

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025

УДК 616.314.2-007-07-08-053.2(045)

DOI 10.59598/ME-2305-6053-2025-116-3-175-181

Э. К. Ильясова^{1*}, М. К. Искакова¹, У. А. Куватбаева¹

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА

¹НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» (050004, Республика Казахстан, г. Алматы, пр-т Абылай хана, 51/53; e-mail: info@medkmu.kz)

***Эльдана Куатовна Ильясова** – НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»; 050004, Республика Казахстан, г. Алматы, пр-т Абылай хана, 51/53; e-mail: eldanailyassova@gmail.com

В настоящее время в медицине широко практикуют междисциплинарный комплексный подход, который позволяет оценить общее состояние пациента, повышает качество оказываемой медицинской помощи. Ортодонтическим пациентам обычно необходима консультация педиатра, ЛОР-врача, логопеда. Данный подход формирует единый алгоритм диагностики и лечения, который способствует получению положительных результатов в короткие сроки.

Цель – оценка междисциплинарного комплексного подхода при лечении дистального прикуса у пациента после аденотомии.

В статье приведен клинический случай, описан опыт применения междисциплинарного комплексного подхода при лечении дистального прикуса у пациента после оперативного вмешательства по поводу гипертрофии аденоидов. Диагностика и лечение пациента по стоматологическим заболеваниям осуществлялось в данной клинике, одновременно он наблюдался в других медицинских учреждениях по вопросам оказания педиатрической и оториноларингологической медицинской помощи, и проходил занятия с логопедом.

Проведенная диагностика показала наличие миофункциональных нарушений – ротового дыхания, инфантильного типа глотания и прокладывание языка между зубными рядами. Пациенту было назначено ортодонтическое аппаратное лечение. Также с учетом поставленного ортодонтического диагноза пациент был направлен на консультации к врачу-педиатру, ЛОР-специалисту, логопеду. После использования аппаратного ортодонтического лечения, произошло физиологическое смыкание зубов в боковых отделах зубных рядов, исключены миофункциональные нарушения у пациента. Наблюдавший пациента ЛОР-врач не сделал заключение об отсутствии рецидива гипертрофии аденоидов. Врач-педиатр наблюдал пациента по сопутствующим заболеваниям, были даны рекомендации. Логопед-дефектолог применял миогимнастические упражнения, способствовавшие устранению миофункциональных нарушений.

На сегодняшний день нередко случаи отсутствия комплексных, структурированных планов обследования и дальнейшего взаимодействия между врачами различного профиля (стоматолог-ортодонт, оториноларинголог) и специалистами логопедического профиля, миофункциональными терапевтами. В таких случаях время и ресурсы используются не с максимальной эффективностью, а риск неполного диагностирования миофункциональных нарушений повышается, что сказывается на общем результате и качестве жизни. Для устранения негативных последствий неполной диагностики и недостаточной согласованности в ведении пациента необходимо разработать специальные методические рекомендации для междисциплинарного комплексного подхода лечения пациентов с ЛОР-патологией, в том числе после оперативного вмешательства по поводу гипертрофии аденоидов.

Ключевые слова: междисциплинарный подход; пациент; диагностика; соматическая патология; комплексное лечение; дистальный прикус; наблюдение

ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее распространенных форм зубочелюстных аномалий у детей является дистальный прикус [1, 2, 3]. Дистальный прикус характеризуется определенными вне- и внутриротовыми признаками, выраженными в разной степени: выпуклый профиль, удлинение нижней трети лица, нарушение смыкания губ, сагиттальная щель, смыкание первых постоянных моляров по 2 классу Энгля [4, 5, 6]. Клиническая картина данной зубочелюстной аномалии может быть крайне разнообразна, также как и этиология дистокклюзии.

Среди распространенных причин данной патологии авторы называют различные антенатальные и постнатальные факторы [7, 8]. Врачи-ортодонты особое внимание уделяют постронатальным факторам, как тем аспектам, которые поддаются коррекции: миофункциональным привычкам, позуре, неправильному прикреплению уздечек верхней, нижней губы, языка, нарушению физиологического стирания бугров зубов и др. [9, 10]. Общеизвестной является роль ротового дыхания в формировании дистокклюзии: это изменения, которые влекут за собой ротовой тип дыхания; это более низ-

кое, относительно физиологического, положение нижней челюсти; переднее или нижнее положение языка, выдвижение верхних резцов [11, 12]. Согласно литературным данным, ротовое дыхание часто обусловлено наличием патологии со стороны носа и глотки: аллергического ринита, увеличенных небных миндалин, обструктивного искривления носовой перегородки, а также гипертрофии аденоидов [13]. Последняя наиболее часто распространена в возрасте начала смены прикуса, а именно 6 лет, у часто болеющих же детей гипертрофия глоточной миндалины диагностируется в 70-90% случаев [14, 15, 16].

