

**ОБСЛЕДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С  
ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА В КАРАКАЛПАКСТАНЕ**



Махкамов Мохир Эргашевич<sup>1</sup>, Артикбаев Музаффар Бахадирович<sup>1</sup>, Муратбаев Адилбек Байрамович<sup>2</sup>,  
Шукурова Умида Абдурасуловна<sup>3</sup>, Махкамова Мохинур Мохир кизи<sup>2</sup>

1 – Республиканский детский многопрофильный медицинский центр,

Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 – Каракалпакский медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Нукус;

3 – Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

**ҚОРАҚАЛПОҒИСТОНДА ТУҒМА ЛАБ ВА ТАНГЛАЙ ЁРИҒИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИНГ  
СТОМАТОЛОГИК СТАТУСИНИ ТЕКШИРИШ**

Махкамов Мохир Эргашевич<sup>1</sup>, Артикбаев Музаффар Бахадирович<sup>1</sup>, Муратбаев Адилбек Байрамович<sup>2</sup>,  
Шукурова Умида Абдурасуловна<sup>3</sup>, Махкамова Мохинур Мохир кизи<sup>2</sup>

1 – Республика болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 – Қорақалпоқ тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Нукус ш.;

3 – Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

**EXAMINATION OF THE DENTAL STATUS OF CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP  
AND PALATE IN KARAKALPAKSTAN**

Makhkamov Mokhir Ergashevich<sup>1</sup>, Artikbayev Muzaffar Bakhadirovich<sup>1</sup>, Muratbayev Adilbek Bayramovich<sup>2</sup>,  
Shukurova Umida Abdurasulovna<sup>3</sup>, Makhkamova Mokhinur Mokhir kizi<sup>2</sup>

1 – National Childrens Multidisciplinary Medical Center, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 – Karakalpak Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Nukus;

3 – Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent.

e-mail: [mokhir@yandex.ru](mailto:mokhir@yandex.ru)

**Резюме.** Одатда, туғма лаб ва танглай кемтиги бўлган болаларга мақбул шароитлар яратилса, улар соғлом тендоишлари билан деярли бир хил ривожланади, ammo улар билан таққослаганда, бу болалар турли хил экологик омилларга кўпроқ мойил. Масалан, улар тиш эмалининг шикастланиши эҳтимоли 3-4 баравар кўп. Оғиз бўйлигини умумий маҳаллий ва ўзига хос бўлмаган ҳимоя қилиши омилларининг ўзгариши болаларда тиш касалликлари сонининг кўпайиши учун патогенетик шарт бўлиб хизмат қилади. Туғма лаб ва танглай кемтиклари тащувчиларида туғилгандан кейин юзага келадиган қўшма патология орасида тиш кариеси билан касалланиши айниқса юқори эканлиги аниқланди.

**Калит сўзлар:** туғма лаб ва танглай ёриги, тиш кариеси, тиш касалликлари.

**Abstract.** Usually, children with congenital cleft lip and palate (CCLP) are born viable and, if optimal conditions are created for them, they develop almost the same as their healthy peers, but, compared to them, these children are more susceptible to various environmental factors. For example, they are 3-4 times more likely to have a lesion of tooth enamel. Changes in the factors of general local and nonspecific protection of the oral cavity serve as pathogenetic prerequisites for an increase in the number of dental diseases in children. It was found that among the concomitant pathology that occurs after birth, the incidence of dental caries is especially high in carriers of CCLP.

**Keywords:** congenital cleft lip and palate, dental caries, dental diseases.

**Актуальность проблемы.** Врожденная расщелина губы и неба (ВНГ) - порок развития, возникающий в результате нарушения морфогенеза плода вследствие влияния различных экзогенных и эндогенных факторов на раннем этапе

развития - 4-7-9 нед. Этим определяется соотношение многочисленных клинических проявлений со стороны органов средней зоны лица, которые, как известно, не всегда устраняются при первичной операции верхней губы и неба, а вместе с

возможностью развития послеоперационных деформаций и дефектов, ограничивает возможности некоторых элементов основного лечения [15, 19, 23].

Поскольку эмаль находится на границе соприкосновения с внешней средой, она постоянно подвергается сильному влиянию различных факторов. Сохранение ее свойств и структуры возможно только в условиях поддержания постоянного динамического равновесия эмали зубов со слюной в результате физико-химического обмена ее компонентов с этой биологической жидкостью, что убедительно доказано опытами с радиоактивными изотопами. Поддержание этого равновесия происходит в результате двух процессов растворимости расплава и его минерализации. В норме эти два разнонаправленных и диалектически связанных процесса обуславливают постоянное динамическое равновесие зубной эмали с окружающей ее средой – слюной [3,14,17,22].

