и 3-й групп сагиттальная щель уменьшилась до 2 мм или была полностью устранена. Спустя 3 месяца выполнения пациентами миогимнастических упражнений сагиттальная щель была уменьшена до 2 мм или полностью устранена у 24 (83,8%) пациентов, что говорит об эффективности использования комбинации СПА и миогимнастики.

Выводы.

Таким образом, пациентам с дистальной окклюзией и нарушением носового дыхания при наличии сагиттальной щели более 3 мм показано комплексное лечение съемными ортодонтическими аппаратами с последующим проведением курса миогимнастических упражнений, а также консультация оториноларинголога.

Список литературы:

1. Нигматов Р.Н., Нормуродова М.О., Кадыров Ж.М. Оценка эффективности комплексного лечения дистального прикуса у детей с нарушением носового дыхания. / Научно-практический журнал «Stomatologiya». № 1 (86), Т.- 2022. – С.46-48.

2. Нигматов Р.Н., Шомухамедова Ф.А., Нигматова И.М. Ортодонтия. / Учебник (на русском и на узбекском языке) Для студентов Стоматологических факультетов медицинских институтов.- 2-том. -Т.-2021. - 451 с.

3. Нигматов, Р. Н., and И. М. Рузметова. "Способ дистализации жевательных зубов верхней челюсти." *Вестник Казахского национального медицинского университета* 1 (2018): 519-521.

4. Нигматов, Р., И. Рузметова, and Ф. Шамухамедова. "Применение эластопозиционеров для профилактики вторичных деформаций зубной дуги у детей в период сменного прикуса." *Stomatologiya* 1.3-4 (53-54) (2013): 87-91.

5. Прогностический подход к планированию ортодонтического лечения аномалий прикуса // Р Нигматов, Г Арипова, С Муртазаев, Э Насимов, И Рузметова, Б Рустамбекова. Дата публикации 2014/5/26. – Журнал *Stomatologiya*.- Том 1. – Номер 2 (56).- С. 48-51.

6. Распространенность различных форм дистальной окклюзии у ортодонтических пациентов с учетом типа роста челюстей // Г Арипова, Ш Расулова, Э Насимов, Н Джумаева. Дата публикации 2021. Журнал *Медицина и инновации*.-Том 1.- Номер 4.- С.421-425.