Таким образом, распространенность зубочелюстных аномалий, в том числе дистального прикуса, среди детей, имеющих ротовой тип дыхания («дышащие ртом»), наиболее высокая, что говорит о необходимости взаимодействия специалистов таких как, врач-стоматолог-ортодонт, оториноларинголог, а также миофункциональный терапевт или логопед. В данной статье мы делимся опытом применения междисциплинарного комплексного подхода при лечении дистального прикуса.

Цель – оценка применения междисциплинарного комплексного подхода в лечении дистального прикуса у пациента после аденотомии.

ОПИСАНИЕ СОБСТВЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

В стоматологическую клинику обратились родители пациента Н. в возрасте 6 лет, с жалобами на неправильное расположение зубов, на постоянно открытый рот. Ранее пациент ортодонтического лечения не получал, наблюдался у врача-оториноларинголога, за месяц до обращения пациенту было проведено оперативное вмешательство по поводу гипертрофии аденоидов (ГА). Сопутствующие заболевания – аллергический ринит (пыль, шерсть кошки); перенесенные заболевания – ветряная оспа в возрасте 3 лет, частые острые респираторные вирусные инфекции.

При внешнем осмотре лицо пациента было симметричным, но наблюдались лицевые признаки, которые указывали на вертикальный тип роста, слабовыпуклый профиль за счет размера нижней челюсти, пациент с трудом смыкал губы. При осмотре установлено, что при смыкании зубных рядов в привычной окклюзии в боковом отделе справа и слева мезиально-щечный бугор первого постоянного моляра верхней челюсти находится кпереди от межбугровой фиссуры первого постоянного моляра нижней челюсти (2 класс Энгля); в переднем отделе – снижение высоты клинических коронок 5.1, 5.2, 6.1, 6.2. по причине кариозного разрушения (имеются пломбы, но коронковая часть зуба не была восстановлена по высоте, со слов родителей, по причине возраста и неусидчивости ребенка). На нижней челюсти наблюдалась скученность зубов во фронтальном отделе.

Были выявлены миофункциональные нарушения: прокладывание языка между зубными рядами верхней и нижней челюсти, ротовое дыхание (рис. 1). У ребенка были зарегистрированы дефекты артикуляции, осо-

бенно выраженные с шипящими звуками. У ребенка были сняты оттиски из эластичной слепочной массы и отлиты диагностические гипсовые модели. Проведенное по данным моделям биометрическое исследование показало сужение зубного ряда верхней челюсти на 2 мм в области первых временных моляров (по 3. И. Долгополовой), сужение в области вторых молочных моляров на 2 мм, сужение нижнего зубного ряда на 2,2 мм в области первых временных моляров и на 2,5 мм в области вторых молочных моляров.

Проведен анализ ортопантограммы (ОПТГ) пациента, по которой было выявлено наличие зачатков постоянных зубов, проведена оценка степени резорбции корней временных зубов и степени формирования корней постоянных зубов (рис. 2). Кроме того, согласно ОПТГ, у пациента наблюдалось сужение резцового отдела верхней челюсти, конвергенция корней постоянных резцов, дефицит места для прорезывания постоянных клыков.

Полученные в результате основных и дополнительных методов обследования данные позволили сделать вывод о том, что пациент нуждался в междисциплинарном комплексном лечении, включающем в себя ортодонтическое (аппаратурное) лечение, миогимнастику и наблюдение оториноларингологом.

Нами был разработан новый аппарат для лечения дистального прикуса (патент РК на полезную модель №9505). Данный аппарат адаптирован для лечения дистального прикуса у детей с различной общесоматической нозологией, в том числе и как компонент реабилитации после оперативного вмешательства по поводу гипертрофии аденоидов. Исходя из того, что показаниями к применению данного ортодонтического устройства является наличие миофункциональных нарушений челюстно-лицевой области: ротовое дыхание, инфантильный тип глотания, вялое жевание, вредные привычки (сосание языка и др.) у детей в период сменного прикуса, было принято решение использовать вышеуказанный аппарат для лечения данного пациента с фиксацией аппарата на цемент (рис. 3). В конструкции данного аппарата был предусмотрен бюгель, соединенный с ортодонтическими кольцами на вторых молочных молярах, а также металлический стержень с подвижной бусинкой, приводя в движение которую, ребенок нормализует положение языка. После установки аппарата в полость рта пациент продвигал бусинку в направлении вперед-назад, что способствовало установлению правильного положения языка – прижатым к небу. В свою очередь, давление мышцы языка на небо способствовало расширению верхней челюсти. В результате аппаратурного лечения получено расширение верхней челюсти на 4 мм.

