



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (67) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (67)

2024

Май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2024, Accepted: 02.05.2024, Published: 10.05.2024

УДК 616.315-007.254-089-053.2

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕМПОВ РОСТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ НЁБА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАТЕРИАЛА ПОКРЫТИЯ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ

Шаева Р.Г. Email: ShaevaR@mail.ru
Шомуродов К.Э. <https://orcid.org/0000-0002-9834-4965>
Мирзаев А.Р. Email: MirzaevA@mail.ru

Ташкентский государственный стоматологический институт, ул. Махтумкули, 103,
Яшнабадский район, Ташкент, Узбекистан, 100047

✓ Резюме

Многочисленными исследованиями было доказано влияние пластики нёба на развитие верхней челюсти – отмечено ограничение роста в трансверзальном направлении. В связи с этим вопросы усовершенствования протоколов хирургического лечения не теряют своей актуальности и требуют междисциплинарного подхода. В работе был проведён сравнительный анализ влияния на параметры верхней челюсти различных материалов для покрытия поверхности латеральных дефектов нёба, образуемых при хирургическом вмешательстве по устранению врождённой расщелины нёба (ВРН). В ходе цифровой обработки гипсовых моделей верхней челюсти через 6 месяцев после уранопластики был обнаружен положительный эффект покрытия щёчной жировой подушкой (ЩЖП) боковых участков нёба в области разрезов Эрнста-Лангебека.

Ключевые слова: врождённая расщелина нёба, уранопластика, йодоформ, PRF, коллагеновая губка, щёчная жировая подушка, гипсовые модели.

COMPARATIVE ANALYSIS OF MAXILLARY GROWTH AFTER PALATOPLASTY, DEPENDING ON APPLICATION MATERIAL OF LATERAL DEFECTS

Shaeva R.G., Shomurodov K.E., Mirzaev A.R.

Tashkent State Dental Institute, 103 Makhtumkuli str., Yashnabad district, Tashkent, Uzbekistan,
100047

✓ Resume

Numerous studies have proven the effect of palatoplasty on the development of the upper jaw – a restriction of growth in the transversal direction has been noted. In this regard, the issues of improving surgical treatment protocols do not lose their relevance and require an interdisciplinary approach. In the work, a comparative analysis of the effect on the parameters of the upper jaw of various materials for covering the surface of lateral palate defects formed during surgical intervention to eliminate congenital cleft palate (CCP) was carried out. During the digital processing of plaster models of the upper jaw, 6 months after palatoplasty, a positive effect of covering the lateral areas of the palate with a buccal fat pad (BFP) in the Ernst-Langenbeck incision area was found.

Key words: congenital cleft palate, palatoplasty, iodoform, PRF, collagen sponge, buccal fat pad, dental casts.

PALATEPLASTIKA KEYIN YUQORI JAG'NING O'SISH SUR'ATLARINI LATERAL NUQSONLARNI QOPLOVCHI MATERIALGA QARAB QIYOSIY TAHLIL

Shaeva R.G. Email: ShaevaR@mail.ru
Shomurodov K.E. <https://orcid.org/0000-0002-9834-4965>
Mirzaev A.R. Email: MirzaevA@mail.ru

Toshkent davlat stomatologiya instituti, st. Magtimguli, 103, Yashnobod tumani, Toshkent,
O'zbekiston, 100047

✓ **Rezyume**

Ko'plab tadqiqotlar yuqori jag'ning rivojlanishiga tanglay plastik jarrohlikining ta'sirini isbotladi - ko'ndalang yo'nalishda o'sishning cheklanishi qayd etilgan. Shu munosabat bilan jarrohlik davolash protokollarini takomillashtirish masalalari o'z dolzarbligini yo'qotmaydi va fanlararo yondashuvni talab qiladi. Ishda tug'ma tanglay yorig'ini (CPP) yo'q qilish uchun jarrohlik paytida hosil bo'lgan lateral tanglay nuqsonlari yuzasini qoplash uchun turli xil materiallarning yuqori jag' parametrlariga ta'siri qiyosiy tahlil qilindi. Uranoplastikadan 6 oy o'tgach, yuqori jag'ning gips modellarini raqamli qayta ishlash jarayonida Ernst-Langebek kesmalari sohasidagi tanglayning lateral joylarini bukkal yog 'yostig'i (BF) bilan qoplashning ijobiy ta'siri aniqlandi.

