

«Stomatologiya» - илмий-амалий журнал
1998 йилда асос солинган
Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги
томонидан 15 август 2007 йилда қайта
рўйхатга олинган.
Гувоҳнома № 0289.

STOMATOLOGIYA

№ 4, 2023 (93)

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ЖУРНАЛ

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар
Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация
комиссияси (ОАК) қарорига асосан
«Stomatologiya» журналі Фан доктори
илмий даражасига талабгорларнинг
диссертация ишлари илмий натижалари
юзасидан илмий мақолалар эълон
қилиниши лозим бўлган республика
илмий журналлари рўйхатига
киритилган (ОАК Раёсатининг
2013 йил 30 декабрдаги 201/3-сон
қарори билан тасдиқланган)

ТАХРИРИЯТ МАНЗИЛГОҲИ:

100048, Ўзбекистон Республикаси,
Тошкент ш., Махтумқули кўчаси, 103
тел.: +99871-236-26-75;
факс: +99871-230-47-58
Интернетдаги манзилгоҳи:
stomjurnal.tibbiyot.com.

Дизайнер ва компьютерда терувчи:

Е.Алексеев

Мухаррир: О.А.Козлова

Баҳоси келишилган нархда.

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш йўли
билан амалга оширилади.

Реклама матнининг тўғрилиги
бўйича жавобгарлик реклама берувчи
зиммасидадир.

Қўлёзмалар, суратлар ва расмлар
тақриз қилинмайди ҳамда эгасига
қайтарилмайди.

Келтирувчи фактларнинг тўғрилиги,
рақамли материалларнинг аниқлиги,
препаратларнинг номлари, атамалар,
илмий-адабий манбалар, исм ва
фамилияларнинг тўғрилиги учун
жавобгарлик муаллифларнинг ҳамда
тахририят ҳайъатининг зиммасидадир.

Бош муҳаррир: т.ф.д., проф. Нигматов Р.Н.

Масъул котиблар: т.ф.н. Усмонов Ф.К.

т.ф.д., проф. Жуматов У.Ж.

ТАХРИРИЯТ ҲАЙЪАТИ

Ando Masatoshi – АҚШ
Baek il Kim – Жанубий Корея
Daisuke Inaba – Япония
Elbert de Josselin de long – Голландия
Jin Young Choi – Жанубий Корея
Peter Botenberg – Белгия
Абдуллаев Ш.Ю., т.ф.д, проф.
Азимов М.И., т.ф.д., проф.
Акбаров А.Н., т.ф.д., проф.
Алиева Р.К. (Озарбайжон), т.ф.д., проф.
Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф.
Бекжанова О.Е., т.ф.д., проф.
Гаффоров С.А., т.ф.д., проф.
Даминова Ш.Б., т.ф.д., проф.
Иноятлов А.Ш., т.ф.д., проф.
Ирсалиев Х.И., т.ф.д., проф.
Колбаев А.А. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.
Комилов Х.П., т.ф.д, проф.
Маргвелашвили В.В. (Грузия) т.ф.д., проф.
Мухамедов И.М., т.ф.д., проф.
Нигматова И.М., т.ф.н., доцент
Ризаев Ж.О., т.ф.д., проф.
Рузудинов С.Р. (Қозоғистон), т.ф.д., проф.
Тоиров У.Т. (Тожикистон), т.ф.д., проф.
Токарев И.В. (Беларусия), т.ф.д, проф.
Трунин В.А. (Россия), т.ф.д., проф.
Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф.
Хасанов А.И., т.ф.д., доц.
Юлдошев И.М. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Абдукодиров А.А. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Боймуродов Ш.А. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Ғуломов С.С. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Кисельникова Л.П. (Россия), т.ф.д., проф.
Қурбонوف Ф.Р. (Хоразм)
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Узакбергганова У.А. (Нукус)
Хасанова Л.Э. (Тошкент), т.ф.д.
Худанов Б.О. (Тошкент), т.ф.д.
Шукурова У.А. (Тошкент), т.ф.д.
Юлдошев А.А. (Тошкент), т.ф.д.