Пациент был направлен к логопеду, который проводил занятия при помощи комплекса миогимнастических упражнений в игровой форме «Антидисталь» (упражнения «Хомячок и зернышки» и «Гонки бумажными машинками») (рис. 4). Данные упражнения направлены на изменение положения языка, борьбу с инфантильным типом глотания и переход в соматический

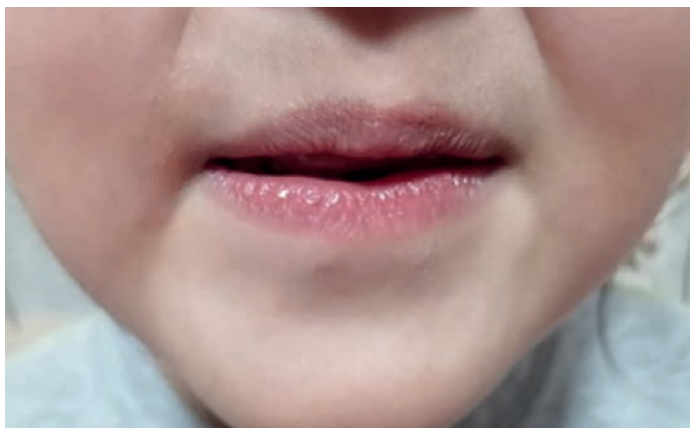


Рисунок 1 – Пациент Н., 6 лет. Диагноз: дистальный прикус. Внешний осмотр и зубной ряд (фото в фас). Прокладывание языка между зубными рядами верхней и нижней челюсти, ротовое дыхание (открытый рот)

