

«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.
Хабиров 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., Иноятowa 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

tadbirlarini ishlab chiqish zarurligi haqida fikr shakllantirildi.

Kalit soʻzlar: yiringli-yalligʻlanish kasalliklari, yuz-jagʻ sohasi, etiologiyasi, patogenezi.

Summary. An analysis of the literature devoted to the problems of treating infections of the maxillofacial area in children has shown that further study and development of new ways

to predict the nature of the course and improve the effectiveness of treatment are necessary. An idea has been formulated about the etiology and pathogenesis of purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial area in children, the need to develop new therapeutic measures to combat purulent diseases in children.

Key words: purulent-inflammatory diseases, maxillofacial area, etiology, pathogenesis.

УДК: 616.315/.317-007.254-089.844-053]-003.9:616.089.23

РАННЕЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА



Икрамов Г.А., Халманов Б.А., Бобоназаров Н.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Дети с расщелиной губы и неба (РГН) нуждаются в комплексном лечении с участием педиатра, ортодонта, челюстно-лицевого хирурга, отоларинголога, логопеда, врача-генетика и других специалистов [2,5,6,9,14,16].

В последние годы накоплен большой опыт по совершенствованию методов хирургического лечения РГН, разработаны новые виды операций, изменен подход к возрастным показаниям к лечению, усовершенствована ортодонтическая помощь, развивается и внедряется медико-генетическое обследование (Старикова Н.Б.). Возросли значение и роль психолого-педагогической работы с семьями, имеющими детей с врожденной расщелиной. Однако, как отмечают некоторые авторы, эти работы освещают в основном положительный опыт по сказанию помощи таким детям [1,10].

Анализ результатов клинического и рентгенологического обследования больных разных возрастных групп выявил наиболее характерные нарушения роста лицевого че-

репа для каждой из этих групп (Катасонова Е.С., 2012). Считают, что поэтапный комплексный подход и своевременное прогнозирование роста и возможных деформаций лицевого скелета позволяют выработать определенный алгоритм действий врача-ортодонта на различных этапах реабилитации больных.

Двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба является наиболее сложной из всех врожденных пороков челюстно-лицевой области (ЧЛЮ). Для двусторонней РГН характерны разделение верхнечелюстной дуги на три сегмента: межчелюстная кость и два фрагмента челюсти (правый, левый). Кроме того, имеет место анатомический дефект твердого и мягкого неба на всем протяжении, разобщение круговой мышцы рта, недоразвитие центрального фрагмента верхней губы, врожденное укорочение или отсутствие кожной части перегородки носа, различная степень протрузии межчелюстной кости

и недоразвитие верхней челюсти в целом. Клиническая картина полной двусторонней расщелины верхней губы и неба во многом зависит от положения межчелюстной кости и сошника. В некоторых случаях сошник срастается с небными отростками верхней челюсти, в переднем отделе к нему примыкает межчелюстная кость, соединяющаяся с боковыми фрагментами альвеолярного отростка верхней челюсти, а в заднем отделе – с небным отростком. В тех случаях, когда этот процесс нарушается, сошник и межчелюстная кость остаются свободно расположенными между небными и альвеолярными отростками: формируется двусторонняя расщелина [15,17,20].

На основании патологоанатомического исследования черепов умерших новорожденных с РГН авторы представили сведения о строении верхней челюсти, подтверждающие клинические наблюдения, которые показали, что его деформации не ограничиваются изменениями лишь альвеолярного отростка верхней челюсти [5]. Верхнечелюстная кость у детей с РГН уменьшена в размерах во всех (сагиттальной, трансверсальной и вертикальной) плоскостях. Уменьшены в размерах и деформированы также скуловые кости, изменена форма глазниц, свода мозгового черепа. Боковые фрагменты альвеолярного отростка в 80% случаев смещены мезиально.

РГН сопровождается нарушением не только анатомической формы лица новорожденного – нарушаются функции дыхания и сосания. Наблюдаемые нарушения проходимости воздухоносных путей снимают силу дыхательной мускулатуры, уменьшают экскурсию грудной клетки, что становится причиной заболеваний верхних дыхательных путей, дети чаще болеют бронхитами, пневмонией [11,14].