В природных условиях происходит как процесс деминерализации или растворения, так и процесс реминерализации. При этом в слюну переходят различные компоненты эмали, особенно минеральные компоненты, а на их место приходят кальций, фосфор и другие химические элементы, выведенные из слюны. Постоянное поддержание этого баланса при прочих равных условиях в биологической среде организма обеспечивает устойчивость эмали зубов к внешним раздражающим воздействиям, в том числе устойчивость зуба к кариесу. Таким образом, процессы ре- и деминерализации обеспечивают непрерывное обновление минеральных компонентов эмали зубов, преимущественно ее поверхностного слоя. Это связано с изменением некоторых свойств эмали зубов, которые зависят от состава слюны, особенностей минерального обмена в организме и пищевых факторов. С другой стороны, это обстоятельство открывает перспективу целенаправленного воздействия на эмаль зубов с целью профилактики и лечения там патологических процессов [1, 6, 10, 15, 18, 24, 26].

Проблема профилактики кариеса тесно связана с проблемой формирования полноценной эмали зубов. В связи с этим имеет значение время закладки и созревания зуба в полости рта после

его прорезывания. Термин «созревание эмали» широко используется в зарубежной и реже в отечественной литературе. [2, 4, 11, 21]. Под созреванием эмали понимают увеличение содержания кальция, фосфора, фтора и других компонентов и улучшение структуры эмали в ближайшее время после прорезывания зубов [5, 9, 12, 13].

Доказано, что уже в сформированном прорезавшемся зубе происходят постоянные динамические изменения при непосредственном участии как местных, так и общих факторов, опосредованных пульпой зуба и слюной. Среднее содержание Са в эмали зубов человека колеблется в пределах 33-39%, фосфора 16-18%, значение коэффициента Са/Р (молярное) 1,48-1,67; Са/Р (весовой) коэффициент 1,92-2,17. [10, 11, 15].

Исследователями установлено, что при поражении эмали кариесом повышается проницаемость твердых тканей зуба для Са, Р и других элементов, высокий уровень проницаемости эмали при кариесе обуславливает возможность повторного поступления в нее ионов минералов, что способствует приостановка патологического процесса [7, 8, 14, 15, 16, 20, 25].

Если все вышеизложенное рассматривать через призму врожденного порока развития лица и челюстей, особенно процесс созревания зуба в полости рта после его прорезывания, то в доступной литературе данных о таких исследованиях мы не нашли. Основываясь на этом решили изучить стоматологический статус детей с ВРГН. В связи с этим нами поставлено следующая **цель:** изучить взаимосвязь развития кариесогенной ситуации от форм ВРГН и динамику ее изменения после хейлопластики.

**Материалы и методы исследования.** В основу работы положены результаты комплексного обследования и лечения 203 больного с врожденной одно- и двусторонней расщелиной верхней губы и неба, и с изолированной расщелиной губы и неба. По возрасту больные были распределены следующим образом: от 3 до 12 лет 191 детей, от 13-15 лет - 8 и от 16 и более 4 человека (табл. 1). Все пациенты находились на амбулаторном динамическом наблюдении при стоматологической поликлинике КМИ.

**Таблица 1.** Распределение больных по возрасту и патологии

Возраст	Контроль	I	II		III			IV	Всего
			а	б	а	б	в		
3-6	4	9	5	5	3	2	1	1	26
7-12	3	8	3	6	3	3	3		26
Старше 12	3	2	1					9	2
<b>Итого</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>54</b>

Для изучения стоматологического статуса были использованы следующие методы: 1. Определение гигиенического индекса (ГИ); 2. Определение папиллярио-маргинально-альвеолярного индекса (РМА); 3. Определение интенсивности кариеса зубов - кп, КПУ+кп, КПУ; 4. Определение кальция и фосфора в смешанной слюне; 5. Определение содержания кальция и неорганического фосфора в биоптате эмали.

Контрольную группу составили данные 30 соматически здоровых детей показатели, которых совпадали с данными О.С. Йулдашхановой (1996).

