



**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 (79) 2025**

## **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. ИЛЪЯСОВ  
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. РУЗИБОЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
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)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
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 (79)**

**2025**

*май*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 06.05.2025, Published: 10.05.2025

УДК 616.317-007.254-053.2-089.844

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ДВУХСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА С УЧЁТОМ СТЕПЕНИ НЕДОРАЗВИТИЯ СРЕДИННОГО ФРАГМЕНТА**

Эронов Ёқуб Қуватович <https://orcid.org/000-0002-4926-1290> e-mail: [eronov.yoqub@bsmi.uz](mailto:eronov.yoqub@bsmi.uz)  
Ражабов Амиржон Ахтамович <https://orcid.org/0000-0002-1081-7087>  
e-mail: [rajabov.amirjon@bsmi.uz](mailto:rajabov.amirjon@bsmi.uz)

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,  
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ **Резюме**

*На клиническом материале проведена сравнительная оценка результатов первичной хейлопластики, определены показания к применению каждого метода с учётом анатомических и эстетических результатов. Установлены клинико-анатомические изменения после различных методов первичной хейлопластики, что позволило обосновать выбор метода операции с учётом степени недоразвития срединного фрагмента.*

*Ключевые слова: оценка, расщелина, хейлопластика, губы, нёбо*

**БОЛАЛАРДА ЎРТА ФРАГМЕНТНИНГ РИВОЖЛАНМАСЛИК ДАРАЖАСИНИ ИНОБАТГА ОЛГАН ХОЛДА ЮҚОРИ ЛАБ ВА ТАНГЛАЙНИНГ ИККИ ТОМОНЛАМА ЁРИҒИНИ БИРЛАМЧИ ХЕЙЛОПЛАСТИКА ҚИЛИШНИНГ ТАҚҚОСЛАМА ТАҲЛИЛИ**

Эронов Ёқуб Қуватович <https://orcid.org/000-0002-4926-1290> e-mail: [eronov.yoqub@bsmi.uz](mailto:eronov.yoqub@bsmi.uz)  
Ражабов Амиржон Ахтамович <https://orcid.org/0000-0002-1081-7087>  
e-mail: [rajabov.amirjon@bsmi.uz](mailto:rajabov.amirjon@bsmi.uz)

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,  
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ **Резюме**

*Клиник материалда бирламчи хейлопластика натижалари қиёсий баҳоланган; анатомик ва эстетик натижаларини ҳисобга олган ҳолда ҳар бир усулнинг қўлланилиши аниқланган. Хейлопластика усулини танлашда, ўтказилган қиёсий таҳлил натижалари асосида бирламчи хейлопластика критериялари ишлаб чиқилган.*

*Калит сўзлар: ёриқлик, хейлопластика, лаблар, танглай*

**THE COMPARATIVE ANALYSIS OF PRIMARY CHEILOPLASTY AT CHILDREN WITH THE BILATERAL CREVICE OF THE UPPER LIP AND THE PALATE TAKING INTO ACCOUNT DEGREE OF THE UNDERDEVELOPMENT OF THE MEDIAN FRAGMENT**

Eronov Yoqub Quvatovich <https://orcid.org/000-0002-4926-1290> E-mail: [eronov.yoqub@bsmi.uz](mailto:eronov.yoqub@bsmi.uz)  
Rajabov Amirjon Axtamovich <https://orcid.org/0000-0002-1081-7087>  
e-mail: [rajabov.amirjon@bsmi.uz](mailto:rajabov.amirjon@bsmi.uz)

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1  
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ **Resume**

*Comparative estimation of the results of primary cheiloplasty has been held on enow lesser clinical material; statements to usage of each method inclusive of anatomic and aesthetic results have been defined. Clinical-anatomic changes have been established after various methods of primary labioplasty which allowed proving the choice of operation method inclusive of the degree and form of rhegma.*

**Keywords:** *assessment, cheiloplasty, cleft, lips, palate*

**Актуальность**

**П**роблема врожденных расщелин верхней губы и нёба остается достаточно актуальной в современной стоматологии. Это обусловлено высокой частотой данных пороков развития, выраженностью анатомических нарушений, неоднозначностью подходов к коррекции, сложностью лечения, постоянно возрастающими требованиями к функциональным и эстетическим результатам хирургического вмешательства - [1,2,5,6, 8, 10].