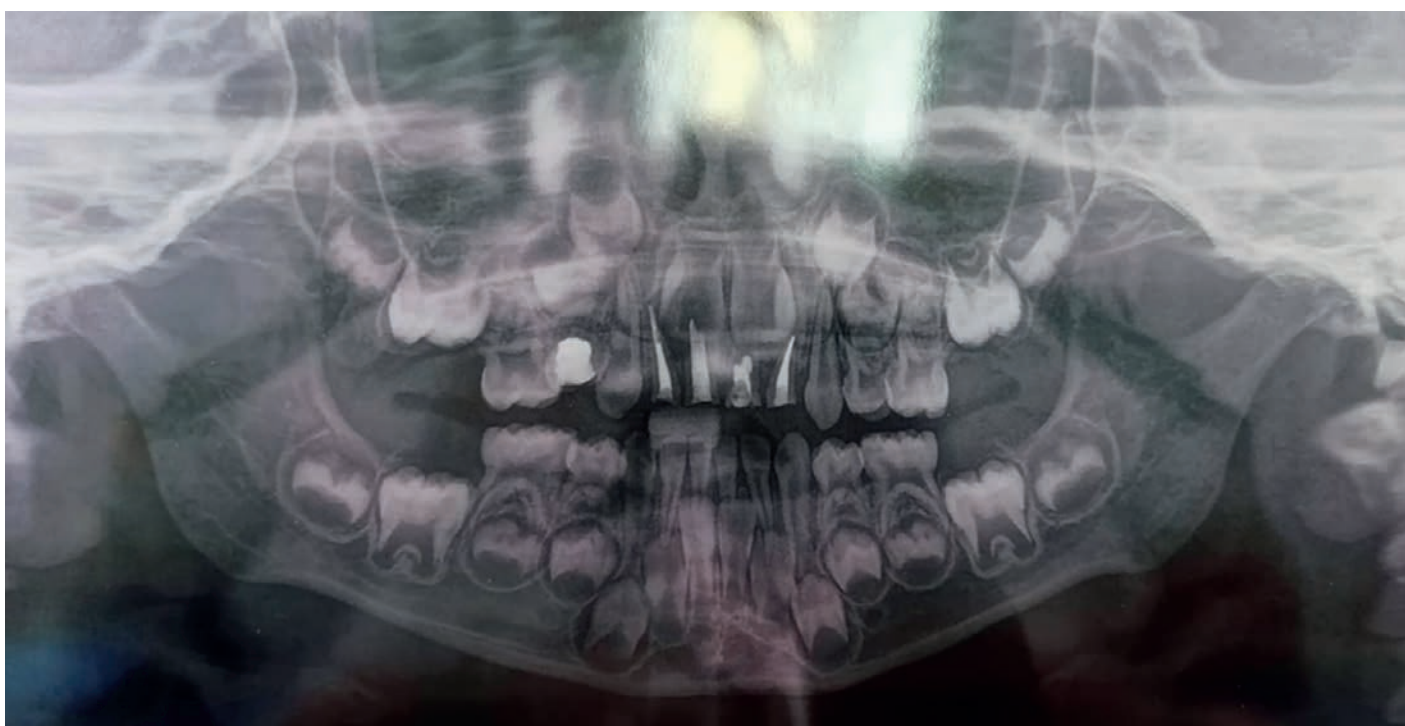


Рисунок 2 – Ортопантомограмма пациента Н. Сужение резцового отдела верхней челюсти, конвергенция корней постоянных резцов, дефицит места для прорезывания постоянных клыков



Рисунок 3 – Пациент Н., 6 лет. Диагноз: дистальный прикус. Ортодонтическое аппаратное лечение

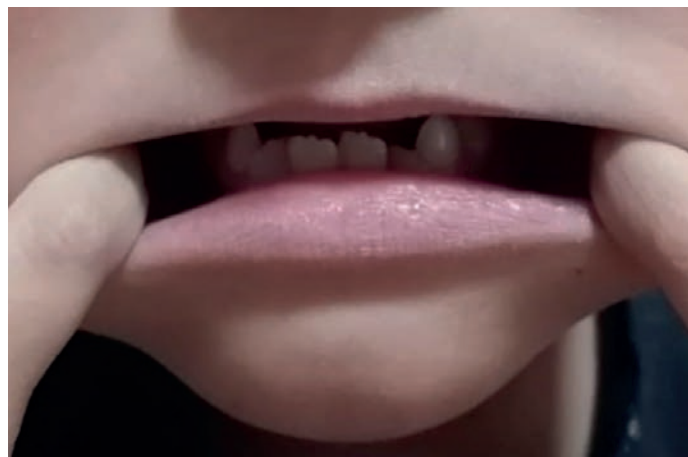
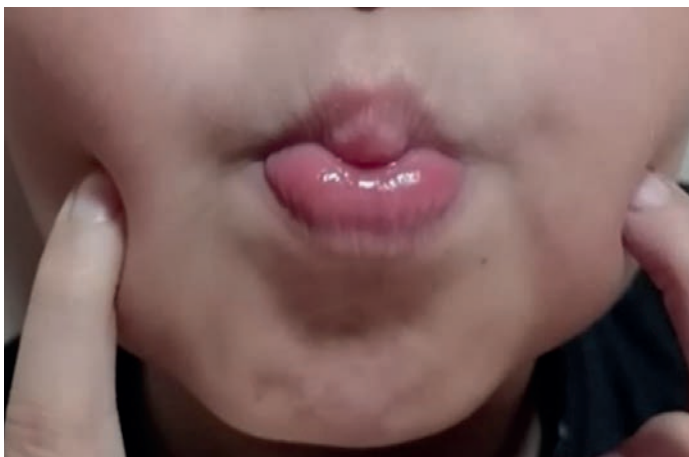


Рисунок 4 – Пациент Н., 6 лет. Диагноз: дистальный прикус. Элементы комплекса миогимнастических упражнений



Рисунок 5 – Пациент Н., 6 лет. Диагноз: 1 класс по Энгля. Физиологическое смыкание первых постоянных моляров (после ортодонтического лечения)

тип. Упражнения повышают тонус круговой мышцы рта и способствуют устранению привычного паттерна ротового дыхания. В результате применения миофункциональной терапии, получено оптимальное произношение ребенком звуков, которые ранее составляли причину нарушения артикуляции (шипящие звуки). Родители отметили, что ребенок стал спать с закрытым ртом, чего они не наблюдали уже в течение длительного времени. Это говорит об устранении миофункционального нарушения – ротового дыхания.

ЛОР-врачом была назначена дыхательная гимнастика по А. Н. Стрельниковой и даны рекомендации: использование увлажнителя воздуха в комнате ребенка, занятия спортом, способствующие развитию мышц, участвующих в процессе дыхания.

Длительность лечения пациента составила 19 мес. В результате примененного нами междисциплинарного комплексного подхода был получен клинический результат – физиологическое смыкание зубов в боковом отделе, устранение миофункциональных нарушений и, как следствие, нормализация функций мышц челюстно-лицевой области (рис. 5).