Больные, которым проводили эти исследования в отличии от исследования стоматологического статуса распределены следующим образом, что отражено в таблице 1: I - больные с врожденной изолированной расщелиной неба; II – больные с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба: а - до операции хейлопластики, б - до операции уранопластики; III - с врожденной двухсторонней расщелиной верхней губы и неба: а - до первичной хейлопластики (с одной стороны), б - до операции хейлопластики (со второй стороны), в - до операции уранопластики; IV - больные, обратившиеся на корригирующие операции.

При обследовании у больных с ВРГН проводили изучение стоматологического статуса, состоящего из следующих клинико-лабораторных исследований.

**Изучение стоматологического статуса** проводилось с помощью набора стоматологических инструментов при естественном освещении. Учитывалось состояние твердых тканей зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, обращали внимание, в какой степени больной владеет и как осуществляет индивидуальный гигиенический уход за полостью рта.

**Оценку ГИ** полости рта проводили по методике Ю.А. Федорова и В.В. Володкиной (1984). Определяемый по интенсивности окраски вестибулярной поверхности шести фронтальных зубов раствором Шиллера - Писарева. При этом зубной налет окрашивается в темно-коричневый цвет.

Гигиеническое состояние полости рта оценивают по пятибалльной системе: окрашивание всей поверхности коронки зуба - 5 баллов, % поверхности - 4 балла, 1/4 поверхности - 3 балла, 1/8 поверхности - 2 балла и отсутствие окрашивания поверхности коронки зуба - 1 балл.

Для оценки протяженности и тяжести гингивита использовали **папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА)**, рекомендованный Т.Ф. Виноградовой (1987). Оценку проводили при помощи раствора йода, который наносили на десны. Учитывали воспалительные реакции в разных зонах десны: межзубных сосочках, в маргинальной и прикрепленной десне. Анализировали все зубы, а показатель расчета индекса РМА зависела от возраста и количества имеющихся зубов.

**Интенсивность поражения зубов кариесом** определяли с помощью кп зубов для молочного прикуса, КПУ+кп для сменного и КПУ зубов для постоянного прикуса, где индекс кп сумма кариозных (к), пломбированных (п) молочных зубов; индекс КПУ - сумма кариозных (К), пломбированных (П) и удаленных (У) зубов у одного обследованного.

**Результаты исследования и обсуждения.** На основании обследования стоматологического статуса у 120 больных с врожденной расщелиной губы и неба установлено, что распространенность кариеса на уровне  $91,5 \pm 0,1\%$  значительно выше, чем у практически здоровых детей. В контрольной группе распространенность кариеса составила  $86,3 \pm 0,12\%$ . В зависимости от вида и степени тяжести врожденного порока также отмечалось увеличение интенсивности кариеса (Табл.2).

У детей с ВРГН интенсивность поражения зубов кариесом в среднем составляет  $4,05 \pm 0,85$ , что резко отличается от показателей контроля ( $1,95 \pm 0,12$ ), от первой ( $1,95 \pm 0,2$ ) и второй групп ( $2,82 \pm 0,6$ ). У детей третьей и четвертой группы данные показатели практически не отличаются ( $4,05 \pm 0,4$  и  $4,05 \pm 0,85$  соответственно), что объясняется однотипностью анатомических нарушений, отличие которых заключается только в объеме поражения.

**Таблица 2.** Взаимосвязь интенсивности поражения зубов кариесом в зависимости от степени выраженности врожденного порока

Интенсивность кариеса зубов	Вид врожденной расщелины губы и неба				
	Изолированная расщелина губы п=18	Изолированная расщелина неба п=54	Односторонняя сквозная расщелина губы и неба п=38	Двусторонняя сквозная расщелина губы и неба п=28	Контрольная группа п=30
кп	$2,57 \pm 0,7$	-	$3,75 \pm 0,9$	-	
КПУ+кп	$2,5 \pm 0,4$	$2,1 \pm 0,2$	$3,9 \pm 0,5$	$4,8 \pm 0,8$	
КПУ	$3,4 \pm 0,7$	$1,8 \pm 0,13$	$4,5 \pm 0,5$	$3,3 \pm 0,9$	
Среднее значение	$2,82 \pm 0,6$	$1,95 \pm 0,2$	$4,05 \pm 0,4$	$4,05 \pm 0,85$	$1,95 \pm 0,12$

**Таблица 3.** Показатель гигиенического индекса у детей с ВРГН

Группа	Патология	Возраст		
		до 3 лет (n=25)	С 3 до 7 лет (n=24)	8 и старше (n=26)
I	Изолированная расщелина верхней губы	2,2±0,13	2,8±0,4	-
II	Изолированная расщелина неба	2,3±0,1	2,5±0,08	3,1±0,7
III	Односторонняя врожденная расщелина губы и неба	2,7±0,17	2,8±0,11	3,4±0,3
IV	Двухсторонняя врожденная расщелина губы и неба	2,7±0,17	2,6±0,16	3,5±0,14

