



Патогномические симптомы – пятна Бельски-Филатова-Коплика, отмечалось 68,7% у детей, а этапность и пигментация 97%. Так как специфического этиотропного лечения не существует, больным детям назначено было симптоматическое лечение.

Тяжелым детям противовирусный препарат «Viferon», для снятия интоксикации инфузионная терапия, десенсибилизирующие препараты.

При осложнениях антибиотики, чтобы снять дефицит витамина А, назначено было ретинол. Летальные случаи не обнаружены.

Чтобы предотвратить эпидемии, тяжелые случаи кори у детей важно вакцинировать всех детей по графику.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Корь в России: проблемы ликвидации. Онищенко Г.Г., Попова А.Ю., Алешкин В.А. Москва, 2017, стр.552
2. Инфекционные болезни: национальное руководство под ред. Н.Д.Ющук, Ю.Я. Вениров. М.ГЭОТАЗ, Медия 2018
3. Хутинаева Э.Б., Гамонова В.С. Корь, этиология, клиника, диагностика, методы лечения. Молодой ученый 2022, № 26, (421) с.56-58
4. Kremer J.R., Fack F., Olinger CMET al., Measles virus genotyping by nucleotide – specific multiplex. PCP // Clin. Microbiol. 2004. Jul; 42(7) : 3017-22
5. Крюгер Е.А., Ромаренко Е.А. Корь: особенности иммунного ответа и терапия на современном этапе. // Педиатрия, журнал им. Г.Н. Сперанского.
6. В.Н. Тимченко, Т.А. Каплина, О.В. Букина и др. Санкт-Петербург, Государственный педиатрический медицинский университет России. Педиатр. – 2017, т-8, № 3, стр.120-129.

УДК: 616.314.26-007.26-071.3

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ

Аралов Мирзобек Бахромович, Нигматов Рахматулла Нигматович, Сайдиганиев Саидахрор Санжар угли, Шаамухамедова Феруза Абдулхаковна.

Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования
Ташкентского государственного стоматологического института,
Ташкент, Узбекистан

Аннотация: Авторами изучены клиничко-анатомические изменения зубочелюстной системы у детей с открытым прикусом. Под наблюдением были 20 пациентов, которые обратились с жалобами в поликлинику ортодонтии Ташкентского государственного стоматологического института, из них 12 девочек и 8 мальчиков. Результаты: пациенты предъявляли жалобы на трудности при откусывании, пережевывании еды, дефекты речи и затруднённое дыхание. У 18 (90%) пациентов обнаружено нарушение функции глотания. Нарушение артикуляции, которое характеризовалось шепелявостью и невнятной речью, встречался у 15 (75%) обследованных. Выводы: открытая вертикальная дизокклюзия занимает одно из ведущих мест среди зубочелюстных аномалий, которые могут привести к нарушениям деятельности различных органов и систем, в том числе желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы.



Ключевые слова: *открытый прикус, вертикальная дизокклюзия, рахит, солнечное облучение, травма, токсикоз, вредная привычка.*

Актуальность. Среди детей, посещающих массовые детские сады и общеобразовательные школы и нуждающихся в ортодонтической и логопедической помощи, в связи с имеющимися у них произносительными расстройствами, особую группу составляют дети с аномалиями органов артикуляции. Открытый прикус - эта одна из наиболее тяжелых форм аномалии, встречающаяся в ортодонтии. Вертикальная дизокклюзия зубных рядов чаще встречается у детей, представляет собой деформацию зубочелюстной системы в орбитальной (вертикальной) плоскости, характеризуется разобщением и отсутствием смыкания зубов-антагонистов в области резцов, клыков, премоляров и редко – моляров (4,11).

Особенности строения лицевого отдела черепа при открытом прикусе с нашли отражение в работах многих ученых (2,5,7,8,9,10). По мнению многих авторов лечебные мероприятия по устранению дефектов прикуса должны сочетаться с целенаправленным ортодонтическим и логопедическим воздействием по коррекции звукопроизношения (1,3,5,6). У маленьких детей неправильный прикус может стать причиной задержки развития речи, картавости, трудностей с произношением отдельных звуков. В дальнейшем могут развиваться нарушения сна, храп, воспалительные заболевания уха, горла и носа, могут быть проблемы с пищеварением, не говоря уже об эстетической составляющей.