Оперативное лечение врождённых двухсторонних расщелин занимает особое место по своей актуальности, многообразию оперативных методов и множеству нерешённых вопросов. Среди большого разнообразия способов первичной пластики врожденной расщелины губы и неба в настоящее время нет предпочтения какойто одной методике. Использование новых способов хирургического лечения не всегда оказывается рациональным и не дает возможности в полном объеме провести реабилитацию ребенка с данной патологией - [3,4].

Анализ литературы последних лет показывает, что на сегодняшний день разработаны и применяются более сотни видов хейлопластики. Каждый из этих методов имеет свои положительные и отрицательные стороны, что позволяет хирургам индивидуализировать методику оперативного подхода в каждом конкретном случае – [7,9,11].

Несмотря на ряд исследований по совершенствованию способов первичной хейлопластики, вопросу сравнительного анализа методов устранения врождённых двусторонних расщелин верхней губы и нёба, не уделено достаточно должного внимания. Актуальность поставленной проблемы и недостаточная её освещённость в научной литературе явилось основным мотивом выполнения данной работы.

**Цель исследования** - проведение сравнительного анализа отдалённых результатов первичной хейлопластики по методу Лимберга, Милларда и по методике Обуховой-Теннисон, определить показания к их применению с учётом степени недоразвития мягких тканей срединного фрагмента.

**Материал и методы**

Материалом для нашего исследования явились результаты хирургического лечения детей с врожденной двухсторонней расщелиной верхней губы и нёба. Под наблюдением и лечением в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарской областной больницы и в ЛОР отделении областной детской больницы за период с 2020 по 2024 годы находились 31 больных с врождённой двусторонней расщелиной верхней губы и нёба, в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. Из них мальчиков 19, девочек 12. Из общего числа детей с врожденной расщелиной губы и нёба по методу Лимберга было оперировано 8 детей. С расщелиной губы и нёба по методу Милларда было оперировано 13 детей. Количество больных, которым была проведена хейлопластика методом Обуховой -Теннисон составило 10 детей.

С помощью антропометрического метода был проведён сравнительный анализ результатов первичной хейлопластики по методам Лимберга, Обуховой-Теннисон и Милларда через 1-2 года после вмешательства. Для этого на носу и верхней губе проводили замеры, взяв за основу методы антропометрического исследования Р.Д. Новоселова (1978), Т.В. Шаровой, Л.П. Герасимовой (1991), S. Mahn (1980).

Измерения губы: А/А1- ширина предверия носа, В/В1- расстояние от угла рта до середины колумеллы с обеих сторон, С/С1- высота от нижнего края верхней губы до входа в предверие носа, D/D1- расстояние между выступающими точками линии Купидона, Е/Е1- расстояние между выступающей точкой линии Купидона до нижнего края верхней губы с каждой стороны. Высота губы, Н/Н1- высота кожной части верхней губы, разность параметров С и Е.

Измерения носа: F/F1- длина колумеллы с обеих сторон, G/G1- длина фильтрума с обеих сторон.

Данные результатов антропометрического исследования у оперированных пациентов по трём методикам сравнивали с контрольными средневозрастными показателями у детей.

Полученные цифровые показатели оценивали по 6- бальной шкале: 1-2 балла - неудовлетворительный результат-разница при сравнительной оценке какого-либо параметра между оперированными больными и контрольными здоровыми детьми превышает 4 мм; 3-4 балла - удовлетворительный результат-разница при сравнительной оценке какого-либо параметра между оперированными больными и контрольными здоровыми детьми равен 3-4 мм; 5-6 баллов - хороший результат. Разница при сравнительной оценке составляет 1-2 мм.

Кроме этого результаты хейлопластики оценивали на основании опроса родителей по 5 - бальной шкале.

