

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

2. Кудратов, Ш., & Садилова, 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

случаев диагностики и хирургического лечения пациентов с сочетанными зубочелюстнолицевыми аномалиями, обусловленными сужением верхней челюсти.

Результаты. С 2019 по 2021 г. прооперированы 10 пациентов со скелетным сужением верхней челюсти. Оперативное вмешательство включало дырчатую кортикотомию наружной кортикальной пластинки верхней челюсти с 2 сторон, кортикотомию срединного небного шва и установку индивидуально изготовленного аппарата для расширения верхней челюсти с на костной фиксацией. После оперативного лечения пациентам осуществлялось лечение на брекет-системе. У 6 пациентов оперативное вмешательство сопровождалось удалением зубов 1.8, 2.8. У 9 пациентов производилось одномоментное внесение остеозамещающего материала в области передней поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти. Всем пациентам в предоперационном периоде выполнялась КЛКТ челюстей для оценки исходного состояния костных структур и зубов в зоне оперативного вмешательства, а также - исключения патологии ЛОР-органов. Операции выполнялись только тем пациентам, которые получили допуск от ЛОР-врача и стоматолога-терапевта. В послеоперационном периоде 6 пациентам выполнена КЛКТ, а 4 пациентам - МСКТ челюстно-лицевой области. Активация ортодонтического аппарата начиналась на 7-10 сутки. Максимальные сроки ношения аппарата (вместе с ретенционным периодом) достигали 6 месяцев. У одного пациента оперативное лечение проводилось 2 раза. Воспалительные осложнения (стоматит) на фоне нарушения гигиены полости рта были выявлены у 1 пациента (возможна связь с незадекларированным применением «Клоназепам»).

За счет применения аппарата с на костной фиксацией у всех пациентов за период от 4 до 6 месяцев достигнуто запланированное ортодонтом расширение верхней челюсти. Изменения слизистой оболочки под базисом несъемного аппарата прошли у всех пациентов в течение 14 дней после снятия аппарата.

Выводы. Описанное выше малоинвазивное хирургическое пособие является альтернативным вариантом оперативного лечения взрослых пациентов с сужением верхней челюсти. Эффективность метода подтверждается клиническими результатами и данными контрольной компьютерной томографии. Малое число послеоперационных осложнений и отсутствие необходимости стационарного лечения привлекает пациентов своим удобством. Отдельного внимания заслуживает вопрос гигиенического ухода за аппаратом, что является одним из важнейших факторов, обуславливающих успех лечения.

Идея применения минимально инвазивного хирургического пособия при расширении верхней челюсти при ортодонтическом лечении взрослых пациентов не нова, но учитывая современные возможности планирования и оценки результатов оперативного лечения, она может быть улучшена и индивидуально адаптирована для каждого пациента. Это требует дальнейших изысканий по указанной тематике и позволяет надеяться на улучшение

результатов ортодонтно-хирургического лечения пациентов с сужением верхней челюсти.

Список литературы:

1. Дусмухамедов, М., Юлдашев, А., Дусмухамедов, Ш., & Худайбердиева, И. (2022). Роль хронических очагов инфекции в носоглотке и легких на функциональное состояние тромбоцитов у детей с врожденной расщелиной неба. *in Library*, 22(1), 181–184. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14270>

Суванов К., Нуралиев Н., & Нуралиева Н. (2020). Indicators of bacterial translocation intensity in experimental acute obstacles of thin and thick intestine. *in Library*, 20(1), 894–899. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/13978>

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Досмухамедова Л.В., Хагуров Р.А., Кучкарова Р.Р.

*Клиника “Hayat Medical Centre”, ДГКБ № 13 им.Н.Ф.Филатов
г.Москва Ташкентский государственный стоматологический институт
laserlarisa@mail.ru hemangioma01@gmail.com radakuch03@gmail.com*

Под нашим наблюдением находились 180 детей с образованиями на голове и шее. Из них гемангиомы составили 82.8% всех случаев, а лимфатические мальформации (ЛМ) - остальные 17.2%.

Исходя из анамнеза, гемангиомы обнаружены родителями с рождения до 2 месяцев и имели признаки быстрого роста, тогда как ЛМ были определены в более поздние сроки в зависимости от размера от 2 месяцев до года. По половой принадлежности, процент встречаемости гемангиом у девочек - 66%, а ЛМ - чаще у мальчиков (61.5%).

По анатомической локализации гемагиомы определялись в околоушной области - 48% случаев, на губах - 11%, в параорбитальной области - 10%, на носу - 9%, на ушных раковинах - 4%, на волосистой части головы - 18%. В 15% случаев наблюдались осложненные формы гемангиом в виде изъязвлений с кровотечением и инфицированием. Превалирующее большинство лимфатических кист локализовывалось в околоушной, подчелюстной, шейной областях. В 5 случаях диагностирована мелкокистозная ЛМ языка, у одного из этих больных развился рецидив после краевой резекции языка. Гигантские лимфатические кисты чаще всего встречаются в подбородочной и шейной области. В нашем исследовании у годовалого ребенка из одной такой кисты подбородочной области эвакуировано более 1 литра лимфатической жидкости. При локализации крупных кист в переднеушной области у 5 пациентов наблюдалось комбинированное поражение множеством мелких кист слизистой щечной области, десен, языка и кожи. В таких случаях на МРТ определялось также изменение формы и строения альвеолярной дуги.

Размеры гемангиом варьировались от 1 до 12 см в диаметре, а кист - от 0.3 до 25 см в диаметре. Тяжесть клинической картины определялась не