При полной двусторонней РВГ возникают трудности при вскармливании из-за невозможности грудного кормления, частых срыгиваний через нос, вследствие чего происходит потеря массы тела ребенка. Попадание пищи в дыхательные пути создает риск развития аспирационной пневмонии.

Таким образом, исходные данные дефор-

мации лицевого скелета у больных с РГН складываются в основном из врожденного недоразвития и анатомического дефекта тканей, прилежащих к расщелине. Вторичные деформации верхней челюсти и других лицевых костей, вызванных дисфункцией мышц, окружающих анатомически измененную верхнюю челюсть, оказывают существенное влияние на планирование лечения такого пациента с периода новорожденности [12,13].

Дети, родившиеся с полной двусторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба, нуждаются в оказании неотложной медицинской помощи с целью нормализации условий вскармливания, предотвращения процесса увеличения размеров врожденного дефекта, прогрессирования вторичных деформаций челюстных костей, создания необходимых условий для проведения хейлопластики в раннем возрасте [3,4,7]. Доказано, что раннее разобщение полостей рта и носа обеспечивает естественное вскармливание ребенка, так как в эти часы у него уже развит сосательный рефлекс. Налаживание кормления ребенка способствует его росту и развитию. Некоторые авторы с недоверием относились к применению obturаторов, опасаясь свободного положения в краях расщелины, рекомендуя применять их после окончания формирования временного прикуса [8,18,19].

Т.В. Шарова и соавт. (1985) доказали, что obturator, погруженный в глубину расщелины, своими боковыми отделами оказывает давление на свободные края небных отростков, является механической распоркой, которая сдерживает рост небных отростков верхней челюсти и изменяет их топографию, отдавливая свободные края их в полость носа. Тем не менее, несмотря на противоречивые взгляды на применение плавающего obturатора, до наших дней в практике применяются различные его модификации [21,22].

В настоящее время в нашей стране и за рубежом накоплен значительный опыт оперативного лечения расщелины губы в ранние сроки. Анализ отдаленных результатов показывает, что хейлопластика, проведенная сразу же после рождения ребенка, при неблагопри-

ятном соотношении фрагментов верхней челюсти, без предварительной ортодонтической подготовки приводит к развитию деформации как зубо-альвеолярной дуги (сужение верхней челюсти), так и к развитию вторичных рубцовых изменений на восстановленной верхней губе. Протрузия межчелюстной кости создает трудности при выполнении хейлопластики у больных с двусторонней РГН, оказывает отрицательное влияние на результаты операции. При врожденной двусторонней расщелине верхней губы и неба боковые фрагменты блокируются межчелюстной костью, что приводит к еще большему сужению и недоразвитию.

Как известно, после проведения первичной хейлопластики под действием давления восстановленной верхней губы боковые фрагменты альвеолярного отростка смещаются к центру, при этом межчелюстная кость остается выдвинутой вперед. Положение межчелюстной кости в состоянии протрузии при давлении боковых фрагментов с обеих сторон затрудняет их ортодонтическое перемещение. Мнение, что восстановление круговой мышцы рта оказывает давление на межчелюстную кость, оказалось несостоятельным. А заживление тканей в условиях выраженного натяжения тканей сопровождается их локальной гипоксией, создавая при этом угрозу расхождения послеоперационной раны и патологического рубцевания тканей. Во избежание этих осложнений при устранении двусторонней расщелины верхней губы некоторые хирурги производят резекцию межчелюстной кости, хотя большинство специалистов с этим не согласны [16,21].

Установлено, что в области шва между сошником и межчелюстной костью находится центр ее роста, который регулирует развитие верхней челюсти в сагиттальной плоскости. В случае травматического повреждения центра потенциального роста прекращается рост альвеолярных отростков кпереди, межчелюстная кость атрофируется, смещается орально, впоследствии формируется недоразвитие всей средней зоны лица.

С целью сохранения межчелюстной кости применяют разные методы вправления (пере-

мещения) ее в альвеолярную дугу, например, такую как вертикальная или косая остеотомия сошника и рассечение хрящевой пасти перегородки носа. Однако проведение таких операций сопровождается значительной кровопотерей при отсутствии выраженного положительного результата. Впоследствии подвижность межчелюстной кости сохраняется, несмотря на все попытки устранить ее путем фиксации межчелюстной кости к сошнику и передним отделам боковых фрагментов верхней челюсти проволоочной лигатурой, синтетической нитью, металлическими штифтами.