В настоящее время отсутствуют данные о распространенности этой самой тяжелой формы вертикальных дизокклюзии зубных рядов у детей по г. Ташкенту, глубоко не рассмотрены четкие клинические признаки этой тяжелой патологии в детском возрасте, а также нет точных критериев ортодонтического и хирургического лечения.

Помимо того, снижается тонус мышц, что также является осложнением открытого прикуса. С.И. Виноградова показала, что при открытом прикусе у детей происходит чрезмерная нагрузка на ткани пародонта, в результате чего снижается его стойкость. Снижение выносливости данных тканей возникает из-за наличия вертикальной щели и снижения функционирования фронтального отдела зубов, а также вследствие чрезмерной нагрузки на боковые группы зубов, особенно на большие коренные.

Цель исследования

Изучить клинико-анатомические изменения зубочелюстной системы у детей с открытым прикусом.

Материал и методы

Под наблюдением были 20 пациентов, которые обратились с жалобами в поликлинику ортодонтии Ташкентского государственного стоматологического института, из них 12 (60,0%) девочек и 8 (40,0%) мальчиков в возрасте от 6 до 18 лет. Все пациенты были клинически обследованы с заполнением клинической карты обследования. При этом уточнялись жалобы детей и их родителей, внешние изменения лицевого отдела и положения зубов и альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти, выявлялись причинные факторы открытого прикуса. Всем пациентам проводили клинко-стоматоскопические, антропометрические и рентгенологические (цефалометрические) исследования до начала и после ортодонтического лечения.

Результаты исследования:

Открытый прикус, как и любая другая зубочелюстная аномалия, характеризуется наличием лицевых и ротовых признаков. Лицо такого больного выглядит дисгармонично, так как возникает опущение подбородка, и профиль лица сразу же изменяется. Губы



верхней челюсти короткие и максимально натянуты, носогубные и подбородочные складки сглажены. Пациента с открытым прикусом визуально отличить не сложно, так как его рот приоткрыт, а губы верхней и нижней челюсти почти не смыкаются. К ротовым признакам этой патологии относят наличие вертикальной щели между зубами при их смыкании в переднем участке зубного ряда (Рисунок).



Рис. Вертикальная щели между зубами при их смыкании в переднем участке зубного ряда

При обследовании детей с открытым прикусом выявили следующие причинные факторы вертикальной дизокклюзии: у 2 детей (10,0%) выявили наследственный фактор; у 3 (15,0%) - заболевания матери во время беременности (токсикозы, присоединение инфекции, употребление алкоголя, курение); у 2 (10,0%) - неправильное положение зачатков постоянных зубов; у 5 (25,0%) – рахитическое заболевание ребёнка; у 1 (5,0%) - травмы челюстей и у 7 (35,0%) - вредные привычки (сосание пальцев).

Как мы знаем, из литературного источника, открытый прикус может быть истинным только в том случае, если человек перенёс рахит. К возникновению данного заболевания приводит недостаток ультрафиолетовых лучей (солнечное облучение). Помимо основного фактора существует ряд причин, по которым может возникнуть открытый рахитический прикус. К ним относятся:

- факторы приёма пищи (неправильное вскармливание);
- перинатальные причины (недоношенность ребёнка);
- пассивный образ жизни;
- наследственный фактор.

Помимо истинного открытого прикуса существует ложный открытый прикус. Это травматический прикус, этиологическим фактором которого является механический фактор (травмы). Наиболее частой причиной такого открытого прикуса становится воздействие хронической травмы – сосание пальцев, сон с запрокидыванием головы. При этом возникает вертикальный промежуток, вследствие чего пациент не смыкает зубы.

Вертикальная дизокклюзия также может возникнуть из-за ошибочного хирургического лечения переломов челюстей при сопоставлении их отломков.