ОРТОДОНТИЯ

Джумаев Х.Д.¹, Щетинина Л.Н.², Аманов Б.¹, Сердаров Б.А.¹ Клинико-гистоморфометрические характеристики слизистой оболочки десны у детей с зубочелюстными аномалиями..... 49

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Дусмухамедова Х.К., Азимов М.И. Информационная диагностическая карта обследования детей больных острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти 58

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Таиров У.Т., Сироджидинов Ш.Б., Джумаев Ш.М., Тоиров М.У. К вопросу о лечении больных с аномалиями и деформациями средней зоны лицевого черепа..... 64

Икрамов Г.А., Абдухакимова Д.А., Омонов А.И. Modern view on the etiology and pathogenesis of abscesses and phlegmons of the maxillofacial area 70

Икрамов Г.А., Халманов Б.А., Бобоназаров Н.Х. Раннее ортодонтическое лечение детей с двусторонней расщелиной верхней губы и нёба..... 75

ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Махкамova Н.Э., Набиева Д.М., Балтабаев О.К. Ведение детей с врожденной расщелиной нёба 82

Абдуқодиров Э.И., Буранова Д.Д., Иноятova С.О. Паркинсон касаллигини реабилитациясида биологик фаол нуқталарни қўллаш 85

ORTHODONTICS

Dzhumaev Kh.D., Shchetinina L.N., Amanov B.B., Serdarov B.A. Clinical and histomorphometric characteristics of the gingival mucosa in children with dental anomalies 49

PEDIATRIC DENTISTRY

Dusmukhamedova H.K., Azimov M.I. Information diagnostic card for the examination of children with acute odontogenic osteomyelitis of the mandible 58

REVIEWS

Tairov U.T., Sirojiddinov Sh.B., Jumaev Sh.M., Toirov M.U. The issue of treatment methods for patients with anomalies and deformations of the middle zone of the facial skull 64

Икрамов Г.А., Абдухакимова Д.А., Омонов А.И. Современный взгляд на этиологию и патогенез абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области 70

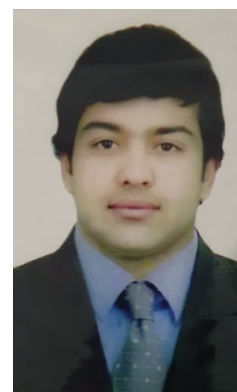
Икрамов Г.А., Halmanov B.A., Bobonazarov N.X. Early orthodontic treatment in the of children with bilateral cleft lip and palate 75

THE PROBLEMS OF RELATED SPECIALITIES

Makhkamova N.E., Nabieva D.M., Baltabaev O.K. Management of children with congenital cleft palate 82

Abdukadirov E.I., Buranova D.D., Inoyatova S.O. The use of biologically active points in the rehabilitation of Parkinson's disease.....85

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА



Таиров У.Т., Сироджидинов Ш.Б., Джумаев Ш.М., Тоиров М.У.

*Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
(Душанбе, Таджикистан)*

В истории костно-реконструктивной хирургии лицевого черепа произошло так, что методы остеотомии, не получив своего убедительного экспериментального обоснования, стали применяться в клинической практике. Отсутствие ясных теоретических и научно-практических положений привело к тому, что в ряде случаев применяют малообоснованные, найденные эмпирическим путем варианты техники остеотомии, способов фиксации и сроков длительности межчелюстной фиксации в послеоперационном периоде, которые в последующем приводят к различным осложнениям и рецидиву деформации [5,11,12,16,20,29].

Во время проведения международного конгресса по дистракционному остеогенезу в 1997 г. во Франции Поль Тессье, известный хирург, которого считают отцом черепно-челюстно-лицевой хирургии, высказал мнение, что использование дистракционного остеогенеза часто превосходит и опережает его научное обоснование. В настоящее время, невзирая на достижения метода дистракционного остеогенеза, одномоментные ортогнатические операции в челюстно-лицевой хирургии выполняются гораздо чаще.

Актуальными аспектами проблемы хирургического лечения больных с аномалиями и деформациями средней зоны лицевого черепа ключевым являются:

- сроки оперативных вмешательств;
- допустимые величины мобилизации остеотомированных фрагментов при одномоментных перемещениях, способы и длительность их фиксации;
- характер трансплантатов, помещаемых в образовавшиеся диастазы после одномоментных перемещений остеотомированных фрагментов верхней челюсти;
- несоответствие новой функции старой форме;
- влияние оперативного вмешательства на дальнейший рост челюстей;
- место ортодонтот в решении этого сложного вопроса и т.д.