Несмотря на такую сложную фиксацию, межчелюстная кость остается подвижной, атрофируется, нарушаются функции откусывания и речеобразования, появляются значительные дефекты верхнего зубного ряда и альвеолярного отростка.

Необходимость раннего предоперационного ортодонтического лечения деформации верхней челюсти у детей с РГН в период новорожденности первым обосновал С.К. McNeil (1950, 1954). Автор предлагал начинать ортодонтическое лечение сразу после рождения и завершать его к шести месяцам жизни ребенка. После завершения ортодонтического лечения проводилась первичная хейлопластика, осуществлялось постоянное наблюдение врача-ортодонта до формирования постоянного прикуса. В 1957 г. автором описан метод аппаратного лечения детей с двусторонней РГН до первичной хейлопластики, которое было направлено на вправление межчелюстной кости с последующим удержанием ее в новом положении. С.К. McNeil рекомендовал применять данную аппаратуру, когда потенциал остеогенеза очень высокий. Он первым высказал идею об ортодонтическом воздействии на фрагменты верхней челюсти с целью стимуляции их роста, коррекции положения небных отростков и уменьшения размеров дефекта. Двусторонней РГН первичной пластике верхней губы предшествовало хирургическое вправление межчелюстной кости с последующим удержанием ее в новом положении. Метод нашел широкое применение за рубежом. Его стали применять

многие специалисты в различных клиниках. Все они отмечали положительные стороны раннего ортодонтического лечения при врожденных пороках развития губы и неба [22]. Для дооперационного внеротового ортодонтического лечения широкой формы РГН применяли эластичные резиновые полосы, которые, по мнению авторов, воспроизводят аналогичные усилия нормальной круговой мышцы рта.

По их данным, эластичное давление на межчелюстную кость нормализует положение межчелюстной кости, сужает ширину расщелины альвеолярного отростка. Однако этот метод не устранял протрузию межчелюстной кости при смещении боковых фрагментов мезиально.

Многие специалисты рекомендуют начинать исправление деформаций челюстей у детей с РГН как можно раньше, в период роста и развития всех элементов верхней челюсти. Чем раньше предпринято ортодонтическое лечение, тем оно эффективнее и, следовательно, лучше функциональные и эстетические результаты [20]. Такая возможность обусловлена имеющимся у ребенка потенциалом роста челюстных костей. Кроме того, при применении ортодонтических аппаратов в раннем возрасте легче достигается равновесие в действии губ, щек, языка, жевательной и мимической мускулатуры рта.

Н.В. Старикова показала, что под воздействием присасывающих толчкообразных движений языка в момент сосания соски последняя оттесняет вверх и в стороны небные отростки, меняя положение небных отростков из горизонтального в вертикальное. Боковые фрагменты альвеолярного отростка смещаются дистально, межчелюстная кость выталкивается вперед, благодаря чему увеличиваются размеры врожденного анатомического дефекта. Отрицательное влияние на положение небных отростков и фрагментов альвеолярного отростка оказывает необычное давление воздушного потока вследствие нарушения носового дыхания.

Специализированная помощь оказывалась с первого дня жизни новорожденного посредством применения преформированной

стандартизированной пластинки. В возрасте одного месяца ребенку изготавливали аппарат для вправления межчелюстной кости, который представлял собой монолитную пластинку, несущую в себе многозвеньевую конструкцию для переднего отдела верхней челюсти. Аппарат обеспечивал целенаправленный рост лицевого скелета. Вначале выводилась межчелюстная кость на ось симметрии, затем для вправления межчелюстной кости использовалась наружная повязка. Репозиция межчелюстной кости достигалась за период лечения от 25 дней до 6-8 месяцев. Отмечено, что чем раньше было начато лечение, тем быстрее удавалось достичь репозиции межчелюстной кости. Недостатками этого метода являлись использование стандартизированных аппаратов, не позволяющих учитывать индивидуальные особенности деформации челюсти у конкретного ребенка, а также необходимость изготовления большого количества аппаратов, которые могли быть не востребованы.