### Результат и их обсуждение

Фотометрическое исследование показало, что ширина преддверия носа (А) у детей оперированных методом Обуховой - Tennison составила  $1,1 \pm 0,01$  см., в контрольной группе  $0,71 \pm 0,02$  см. Сравнивая полученные результаты, получили разницу в среднем в 3,9 мм. По бальной системе это составило 3-4 балла - удовлетворительный результат. Анализируя полученные данные при первичной хейлопластике по Millard D.R. отмечено: у оперированных детей  $0,64 \pm 0,01$  см., у детей контрольной группы  $0,71 \pm 0,02$  см. Ширина преддверия носа имела разницу в 0,7 мм., 5-6 баллов - хороший результат. Ширина преддверия носа у детей, оперированных методом Лимберга составила  $0,66 \pm 0,02$  см., в контрольной группе  $0,71 \pm 0,02$  см. Сравнивая полученные результаты, получили разницу в среднем в 0,5 мм. По бальной системе это составило 5-6 баллов – хороший результат.

Расстояние от угла рта до середины основания колумеллы с обеих сторон (В). По этому показателю при операции по Обуховой-Tennison разница в контрольных и оперированных группах составила 0,6 мм. 5-6 баллов. Это хороший результат. При хейлопластике методами Милларда и Лимберга отмечались почти одинаковые параметры как в контрольных, так и в оперированных группах. Результат можно расценивать как хороший.

Высота от нижнего края верхней губы до входа в преддверие носа (С). По методу Обуховой-Tennison у оперированных детей этот показатель составил  $2,61 \pm 0,02$  см., у детей контрольной группы -  $2,2 \pm 0,02$  см. Разница между ними составила 4,1 мм. – неудовлетворительный результат, 1-2 балла.

Что касается данного параметра по Millard D.R., то у оперированных детей он составил  $1,9 \pm 0,02$  см., в контрольной группе -  $2,2 \pm 0,02$  см. Разница между ними составила 3 мм, удовлетворительный результат. При методе Лимберга этот показатель у оперированных детей составил  $1,85 \pm 0,02$  см., у здоровых -  $2,2 \pm 0,02$  см. Разница составила 3,5 мм, 5-6 баллов, удовлетворительный результат.

Расстояние между выступающими точками линии Купидона (D). Полученные данные как у оперированных, так и у здоровых детей при всех трёх методиках не выявили отличий. По методу Обуховой-Tennison этот показатель составил  $0,66 \pm 0,01$  см. как в контроле, так и после хейлопластики. При хейлопластике по методу Millard D.R. и Лимбергу это расстояние составило в контроле  $0,66 \pm 0,01$  см., после операции  $0,65 \pm 0,01$  см., разница составила 0,1 мм., 5-6 баллов хороший результат.

Высота красной каймы в выступающих точках (Е). При хейлопластике по Обуховой - Tennison этот показатель у оперированных детей составил  $0,63 \pm 0,02$  см., у контрольных детей -  $0,65 \pm 0,04$  см. Разница составила до 1 мм, 5-6 баллов, хороший результат. При хейлопластике по Millard D.R. это расстояние составило  $1,03 \pm 0,02$  см., в контроле -  $0,65 \pm 0,04$  см. Разница составила 3,8 мм, 3-4 балла-удовлетворительный результат. При методе Лимберга этот показатель у оперированных детей составил  $0,95 \pm 0,03$  см и  $0,65 \pm 0,02$  см. у здоровых детей. Разница составила 0,3 мм, 5-6 баллов - хороший результат.

Высота кожной части верхней губы (Н). По этому показателю при операции по Обуховой-Tennison разница в контрольных и оперированных группах составила 2,6 мм., 3-4 балла. Можно расценить, как удовлетворительный результат. При хейлопластике методом Милларда этот показатель у оперированных детей составил  $0,87 \pm 0,01$  см., в контроле  $1,45 \pm 0,02$  см. Разница 5,8 мм., результат неудовлетворительный. При методе Лимберга это расстояние у оперированных детей

составило  $0,91 \pm 0,02$  см., в контроле  $1,45 \pm 0,02$  см. Разница 5,4 мм. Результат можно расценивать как неудовлетворительный.

Результаты субъективного опроса родителей: после оперативного лечения с использованием метода Милларда: рубец не заметен – у 10 (76,9%) больных, рубец заметен – у 3 (23,1%), красная кайма непрерывна – у 9 (69,2%), красная кайма прерывна – у 4 (30,8%), высота верхней губы восстановлена – у 8 (61,5%), высота верхней губы не восстановлена – у 5 (38,5%), высота верхней губы симметрична с обеих сторон – у 6 (46,1%), высота верхней губы не симметрична с обеих сторон – у 7 (53,9%), уплощения крыла носа нет – у 11 (84,6%), крыло носа уплощено – у 2 (15,4%).