До настоящего времени среди специалистов продолжают споры о характере заживления диастазов между костными фрагментами при одномоментных перемещениях. Ряд авторов [2,3,21] считают, что линия переломов (остеотомии) в средней части лицевого черепа срастается только посредством фиброзного сращения. Нет единого подхода в отношении сроков проведения операций, не обоснованы способы фиксации при одномоментных перемещениях остеотомированных фрагментов, не определена длительность межчелюстной фиксации в послеоперационном периоде. Нет единой точки зрения на применение костных трансплантатов: применять их или нет, если да, то на каких участках

их помещать, избирательно или по всему периметру диастаза. Не обоснованы пределы перемещения верхнечелюстного комплекса при одномоментных операциях, сроки проведения операций и т.д. [23,24].

Важно изучить процесс заживления костных дефектов, сообщающихся с придаточными пазухами носа, которые часто встречаются в практике реконструктивной хирургии средней зоны лицевого черепа. Большой интерес представляет исследование особенностей репаративной регенерации пластинчатой костной ткани верхней челюсти в условиях дозированной дистракции с учетом силы, ритма и темпа дистракции.

Из всех аспектов проблемы наиболее часто затрагивается вопрос рецидива заболеваний в ближайшем и отдаленных сроках наблюдения. По разным данным, он колеблется в пределах 0-100% [9,10,25,] Особенно велико количество рецидивов у больных, ранее перенесших оперативное вмешательство по поводу врожденных расщелин губы и неба [6,7,13,22,29].

Все это говорит об актуальности проблемы, решение которой должно основываться на поиске новых научно-обоснованных подходов. Остеотомии костей лицевого черепа должны выполняться на экспериментально-теоретической основе, а не на механистическом подходе.

В этой связи проводятся исследовательские работы, основанные на принципе перемещения костей лицевого черепа в расчете на раскрытие шовного соединения на границе висцерального и церебрального черепа [1,14,15,18,19,21,27]. Эти методы в определенной степени решают проблему лечения больных с аномалиями и деформациями средней зоны лица, но они длительны (до 1,5-2 лет), и их применение возможно только у лиц молодого возраста. К тому же устройства, предназначенные для перемещения верхнечелюстного комплекса, далеки от совершенства и часто причиняют неудобства и дискомфорт пациентам и, как правило, пациенты на ранних этапах лечения отказываются от дальнейшего лечения.

Основываясь на достижения ортопедии и травматологии по дистракционному остеогенезу [17] нами [6,8], начиная с 1977-1980 гг. в Центральном научно-исследовательском институте стоматологии и челюстно-лицевой хирургии 40 больным в возрасте 16-30 лет с верхнечелюстной микрогнатией и сочетанными деформациями челюстей проведено лечение путем щадящей остеотомии верхней челюсти на уровне Le-Fort I и высокий Le-Fort I с последующим дозированным перемещением внеротовым устройством на основе торако-цервикального корсета (рис. 1). По результатам проведенных исследований защищена кандидатская диссертация.

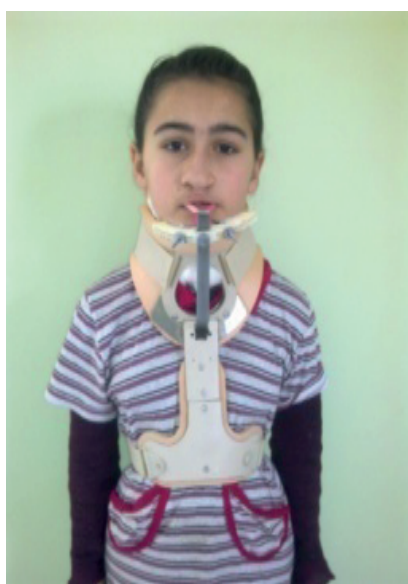


Рис. 1 Схематическое изображение торако-цервикального корсета с дистракционно-тарировочным узлом: 1 – корсет, 2 – дистракционно-тарировочный узел с прелабильной дугой, 3 – каппа, зафиксированная на верхней челюсти.

В дальнейшем для подтверждения достоверности концепции дистракционного остеогенеза в пластинчатых костях лицевого черепа с 1987-1988 гг. в условиях вивария экспериментального сектора Научно-исследовательского института медицинской радиологии АМН СССР г. Обнинска проведены экспериментальные исследования

на 54 беспородных собаках (рис. 2). На основании микроангиографических, рентгенологических, гистологических, радионуклидных исследований, а также нейтронно-активационного анализа доказано образование полноценного костного регенерата [7].

