

6. Нарзуллаев Н.У., Ҳамидова Н.Қ., Мирзоева М.Р. Клинико-неврологические и иммунологические показатели у детей с гименолепидозной и протозойной инвазиями// Вестник ташкентской медицинской академии 2021. №3. -Р. 124-128.
7. Мирзоева М.Р., Ҳамидова Н.Қ., Нарзуллаев Н.У., Clinical and immunological study of the effect of different types of therapy on the course of allergic rhinitis in children with hymenolepiasis// Annals of the Romanian Society for Cell Biology 2021.03.30.-P.1900-1908.
8. Облокулов А.Р., Ҳамидова Н.Қ., Аслонова М.Р. Clinical and epidemiological aspects of hymenolepidosis and teniarinchosis in pediatrics// Europe's Journal of Psychology (EJOP), 2021.07.11.-P.224-229.
9. Мирзоева М.Р., Ҳамидова Н.Қ., Нарзуллаев Н.У. Клинико-иммунологические показатели гименолепидоза с аллергическим ринитом у детей в зависимости от видатерапии// Central Asian Journal Of Medical and Natural Sciences, 2021.11.-С.11331-333.
10. Мирзоева М.Р., Тойчиева А.Х., Осипова С.О. Уровень витамина Д и общего сывороточного Ig E у больных гипопигментозами с паразитозами и свободных// Журнал инфектологии. – 2017. - Том 9. - №3. - С. 37-40.
11. Мирзоева М.Р., Тойчиев А.Х., Осипова С.О. Кишечные паразитозы у детей с гиповитаминозом кожи и их возможная связь с этиопатогенезом заболевания// Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2019. - С. 151-158. (14.00.00; №15)
12. Мирзоева М.Р., Худойдодова С.Г., Фарманова М.А. Кишечные паразитозы у детей с гипопигментозом кожи и их связь с этиопатогенезом заболевания// Новый день в медицине. - 2019. - №4(28). - С. 215-219. (14.00.00; №22)
13. Mirzoeva M.R., Zhabborova O.I., Sagdullaeva G.U. Etiopathogenetic association with intestinal parasitosis in children with skin hypopigmentosis// American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2020. - №10 (6). - P. 384-387. (14.00.00; №2)

УДК:616.315-007.254:617.52:615.315/317-007.254-089

ТАКТИКА ПЛАНИРОВАНИЯ УРАНОПЛАСТИКИ С УЧЕТОМ ФОРМЫ НЕБНО-ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА

**М.З.Дусмухамедов, А.А.Юлдашев, Д.М.Дусмухамедов,
Худойбердиева И.Т**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Проведено антропометрическое измерение некоторых параметров небо-глоточной области у 92 детей с врожденной расщелиной губы и неба. На основании вычисления tg α предложены три формы небо-глоточной области. Проведен анализ развития послеоперационных местных осложнений в зависимости от параметров и форм небо-глоточной области.

Врожденная расщелина неба (ВРН) представляет собой многосистемную патологию, характеризующуюся не только местными, но и рядом сопутствующих системных нарушений деятельности организма. В патогенезе этих нарушений ведущим является дисфункция мышц мягкого

неба, вызванная их расщеплениями и патологическими топографическими изменениями [1,2,3]. Одной из важнейших задач хирургического лечения расщелин неба является нормализация речи. Для четкого произношения звуков речи мягкое небо должно быть подвижным, достаточно длинным и при разговоре — обеспечивать полное закрытие небно-глоточного затвора [1,4,5]. В настоящее время применяются немало методов исследования небно-глоточной области – стафилопалатометрия, назэндофарингоскопия, видеофлюороскопия и др. Эти методы наряду с положительными имеют и отрицательные стороны, что влияет на объективность полученных результатов, особенно у детей. Кроме того, в раннем детском возрасте из-за беспокойного поведения пациентов и опасности лучевого воздействия они применяются редко [6,7]. Правильное планирование операции с учетом ширины и протяженности расщелины неба снижает процент послеоперационных осложнений, поэтому изучение состояния небно-глоточной области важно для совершенствования хирургического метода лечения детей с ВРН.