Kalit so'zlar: tug'ma tanglay yorig'i, uranoplastika, yodoform, PRF, kollagen shimgich, yonoq yog'li yostig'i, gipsli modellar.

Актуальность

Больные с врождённой расщелиной губы и нёба (ВРГН) подвергаются реконструктивным операциям уже на первом этапе своей жизни, среди которых наиболее распространенным вмешательством являются хейло- и уранопластика. В настоящее время существует множество хирургических протоколов, используемых для лечения пациентов с ВРГН; однако вопрос «золотого стандарта» касательно хирургической техники и сроков её выполнения все еще остаётся открытым. Несмотря на это к каждому методу пластики ставятся аналогичные требования, такие как гарантия наилучших функциональных (речь, глотание, дыхание и др.) и эстетических результатов с минимальным ущербом для роста костей челюстно-лицевой области [1, 3, 4].

Пластика нёба может по-разному влиять на развитие фронтального отдела верхней челюсти, в зависимости от параметров и типа расщелины; исследованиями доказано, что степень тяжести расщелины прямо пропорциональна степени отставания роста данного участка. Устранение расщелины приводит к замедлению роста верхней челюсти в трансверзальном направлении. Также ограничивающим фактором может быть ранее выполненная хейлопластика [2, 5, 6, 8]. Согласно Russell-Perry и соавт. ограничение роста верхней челюсти связано с образованием рубца в области расслабляющего разреза в боковых участках нёба, а не только с площадью обнаженной при этом кости твёрдого неба [12, 14]. Следует отметить, что в случаях крупных расщелин одного первичного закрытия часто бывает недостаточно, учитывая повышенное напряжение в области дефекта и недостаточный охват местных тканей особенно в боковых отделах нёба по линиям разрезов Эрнста-Лангенбека, что требует применения различных материалов или трансплантатов для закрытия образовавшихся латеральных дефектов с целью уменьшения напряжения в тканях в области хирургического вмешательства [7, 9, 10].

Таким образом, изучение влияния материалов, применяемых для закрытия поверхности латеральных дефектов, на характер роста и развития кости верхней челюсти является актуальной задачей и проведение клинических исследований в данном направлении способствует повышению эффективности комплексной реабилитации пациентов с ВРГН [11, 13].

Цель. Провести сравнительный анализ параметров верхней челюсти после уранопластики в зависимости от материала покрытия поверхности латеральных дефектов нёба.

Материал и методы

В исследование было включено 103 детей (64 (62,1%) мальчиков и 39 (37,9%) девочек) в возрасте от года до 7 лет с врождённой расщелиной губы и нёба (ВРГН), состоящих на диспансерном учете в научно-практическом центре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института. У 32 (31,1%) была односторонняя сквозная ВРГН, у 36 (34,9%) – двусторонняя сквозная расщелина верхней губы и неба, у 35 (34%) – изолированная расщелина неба. У 37 (35,9%) больных была проведена уранопластика по методу Фроловой Л.Е., 35 (34%) – по методу Азимова М.И. и 31 (30,1%) – по Bardach J.

В зависимости от способа покрытия (материала) раневой поверхности в области латеральных дефектов каждая группа исследуемых была разделена на группы методом случайного распределения: I группа – йодоформная турунда (n=25), II группа – PRF (получали центрифугированием 30 мл венозной крови в сухих стеклянных вакуумных пробирках при 3000

об/мин в течение 10 мин) (n=27), III группа – коллагеновая губка («Белкозин», Россия) (n=25), IV группа – щёчная жировая подушка (n=26).

Для изучения динамики роста и развития верхней челюсти после уранопластики было отобрано 24 ребёнка одной возрастной группы (возраст 1,5-2 года на момент хирургического вмешательства) с одно- и двусторонней ВРГН и изолированной ВРН. Также были изучены параметры у 10 здоровых детей с целью сравнительного анализа данных. Анализ осуществлялся как с учётом метода уранопластики, так и материала покрытия поверхности латеральных дефектов. Ранее ортодонтическое лечение, которое так же влияет на процессы роста и развития верхней челюсти, было учтено в обязательном порядке при обработке антропометрических показателей.