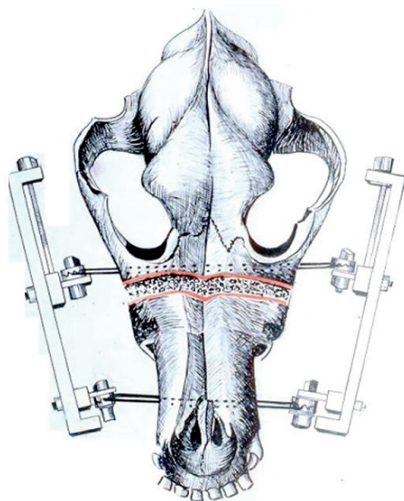


Рис. 2. Схема горизонтальной остеотомии верхней челюсти на уровне 7 I 7 зубов с установленным компрессионно-дистракционным аппаратом.

В последующем подобные экспериментальные и клинические исследования в пластинчатой костной ткани средней зоны лицевого черепа проводили и некоторые зарубежные авторы [4,12,13,25,26,28].

Пути решения проблемы лечения больных с деформациями средней зоны лица должны развиваться по всем трем направлениям: ортодонтическом, хирургическом и хирургическо-ортодонтическом. Можно с уверенностью сказать, что еще не раскрыты все потенциальные возможности этих методов лечения, недостаточно обоснованы экспериментально-теоретическими исследованиями биологические основы репаративных процессов, происходящих при их применении. Недостаточно уделено внимания тому, как происходит образование костной ткани в столь неблагоприятных условиях, не рассматриваются причины рецидивов с точки зрения природы сращения костной ткани. Неблагоприятные условия сосудисто-регенерационного комплекса, обусловленные ажурным анатомическим строением этой

зоны, при проведении остеотомии верхней челюсти с одномоментным перемещением костных фрагментов, по нашему мнению, являются одной из весьма важных причин рецидивов заболеваний. Как можно говорить об оптимальных сроках фиксации костных фрагментов и рациональной послеоперационной реабилитации, если мы не знаем о динамике репаративных процессов в костной ткани в пространстве перемещенных на значительные расстояния остеотомированных фрагментов? То, что в отдаленные сроки наблюдения отмечается тенденция к смещению остеотомированного фрагмента обратно, о котором пишут многие авторы, скорее всего, можно объяснить тем, что в отдельных случаях происходит сращение кости посредством фиброза либо фиброзно-хрящевого соединения.

Хотя исследования, проведенные на кроликах и собаках, не могут служить точной моделью остеотомии с одномоментным перемещением, характер заживления костной раны в условиях сообщения с полостью

носа и его придаточными пазухами в определенной степени можно сравнивать с тем, что наблюдается при одномоментных перемещениях остеотомированных фрагментов верхней челюсти. В отличие от трубчатой кости, межотломковое пространство не заполняется кровяным сгустком с последующим

прорастанием в его кровеносных сосудах, так как при остеотомии средней зоны лицевого черепа площадь костной поверхности остеотомированного участка незначительная и к тому же имеют место сообщения с внешней средой, то есть с полостью носа и придаточными пазухами носа (рис. 3).

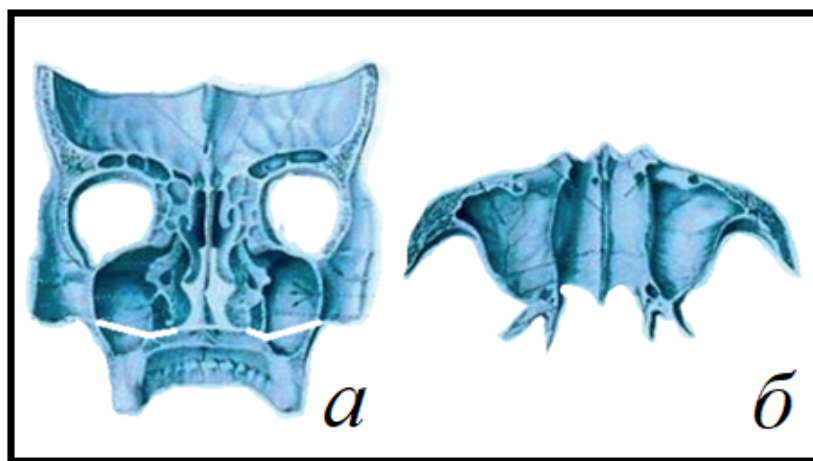


Рис. 3. Скелет полости носа и глазницы (сзади) (а); скелет полости носа (сверху) (б).