Цель исследования - изучение состояния небно-глоточной области у детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН).

Материал и методика. Материалом служило измерение некоторых параметров небно-глоточной области у 92 детей с ВРГН оперированных в клинике детской хирургической стоматологии ТГСИ. Больные в зависимости от тяжести, патологии были разделены на 3 группы: **1-я** (n=44) была представлена детьми с врожденной изолированной расщелиной неба (ВРН), во **2-я** (n=31) вошли дети с врожденной расщелиной верхней губы (после хейлопластики) и неба (ВРГН-1), в **3-я** (n=17) были включены дети с врожденной 2-х сторонней расщелиной верхней губы (после хейлопластики) и неба (ВРГН-2).

Распределение детей по возрасту: от 1 до 3 лет – 21, от 4 до 6 лет – 31, от 7 до 9 лет – 16, от 11 до 14 лет – 24.

Учитывая область исследования и

возраст пациентов, измерения проводили на операционном столе, непосредственно перед операцией.

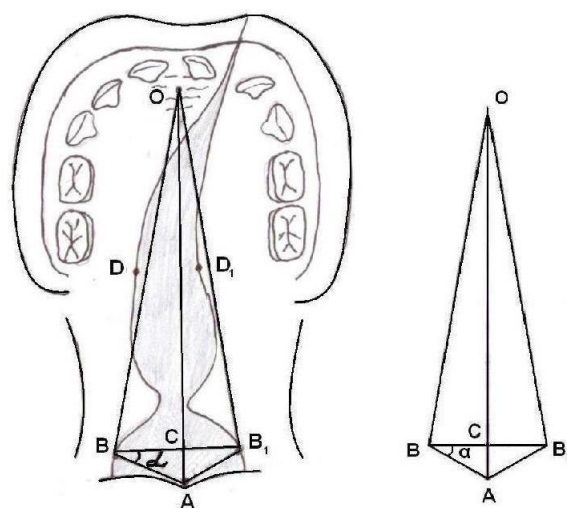


Рис. 1.

Рис.

Антропометрические измерения проводили в сагиттальной и трансверзальной плоскостях по следующим параметрам: **ОА** – расстояние от резцового канала до задней стенки глотки (в мм.); **ОВ** – расстояние от резцового канала до основания валика Пассаванта (в мм.); **ВВ₁** – расстояние между основаниями валика Пассаванта (ширина глоточного кольца) (в мм.); **ДД₁** – ширина расщелины на границе твердого и мягкого неба (см.рис.) Для вычисления α использовали следующую формулу:

$$1. \quad AC = OA - \sqrt{OB^2 - \left(\frac{BB_1}{2}\right)^2} \qquad 2. \quad \operatorname{tg} \alpha = \frac{AC}{BC}$$

Результаты исследования и их обсуждение

Данные антропометрических измерений параметров небно-глоточной области показывают, что с возрастом ребенка все показатели синхронно увеличиваются, и тем самым подтверждает связь развития небно-глоточного аппарата с ростом и развитием лицевого скелета (таб. 1).

Параметры небно-глоточной области в зависимости от возраста, тяжести патологии и пола

Таблица 1.

