

- А. Влияние полиморфизмов промотора MMP-1 на уровни GCF MMP-1 и исход пародонтальной терапии у пациентов с тяжелым хроническим пародонтитом. J Clin Periodontol 2008; 35: 862-70. URL: <https://doi.org/10.1111Zj.1600-051x.2008.01302.x>
2. Холла Л.И., Фассманн А., Музик Дж., Ванек Дж., Васку А. Функциональные полиморфизмы в гене матричной металлопротеиназы-9 в зависимости от тяжести хронического периодонтита. Журнал Periodontol 2006; 77: 1850-5 URL: <https://doi.org/10.1902/jop.2006.050347>
3. Chen D, Wang Q, Ma ZW, Chen FM, Chen Y, Xie GY и др. . Полиморфизмы генов MMP-2, MMP-9 и TIMP-2 у китайских пациентов с генерализованным агрессивным пародонтитом. J Clin Periodontol 2007; 34: 384-9. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.2007.01071.x>
4. Фозилов, М., Адашов, Ф., Курбонов, С., Усманова, Д., & Омонов, Р. (2021). Совершенствование метода реплантации зубов. *in Library*, 21(2), 225–226. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13984>
5. Дусмухамедов S., Ли С. N., Ми J., & Чхве В.-Н. (2021). Digital Denture Fabrication: A Technical Note. *in Library*, 21(2), 1–14. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14267>

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НЕБНО-ГЛОТОЧНОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА ПО ТОМОГРАММАМ

Ширинов М.К., Пулатова Б.Ж.

*Самаркандский государственный медицинский институт,*

*Ташкентский государственный стоматологический институт*

**Актуальность темы.** Наличие у ребенка врожденной расщелины верхней губы и неба вызывает ряд серьезных эстетических и функциональных нарушений. В большинстве случаев врожденная патология челюстнолицевой области приводит к инвалидизации детей, что подчеркивает актуальность решения медико-социальной проблемы лечения детей в раннем возрасте. Эффективность реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба оценивается по результатам комплексного хирургического, ортодонтического и логопедического лечения. Тем не менее, до настоящего времени отсутствует единый подход к выбору возрастного срока и метода пластики расщелины неба.

**Цель исследования.** Повышение эффективности реабилитации детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба за счет обоснованного подхода к выбору способа пластики дефекта неба.

**Материалы и методы исследования.** Объектом исследования послужили 203 детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет с врожденными расщелинами верхней губы и неба, состоящих на диспансерном учете в отделении Детской челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института, в 2016-2019гг. и 30 детей, не имеющих патологии в небно-глоточной области. Группы в зависимости от способов лечения были разделены следующим

образом: I (n=78) основная группа, состояла из детей, которым была произведена этапы раннего ортодонтического лечения с модификацией назоальвеолярного молдинга с носовым стентом, прооперированных предложенным способом уранопластики по Амануллаеву Р.А., Пулатова Б.Ж. (Патент на полезную модель АИС РУ № FAP 01378 от 31.05.2019г). II (n=83) группа сравнения, в которой было проведено традиционное лечение: предхирургическое ортодонтическое лечение преформирующей пластинкой до первичной хейлопластики, в возрасте от 8 до 12 месяцев хейлопластика, в 1,5-3 года проведена велопластика и в 4-6 летнем возрасте уранопластика.

**Результаты и их обсуждение.** Оценка эффективности хирургического и раннего ортодонтического лечения детей с ВРГН проводилась по томограммам Магнитно-резонансного томографии (МРТ). В группе наблюдения, где дети с ВРГН были оперированы по предлагаемому нами способом с формированием мышечного перешейка из m.LVP с продольным ушиванием раны (Патент на полезную модель № FAP 01377 от 31.05.2019), параметры длины мягкого неба составили  $28,8 \pm 0,5$  мм; угол хода m.LVP справа и слева  $59,4 \pm 1,6$  градусов; общая длина m.LVP справа и слева длина мышцы в среднем колебалась  $30,4 \pm 1,5$  мм; ширина m.LVP сбоку справа и слева  $2,2 \pm 0,2$  мм; ширина по центру m.LVP составляет  $2,9 \pm 0,2$  мм. В возрасте 4-6 лет длина мягкого неба составила  $29,5 \pm 1,5$  мм; угол хода m.LVP справа и слева  $57,7 \pm 1,6$  градусов; общая длина m.LVP справа и слева длина мышцы в среднем колебалась  $35,1 \pm 1,2$  мм; ширина m.LVP сбоку справа и слева  $2,9 \pm 0,2$  мм; ширина по центру m.LVP составляет  $3,1 \pm 0,2$  мм.

Результаты проведенных исследований длины m.LVP значений восстановления длины m.LVP в I группе после уранопластики по предложенной методике восстановление длины m.LVP достигается до 92,4%, в то время как после уранопластики традиционным способом, использованным в клинике на 81,5%.

**Выводы:** Полученные МРТ данные при предложенном нами способе хирургического лечения врожденной расщелины неба обеспечивают объективную оценку состояния небно-глоточной области и небно-глоточной недостаточности у детей с расщелиной неба в восстановительном периоде после уранопластики.

#### **Список литературы:**

1. Дусмухамедов, М., Юлдашев, А., Дусмухамедов, Ш., & Худайбердиева, И. (2022). РОЛЬ ХРОНИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ИНФЕКЦИИ В НОСОГЛОТКЕ И ЛЕГКИХ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА . *Медицина и инновации*, 1(4), 181–184. извлечено от [https://inlibrary.uz/index.php/medicine\\_and\\_innovations/article/view/351](https://inlibrary.uz/index.php/medicine_and_innovations/article/view/351)
2. Назаров, З., Батиров, Б., Софиева, Н., & Бафоев, Б. (2022). ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕРТИКАЛЬНОЙ АУГМЕНТАЦИИ С ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ. *Журнал стоматологии и краниофациальных исследований*, 1(1), 19–24. <https://doi.org/10.26739.2181-0966-2020-1-4>