При этом за счет активной регенерации слизистой полости носа и верхнечелюстной пазухи, которая врастает в дефект и соединяется с мягкоткаными образованиями с противоположной стороны, и линии распила с каждой стороны диастаза закрывается мягкотканым покрытием. Вросшие соединительнотканое образование в дальнейшем препятствует росту костной ткани в сторону дефекта. В этой связи, видимо, целесообразно изыскать возможности и пути максимального восполнения межотломкового пространства трансплантационными материалами с последующей жесткой фиксацией остеотомированного фрагмента, что весьма проблематично в этой зоне. Здесь нерешенных вопросов много, но ясно одно: необходимо проводить экспериментальные исследования, направленные на изучение репаративной регенерации межотломкового пространства при одномоментных перемещениях костных фрагментов верхней челюсти.

Заключение

Проведенный исследовательский обзор позволяет удостовериться, что данная

тематика занимает особое место в черепно-челюстно-лицевой хирургии, т.к. костно-реконструктивные операции на участках пластинчатой костной ткани, не получив убедительного экспериментального обоснования, стали широко применяться в клинической практике.

Следует подчеркнуть, что:

- реконструктивные и костнопластические операции при аномалиях и деформациях средней зоны лицевого черепа в силу его структурных и анатомо-топографических особенностей, а также многообразия их форм являются сложными. Поэтому нельзя свести проблему реконструктивно-восстановительного лечения только к применению одного универсального метода (подхода), позволяющего получить стойкий лечебный эффект. При лечении больных с указанной патологией должен применяться тот метод и тот способ, благодаря которому может быть достигнут наиболее благоприятный функциональный и эстетический результат. Этот способ определяется на основании научных данных и личного опыта хирурга (стаж, опыт, техническое оснащение и умение владеть

техники), а также возможностей, которыми он располагает в сложившейся конкретной обстановке;

- с биологической точки зрения предпочтительные щадящие методы остеотомии, при которых максимально сохраняются сосудисто-регенерационные комплексы окружающих тканей, обеспечивающие и сводящие к минимуму развитие общих и местных осложнений, ухудшающих исход лечения больного;

- в принципе способ лечения должен быть простым, безопасным для больного и доступным большинству специалистов. Кроме того, он должен быть максимально дешев и минимален по трудоемкости при одинаковой или почти одинаковой эффективности;

- с нашей точки зрения, наряду с различными хирургическими методами лечения аномалии и деформации средней зоны лицевого черепа, перспективными являются ортодонтические и хирургическо-ортодонтические методы, которые необходимо развивать и усовершенствовать как малотравматичные щадящие способы лечения, позволяющие добиться стойкого лечебного эффекта.