Исходя из вышесказанного, установленные нами показатели свидетельствуют о достоверно высокой кариесогенной ситуации у детей с ВРГН, которая достоверно увеличивается в зависимости от степени тяжести ВРГН. У показателей второй группы отмечается тенденция к увеличению интенсивности кариеса, что очевидно связано нарушением узости полости рта, ухудшением промывания зубов слюной и общим снижением гигиенического состояния полости рта.

Данные гигиенического состояния полости рта у детей с ВРГН показало, что наиболее высокие показатели отмечаются у детей I и II группы в возрасте от 10 лет и старше (3,5±0,14 и 3,4±0,3) соответственно (табл.3).

В ходе исследования нами установлено, что у обследованных групп детей с ВРГН определены различные воспалительные изменения тканей пародонта, а именно, разные клинические формы гингивита, которые достоверно были чаще (20,4±1,8), чем у здоровых детей (12,5±2,3). Кроме того, данный показатель достоверно ухудшался после проведенного ортодонтического лечения. Таким образом, длительный срок использования ортодонтического аппарата механически и химически воздействует на ткани пародонта. Кроме того, в исследуемых группах детей старшего возраста и с пороками развития III и IV группы, степень тяжести патологии пародонта достоверно была выше по отношению с группой контроля.

При оценке протяженности и тяжести гингивита полученные данные также были разные по отношению показателям. Показатель индекса РМА значительно был высоким у детей с низким

и очень низким гигиеническим состоянием полости рта. Так, при хорошем гигиеническом состоянии полости рта показатель РМА равнялся 15,2±1,1%, при удовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта значение РМА возрастало до 19,7±1,2%, а при неудовлетворительном состоянии 25,6±2,4% соответственно.

Мы установили, что у обследованных нами детей с ВРГН определяется нарушение полного закрытия полости рта, постоянный контакт поверхности твердых тканей зубов с внешней средой, постоянное воздействие содержимого полости носа на слизистую полости рта и на поверхность зубов, нарушение промывания поверхности зубов ротовой жидкостью. Перечисленные изменения у обследованных нами детей, также отсутствие правильного ухода за полостью рта и низкий уровень гигиены достоверно приводят к ухудшению состояния тканей пародонта.

Учитывая то, что негативное влияние внешней среды в комплекс с эндогенными факторами приводит к снижению резистентности эмали зуба и в первую очередь к очаговой её деминерализации (о чём свидетельствуют достоверно высокие показатели КПУ+кп), в связи с чем мы изучили результаты проведенного КОСРЭ-теста. При этом следует отметить, что данный тест позволяет определить не только структурно-функциональную резистентность эмали, но и реминерализующую способность слюны.

Изучение КОСРЭ - теста показало, что скорость деминерализации эмали у детей с ВРГН непосредственно зависит от вида и степени выраженность врожденного порока развития (Табл. 4).

**Таблица 4.** Показатель КОСРЭ - теста у детей с ВРГН

Группа	Вид врожденной расщелины губы и неба	Возраст, лет	
		1-4лет (n=32)	5 лет и старше (n=45)
I	Изолированная расщелина губы	6,2±0,3*	4,8±0,1
II	Изолированная расщелина неба	4,45±0,2	3,6±0,16
III	Односторонняя сквозная расщелина губы и неба	3,77±0,3	5,3±0,25*
IV	Двухсторонняя сквозная расщелина губы и неба	5,3 ±0,45*	6,4±0,77*
Практически здоровые дети		3,2±0,15	

Анализ полученных данных показал, что самые высокие показатели КОСРЭ отмечаются у больных с врожденной изолированной расщелиной неба, т.к. у них обмывание зуба слюной остаётся полноценным ( $3,85 \pm 0,3$  дней). Самый низкий КОСРЭ у детей с врожденной двухсторонней сквозной расщелиной верхней губы и неба ( $6,4 \pm 0,5$  дней), тогда как у контрольной группы он составил  $3,2 \pm 0,15$  дней.

Все полученные данные еще раз подтверждают необходимость раннего восстановления анатомо-функциональной целостности верхней губы и герметичности полости рта в целом. Что способствует равномерному вычищению слюной поверхность твердых тканей зубов, следовательно, повысит кариесрезистентность полости рта.