Через 6 месяцев после уранопластики была проведена визуальная оценка формы нёба, зубной дуги, а также по полученным слепкам были отлиты гипсовые модели, которые далее были отсканированы с помощью сканера Helios 500 (Eighteeth, Джиангсу, Китай) и полученные цифровые модели были обработаны с помощью программного обеспечения.

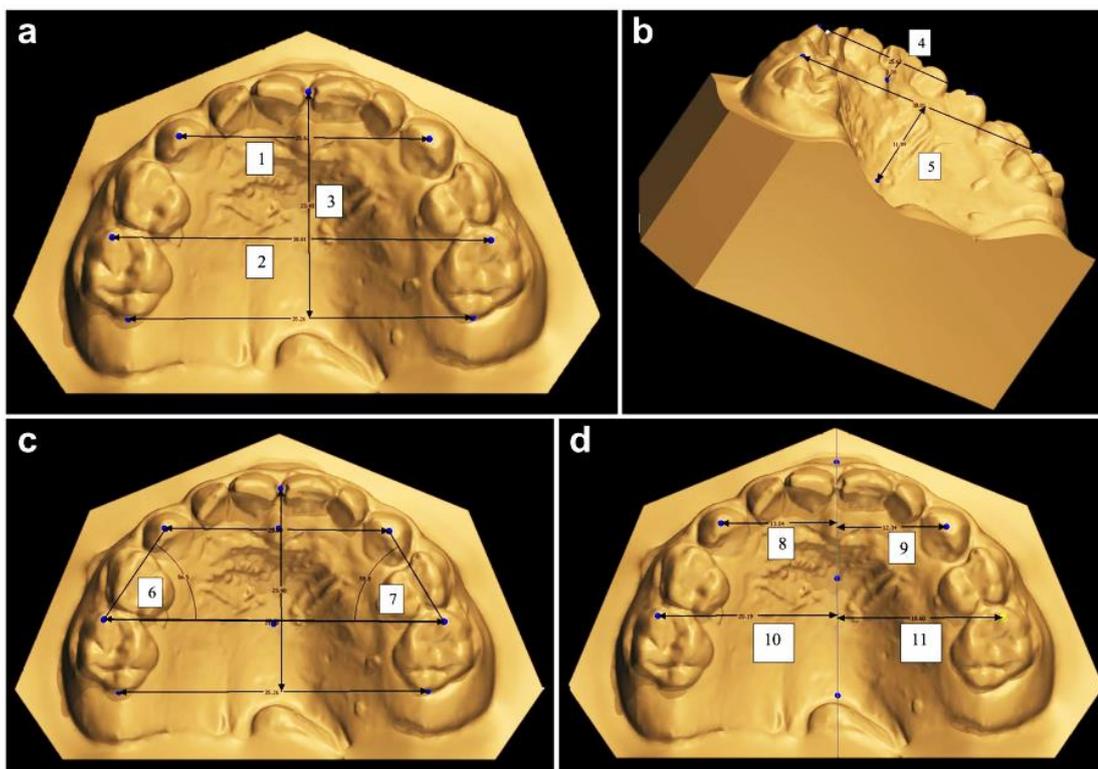


Рис. 1. Изучаемые параметры на моделях верхней челюсти после уранопластики (Molyneaux C., 2022)

Были изучены следующие параметры по Molyneaux C. (2022) после уранопластики (Рис. 1) для сравнительной оценки результатов с нормальными показателями: 1 – расстояние между клыками – Inter-canine width (ICW) – расстояние между вершинами мезиобуккальных бугров клыков; 2 – расстояние между молярами – Intermolar width (IMW) – расстояние между вершинами мезиобуккальных бугорков второго моляра; 3 – длина дуги – Arch length (AL) – срединная линия от точки между резцами до заднего края верхней челюсти; 4 – глубина переднего отдела неба – Anterior palatal depth (APD); 5 – глубина заднего отдела неба – Posterior palatal depth (PPD). Анализ симметрии зубной дуги: 6 – правый боковой угол – Right side angle (RSA); 7 – левый боковой угол – Left side angle (LSA); 8 – расстояние от правого клыка до средней линии – Right canine distance to midline (rCDM); 9 – расстояние от левого клыка до средней линии – Left canine distance to midline (ICDM); 10 – расстояние от правого моляра до средней линии – Right molar distance to midline (rMDM); 11 – расстояние от левого моляра до средней линии – Left molar distance to midline (IMDM) [10].

