

**Махмуд Закирович Дусмухаммедов**  
Профессор кафедры Детской хирургической стоматологии  
Ташкентского государственного медицинского института  
Ташкент, Узбекистан

**Дилшод Махмудович Дустмухаммедов**  
Профессор кафедры Факультетской стоматологии и пропедевтики  
стоматологических заболеваний  
Андижанского государственного медицинского института  
Андижан, Узбекистан

**Абдуазим Абдувалиевич Юлдашев**  
Старший научный сотрудник исследователь кафедры детской стоматологии  
Ташкентской медицинской академии  
Ташкент, Узбекистан

**Зилолахон Кахромонжоновна Хакимова**  
Заведующая кафедры Факультетской стоматологии и пропедевтики  
стоматологических заболеваний Андижанского государственного  
медицинского института  
Андижан, Узбекистан

## **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКА ОСТАТОЧНОГО ДЕФЕКТА НА УРОВНЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА**

**Аннотация:** Врождённая расщелина верхней губы и нёба (ВРГН) является одним из наиболее распространенных пороков развития лица и челюстей и, с точки зрения выраженности анатомических и функциональных нарушений, относится к наиболее тяжёлым порокам.

Мировой опыт лечения больных с ВРГН обусловил возможность появления хороших результатов хирургической коррекции как первичных и вторичных, так и остаточных дефектов и деформаций.

**Ключевые слова:** врождённая расщелина верхней губы и нёба, дети, хейлопластика, уранопластика.

**Mahmud Zakirovich Dusmukhammedov**  
Professor of the Department of Pediatric Surgical Dentistry  
Tashkent State Medical Institute  
Tashkent, Uzbekistan

**Dilshod Mahmudovich Dustmukhammedov**  
Professor of the Department of Faculty Dentistry and  
Propedeutics of Dental Diseases  
Andijan State Medical Institute  
Andijan, Uzbekistan

**Abduazim Abduvalievich Yuldashev**  
Senior Researcher Department of Pediatric Dentistry,  
Tashkent Medical Academy  
Tashkent, Uzbekistan

**Zilolakhon Kahromonzhonovna Khakimova**  
Head of the Department of Faculty Dentistry and Propeedutics of Dental Diseases  
Andijan State Medical Institute  
Andijan, Uzbekistan

## **METHOD FOR THE PREVENTION OF A RESIDUAL DEFECT AT THE LEVEL OF THE ALVEOLAR BONE IN PRIMARY CHEILOPLASTY IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT OF THE UPPER LIP AND PALATE**

**Abstract:** Congenital cleft of the upper lip and palate (CRGN) is one of the most common malformations of the face and jaws and, in terms of the severity of anatomical and functional disorders, is one of the most severe defects.

The world experience in the treatment of patients with CRHN has led to the possibility of the appearance of good results of surgical correction of both primary and secondary, and residual defects and deformities.

**Key words:** congenital cleft of the upper lip and palate, children, cheiloplasty, uranoplasty.

Врождённая расщелина верхней губы и нёба (ВРГН) является одним из наиболее распространенных пороков развития лица и челюстей и, с точки зрения выраженности анатомических и функциональных нарушений, относится к наиболее тяжёлым порокам (1,2,4).

По данным разных авторов число лиц с послеоперационными осложнениями и неудовлетворительными отдаленными результатами после хейло- и уранопластики колеблется от 16 до 52 %. В отечественной и зарубежной литературе вопросам первичной хейлопластики с выбором наиболее оптимальных методов, учитывающих степень и форму расщелины, уделяется недостаточное внимание. Высокий процент неудовлетворительных результатов указывает на множество нерешённых вопросов и актуальность этой проблемы. (3,5,6).

Мировой опыт лечения больных с ВРГН обусловил возможность появления хороших результатов хирургической коррекции как первичных и вторичных, так и остаточных дефектов и деформаций. В то же время существование таких вопросов, как: выбор наиболее оптимального в функциональном отношении и наименее травматичного метода, - остаются спорными, и широко обсуждаются в отечественной и зарубежной литературе. Вместе с тем, очевидно, что именно своевременное и правильное выполнение первого этапа хирургического лечения определяет успех реабилитации пациентов с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба (7,8).

**Цель исследования.** Повышение эффективности лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба, на основе анатомически обоснованного подхода к хирургическому лечению и укорочение этапов хирургической реабилитации детей с ВРГН.

**Планирование и проведение первичной хейлоуранопластики по разработанному способу (Рис.1)**

Оперативное вмешательство у всех больных проводилось под эндотрахеальным наркозом. При увивании мышцы и слизистой полости рта предпочтение отдавали рассасывающемуся шовному материалу «VICRYL 5-0», «POLYSORB 5-0», на коже не рассасывающемуся «PROPILEN 6-0» или «SURGILENE 6-0». Перед проведением разрезов, в ткани верхней губы, носа и альвеолярного отростка вводили раствор новокаина 0,5% со следами адреналина, что значительно облегчало препарирование тканей и уменьшало кровотечение во время операции. Планирование операции начиналась с нахождения точек расщепления на фрагментах верхней губы - А, А<sub>1</sub> и определения линии разрезов на коже по Millard - В, В<sub>1</sub> (рис.1).