Литература

1. Варес Э.Я., Салауддинов М. Экспериментальное раскрытие межкостных швов на границе висцерального и церебрального отделов черепа // Стоматология. – 1981. – Т. 60, №2. – С. 50-53.
2. Васильев А.В., Волков А.В., Гольдштейн Д.В. Характеристика неоостеогенеза на модели критического дефекта теменных костей крыс с помощью традиционной и трёхмерной морфометрии // Гены и клетки. – 2014. – №4 (9). – С. 121-127.
3. Волков А.В. Морфология репаративного остеогенеза и остеointеграции в челюстно-лицевой хирургии: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2018. – 261 с.
4. Калугина Л.С., Топольницкий О.З., Применение классических компрессионно-дистракционных и новейшего аппарата для непрерывной дистракции в клинике кафедры детской ЧЛХ МГМСУ // Материалы 7-й Международной научно-практической конференции. – М., 2022. – С. 110-113.
5. Сенюк А.Н. Марахтанов Н.Н. Коррекция скелетных аномалий челюстно-лицевой области // Современ. технологии в медицине – 2012. – №3. – С. 138-144.
6. Таиров У.Т. Избирательная остеотомия с дозированной дистракцией при лечении больных с деформациями средней зоны лицевого скелета // Acta chirurg. plast. (Prague). – 1983. – Vol. 25, № 3. – P. 128-136.
7. Таиров У.Т. Экспериментально-клиническое обоснование новых подходов в лечении больных с деформациями средней зоны лицевого черепа: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1989. – 48 с.
8. Таиров У.Т., Сукачев В.А., Гунько В.И. Хирургическо-ортодонтический метод лечения деформации средней зоны лицевого скелета // Стоматология. – 1980. – №1. – С. 35-38.
9. Araujo A. et al. Total maxillary advancement with and without bone grafting // J. Oral Surg. – 1978. – Vol. 36. – P. 849.
10. Bell W.H., Scheideman G.B. Correction of vertical maxillary deficiency: Stability and soft tissue changes // J. Oral Surg. – 1981. – Vol. 39. – P. 666.
11. Brown K.A., Bissonnette B., MacDonald M., Poon A.O. Hyperkalaemia during massive blood transfusion in paediatric craniofacial surgery // Canad. J. Anaesth. – 1990. – Vol. 37. – P. 401-408.
12. Cohen S.R., Rutrick R.E., Burstein F.D. Distraction osteogenesis of the human craniofacial skeleton initial experience with a new distraction system // J. Craniofac. Surg. – 1995. – Vol. 6. – P. 368.
13. Cohen S.R., Burstein F.D., Stewart M.B., Rathburn M.A. Maxillary midface distraction in children with cleft lip and palate: a preliminary report // Plast. Reconstr. Surg. – 1997. – Vol. 99. – P. 1421-1428.
14. Dellinger E.L. A preliminary study of anterior maxillary displacement // Amer. J. Orthodont. – 1973. – Vol. 63, №5. – P. 509-516.
15. Delaire J., Verdon P., Salagnac J.-M. Bases physiologiques de l'équilibre du

maxillaire superieur // Act. Odonto-stomatol. – 1979. – Vol. 128. – P. 611-645.

16. Fearon J.A., Whitaker L.A. Complications with facial advancement: a comparison between the Le Fort III and monobloc advancements // Plast. Reconstr. Surg. – 1993. – Vol. 91. – P. 990-995.

17. Ilizarov G.A. The tension-stress effect on the genesis, and growth of tissues: II. The influence of the rate and frequency of distraction // Clin. Orthop. – 1989. – Vol. 239. – P. 263-286.

18. Jackson G.W., Kokich V.G., Shapiro P.A. Experimental and postexperimental response to anteriorly directed extraoral force in young *Macaca nemestrina* // Amer. J. Orthodont. – 1979. – Vol. 75, №3. – P. 318-333.

19. Kambara T. Dentofacial changes produced by extraoral forward force in the *Macaca irus* // Amer. J. Orthodont. – 1977. – Vol. 71, №3. – P. 249-277.

20. Luyk H.N., Ward-Booth R.P. The stability of Le Fort I advancement osteotomies using bone plates without bone grafts // J. Maxillofac. Surg. – 1985. – Vol. 13, №6. – P. 250-253.

21. Legan H.L., Nanda R. Craniofacial adaptation after total maxillary osteotomy in *Macaca irus*: A cephalometric and histologic study // Amer. J. Orthodont. – 1978. – Vol. 73, №4. – P. 410-427.

22. Molina F. Maxillary distraction osteogenesis. Presented at the Workshop on Distraction of the Craniofacial Skeleton. – New York University Medical Center, 1994.

23. Nanda R. Protraction of maxilla in rhesus monkeys by controlled extraoral forces // Amer. J. Orthodont. – 1978. – Vol. 74, №2. – P. 121-141.

24. Poole M.D., Robinson P.P., Nunn M.E. Maxillary advancement in cleft palate patients. A modification of the Le Fort I osteotomy and preliminary results // J. Maxillofac. Surg. – 1986. – Vol. 14, №3. – P. 123-127.

25. Rachmiel A., Potparic Z., Jackson I.T. et al. Midface advancement by gradual distraction // Brit. J. Plast. Surg. – 1993. – Vol. 46. – P. 201-207.

26. Rachmiel A., Jackson I.T., Potparic Z., Laufer D. Midface advancement in sheep by

gradual distraction: a 1-year follow-up study // J. Oral Maxillofac. Surg. – 1995. – Vol. 53. – P. 525-529.

27. Sarnas K.V., Rune B. Extraoral traction to the maxilla with the face mask: a follow-up of 17 consecutively treated patients with and without cleft lip and palate // Cleft Palate J. – 1987. – Vol. 24. – P. 95-103.