Анализ данных проводился с использованием SPSS Statistics для Windows (IBM, Армонк, Нью-Йорк). Стратификация проводилась на основе частоты послеоперационных осложнений с использованием критерия Хи-квадрат, и p менее 0,05 считалось статистически значимым.

Результат и обсуждение

При визуальной оценке снимков верхней челюсти у большинства исследуемых I группы было обнаружено сужение переднего отдела твёрдого нёба, уменьшение высоты свода нёба и сокращение расстояния между молочными клыками, форма нёба была ближе к конической (Рис. 2).



Рис. 1. Визуальная оценка роста и развития верхней челюсти через 6 месяцев после уранопластики

Вышеперечисленные визуальные признаки также отразились на изученных параметрах при цифровой обработке гипсовых моделей – наблюдалось значительное расхождение от значений контрольной группы (Таблица 1).

Показатели детей, которые получили раннее ортодонтическое лечение преформирующей пластинкой до хирургического вмешательства были наиболее близки к норме. У исследуемых с односторонней ВРГН/ВРН, не получившим раннее ортодонтическое лечение, наблюдалось сохранение первичной деформации альвеолярного отростка верхней челюсти: латеральное смещение большого фрагмента верхней челюсти и мезиальное смещение малого фрагмента.

Таблица 1. Параметры верхней челюсти через 6 месяцев после уранопластики – анализ в зависимости от материала покрытия латеральных дефектов, (M ± m)

Параметры	Группы				Контроль
	I	II	III	IV	
ICW, мм	26,9 ± 0,32	27,2 ± 0,26	28,0 ± 0,14	28,5 ± 0,28	29,0 ± 0,36
IMW, мм	40,0 ± 0,19	41,7 ± 0,22	41,0 ± 0,18	42,7 ± 0,52	43,2 ± 0,69
AL, мм	23,4 ± 1,08	24,1 ± 0,84	24,8 ± 0,58	26,2 ± 0,82	26,8 ± 0,58
APD, мм	3,77 ± 0,78	4,71 ± 0,74	4,12 ± 0,82	4,45 ± 1,04	4,58 ± 1,82
PPD, мм	10,7 ± 1,18	11,1 ± 1,14	11,0 ± 0,88	12,8 ± 0,92	13,2 ± 1,24
rSA, °	48,2 ± 0,25	51,8 ± 0,42	52,2 ± 0,22	60,8 ± 0,56	62,1 ± 0,34
ISA, °	50,6 ± 1,06	52,1 ± 1,31	56,7 ± 0,85	58,2 ± 0,72	59,6 ± 1,22
rCDM, мм	13,2 ± 0,15	13,8 ± 0,15	14,2 ± 0,12	14,2 ± 0,25	14,9 ± 0,25
ICDM, мм	12,5 ± 0,08	12,7 ± 0,14	13,2 ± 0,07	14,8 ± 0,18	15,1 ± 0,18
rMDM, мм	20,2 ± 0,42	20,9 ± 0,17	21,2 ± 0,24	21,4 ± 0,14	21,6 ± 0,37
IMDM, мм	20,6 ± 0,22	20,7 ± 0,14	20,8 ± 0,18	21,7 ± 0,35	22,1 ± 0,34

Анализ параметров верхней челюсти выявил отставание роста в сагиттальном и трансверзальном направлении в I группе (йодоформ). Длина дуги (срединная линия от точки между резцами до заднего края верхней челюсти) в данной группе в среднем была меньше от

нормы на 12,7%, во II группе (PRF) – на 10,8%, в III группе (коллагеновая губка) – на 7,5%. В среднем показатели ширины челюсти отличались от нормы в переднем отделе на 7,2%, в дистальном – на 7,2%. Во II группе (PRF) значения были ниже на 6,2% во фронтальном участке и на 3,5% в дистальном, в III группе (коллагеновая губка) – на 3,4% и 5,1% соответственно. Показатели у большинства исследуемых IV группы (ЩЖП) были наиболее близки к значениям, полученным при обследовании здоровых детей, что говорило о нормальном процессе роста и развития верхней челюсти (Таблица 1).