Затем от данной точки проводят разрез по намеченным линиям на фрагментах верхней губы. Разрез продолжают до основания уздечки верхней губы (С) и рассекают уздечку под углом 45° до 0,5см. (С, С<sub>1</sub>), вследствие этого удлиняется вестибулярное пространство и образуется дефект треугольной формы (Рис.2).

Затем на слизистой большого фрагмента выкраивается четырехугольный лоскут (С<sub>2</sub>) нужных размеров и переносится на область образованного дефекта (С, С<sub>1</sub>) и ушивается (Рис.3).

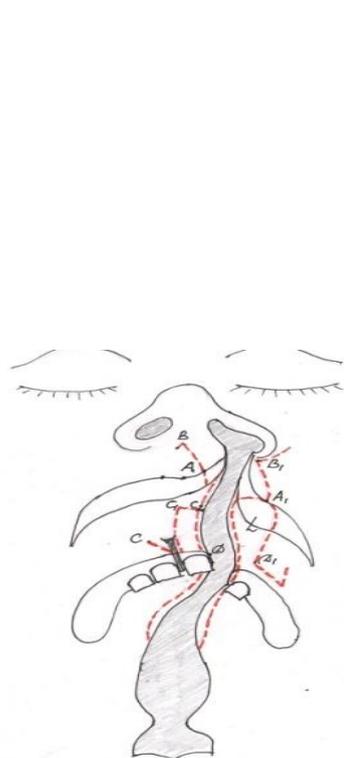


Рис.2.

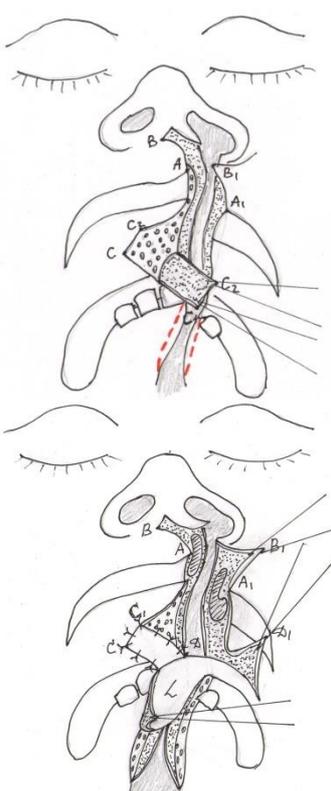


Рис.3.

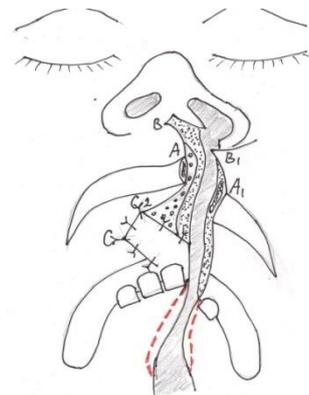


Рис.4.

На латеральном фрагменте верхней губы также находят точку расщепления путем откладывания равного расстояния на медиальном фрагменте до угла рта и эту длину переносят на латеральный фрагмент верхней губы (А<sub>1</sub>). От этой точки проводят разрез в направлении слизистой крыла носа по намеченным линиям. Далее от расщепленной точки (А<sub>1</sub>) проводят разрез вниз под углом в 90° по отношению к дуге Купидона в сторону дефекта и вниз параллельно по намеченным линиям до переходной складки не доходя до нее на 0,2-0,3 см. В результате получают слизисто-подслизистый лоскут- L (рис.5). Данный лоскут перемещают на медиальный фрагмент и проводят разрез «кочерга» по Лимбергу А.А. по переходной складке латерального фрагмента (Д<sub>1</sub>) (Рис.4). Из проведенных разрезов выделяют круговую мышцу рта. Далее разрезы продолжаются не твердое неба, отступя от края расщелины на 2-4 мм. до ½ твердого неба (Рис.5). При этом разрез может быть несколько увеличен или уменьшен в зависимости от длины лоскута L. После проводят отсепаровку носовой слизистой и накладываются выворотные швы (Рис.5).

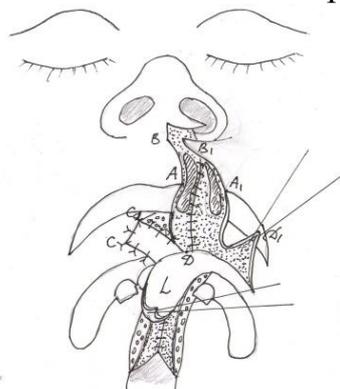


Рис.5.

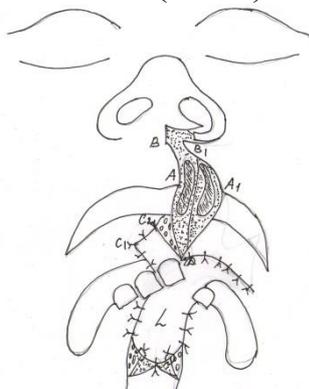


Рис.6.