Ряд авторов предлагали раннее ортодонтическое лечение проводить для сближения альвеолярных отростков за счет их естественного роста в заданном врачом направлении. Для этого изготавливали аппарат с обтурирующей частью и винтом, межчелюстная кость покрывалась каппой, соединенной с частями аппарата проволоочной дугой. При активации винта дуга натягивалась, репозиция межчелюстной кости, кроме того, дополнительно использовалась внеротовая давящая повязка. Продолжительность лечения 4-8 месяцев, что зависело от возраста и общего состояния ребенка.

Анализируя опыт раннего ортодонтического лечения, можно сделать вывод, что применение съемных внутриротовых аппаратов обеспечивает разобщение носовой и ротовой полостей, нормализует вскармливание. В процессе лечения создается оптимальное соотношение фрагментов верхней челюсти для проведения первичной хейлопластики. Продолжительность лечения – в среднем 4 месяца, но иногда этот срок увеличивается в зависимости от тяжести деформации верхней челюсти, возраста ребенка на момент начала

лечения, выполнения родителями рекомендаций врача и т.д.

Однако такой подход имеет и недостатки. Это недостаточно хорошая фиксация аппарата, частая замена аппарата, частые коррекции его базиса. Опыт использования дополнительных внеротовых фиксирующих приспособлений свидетельствует о том, что они также не обеспечивали достаточной фиксации внутриротовых аппаратов и, кроме того, возможны травматические повреждения слизистой оболочки полости рта у детей, увеличение сроков устранения деформации.

Описан метод устранения деформации верхней челюсти до первичной хейлопластики у детей с полной двусторонней расщелиной губы и неба при помощи несъемного внутриротового аппарата [13]. При этом используются спицы Киршнера, которые проводятся через щеку под местной анестезией в дистальную зону верхней челюсти кзади от дентальных фолликулов. Передняя спица вводится с помощью ручной дрели через вестибулярную поверхность межчелюстной кости в области апикального базиса. Затем врезается дополнительная спица Киршнера, обеспечивающая дополнительную фиксацию. Спицы прокладываются в щечных бороздках так, что их свободные концы преформируются в крючки для резиновой тяги. К этой точке фиксируются резиновые тяги, и осуществляется движение в сагиттальной плоскости – назад или вдоль щечной поверхности, в зависимости от типа расщелины. Одновременно осуществляется расширение латеральных фрагментов.

Этот аппарат с внутрикостной фиксацией впервые применен как несъемный динамический ортодонтический аппарат для устранения деформаций верхней челюсти. Однако аппарат N.G. Georgiade не нашел широкого применения в ортодонтической практике из-за громоздких размеров, несовершенной анестезиологии, снижения эластичности резиновых тяг.

В 1980-1999 гг. D.R. Millard и R.A. Latham представили подробное описание модифицированного динамического аппарата и результаты лечения детей с полной двусторонней

расщелиной губы и неба. Они объясняли смещение крыльев носа кзади ретроположением боковых фрагментов альвеолярного отростка верхней челюсти. Аппарат состоял из пластмассовых капп, наложенных на боковые фрагменты альвеолярного отростка верхней челюсти и соединенных между собой динамическим устройством. Каппы фиксируются к альвеолярному отростку при помощи внутрикостных стержней. Планирование введения стержней осуществляется в условиях зуботехнической лаборатории на гипсовых моделях челюстей. Замковая часть стержней погружается в базис аппарата. Наложение аппарата осуществляется под интубационным наркозом в условиях операционной. Через межчелюстную кость проводится металлическая булавка, которая соединяется эластичной резиновой цепочкой к основанию базиса. При расширении боковых фрагментов цепочка натягивается, осуществляя ретрузию межчелюстной кости. Срок лечения – в среднем 3 недели.

Несъемный аппарат имеет свои преимущества и недостатки. Преимуществом является надежная фиксация, быстрое достижение результата, одновременное устранение деформации челюсти во всех плоскостях (сагиттальной, трансверсальной и вертикальной), отсутствие вспомогательных внеротовых элементов. Однако здесь есть опасность повреждения зачатков постоянных зубов, а в некоторых случаях возможно присоединение вторичной инфекции и отторжение винтов.