Таблица 2. Параметры верхней челюсти через 6 месяцев после уранопластики – анализ в зависимости от метода пластики, (М ± m)

Параметры	Методы пластики нёба			Контроль
	по Фроловой Л.Е.	по Bardach J.	по Азимову М.И.	
ICW, мм	26,0 ± 0,82	26,2 ± 0,62	28,5 ± 0,42	29,0 ± 0,36
IMW, мм	39,5 ± 0,22	40,8 ± 0,27	41,5 ± 0,68	43,2 ± 0,69
AL, мм	22,8 ± 0,58	24,5 ± 0,54	25,2 ± 0,24	26,8 ± 0,58
APD, мм	3,54 ± 0,34	4,71 ± 0,74	4,42 ± 1,08	4,58 ± 1,82
PPD, мм	11,2 ± 1,02	11,6 ± 1,02	12,5 ± 0,78	13,2 ± 1,24
rSA, °	45,5 ± 0,52	51,8 ± 0,42	52,2 ± 0,22	62,1 ± 0,34
ISA, °	52,3 ± 1,05	55,2 ± 1,34	58,2 ± 0,88	59,6 ± 1,22
rCDM, мм	13,5 ± 0,21	13,8 ± 0,15	14,7 ± 0,12	14,9 ± 0,25
ICDM, мм	13,9 ± 0,12	14,2 ± 0,18	14,9 ± 0,22	15,1 ± 0,18
rMDM, мм	19,8 ± 0,14	20,5 ± 0,21	21,4 ± 0,24	21,6 ± 0,37
IMDM, мм	19,5 ± 0,12	20,7 ± 0,14	21,9 ± 0,28	22,1 ± 0,34

После пластики твердого неба по методу Фроловой Л.Е. и Bardach J. отмечалось отставание в росте на стороне расщелины на уровне всех зубов. У детей с ОВРГН на стороне расщелины длина верхней челюсти достигла по методу Фроловой Л.Е. до $22,5 \pm 0,49$ мм, по методу Азимова М.И. – $28,5 \pm 0,42$ мм, и по методу Bardach J. – $24,5 \pm 0,54$ мм. Но тем менее малый фрагмент был короче большого. После уранопластики у детей с изолированной ВРН фрагменты по длине на обеих сторонах аналогично увеличиваются, в отличие от исходных параметров после пластики переднего отдела твердого неба (Таблица 2).

Поперечные размеры верхней челюсти у детей с ВРН через 6 месяцев после уранопластики в зависимости способа пластики неба были получены следующие результаты: после пластики по способу Фроловой Л.Е. сужение на уровне III|III зубов у детей с ОВРГН составило $30,6 \pm 1,0$ мм и у детей с изолированной ВРН – $30,5 \pm 1,0$ мм; на уровне IV|IV зубов с ОВРГН – $38,0 \pm 0,7$ мм, при изолированной ВРН – $37,5 \pm 0,7$ мм; на уровне V|V зубов у детей с ОВРГН ширина достигла $36,1 \pm 1,0$ мм и у детей с изолированной ВРН – $37,1 \pm 0,9$ мм ($p < 0,05$).

После уранопластики по методу Bardach J. размер по транзверзали на уровне V|V зубов при сквозной расщелине был равен $37,1 \pm 1,0$ мм, а при изолированной ВРН – $37,2 \pm 0,9$ мм ($p < 0,05$).

После уранопластики по методу Азимова М.И. поперечные размеры верхней челюсти на уровне всех зубов по изометрической линии существенно не отличались от нормальных показателей и на уровне вторых молочных моляров достигли при сквозной расщелине $35,9 \pm 1,0$ мм, а при изолированной расщелине – $36,5 \pm 1,0$ мм ($p < 0,05$). Следует отметить, что у больных, латеральные дефекты которых были покрыты ЩЖП, были отмечены нормальные показатели темпов роста и развития верхней челюсти.