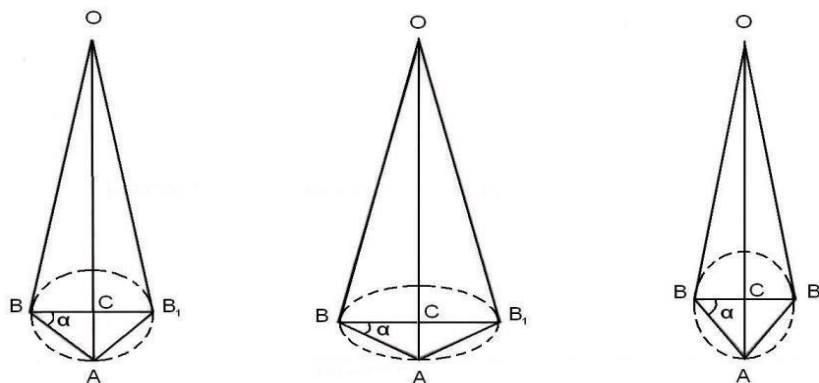
	Возраст (лет)				Диагноз			Пол	
	1-3 (n=21)	4-6 (n=31)	7-9 (n=16)	10-14 (n=24)	ВРН (n=44)	ВРГН-1 (n=31)	ВРГН-2 (n=17)	М (n=45)	Ж (n=47)
ОА (мм)	58,8±0,3	61,6±0,3	64,9±0,4	70,3±0,3	63,6±0,6	64,3±0,8	63,4±0,9	64,1±0,6	63,5±0,7
ОВ (мм)	502±0,3	51,3±0,3	53,9±0,6	60,1±0,4	53,8±0,6	54,6±0,7	52,3±0,8	53,9±0,6	53,7±0,6
ВВ₁ (мм)	22,8±0,6	24,5±0,5	25,9±0,7	26,4±0,6	24,7±0,5	24,9±0,5	25,2±0,9	25,2±0,5	24,5±0,5
ДД₁ (мм)	10,6±0,2	11,5±0,2	12,2±0,3	12,6±0,3	12,0±0,2	11,8±0,3	11,8±0,3	11,7±0,2	12,0±0,2
α °	48,7±0,7	46,2±0,8	46,2±1,4	47,7±0,6	47,4±0,7	48,3±0,7	44,5±1,2	46,9±0,5	47,4±0,6

Кроме того размеры ширины глотки (ВВ₁) имеют прямую зависимость от тяжести патологии. При ВРГН-2 межчелюстная кость обычно находится в

положении протрузии, и этим можно объяснить значительную разницу при ОА-ОВ. У детей с ВРГН-2 она равна 11,2 мм., тогда как при других, более легких формах она равна 9,8 и 9,7 мм. Обращает на себя внимание и то, что ширина расщелины на границе твердого и мягкого неба (ДД₁) у детей с изолированной расщелиной неба больше, чем у детей с более тяжелыми формами расщелины. Последнее, по-видимому, можно объяснить тем, что при изолированных расщелинах неба из-за наличия целостности верхней челюсти в передних ее отделах и давления корнем языка при дикции и глотании ширина дефекта увеличивается больше чем при сквозных расщелинах.

Особый интерес вызывает измерение угла α по выше указанной формуле. При этом выявлено, что угол колебался от 35° до 59°.

Общеизвестно, что если $\alpha = 45^\circ$ и умножит его на два, то угол будет равняться 90°. Исходя из этого, эти показатели нами сгруппированы в три группы, в результате чего получили три условных формы небно-глоточной области: при $\alpha = 43^\circ$ -47° – округлую (рис.3.), при α -меньше 43° – овальную по горизонтали (рис.4.) и при α - больше 47° овальную по вертикали (рис.5.). Анализ результатов антропометрии показывает, что из 92 обследованных у 49 больных (53,3%) угол α равен больше 45° (рис.5), у 31 больных (33,7%) угол α равен 45° (рис.4) и у 12 больных (13%) угол α меньше 45° (рис.3).



Увеличение ширины дефекта, особенно в области боковых стенок глотки (ВВ₁) приводит к тому, что α становится более близким к 45°. Вероятно этим можно объяснить то, что у обследованных детей α с возрастом становится близким к 45°. Интересен и тот факт, что у мальчиков при более узком (ДД₁) отмечается более широкое (ВВ₁).

