

Заключение: — в диагностике болевого синдрома дисфункции ВНЧС необходимо соблюдать мультидисциплинарный подход, привлекать для консультаций смежных специалистов (стоматолог, невролог, нейрохирург, оториноларинголог, окулист);

— при комплексном лечении данного заболевания наряду с назначением медикаментозных препаратов и физиосредств показаны коррекция окклюзионных нарушений, рациональное протезирование;

— для устранения болевого синдрома и пролонгированной мышечной релаксации рекомендуется назначать инъекции БТА в указанных нами дозах в миофасциальные триггерные точки.

Список литературы:

1. Рахматуллаева О., Шомуродов К., Хаджиметов А., Садикова Х., & Назаров Z. (2021). The Position of the Cytokine Profile and Cytolysis Enzymes in Patients with Viral Hepatitis before Tooth Extraction. in Library, 21(1), 6558–6567. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14281>

2. Дусмухамедов, М., Сапарбаев, М., Икрамов, Ш., & Худойберганава, Н. (2022). Анализ морфофункционального состояния височно-нижнечелюстного сустава у пациентов 12-15 лет с дистальной окклюзией зубных рядов и нарушениями осанки. in Library, 22(1), 35–38. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14872>

3. Эшонкулов S., Фозилов M., & Курбанов S. (2021). Effect of antibacterial photodynamic therapy in the treatment of pyoinflammatory diseases of the maxillofacial region in infants. in Library, 21(1), 767–771. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14279>

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ ИМЕННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Мухамедов М.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт
muhiddinmuxamedov@gmail.com

Проблема диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области не утратила своей научно-практической значимости и по-прежнему являются одной из самых актуальных в современной челюстно-лицевой хирургии (Пулатова Ш.К., Рахимов З.К., 2019; Ешиева А.А., 2020; Pham Dang N., Delbet-Dupas C., 2020).

У существенной части больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями лица и шеи чаще всего имеется выраженный вторичный иммунодефицит (Шиханян Н.Н. и соавт., 2014).

Сведения о показателях иммунного сдвига на ранних этапах развития флегмон лица и шеи могут быть использованы для адекватного выбора и

определения эффективности проводимой терапии (А.В. Добров и соавт., 2012).

По данным Н.Г. Баранник и соавт. (2016) все флегмоны челюстно-лицевой области независимо от степени их распространённости сопровождаются увеличением содержания в крови большинства провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1, ФНОα, ИЛ-6, ИЛ-8). При увеличении зоны поражения флегмонозным процессом установлена активация защитных сил организма, что проявляется в увеличении синтеза ИЛ-4 по сравнению с нормой. Распространение гнойно-некротического процесса из челюстно-лицевой области в медиастинум приводит к подавлению иммунной реакции организма, сопровождающемуся выраженной депрессией синтеза ИЛ-4 в крови.

С.А. Кабанова (2015) установила, что у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области отмечаются иммунологические нарушения, проявляющиеся в статистически достоверном увеличении количества Т-активных лимфоцитов и циркулирующих иммунных комплексов. Степень нарушения иммунного статуса достоверно зависит от тяжести течения воспалительного процесса.

Конев С.С. и соавт. (2017) отмечают, что цитокиновая регуляция иммунного ответа является универсальной реакцией неспецифического иммунного ответа. В этой связи исследовался уровень интерлейкина - 1 (ИЛ - 1), специфичность которого определяется в различных защитных механизмах иммунного ответа, который активируется при его нарушении. Следует уточнить, что ИЛ-1 является локальным медиатором воспалительного процесса. При возрастании концентрации ИЛ-1, его специфика приводит к возникновению многих системных реакций. Этот фактор делает его центральным медиатором

ответной реакции острой фазы иммунного воспаления. Наряду с ИЛ - 1, авторами исследовалась концентрация уровня интерлейкина - 6 (ИЛ - 6). Этот цитокин, в большей мере, при повышенной концентрации способен стимулирует гепатоциты, конечной фазой которого является стимуляция синтеза белков острой фазы воспаления. Этот цитокин приводит к хронизации воспалительного процесса и переводит острые состояния процесса в хроническую форму.

Учитывая вышеизложенное, возможно сделать вывод о том, что определение уровня интерлейкинов, в частности, ИЛ-1, -6, является адекватным прогностическим фактором и может быть использован для определения эффективности проводимой терапии.

Список литературы:

1. Шонкулов, Ш., Фозилов, М., & Жилонова, З. (2022). Изменение гемостатических показателей при гнойно- воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области у детей раннего возраста. *in Library*, 22(1), 63–68. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13979>
2. Суванов К., Халманов В., Эшмаматов И., & Камалитдинов А. (2022). Физ бўшлиғида поносимон нуқсонли бор беморларда микробиологик ва

иммунологик холати. in *Library*, 22(1), 1–2. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13992>

3. Рахматуллаева, О., Шомуродов, К., Хаджиметов, А., Хасанов, Ш., & Фозилов, М. (2020). Оценка функционального состояния эндотелия у больных вирусным гепатитом перед удалением зуба. in *Library*, 20(4), 429–432. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13980>

4. Дусмухамедов, М., Сапарбаев, М., Икрамов, Ш., & Худойберганаева, Н. (2022). Анализ морфофункционального состояния височно-нижнечелюстного сустава у пациентов 12-15 лет с дистальной окклюзией зубных рядов и нарушениями осанки. in *Library*, 22(1), 35–38. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14872>

5. Эшонкулов S., Фозилов M., & Курбанов S. (2021). Effect of antibacterial photodynamic therapy in the treatment of pyoinflammatory diseases of the maxillofacial region in infants. in *Library*, 21(1), 767–771. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14279>

SURGICAL CORRECTION OF CONGENITAL CLEFT MOUTH IN CHILDREN.

Jafarov M.M, Jafarov M.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute

The **aim** of this study was to study the surgical correction of macrostomy in children.

Material. In 4 years, 2,375 children with various pathologies were admitted to the Department of Plastic Surgery of the clinic of the Tashkent Pediatric Medical Institute, for make plastic surgery operation. Among them, 6 children were operated with a diagnosis of macrostomy. Two were boys and four were girls. The average age of the patients was 5 years. The patients differed depending on the diagnosis: rightsided congenital lateral cleft mouth (67%) and bilateral congenital lateral cleft mouth (33%). Comorbidities included right-sided cleft lip and palate (33%), right-sided anotia (33%), hearing loss (33%), mental retardation (50%), strabismus (50%), skin outgrowths (50%), asymmetry face (67%), syndactyly of the fingers and toes (33%) and congenital alopecia (33%).

Research methods. All operations were performed under general anesthesia. Preoperatively, all patients were made design from the healthy side and proportions of the face. Subsequently, these geometrical dimensions are drawn from the side of the crevice. An incision was made and the muscles of the mouth were exposed. The mouth muscle was sutured up to the planned point. Further, the restoration of the skin and mucous membranes by applying cosmetic sutures to the wound. At the same time, the location of the wound on the mucous membrane of the corner of the mouth was avoided. An aseptic bandage was applied to the face. The postoperative recovery was uneventful. Postoperative care for patients - dressing of a postoperative wound and rinsing with antiseptic solutions and antibacterial drugs. The sutures were removed for 6-7 days. Patients got physiotherapeutic treatment and postoperative wound treatment with “Kelo-cote” cream.