Наиболее сильное расхождение антропометрических показателей от нормальных значений наблюдалось у детей, которым была выполнена уранопластика по методу Фроловой Л.Е. и латеральные дефекты при этом были покрыты йодоформным бинтом. При анализе данных явно прослеживалась связь отставания роста верхней челюсти в трансверзальном направлении с грубым рубцеванием и натяжением краёв операционной раны в участках дефектов боковых отделов нёба.

Выводы

Таким образом, было определено наиболее положительное влияние применения ЩЖП для покрытия поверхности латеральных дефектов нёба на рост и развитие верхней челюсти, как в сагиттальном, так и в трансверзальном направлениях по сравнению с другими материалами (йодоформный бинт, PRF, коллагеновая губка). Высокая эффективность применения ЩЖП обусловлено более быстрой эпителизацией и предотвращением натяжения краёв операционной раны, грубого рубцевания, а также воспалительных осложнений. Следовательно, в совокупности с корректно выбранным методом уранопластики применение ЩЖП способствует нормальному росту и развитию верхней челюсти.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шаева Р.Г., Шомуродов К.Э., Бекмуродов Э.Э. Перспективы применения трансплантатов из щёчной области в хирургическом лечении врождённых расщелин нёба. // Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. 2023;2(3):9-15.
2. Шаева Р.Г., Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С. Развитие хирургических методов лечения врожденной расщелины неба. // Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. 2023;2(1):39-45.
3. Шомуродов К.Э. Актуальные этические принципы и клинический подход в детской стоматологии // Гуманитарный трактат. 2018;24:69-72.
4. Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С. Этические принципы и клинический подход в комплексном лечении детей с расщелинами нёба // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. 2021;203-204.
5. Azimov M.I., Shomurodov K.E. A technique for Cleft Palate Repair // Journal of research in health science. 2018;1(2):56-59.
6. Khan I, Cho N, Ahmed M, et al. (August 29, 2021) The Application of Buccal Fat Pad to Cover Lateral Palatal Defect Causes Early Mucolization. Cureus 2021;13(8): e17532.
7. Ku YC, Al-Malak M, Mulvihill L, et al. Tissue adjuncts in primary cleft palate reconstruction: A systematic review. // J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2023;86:300-314.
8. Ladani PS, Sailer HF. Application of buccal fat pad for lining of lateral defect in cleft palate repair and review of literature. // J Cleft Lip Palate Craniofac Anomal 2016;3:63-6.
9. Marucha, P. T., Kiecolt-Glaser, J. K., Favagehi, M. (1998). Mucosal wound healing is impaired by examination stress. // Psychosomatic medicine, 1998; 60(3):362-365.
10. Molyneaux C, Sherriff M, Wren Y, Ireland A, Sandy J (2022) Changes in the transverse dimension of the maxillary arch of 5-year-olds born with UCLP since the introduction of nationwide guidance. // Cleft Palate Craniofac J 59(8):1064-1071.
11. Ra'no G. Shaeva, Kahramon E. Shomurodov, Evaluation of the Operative Method of Filling the Tissue Deficiency in the Palatal Button Defect, // American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2023;13(12):1959-1963.
12. Ruslin M, Hajrah-Yusuf AS, Tajrin A, Lo LJ, Forouzanfar T. Utilization of pedicled buccal fat pads for coverage of the lateral relaxing wound: A review of literature and a case series of 15 patients. // J Clin Exp Dent. 2018;10(5):e502-6.
13. Shaeva R., Shomurodov K. (2024). Mucolization of lateral defects lined with buccal fat pad in cleft palate repair. // Наука и инновация, 2024;2(8):70-71.
14. Tavelli L, Barootchi S, Stefanini M, Zucchelli G, Giannobile WV, Wang H-L. Wound healing dynamics, morbidity, and complications of palatal soft-tissue harvesting. // Periodontol 2000 2023;92:90-119.

Поступила 20.04.2024