Далее нами проведен анализ развития ранниационных местных послеоперосложнений в зависимости от выявленных й области. форм небно-глоточноРаспределение больных в зависимости от возраста,

диагноза, пола и развития местных послеоперационных его осложнений

представлв таблице 2.

Распределение больных в зависимости от возраста, диагноза, пола и развития местных послеоперационных осложнений

Таблица 2

		ВОЗРАСТ				ВСЕГО	ДИАГНОЗ			ВСЕГО	ПОЛ		ВСЕГО
		1-3 лет	4-6 лет	7-9 лет	10-14 лет		ВРН	ВРГН - 1	ВРГН - 2		М	Ж	
$\alpha < 45^0$ (n=12)	Всего	1	5	5	1	12	6	2	4	12	5	7	12
	Ослож	0	2	3	1	6	3	2	1	6	2	4	6
$\alpha = 45^0$ (n=31)	Всего	8	13	4	6	31	12	12	7	31	18	13	31
	Ослож	2	6	3	2	13	5	3	5	13	7	6	13
$\alpha > 45^0$ (n=49)	Всего	12	13	7	17	49	26	17	6	49	22	27	49
	Ослож	5	4	2	9	20	9	7	4	20	10	10	20
ИТОГО (n=92)	ВСЕГО	21	31	16	24	92	44	31	17	92	45	47	92
	ВСЕГО ОСЛОЖН	7	12	8	12	39	17	12	10	39	19	20	39

Как видно из таблицы, у 39 (42,4%) обследованных в послеоперационном периоде отмечалось развитие ранних местных осложнений. Больше всего осложнений наблюдалось у больных с $\alpha < 45^0$ (50%), далее у больных с $\alpha = 45^0$ (41,9%) и у больных с $\alpha > 45^0$ (40,8%). Анализ наших исследований показывает, что при $\alpha < 45^0$ наибольшее количество осложнений наблюдается у детей с ВРГН-1 и ВРН (100% и 50% соответственно), а при $\alpha = 45^0$ и $\alpha > 45^0$ частота осложнений больше у больных с ВРГН-2 (71,4% и 66,7% соответственно). На наш взгляд это связано с тем, что при $\alpha < 45^0$ глоточное кольцо более широкое, и при пластике глоточного кольца представляет определенные технические сложности. В случаях когда $\alpha = 45^0$ и $\alpha > 45^0$ патология имеет более тяжелую форму и более выраженные общие и местные факторы риска развития послеоперационных осложнений.

Обращает на себя внимание и то, что с возрастом детей частота осложнений параллельно увеличивается. Наибольший процент осложнений наблюдается у детей в возрасте 7-9 лет (75%). Наши исследования показывают, что с увеличением тяжести патологии увеличивается частота послеоперационных осложнений. Так, например, у детей с ВРГН – 2 послеоперационные осложнения составляют 58,8%, у детей с ВРГН-1 – 38,7%,

а у детей с ВРН 38,6%.. На наш взгляд это связано с одной стороны сменой прикуса и наличием множества разрушенных зубов, плохой гигиеной полости рта и с другой стороны с возрастом у детей с более тяжёлыми формами патологии увеличивается частота функциональных нарушений многих органов и систем. По результатам наших исследований частота развития послеоперационных осложнений не зависит от пола больных.

Таким образом, антропометрические измерения параметров небно-глоточной области показывает, что ширина глотки имеет прямую зависимость от тяжести патологии. С возрастом ребенка все показатели синхронно увеличиваются и подтверждают связь развития небно-глоточной области с ростом и развитием лицевого скелета. В зависимости от величины угла α небно-глоточную область можно условно разделить на три формы: первая - $\alpha = 43^{\circ}$ - 47° (округлая), вторая - α -меньше 43° (овальная по горизонтали) и третья - α - больше 47° (овальная по вертикали). Надо отметить, что больше всего осложнений наблюдалось у детей со второй формой расщелины (широкие). Увеличение частоты осложнений у детей старших возрастных групп еще раз подтверждает правильность тактики ранней уранопластики.