При клиническом обследовании пациентов с открытым прикусом мы выявили аномалии отдельных зубов:

- неправильное положение и форма;
- дефекты в области коронковой части зубов.

У детей с открытым прикусом отмечалось сужение зубоальвеолярных дуг. В результате этого фронтальный отдел зубного ряда располагался тесно, что привело к возникновению аномалии группы фронтальных зубов.

Вертикальная дизокклюзия также характеризовалась зубоальвеолярным удлинением в области жевательной группы зубов.



Пациенты предъявляли жалобы на трудности при откусывании, пережёвывании еды, дефекты речи и затруднённое дыхание. Вертикальная щель не даёт возможности для контакта передней группы зубов, что способствовала компенсации фронта другими зубами. В результате этого происходила перегрузка жевательной группы зубов и снижение жевательной способности.

Помимо этого, у 18 (90%) пациентов обнаружилось нарушение функции глотания. Язык прокладывается между зубами и способствовал усилению разобщения во фронтальном отделе.

Нарушение артикуляции, которое характеризовалось шепелявостью и невнятной речью, встречался у 15 (75%) обследованных.

Выводы

1. Открытая вертикальная дизокклюзия занимает одно из ведущих мест среди зубочелюстных аномалий, которые могут привести к нарушениям деятельности различных органов и систем и в первую очередь функции желудочно-кишечного тракта и нарушение речи.

2. При данной патологии окклюзии гармония лица резко ухудшается. Дыхание у больного вынужденное, что приводит к заболеванию дыхательной системы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Акбаров К., Нигматов Р., Кадилов Ж., Аралов М. Биометрический анализ гипсовых моделей по Болтону у детей с зубочелюстными аномалиями // *Stomatologiya*. – 2023. – №1 (4). – С. 52-57.
2. Гонтарев С.Н. Распространенность основных заболеваний временных зубов среди детей // *Рос. мед-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова*. – 2007. – №2. – С. 44-49.
3. Нигматов Н.Р., Муртазаев С.С., Арипова Г.Э. и др. Разработка тактики лечения при случаях редко врожденной олигодентии // *Stomatologiya*. – 2015. – №1-2. – С. 142-144.
4. Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Аралов М.Б. Распространенность открытого прикуса и нарушения речи // *Stomatologiya*. – 2023. – №1 (1).
5. Нигматов, Р. Н., Ф. А. Шомухамедова, and И. М. Нигматова. "Ортодонтия./Учебник (на русском и на узбекском языке) Для студентов Стоматологических факультетов медицинских институтов.-2-том." Т.-2021.-451 с.
6. Нигматова И.М., Аралов М.Б., Даминова Н. Исправление открытого прикуса интрузией жевательных зубов с помощью микроимплантов // *Stomatologiya*. – 2023. – №1 (1). – С. 61-64.
7. Персин Л.С. Ортодонтия. – М., 1996, 1998. – ТТ. 1-2.
8. Рузметова И.М., Нигматов Н.Р., Раззаков Ш.М., Нигматова Н.Р. Изучение распространенности аномалий и деформация зубочелюстной системы у детей г. Ташкента // *Stomatologiya*. – 2013. – №3-4. – С. 73.
9. Рузметова, И. М., Р. Нигматов, and Ф. А. Шомухамедова. "Изучение аномалии зубочелюстной системы и профилактика вторичных деформации зубной дуги у детей в период сменного прикуса. «Вестник КГМА им. ИК Ахунбаева» 4 (2015): 50-55.
10. Рузметова, И., et al. "Изучение распространенности аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей г. Ташкента. Журн. «Stomatologiya» 1.3-4 (57-58) (2014): 78-86.
11. Vodolatsky V.M., Solamatina G.N. Prevalence of dental anomalies and deformations and defects in sound pronunciation in children. *Scientific practice Journal Bulletin of the Volgograd State Medical University*. – Volg. 2010, Jan.-March. No. 1 (33). – 2010.-P.56-59.