Врач-оториноларинголог проводил контрольные осмотры пациента Н., спустя 6 и 12 мес. после аденотомии. При эндоскопическом обследовании верхних

дыхательных путей не обнаружено рецидива патологического разрастания тканей глоточной миндалины. Важно отметить то, что ортодонтическое лечение, проведенное предложенным и запатентованным нами аппаратом, не является окончательным этапом ортодонтического лечения. Применяя аппарат, мы добились физиологического смыкания зубов и исключили миофункциональные нарушения. Но у пациента сохранялась скученность в переднем отделе верхней и нижней челюсти, поэтому рациональным решением явилось продолжение ортодонтического лечения с использованием частичной брекет-системы и трейнера, для закрепления миодинамического равновесия челюстно-лицевой области и оптимального по эстетическим и функциональным требованиям соотношения зубов во фронтальных отделах зубных рядов.

Особенность проведенного исследования заключалась в том, что был применен принцип тесного взаимодействия специалистов различного профиля – ортодонта, ЛОР-врача рентгенолога, миофункционального терапевта и логопеда. Практика показала, что междисциплинарный комплексный подход позволяет более эффективно проводить диагностику и лечение, а также ускоряет процесс восстановления функции речи и жевания, глотания и дыхания у детей.

На сегодняшний день, нередко случаи отсутствия комплексных, структурированных планов обследования и дальнейшего взаимодействия между врачами различного профиля (стоматолог-ортодонт, оториноларинголог) и специалистами логопедического профиля, миофункциональными терапевтами. В таких случаях время и ресурсы используются не с максимальной эффективностью, а риск неполного диагностирования миофункциональных нарушений повышается, что сказывается на общем результате и качестве жизни.

ВЫВОДЫ

1. При междисциплинарном комплексном подходе формируется единый алгоритм диагностики и лечения, который способствует получению положительных результатов в короткие сроки. Для устранения негативных последствий неполной диагностики и недостаточной согласованности в ведении пациента необходимо разработать специальные методические рекомендации для междисциплинарного комплексного подхода лечения пациентов с ЛОР-патологией, в том числе после оперативного вмешательства по поводу гипертрофии аденоидов.

2. Используемый междисциплинарный комплексный подход при лечении дистального прикуса у детей после аденотомии имеет множество преимуществ: это наиболее полный охват общей картины состояния пациента, затрагивающий как общесоматические, так и стоматологические заболевания, позволяющий эффективно и своевременно оказать медицинскую помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Chen H., Lin L., Chen J., Huang, F. Prevalence of Malocclusion Traits in Primary Dentition, 2010-2024: A Systematic Review. *Healthcare*. 2024; 12 (13): 15-16. <https://doi:10.3390/healthcare12131321>
2. Жармагамбетова А. Г., Тулеутаева С. Т., Мухтарова К. С., Жармагамбетов А. Г., Жанабиллов А. А. Лечение дистальной окклюзии у детей. *Стоматология*. 2016; 95 (3): 49-51. <https://doi:10.17116/stomat201695349-51>
3. Ермуханова Г. Т., Етекбаева А. О. Изучение распространенности зубочелюстных аномалий, в том числе дистального прикуса у детей и подростков. *Вестник КазНМУ*. 2021; 1: 131-133.
4. Masucci C., Oueiss A., Maniere-Ezvan A., Orthlieb J. D., Casazza E. What is a malocclusion? *Orthod. Fr.* 2020; 91 (1-2): 57-67. <https://doi:10.1684/orthodfr.2020.11>
5. Rodríguez-Olivos L.H.G., Chacón-Uscamaita P.R., Quinto-Argote A.G., Pumahualcca G., Pérez-Vargas L.F. Deleterious oral habits related to vertical, transverse and sagittal dental malocclusion in pediatric patients. *BMC Oral Health*. 2022; 22 (1): 7-22. <https://doi:10.1186/s12903-022-02122-4>
6. Даутова А. И. Распространенность лицевых асимметрий и их связь с нарушением позуры у лиц с сагиттальной патологией прикуса. *Наука и инновации – современные концепции*. М.: Инфинити; 2021: 155-161.
7. Хадыева М. Н., Галиуллин А. Н., Якимова Ю. Ю. Зубочелюстные аномалии у детей дошкольного

возраста в зависимости от типа семьи и морфофункционального развития ребенка. *Вестник современной клинической медицины*. 2023; 16 (5): 35-41.