После хирургического лечения по методу Теннисона – Обуховой: рубец не заметен – у 3 (30,0%) больных, рубец заметен – у 7 (70,0%), красная кайма непрерывна – у 8 (80,0%), красная кайма прерывна – у 2 (20,0%), высота верхней губы восстановлена – у 9 (90,0%), высота верхней губы не восстановлена – у 1 (10,0%), высота верхней губы симметрична с обеих сторон – у 6 (60,0%), высота верхней губы не симметрична с обеих сторон – у 4 (40,0%), уплощения крыла носа нет – у 2 (20,0%), крыло носа уплощено – у 8 (80,0%).

После операции по методу Лимберга: рубец не заметен – у 5 (62,5%) больных, рубец заметен – у 3 (37,5%), красная кайма непрерывна – у 5 (62,5%), красная кайма прерывна – у 3 (37,5%), высота верхней губы восстановлена – у 4 (50,0%), высота верхней губы не восстановлена – у 4 (50,0%), высота верхней губы симметрична с обеих сторон – у 3 (37,5%), высота верхней губы не симметрична с обеих сторон – у 5 (62,5%), уплощения крыла носа нет – у 6 (75,0%), крыло носа уплощено – у 2 (25,0%).

### Вывод

Таким образом, применяемые при первичной хейлопластике линейные методы Милларда и Лимберга и методика Обуховой-Теннисон, при правильном выборе показаний к их проведению, позволяют успешно восстановить анатомическую и функциональную целостность зоны дефекта. Для выбора методики двусторонней первичной хейлопластики определяющим фактором является степень недоразвития мягких тканей срединного фрагмента.

При недоразвитии мягких тканей срединного фрагмента на 2/3 его высоты наиболее приемлем метод перемещения треугольного лоскута по Обуховой-Теннисон, который даёт лучшие результаты с учётом восстановления правильного лука Купидона и анатомической целостности верхней губы с нормализацией подвижности круговой мышцы рта.

У детей с врождённой двусторонней расщелиной верхней губы и нёба при недоразвитии мягких тканей срединного фрагмента на 1/3 или 1/2 его высоты, целесообразно применение линейных методов Милларда и Лимберга. При этом наблюдаются менее заметные рубцы и максимально сохраняются ткани верхней губы, что служит залогом успешного выполнения завершающей реконструктивной операции у взрослых пациентов.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Амануллаев Р. А., Курбанходжаев Ш. Н., Шоюсупова М. Т., Акбаров А.А. Влияние врожденной расщелины верхней губы и нёба на общее развитие ребенка. // Вестник Ташкенской медицинской академии. 2013;4:46-48.
2. Азимов, М. И., Муртазаев, С. М., Хасанов, А. И., Вохидов, У. Н., & Иброхимов, А. А. (2013). Влияние оперативной хейлопластики на рост верхней челюсти у детей с врожденной односторонней расщелиной губы и неба. Украинський журнал хірургії 2013;(2):37-40.
3. Булгакова Е. А., Тё И. А., Ахапкин С. М. Комплексная реабилитация пациентов с расщелинами губы и нёба в условиях Кемеровского центра профилактики и лечения детей с врождённой патологией челюстно-лицевой области // Казанский медицинский журнал. 2012;93:6.
4. Курбанов У.А. и др. Первичная хейлопластика и вторичная хейлоринопластика при односторонних расщелинах верхней губы // Вестник Авиценны. 2009;3:18-30.
5. Супиев Т. К., Мамедов А. А., Негаметзянов, Н. Г., Нурмаганов, С. Б., Утепов, Д. К., Катасонова, Е. С., Кожобеков, Е. М. (2014). Опыт комплексного лечения детей с двусторонней расщелиной верхней губы и неба. // Стоматология 2014;93(5):69-74.
6. Шульженко В. И., Митропанова М. Н., Чечула Н. И. Вариант изучения и анализа протоколов реабилитации детей с несращением губы и неба, применяемых в мире // Кубанский научный медицинский вестник. 2011;2.

Поступила 20.04.2025