Выводы:

1. Ширина глотки имеет прямую зависимость от тяжести патологии.
2. Развития небно-глоточной области связано с ростом и развитием лицевого скелета.
3. В зависимости от величины угла α небно-глоточную область можно условно разделить на три формы.
4. Больше осложнений наблюдается у детей со второй формой расщелины - α -меньше 43° .

Литература/References

1. Фролова Л.Е., Махкамов Э.У. Способ пластики твердого неба при врожденных расщелинах // *Стоматология*.- 1979.- Т.58.№3.-С.56-58.
2. Дусмухамедов, Д. М., Ризаев, Ж. А., Юлдашев, А. А., Хакимова, З. К., Акбаров, А. А., & Дусмухамедова, А. Ф. (2020). Клиническая характеристика вторичных и остаточных дефектов и деформаций неба после уранопластики. *Проблемы биологии и медицины*, 1, 32-35.
3. Дусмухамедов, М. З., Ризаев, Ж. А., Дусмухамедов, Д. М., Абдукаюмов, А. А., & Хакимова, З. К. (2019). Клинико-диагностическая значимость передней активной риноманометрии у детей с врожденной расщелиной губы и неба. *Вісник проблем біології і медицини*, (4 (1)), 193-198.
4. Kahramonjonovna, K. Z., Mahmudovich, D. D., Axatovich, K. A., & Karamalievna, D. D. (2021). The State of the Local Cytokine Status and Its Pathogenetic Significance with Secondary and Residual Palatal Deformities after Uranoplasty in Children. *NVEO-NATURAL VOLATILES & ESSENTIAL OILS Journal*| NVEO, 11869-11874.

5. Dusmukhamedov, M. Z., Khadzhimetov, A. A., Khakimova, Z. K., & Dusmukhamedov, D. M. (2021). *Effectiveness Of Angioprotector Sulodexide For The Correction Of Vascular Complications In Children With Secondary And Residual Palatal Deformities After Uranoplasty. NVEO-NATURAL VOLATILES & ESSENTIAL OILS Journal* | NVEO, 15990-15999.
6. Мамедов Ад.А. Врожденная расщелина неба и пути устранения. Екатеринбург. - 1998. - С.135-142.
7. Гонне В.И. Реконструкция твердого неба при врожденных расщелинах // *Стоматология.*-2000.-№1.-С.62-64.

УДК: 616.31-02 : 616.7- 053.2

**О ВЗАИМОСВЯЗИ НАРУШЕНИЙ МИКРОЭКОЛОГИИ ПОЛОСТИ РТА У
ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ
СИСТЕМЫ
Абдуллаев Ж.Р.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

**BOLALARDA OG'IZ BO'SHLIG'I MIKROEKOLOGIYASINI TAYANCH-
HARAKAT TIZIMI KASALLIKLARI BILAN BOG'LIQLIGI**

Abdullaev J.R.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

**ON THE RELATIONSHIP OF VIOLATIONS OF THE MICROECOLOGY
OF THE ORAL CAVITY IN CHILDREN WITH DISEASES OF THE
MUSCULOSKELETAL SYSTEM**

Abdullaev J.R.

Tashkent State Dental Institute

АННОТАЦИЯ

На результатах микробиологических и иммунологических исследований стоматологического статуса 56 детей, воспитанников школы-интерната г.Ташкента в возрасте 7-10 лет с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, рассматривается взаимосвязь этих заболеваний и приводятся сравнительные данные практически здоровых детей без данной сопутствующей патологии. Нарушение показателей напрямую связано с основным заболеванием детей с нарушением опорно-двигательной системы.

Ключевые слова: заболевания опорно-двигательного аппарата у детей, стоматологическая заболеваемость при соматической патологии.

ANNOTATSIYA