8. Михайлова А. С., Юдинцев М. А. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков в Российской Федерации. *Молодой ученый*. 2021; 21 (363): 148-151.

9. Kubala R., Minoretti R. Interceptive Kieferorthopädie – Behandlung von Distalbiss, Nichtanlagen [Interceptive orthodontics – Treatment of distal bite, non-supports]. *Swiss Dent. J.* 2023; 133 (3): 180-181. <https://doi:10.61872/sdj-2023-03-03>

10. Соколович Н. А. Состояние верхних дыхательных путей при дистоокклюзии. *Scientist*. 2021; 2 (16): 16.

11. Lin L., Zhao T., Qin D., Hua F., He H. The impact of mouth breathing on dentofacial development: A concise review. *Front Public Health*. 2022; 10: 929165. <https://doi:10.3389/fpubh.2022.929165>

12. Panchal J. An evaluation of the correlation between the condylar head shape, age, gender, and oral breathing – A radiographic study. *International Journal of Oral Health Dental Management*. 2024; 2 (1): 1-6.

13. Трофименко С. Л. Хронические аденоидиты как причина воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. *Рос. ринолог.* 2014; 2: 66-67.

14. Покровская Е. М., Халиуллина С. В., Анохин В. А., Халиуллина К. Р., Хаертынов Х. С., Красножен В. Н. Оптимизация лечения гипертрофии органов лимфоидного кольца у детей, инфицированных герпесвирусами. *Практическая медицина*. 2020; 6: 133-137.

15. Шабалдина Е. В., Кутенкова Н. Е., Теплов А. В., Тихонюк В. П., Шабалдин А. В., Лисаченко Г. В. Характеристика клеточного и гуморального звеньев иммунитета при инфекционной аллергии у часто болеющих детей с гипертрофией носоглоточной миндалины. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2011; 3: 48-51.

16. Тешаев Ш., Алимова Н. Иммуноморфологические особенности лимфоидной ткани глоточной миндалины у детей с аденоидными вегетациями (обзор литературы). *Общество и инновации*. 2021; 7: 210-220.

ТРАНСЛИТЕРАЦИЯ

1. Chen H., Lin L., Chen J., Huang, F. Prevalence of Malocclusion Traits in Primary Dentition, 2010-2024: A Systematic Review. *Healthcare*. 2024; 12 (13): 15-16. <https://doi:10.3390/healthcare12131321>
2. Zharmagambetova A. G., Tuleutaeva S. T., Muhtarova K. S., Zharmagambetov A. G., Zhanabilov A. A. Lechenie distal'noj okkluzii u detej. *Stomatologija*. 2016; 95 (3): 49-51. <https://doi:10.17116/stomat201695349-51>
3. Ermuhanova G. T., Etekbaeva A. O. Izuchenie rasprostranennosti zubochehjjustnyh anomalij, v tom chisle distal'nogo prikusa u detej i podrostkov. *Vestnik KazNMU*. 2021; 1: 131-133.
4. Masucci C., Oueiss A., Maniere-Ezvan A., Orthlieb J. D., Casazza E. What is a malocclusion? *Orthod. Fr.* 2020; 91 (1-2): 57-67. <https://doi:10.1684/orthodfr.2020.11>
5. Rodríguez-Olivos L.H.G., Chacón-Uscamaita P.R., Quinto-Argote A.G., Pumahualcca G., Pérez-Vargas L.F. Deleterious oral habits related to vertical, transverse and

sagittal dental malocclusion in pediatric patients. *BMC Oral Health*. 2022; 22 (1): 7-22. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02122-4>

6. Dautova A. I. Rasprostranennost' licevyh asimmetrij i ih svjaz' s naruseniem postury u lic s sagittal'noj patologiej prikusa. *Nauka i innovacii – sovremennye koncepcii*. M.: Infiniti; 2021: 155-161.

7. Hadyeva M. N., Galiullin A. N., Jakimova Ju. Ju. Zubocheljustnye anomalii u detej doshkol'nogo vozrasta v zavisimosti ot tipa sem'i i morfofunkcional'nogo razvitiya rebenka. *Vestnik sovremennoj klinicheskoy mediciny*. 2023; 16 (5): 35-41.

8. Mihajlova A. S., Judincev M. A. Rasprostranennost' zubocheljustnyh anomalij i deformacij u detej i podrostkov v Rossijskoj Federacii. *Molodoj uchenyj*. 2021; 21 (363): 148-151.