В результате проведенного нами стоматологического обследования 120 больных с ВРГН, было установлено, что средний показатель интенсивности кариеса у детей с изолированными расщелинами верхней губы (кп + КПУ) составил  $1,95 \pm 0,2$ , с односторонними сквозными расщелинами губы и неба -  $3,90 \pm 0,4$ , с двухсторонними сквозными расщелинами губы и неба -  $3,7 \pm 0,25$ ; тогда как, по данным А.С. Йулдошхановой (1996) у практически здоровых детей данный показатель не превышает -  $1,95 \pm 0,12$ . Интенсивность кариеса зубов у детей с ВРГН возрастала по мере выраженности врожденного порока верхней губы и неба ( $P < 0,05$ ). При сравнении интенсивности кариеса зубов у детей с изолированными расщелинами верхней губы и здоровых детей оказалось, что они практически не отличаются друг от друга ( $P > 0,05$ ). Это связано с тем, что у этой категории больных детей анатомо-функциональную целостность верхней губы восстанавливают в раннем возрасте (до 1 года), что способствует созданию благоприятной среды для нормальной минерализации эмали зубов. Это еще раз свидетельствует о целесообразности проведения ранней хейло-, велоластики, а также пластики переднего отдела неба (в течении первых 2-3 лет жизни ребенка). ГИ полости рта у детей с ВРГН составил в среднем  $2,2 \pm 0,13$  и колебалась от  $1,9 \pm 0,5$  до  $3,4 \pm 0,3$  баллов, что нами оценивалось как неудовлетворительный и плохой. Сравнительные данные показали, что тяжесть врожденной патологии прямо пропорционально изменяла показатели гигиенического индекса ( $P < 0,05$ ).

**Выводы.** Выявлено, что дети с ВРГН, особенно дети с отдалённых регионов республики, не придерживаются и не знают правил ухода за полостью рта. Эти данные свидетельствуют о плохой организации профилактической стоматологической помощи детям с ВРГН в рамках их диспансерного наблюдения.

У детей с ВРГН до хейлоластики создаётся повышенная кариесогенная ситуация за счёт за-

грязнения слюны содержимым носовой полости и неочищенным воздухом, значительным уменьшением содержания Са при резком увеличении количества цинка в элементном составе зуба и ухудшением гигиенического статуса полости рта. Все эти изменения находятся в прямой зависимости от тяжести порока и срока оперативного лечения.

Детские стоматологи, учитывая, что у детей с ВРГН создаётся повышенная кариесогенная ситуация в полости рта должны чаще (3- 4 раза в год) санировать их. Особенно в период ношения ортодонтических аппаратов. С применением современных средств гигиены и профилактики кариеса обучая детей и их родителей правилам гигиены.

### Литература:

1. Баландина Е.А., Симановская ЕЛО., Зайцева Н.В. Вопросы медицинского и социального здоровья детей Пермского региона. // В кп: Врожденная и наследственная патология головы лица и шеи у детей.- Москва, 2002.-С. 19-23.
2. Беньковская С.Г. Влияние несъемных металлических протезов и ортодонтических аппаратов на состояние органов и ткани полости рта.// Основные научные труды кафедры стоматологии детского возраста.- Омск, 2000.- С.289-301.
3. Современные методы профилактики и лечения заболеваний пародонта», 2004.-С.251-252.
4. Бородулина И.И., Ермолев С.Н. Особенности гемодинамики тканей пародонта у лиц с мелким преддверием полости рта.// Российский стоматологический журнал. №1.-2004.-С. 19-21.
5. Боровая МЛ. Профилактика кариеса зубов у детей дошкольного возраста с врожденными расщелинами верхней губы и неба: Автореф. дис. к.м.и. — Мииск,2000.-18с.
6. Васина С.А. Клинико-лабораторное обоснование применения некоторых средств и методов гигиены полости рта для профилактики кариеса и гингивитов у школьников// Автореф. дис. К.М.Н.- М. 1984.-21с.
7. Гаврилова О.А. Стоматологический статус и особенности гомеостаза полости рта у пациентов с ВРГН. // Стоматологические заболевания у детей: эпидемиология, профилактика, лечение. Сб. научных трудов.- М., 2000.-С.53-60.
8. Давыдов Б.Н., Гаврилова О.А., Максимова В.В., Зерпов А.В. Состояние полости рта и комплексное лечение больных с расщелинами лица.// Детская стоматология.-№1-2 (3,4)-2000.- С.53-56.
9. Демнер Л.М., Дубивко С.А., Смоленцева Н.В. Взаимосвязь между кариесом зубов и ЗЧА кариеса зуба и его осложнения.// Сб. статей. Казань. 1974.- Т.40.С.28.