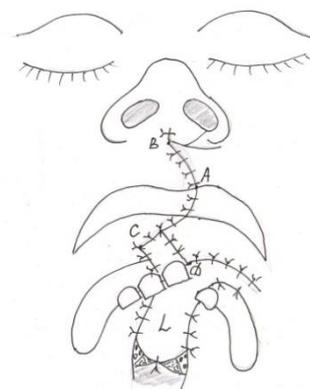


Рис.7.

Затем лоскут L опускают к переходной складке большого фрагмента (Рис.5). затем мобилизованную с помощью разреза «кочерги» слизистую перемещают в медиальном направлении (Д<sub>1</sub>→Д) и ушивают, тем самым углубляют преддверие полости рта и закрывают ротоносовое соустье. Далее лоскут L накладывается на раневую поверхность слизистой в области твердого неба и ушивается к краям раны (Рис.6). Далее накладываются швы на слизистую верхней губы, мышцу и кожу (Рис.7).

В клинике детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института нами проведено первичная хейлоуранопластики предложенным способом 12 детям с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в возрасте 6-10 месяцев.

**Распределение больных в зависимости от пола и степени выраженности патологии**

Таблица 1.

Степень укорочения уздечки в/губы				
степень ВРГН	I ст	II ст	III ст	<b>ВСЕГО</b>

ВРГН I ст		2	2	4
ВРГН II ст	1	3	1	5
ВРГН III ст	1	1	1	3
<b>ИТОГО</b>	2	6	4	12

Благодаря предложенному способу при первичной хейлопластике одномоментно было восстановлено преддверие рта, закрыто ротоносное соустье и устранена расщелина в области переднего отдела твердого неба. Для оценки тяжести патологии использована классификация Л.Е.Фроловой (1974). Анализ литературы и наш клинический опыт показывает, что ВРГН почти всегда сопровождается укорочением уздечки верхней губы. Степень укорочения уздечки верхней губы определяли по классификации Хорошилкиной Ф.Я. (1982). Распределение больных в зависимости от пола и степени выраженности патологии представлено в таблице 1.

Для наглядности приводим пример (Рис.8):



*Рис.8. Больная Г. 6 мес. № И.Б..... Диагноз: Врожденная сквозная расщелина верхней губы и неба слева II степени.*

*Проведена хейлоуранопластика предложенным способом:  
А- до операции, Б-после операции*

Таким образом, использование данного способа при врожденной односторонней расщелине верхней губы и неба позволяет одномоментно устранить расщелину верхней губы, ротоносное соустье, нормализовать вестибулярное пространство за счет удлинения уздечки верхней губы и закрыть расщелину переднего отдела твердого неба, что соответственно уменьшает этапность оперативного и ортодонтического вмешательства.

#### **Литература:**

1. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей. Актуальные вопросы комплексного лечения: материалы науч.- практич. конф. - М., 2006. - С.14-15.
2. Щеглова А.П., Захарова Н.И., Малимон Т.В. О необходимости комплексного лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба

- // Матер. III Всерос. науч.- практ. конф. «Врожденная и наследственная патология головы лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения». - М.: МГМСУ, 2009. –С.352-353.
3. Яковлев С.В., Дьякова С.В., Кондрашов С.П. Частота встречаемости сопутствующей патологии у детей с изолированными расщелинами верхней губы и неба // Профилактика и лечение стоматологических заболеваний у детей: материалы республиканской конференции стоматологов. - Уфа, 2006. - С.90.
  4. Mueller K., Neuber B., Schelhorn-Neise P., Schumann D. Diagnostic value of nasometry representative study of patients with cleft palate and normal subjects // Folia Phoniatr. Logop. –2007. - Vol. 59, N 5. –P. 219-26.
  5. Dusmukhamedov M. Z., Rizaev J. A., Dusmukhamedov D. M. A. Khadjimetov, A., & A. Yuldashev, A.(2020). COMPENSATOR-ADAPTIVE REACTIONS OF PATIENTS' ORGANISM WITH GNATHIC FORM OF DENTAL OCCLUSION ANOMALIES //International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – Т. 24. – №. 02. – С. 2142-2155.
    6. Дусмухамедов, Д. М., Юлдашев, А. А., Дусмухамедова, Д. К., & Шамсиев, Р. А. (2018). Сравнительный анализ результатов микробиологических и иммунологических исследований в отдаленные сроки лечения детей с ВРГН. Сборник научно-практического международного конгресса «Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». Ташкент, 30-32.
    7. Dusmuhamedov D. M., Yuldashev A. A., Dusmuhamedov M. Z. Shamsiev Ravshan Azamatovich, Rizayev Zhasur Alimdzhanovich. The functional state of platelets in children with congenital cleft palate with chronic foci of infection in the nasopharynx and lungs // International scientific review. 2019.
    8. Ризаев Ж.А., Шамсиев Р.А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) // Вісник проблем біології і медицини. 2018. №2 (144).