28. Stalmans K., Verdonck A., Van Erum R. Cephalometric evaluation of maxillary advancement with an internal distractor in an adult boxer dog // Orthod. Craniofacial Res. – 2003. – Vol. 6. – P. 104-111.

29. Swennen G., Colle F., De Mey A., Malevez C. Maxillary distraction in cleft lip and palate patients: a review of six cases // J. Craniofacial Surg. – 1999. – Vol. 10. – P. 117-122.

Аннотация. Проведен тщательный анализ литературных источников, посвященных существующим в настоящее время методам лечения больных с аномалиями и деформациями средней зоны черепа. Подчеркивается актуальные аспекты нерешённых вопросов преимущественно при одномоментном перемещении остеотомированных фрагментов верхнечелюстного комплекса. Обсуждаются вопросы регенеративных процессов в пластинчатой костной ткани средней зоны лицевого черепа.

Ключевые слова: аномалия окклюзии, верхняя челюсть, остеотомия, остеогенез, дистракция, регенерация.

Annotatsiyasi. Bosh suyagining oʻrta zonasining anomaliyalari va deformatsiyasi bilan ogʻrigan bemorlarni davolashning mavjud usullariga bagʻishlangan adabiy manbalarning toʻliq tahlili oʻtkazildi. Yechilmagan masalalarning dolzarb jihatlari, asosan, maksiller majmuaning osteotomizatsiyalangan qismlarining bir vaqtning oʻzida harakatlanishi bilan taʼkidlangan. Yuz bosh suyagining oʻrta zonasining qatlamli suyak toʻqimalarida regenerativ jarayonlarning muammolari muhokama qilinadi.

Kalit soʻzlar: okklyuzion anomaliya, yuqori jagʻ, osteotomiya, osteogenez, distraktsiya, regeneratsiya.

Summary. A thorough analysis of literary sources devoted to currently existing methods of treating patients with anomalies and deformations of the middle zone of the skull was carried out. The current aspects of unresolved issues are emphasized, mainly with the simultaneous movement of osteotomized

fragments of the maxillary complex. Issues of regenerative processes in the lamellar bone tissue of the middle zone of the facial skull are discussed.

Key words: occlusion anomaly, upper jaw, osteotomy, osteogenesis, distraction, regeneration.

УДК: 616.716.8-617.52]-616-002.32/36-02-092

MODERN VIEW ON THE ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF ABSCESSES AND PHLEGMONS OF THE MAXILLOFACIAL AREA



Ikramov G.A., Abdukhakimova D.A., Omonov A.I.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

The problem of treating acute infection has remained the focus of attention of many clinicians and researchers for many years. Despite the improvement of surgical and drug treatment methods and the use of non-pharmacological agents, the number of patients with acute purulent-inflammatory diseases in maxillofacial departments ranges from 40 to 70% of the total number of hospitalized patients [3,5,7,10,16]. The use of modern methods in the treatment of periostitis, osteomyelitis, abscess and phlegmon of the maxillofacial area, such as: hyperbaric oxygenation, laser, ultrasound, ozone, administration of antibiotics intravenously, intraarterially, through the lymphatic tract, significantly increased the therapeutic effect, but did not allow to avoid complications in the form of meningitis, vein thrombosis face, sepsis. Complications with phlegmon of the maxillofacial area are observed in approximately 2-7% of cases. In addition, there is a tendency to increase the number of patients with an atypical course of the disease, a tendency to progression and generalization of the process [1,2,6,11].

In terms of age, there are two peaks in the incidence of abscess and phlegmon of the maxillofacial area: 9-12 and 20-35 years [4,8,11].

The first peak occurs during the period of mixed dentition, when the intensity of damage to primary molars is combined with a high susceptibility to caries of the first molars. The second peak is associated with an increase in the intensity of caries in permanent teeth and frequent complications during the eruption of lower permanent teeth [9,12,14].

The infectious process is a manifestation of a macroorganism and microorganisms. The course of the inflammatory process depends on indicators of the body's reactivity, determined by the action of acute phase proteins, cytokines, the activity of the phagocyte system, the state of specific resistance mechanisms, hereditary factors, coagulation, and antioxidant systems of the body. The molecular and cellular mechanisms of the immune system play a significant role in the pathogenesis of inflammation. The choice of treatment