- 10.Йулдашханова А.С., Даминова Ш.Б. Эффективность применения электроактивированных растворов у кариесрезистентных и кариесвосприимчивых детей // Российский стоматологический журнал. - 2002. - №5. - С.31-34.
- 11.Йулдашханова А.С., Султанова Г.С. Прогнозирование, профилактика и лечение кариеса зубов у детей // Российский стоматологический журнал. - 2002. - № 4. - С.34-36.
- 12.Кулеш Т.А. Роль санитарно-просветительской работы в профилактике кариеса.// Клиническая стоматология.-2000.-№3.сентябрь.-С. 18-20.
- 13.Лысенкова И.И. Особенности применения атравматического восстановительного метода лечения кариеса зубов у детей.// Форум стоматологов.-2004.-№1.-С.35-38.
- 14.Маххамов М.Э., Амакулаев Р.А., Маруфхапов Х.П., Маххамова Н.Э. Сурфактантная система легких у детей с врожденной расщелиной губы и неба // Стоматология детского возраста и профилактика.-2001.-№3.-С.59-62.
- 15.Маххамов М.Э. Дифференциальная лечебно-профилактическая тактика при лечении детей с врожденной расщелиной губы и неба: Дис. ... д-ра. мед.наук.- М., 2002. 197 с.
- 16.Мамедов Ад. А. Алгоритм реабилитации детей с ВРП.//В кн: Врожденная патология головы, лица и шеи у детей. М, 2002.-С.158-159.
- 17.Ризаев Ж. А., Агабабян И. Р. Связь заболеваний пародонта с острым коронарным синдромом (литературный обзор) // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
- 18.Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Иммунологические аспекты патогенеза патологии пародонта у больных с хронической сердечной недостаточностью // Journal of biomedicine and practice. – 2016. – Т. 1. – №. 1. – С. 6-10.
- 19.Ризаев Ж. А., Ахророва М. Ш. Оценка особенностей изменения слизистой оболочки и состояния полости рта при covid-19 //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
- 20.Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.
- 21.Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.
- 22.Ahluwalia M., S.R. Brailsford, E. Tarelli, S.C. Gilbert, D.T. dark, D. Beigston Dental caries, Oral Hygiene, and oral clearance in children with craniofacial disorders // J. Dent Res 83(2) 2004.-P.175-179.
- 23.Bastos Lagcs E. M., Marocs B., Pordeus I.A. Oral Health of Individuals With Cleft Lip, Cleft Palate, or Both // Cleft Palate Craniofac J. 2004.-V.41.-P.59-63.
- 24.Brenan P.A., Willy P., Anand R., Markus A.F. Colonization of the cleft Nasal floor by anaerobic oral flora in patients with oronasal fistulae// . Cleft Palate Craniofac J. 2003 .-V40.-P.431-432.
- 25.Chappie JR, Nunn JII. The oral health of children with clefts of the lip, palate, or both // Cleft Palate Craniofac J. 2001 Sep;38(5):525-8 Dental Hospital, Newcastle upon Tyne, NE2 4BW, United Kingdom. Hewson AR, McNamara CM, Foley TF, Sandy JR. Dental experience of cleft affected children in the west of Ireland.// Int Dent. J. 2001 Apr;51(2): 73-6.

**ОБСЛЕДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО  
СТАТУСА ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ  
РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА В  
КАРАКАЛПАКСТАНЕ**

Маххамов М.Э., Артикбаев М.Б., Муратбаев А.Б.,  
Шукурова У.А., Маххамова М.М.

***Резюме.** Обычно дети с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) рождаются жизнеспособными и, если для них создать оптимальные условия они развиваются почти так же, как их здоровые сверстники, но, по сравнению с ними, эти дети более восприимчивы к различным факторам окружающей среды. К примеру, у них в 3-4 раза чаще отмечаются поражение эмали зубов. Изменения факторов общей местной и неспецифической защиты полости рта служат патогенетическими предпосылками к росту числа стоматологических заболеваний у детей. Установлено, что среди сопутствующей патологии, возникающей после рождения у носителей ВРГН особенно высока поражаемость кариесом зубов.*

***Ключевые слова:** врожденная расщелина губы и неба, кариес зубов, стоматологические заболевания.*