

1. Хасанов, Ш., Сувонов, К., & Халманов, Б. (2021). Министерство высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан. *in Library*, 21(1), 1–136. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14075>

2. Сувонов, К. (2020). Особенности микробного пейзажа периферической крови и перитонеальной жидкости при экспериментальной кишечной непроходимости. *in Library*, 20(2), 187–189. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13977>

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОГРЕССИВНОСТИ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Зейнегабьнова А.С., Кусаинова Ж.Д., Мухтар М.Р.

НАО «Медицинского университета Семей» Семей, Казахстан.

Актуальность: Аномалии и деформации ЧЛО, являются одними из распространенных проблем современности. По данным отечественных и зарубежных авторов 42% взрослого населения имеют сочетанные формы деформаций челюстей. При лечении значительной деформации ЧЛО и аномалии прикуса консервативный метод бессилён. Тем самым потребность к хирургическому лечению возросла. По данным W.R. Proffit и Jr.R.P. White около 1% взрослого населения имеют абсолютные показания к хирургическому лечению. 4,45% взрослых, а по данным ВОЗ от 5 до 15% относительно требуют хирургической коррекции.

Цель работы: изучение литературного обзора с глубиной 5 лет по аспектам развития ортодонтической хирургии.

Материалы и методы исследования: был произведен систематический поиск и анализ данных научных публикации в электронно-поисковых системах Pubmed; в электронных библиотеках «КиберЛенинка», «elibrary».

Результаты исследования: Ортодонтические пациенты составляют обособленную группу, среди всех стоматологических пациентов. Выделение данной группы связано с этиопатогенетическими факторами развития аномалии. Более 48% пациентов страдающих аномалиями развития челюстно-лицевой области являются генетически предрасположенными. Поэтому данная категория тяжело поддается обычному консервативному методу лечения. В связи с чем появилась потребность к хирургическому лечению. На сегодняшний день ортогнатическая хирургия считается развитой сферой, которая даёт инновационные разветвления.

По последним данным распространенности аномалии ортодонтического характера, мезиальный прикус составляет 32%, дистальный прикус 31,8%, мезиальный прикус гнатической формы 2%, «открытый прикус» 13,5%, глубокий прикус 27,6%; сочетанные формы 11,5% случаев.

На сегодняшний день наилучшим методом при лечении деформации ЧЛО является комбинированное ортодонт-хирургическое лечение. Оно включает в себя 3 этапа: ортодонтическая подготовка к операции, ортогнатическая хирургия, завершающее ортодонтическое лечение.

Ортогнатическая хирургия (orthos-прямой, gnathos-челюсть)-это хирургическое вмешательство при котором, происходит перемещение челюстей в нужное положение, для нормализации эстетики и достижения ортогнатического прикуса.

Методы ортогнатических операции совершенствовались с годами, и привели нас к конечному современному протоколу. Современный протокол хирургического вмешательства предусматривает остеотомию верхней челюсти по LeFort I (LeFort I Osteotomy) и двустороннюю сагиттальную расщепляющую остеотомию нижней челюсти (Bilateral Sagital Splitting Osteotomy, BSSO). Первые шаги в ортогнатической хирургии были недостаточно модифицированы, в связи с травматичностью, недостаточной эффективностью. Многие хирургические вмешательства проводились внеротовым доступом, что приводило к эстетическим проблемам. Долгие годы развития привели к методам G.W. Arnett . При методике G.W Arnett после проведения остеотомии свободный фрагмент фиксируется с помощью интраоперационных шаблонов в заданном положении, далее производится металлоостеосинтез челюстей с последующим применением хирургической каппы. Методика требует длительное время для восстановления и могут возникнуть ряд проблем с применением капп. Таких как, точность зубных рядов, отлом капп, ошибки при позиционировании челюстей. При методике «Surgery first» не требуется предварительное ортодонтическое вмешательство, что существенно сокращает длительность лечения. Методика заключается в использовании сплинтов. Первый сплент используется для позиционирования мышечкового отростка, после остеотомии челюсти накладывается второй для тела нижней челюсти. Необходимым требованием для использования данной методики является стабильный пародонт.

Данный метод, показывает высокую результативность, что дает нам право к дальнейшему применению и усовершенствованию. Суть данного метода заключается, в том что, после остеотомии мы получаем костную ткань в мобилизованном состоянии. Данное положение, даёт нам возможность на целевое воздействие костной ткани, тем самым мы можем оказать активное силовое воздействие ортодонтическими аппаратами на ранних стадиях мобильности. Последующее ортодонтическое воздействие, будет положительно влиять на лечение и клиницист получит высокую результативность.

Вывод: Таким образом, при проведении литературного обзора различных статей, сделали вывод, что выбор методики зависит от объема патологии, соматических особенностей пациента, и длительности лечения. Каждая методика имеет свои показания, положительные и отрицательные стороны. Наиболее эффективным является методика «Surgery first», который дает нам возможность устранить ряд зубочелюстных деформации за сравнительно меньший срок.

Список литературы:

1. Хасанов, Ш., Сувонов, К., & Халманов, Б. (2021). Министерство высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан. *in*

Library, 21(1), 1–136. извлечено от
<https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14075>

2. Кудратов, Ш., & Садикова, Х. (2017). Ультразвуковая хирургия для расщепления альвеолярного отростка при дентальной имплантации у больных сахарным диабетом. *Stomatologiya*, 1(3(68)), 46–48. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/stomatologiya/article/view/2762>

3. Олимов А., & Хайдаров А. (2020). Comparative evaluation of the efficiency of conducting individual and professional hygiene in prosthetics for dental implants. in *Library*, 20(3), 862–868. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14289>

4. Назаров, З., Батиров, Б., Софиева, Н., & Бафоев, Б. (2022). ПЛАНИРОВАНИЕ УСТАНОВКИ ИМПЛАНТАТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШАБЛОНА. *Журнал стоматологии и краниофациальных исследований*, 1(1), 33–36. <https://doi.org/10.26739.2181-0966-2020-1-7>

5. 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>

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.

Яременко А.И., Грачев Д.И., Пахомова Н.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России
dmitryrenner@gmail.com

Введение. Стандартный подход к расширению верхней челюсти у взрослых пациентов с сочетанными зубочелюстно-лицевыми аномалиями подразумевает выполнение агрессивных и травматичных оперативных вмешательств, зачастую сопровождающихся разнообразными послеоперационными осложнениями и требующими длительной реабилитации. На сегодняшний день в отечественной и зарубежной клинической практике активно выполняется ряд альтернативных малоинвазивных хирургических методик, позволяющих 1) увеличить частоту согласия пациентов на хирургическое лечение; 2) снизить количество послеоперационных осложнений; 3) минимизировать длительность реабилитации пациентов.

Цель работы: оценка эффективности минимально инвазивного хирургического расширения верхней челюсти при ортодонтическом лечении взрослых пациентов.

Материалы и методы. Открытое проспективное нерандомизированное исследование выполнено на базе ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава РФ с 2020 по 2021 гг. Произведена обработка 10 клинических