9. Kubala R., Minoretti R. Interceptive Kieferorthopädie – Behandlung von Distalbiss, Nichtanlagen [Interceptive orthodontics – Treatment of distal bite, non-supports]. *Swiss Dent. J.* 2023; 133 (3): 180-181. <https://doi.org/10.61872/sdj-2023-03-03>

10. Sokolovich N. A. Sostojanie verhnih dyhatel'nyh putej pri distooskkluzii. *Scientist*. 2021; 2 (16): 16.

11. Lin L., Zhao T., Qin D., Hua F., He H. The impact of mouth breathing on dentofacial development: A concise review. *Front Public Health*. 2022; 10: 929165. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.929165>

12. Panchal J. An evaluation of the correlation between the condylar head shape, age, gender, and oral breathing – A radiographic study. *International Journal of Oral Health Dental Management*. 2024; 2 (1): 1-6.

13. Trofimenko S. L. Hronicheskie adenoidity kak prichina vospalitel'nyh zabolevanij nosa i okolonosovyh pazuh. *Ros. rinol*. 2014; 2: 66-67.

14. Pokrovskaja E. M., Haliullina S. V., Anohin V. A., Haliullina K. R., Haertynov H. S., Krasnozhen V. N. Optimizacija lechenija gipertrofii organov limfoglotochnogo kol'ca u detej, inficirovannyh herpesvirusami. *Prakticheskaja medicina*. 2020; 6: 133-137.

15. Shabaldina E. V., Kutenkova N. E., Teplov A. V., Tihonjuk V. P., Shabaldin A. V., Lisachenko G. V. Harakteristika kletochnoy i gumoral'nogo zven'ev immuniteta pri infekcionnoj allergii u chasto bolejuushih detej s gipertrofiej nosoglotochnoj mindaliny. *Mat' i ditya v Kuzbasse*. 2011; 3: 48-51.

16. Teshaev Sh., Alimova N. Immunomorfologicheskie osobennosti limfoidnoj tkani glotochnoj mindaliny u detej s adenoidnymi vegetacijami (obzor literatury). *Obshhestvo i innovacii*. 2021; 7: 210-220.

Поступила 16.02.2025

Направлена на доработку 21.03.2025

Принята 07.05.2025

Опубликована online 30.09.2025

E. K. Ilyassova^{1*}, M. K. Iskakova¹, U. A. Kuvatbayeva¹

EXPERIENCE OF USING THE INTERDISCIPLINARY COMPREHENSIVE APPROACH IN THE TREATMENT OF DISTAL OCCLUSION

¹NEI «Kazakh-Russian Medical University» (050004, Republic of Kazakhstan, Almaty, 51/53 Abylai Khan Ave.; e-mail: info@medkmu.kz)

***Eldana Ilyassova Kuatovna** – NEI «Kazakh-Russian Medical University»; 050004, Republic of Kazakhstan, Almaty, 51/53 Abylai Khan Ave.; e-mail: eldanailyassova@gmail.com

Currently, an interdisciplinary comprehensive approach is widely practiced in medicine, which allows assessing the general condition of the patient, improves the quality of medical care. Orthodontic patients usually need a consultation with a pediatrician, ENT doctor, speech therapist. This approach forms a single algorithm for diagnosis and treatment, which helps to obtain positive results in a short time.

Aim – to apply an interdisciplinary comprehensive approach to the treatment of distal occlusion in a patient after adenotomy

We describe the experience of using an interdisciplinary comprehensive approach to the treatment of distal occlusion in a patient after surgery for adenoid hypertrophy. Diagnosis and treatment of the patient for dental diseases was carried out in this clinic, at the same time he was observed in other medical institutions on issues of providing pediatric and otolaryngological medical care, and underwent classes with a speech therapist.

The diagnostics showed the presence of myofunctional disorders - mouth breathing, infantile type of swallowing and tongue thrusting between the dental arches. We prescribed orthodontic hardware treatment to the patient, and taking into account the orthodontic diagnosis, the patient was referred for consultations to a pediatrician, ENT specialist, speech therapist. Using hardware orthodontic treatment, we achieved physiological closure of the teeth in the lateral sections of the dental arches and excluded myofunctional disorders in the patient. The otolaryngologist who observed the patient did not conclude that there was no relapse of adenoid hypertrophy. The pediatrician observed the patient for concomitant diseases, recommendations were given. The speech therapist - defectologist used myogymnastic exercises that helped eliminate myofunctional disorders.

Today, there are frequent cases of lack of comprehensive, structured plans for examination and further interaction between doctors of various profiles (orthodontist, otolaryngologist) and speech therapists, myofunctional therapists.