Таким образом, раннее ортодонтическое лечение детей с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и неба остается актуальной проблемой. Раннее ортодонтическое лечение с использованием несъемных аппаратов у этой группы больных мало освещено в литературе, не решен вопрос об оптимальном возрастном периоде для проведения этого вида лечения. Отсутствует информативный комплекс диагностических мероприятий. Разноречивы мнения о преимуществах и недостатках этого метода. Требуют уточнения некоторые детали самого метода конструктивных особенностях аппарата. Отсутствуют показания к применению тот или иного вида

ортодонтического лечения в зависимости от степени, тяжести и формы имеющейся деформации и выбора тактики подготовки пациента к первичному хирургическому лечению.

Литература

1. Абдурахмонов А.З., Субханов С.С., Постников М.А. и др. Комбинированные мероприятия и реабилитация больных с односторонней расщелиной губы и нёба до и после хирургического вмешательства // Реабилитация, врач и здоровье: Вестн. мед. ин-та. – 2018. – №3. – С. 97-106.
2. Амануллаев Р.А., Икрамов Г.А., Насриддинов Ж.Х., Хатамов У.А. Клинико-микробиологическая характеристика полости рта у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после уранопластики // Stomatologiya. – 2020. – №1 (78). – С. 48-50.
3. Касимовская Н.А., Шатова Е.А. Врожденная расщелина губы и нёба у детей: распространённость в России и в мире, группы факторов риска // Вопр. соврем. педиатр. – 2020. – №19 (2). – С. 142-145.
4. Мамедов А.А., Макленнан А.Б., Рябкова М.Г. и др. Междисциплинарный подход к лечению детей с расщелиной губы и нёба в периоде новорожденности // Системная интеграция в здравоохранении. – 2017. – №2. – С. 52-59.
5. Негаметзянов Н.Г. Экологические факторы различных регионов Республики Казахстан и их влияние на заболеваемость врожденной расщелиной верхней губы и нёба // Стоматол. детского возраста и проф. – 2012. – Т. 11, №1. – С. 21-28.
6. Супиев Т.К., Мамедов Ад.А., Негаметзянов Н.Г. Врожденная расщелина верхней губы и неба. – Алматы, 2013. – 496 с.
7. Федотов Р.Н. Планирование и тактика ортодонтического хирургического лечения пациентов после хейло- и уранопластики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 25 с.
8. Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Тимаков И.Е. и др. Эпидемиологические аспекты врожденных пороков челюстно-лицевой области у детей Волгоградской области за 2010-2016 годы // Стоматол. детского возраста и проф. – 2018. – Т. 17, №3. – С. 58-61.
9. Шоничева Ю.А. Предхирургическое ортодонтическое лечение детей первого года жизни с расщелиной верхней губы и нёба: Материалы конф. – М., 2010. – С. 24-25.
10. Шоничева Ю.А. Преоперационное ортодонтическое лечение детей первого года жизни с расщелиной верхней губы и нёба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 24 с.
11. Adali N., Mars M., Petrie A. et al. Presurgical orthodontics has no effect on archform in unilateral cleft lip and palate // Cleft Palate Craniofac. J. – 2012. – Vol. 49. – P. 7-13.
12. Dreise M., Galiwango G., Hodges A. Incidence of Cleft lip and palate in Uganda // Cleft Palate Craniofac. J. – 2011. – 48(№2). P.156-160.
13. Felton M., Lee J.W., Balumuka D.D., Arneja J.S., Chadha N.K. Early placement of ventilation tubes in infants with cleft lip and palate: A systematic review // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2018. – Vol. 158, №3. – P. 459-464.
14. Flinn W., Long R.E., Garattini G., Semb G. A multi-center outcomes assessment of five-year-old patients with unilateral cleft lip and palate // Cleft Palate Craniofac. J. – 2006. – Vol. 43. – P. 253-258.
15. Hong M., Baek S.H. Differences in the alignment pattern of the maxillary dental arch following fixed orthodontic treatment in patients with bilateral cleft lip and palate: Anteroposterior-collapsed arch versus transverse-collapsed arch // J. Craniofac. Surg. – 2017. – Vol. 29, №2. – P. 440-444.
16. Joos U. Cleft lip, alveolus and palate: Defect or dislocation malformation? Importance of adopting a physiological concept for surgical repair in achieving optimal outcomes in LMICs. Part 2 // Integration of physiological growth considerations into a surgical concept. – 2021. – Vol. 76. – P. 810816.
17. Kang S.H., Lee J.W., Lim S.H. et al. Dental image replacement on cone beam computed tomography with three-dimensional optical scanning of a dental cast, occlusal bite,

or bite tray impression // Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2014. – Vol. 43. – P. 1293-3014.

18. Latief B.S., Lekkas K.C., Schols J.H. et al. Width and elevation of the palatal shelves in unoperated unilateral and bilateral cleft lip and palate patients in the permanent dentition // J. Anat. – 2012. – Vol. 220, №3. – P. 263-270.

19. Millard D.R., Latham R. et al. Cleft lip and palate treated by presurgical orthodontics, gingivoperiosteoplasty, and lip adhesion (POPLA) compared with previous lip adhesion method a preliminary study of serial dental casts // Plast. Reconstr. Surg. – 2022. – Vol. 103. – P. 1630-1644.

20. Nadtochij A., Starikova N., Safronova U. et al. Position and Function of the tongue in children with cleft lip and Palate // XX congress of European association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery-2010. – Belgium, Bruges. – Abst. 6. – P. 420-421.

21. Reiser E., Skoog V., Gerdin B., Andlin-Sobocki A. Association Between Cleft Size and Crossbite in Children With Cleft Palate and Unilateral Cleft Lip and Palate // Cleft Palate Craniofac. J. – 2010. – Vol. 47. – P. 175-181.

22. Suri S., Disthaporn S., Atenafu E.G., Fisher D.M. Presurgical Presentation of Columellar Features, Nostril Anatomy, and Alveolar Alignment in Bilateral Cleft Lip and Palate After Infant Orthodontics With and Without Nasoalveolar Molding // Cleft Palate Craniofac. J. – 2012. – Vol. 49, №3. – P. 314-324.

Аннотация. Раннее ортодонтическое лечение с использованием несъемных аппаратов у больных с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и неба мало освещено в литературе, не решен вопрос об оптимальном возрастном периоде для проведения этого вида лечения. Отсутствует информативный комплекс диагностических мероприятий. Разноречивы мнения о преимуществах и недостатках этого метода. В то же время необходимо уточнение некоторых деталей самого метода и конструктивных особенностей аппарата, а также разработка показаний к применению того или иного вида ортодонтического лечения в зависимости от степени, тяжести

и формы имеющейся деформации и выбора тактики подготовки пациента к первичному хирургическому лечению.

Ключевые слова: двусторонняя расщелина верхней губы и неба, ортодонтическое лечение.

Annotatsiyasi. Tugʻma ikki tomonlama lab va tanglay yorigʻi boʻlgan bemorlarda qoʻzgʻalmas asboblardan foydalangan holda erta ortodontik davolash adabiyotda kam yoritilgan va ushbu turdagi davolanish uchun optimal yosh davri masalasi hal etilmagan. Diagnostik tadbirlarning informatsion majmuasi yoʻq. Ushbu usulning afzalliklari va kamchiliklari haqida qarama-qarshi fikrlar mavjud. Shu bilan birga, usulning oʻzi va qurilmaning dizayn xususiyatlarining baʼzi tafsilotlarini aniqlab olish, shuningdek, darajasi, zoʻravonligi va shakliga qarab, u yoki bu turdagi ortodontik davolanishni qoʻllash boʻyicha koʻrsatmalarni ishlab chiqish kerak. mavjud deformatsiya va bemorni birlamchi jarrohlik davolashga tayyorlash taktikasini tanlash.

Kalit soʻzlar: ikki tomonlama lab va tanglay yorigʻi, ortodontik davolash.

Summary. Early orthodontic treatment using fixed appliances in patients with congenital bilateral cleft lip and palate is poorly covered in the literature, and the question of the optimal age period for this type of treatment has not been resolved. There is no informative set of diagnostic measures. There are conflicting opinions about the advantages and disadvantages of this method. At the same time, it is necessary to clarify some details of the method itself and the design features of the device, as well as to develop indications for the use of one or another type of orthodontic treatment, depending on the degree, severity and shape of the existing deformity and the choice of tactics for preparing the patient for primary surgical treatment.

Key words: bilateral cleft of the upper lip and palate, orthodontic treatment.