In such cases, time and resources are not used with maximum efficiency, and the risk of incomplete diagnosis of myofunctional disorders increases, which affects the overall result and quality of life. To eliminate the negative consequences of incomplete diagnosis and insufficient coordination in patient management, it is necessary to develop special methodological recommendations for an interdisciplinary comprehensive approach to the treatment of patients with ENT pathology, including after surgery for adenoid hypertrophy.

Key words: interdisciplinary approach; patient; diagnosis; somatic pathology; complex treatment; distal occlusion; observation

Э. К. Ильясова^{1*}, М. К. Исакова¹, У. А. Куватбаева¹

ДИСТАЛЬДІК ОККЛЮЗИЯНЫ ЕМДЕУДЕГІ ПӘН АРАЛЫҚ КЕҢЕСТІ ТӘСІЛДІ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

¹«Қазақстан-Ресей медицина университеті» МЕББМ (050004, Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Абылай хан даңғылы, 51/53; e-mail: info@medkmu.kz)

***Эльдана Куатқызы Ильясова** – «Қазақстан-Ресей медицина университеті» МЕББМ; 050004, Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Абылай хан даңғылы, 51/53; e-mail: eldanailyassova@gmail.com

Қазіргі уақытта медицинада науқастың жалпы жағдайын бағалауға мүмкіндік беретін және көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыруға мүмкіндік беретін пәнаралық интеграцияланған тәсіл кеңінен қолданылады. Ортодонтиялық науқастар әдетте педиатр, ЛОР және логопедпен кеңесу керек. Бұл тәсіл қысқа мерзімде оң нәтижелерге қол жеткізуге көмектесетін бірыңғай диагностикалық және емдеу алгоритмін жасайды.

Мақсаты – аденоидомиядан кейінгі науқаста дистальды окклюзияны емдеуге пәнаралық кешенді тәсілді қолдану.

Біз аденоидтардың гипертрофиясына операциядан кейінгі науқаста дистальды окклюзияны емдеуге пәнаралық кешенді тәсілді қолдану тәжірибесін сипаттаймыз. Науқас осы емханада тіс ауруларының диагностикасы мен емделуінен өтті, сонымен қатар ол басқа емдеу мекемелерінде балалар және отоларингологиялық медициналық көмек көрсету бойынша бақылауда болды, логопедтің сабақтарына қатысты.

Жүргізілген диагностика миофункционалдық бұзылулардың болуын көрсетті – ауызбен тыныс алу, жұтынудың нәрестелік түрі және тіс доғалары арасында тілдің шығуы. Біз науқасқа ортодонтиялық аппараттық ем тағайындадық, ортодонтиялық диагнозды ескере отырып, науқас педиатрдың, ЛОР дәрігерінің, логопедтің кеңесіне жіберілді. Аппараттық ортодонтиялық емдеуді қолдана отырып, біз тіс доғаларының бүйір бөліктеріндегі тістердің физиологиялық жабылуына қол жеткіздік және науқастың миофункционалдық бұзылыстарын жоққа шығардық. Науқасты бақылаған ЛОР дәрігері аденоид гипертрофиясының қайталануы жоқ деген қорытындыға келмеді. Педиатр науқасты қатар жүретін ауруларға бақылап, ұсыныстар берді. Логопед және дефектолог миогимнастикалық жаттығуларды қолданды, бұл миофункционалдық бұзылуларды жоюға көмектесті.

Бүгінгі күні әртүрлі профильдегі дәрігерлер (стоматолог-ортодонт, отоларинголог) және логопедтер, миофункционалды терапевтер арасында тексеру және одан әрі өзара әрекеттесу үшін кешенді, құрылымдық жоспарлардың болмауы жиі кездеседі. Мұндай жағдайларда уақыт пен ресурстар максималды тиімділікпен пайдаланылмайды және миофункционалдық бұзылыстарды диагностикалау қаупі артады, бұл жалпы нәтижеге және өмір сүру сапасына әсер етеді. Толық емес диагностиканың және пациенттерді басқарудағы жеткіліксіз үйлестірудің жағымсыз салдарын жою үшін ЛОР патологиясы бар науқастарды, оның ішінде аденоид гипертрофиясына операциядан кейін емдеуге пәнаралық кешенді көзқарас бойынша арнайы әдістемелік ұсыныстарды әзірлеу қажет.

Кілт сөздер: пәнаралық көзқарас; науқас; диагностика; соматикалық патология; кешенді емдеу; дистальды окклюзия; бақылау