



**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

**9 (83) 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. 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  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
Э.Б. ХАККУЛОВ  
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 (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**10 (84)**

**2025**

**октябрь**

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com E:  
ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

УДК 616.315-007.254-089.844 + 616-079.7

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ВРОЖДЁННЫХ РАСЩЕЛИН НЁБА

<sup>1</sup>Камалова Мехринисо Киличевна <https://orcid.org/0000-0003-1603-9164>

E-mail: [mexriniso.stomatolog@mail.ru](mailto:mexriniso.stomatolog@mail.ru)

<sup>2</sup>Рахимов Содик Шавкатович <https://orcid.org/0009-0007-2879-1085>

E-mail: [sodik.rakhimov.86@mail.ru](mailto:sodik.rakhimov.86@mail.ru)

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)

<sup>2</sup>Бухарский областной детский многопрофильный медицинский центр, Бухарский университет инновационного образования и медицины, научный соискатель, Узбекистан

### ✓ Резюме

*В этой статье будет рассмотрена применённые нами методы комплексного ведения детей с вторичными деформациями врождённых расщелин нёба в до- и послеоперационные периоды, значения комплексных методов лечения. Приведена клиническая оценка эффективности дооперационной подготовки и послеоперационного ухода детей по критериям ранних результатов комплексного лечения.*

*Ключевые слова: вторичные деформации врождённых расщелин нёба, дети, комплексные методы лечения, магнитно-инфракрасная-лазерная терапия, послеоперационный уход.*

## RESULTS OF COMPLEX THERAPY AND PREVENTION OF CHILDREN WITH SECONDARY DEFORMITIES OF CONGENITAL CLEFT PALATE

<sup>1</sup>Mekhriniso Kilichevna Kamalova <https://orcid.org/0000-0003-1603-9164>

E-mail: [mexriniso.stomatolog@mail.ru](mailto:mexriniso.stomatolog@mail.ru)

<sup>2</sup>Sodik Shavkatovich Rakhimov <https://orcid.org/0009-0007-2879-1085>

E-mail: [sodik.rakhimov.86@mail.ru](mailto:sodik.rakhimov.86@mail.ru)

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)

<sup>2</sup>Bukhara regional children's multidisciplinary medical center, Bukhara University of Innovative education and medicine, scientific applicant, Uzbekistan

### ✓ Resume

*This article will review our methods of comprehensive management of children with secondary deformities of congenital cleft palate in the pre- and postoperative periods, and the importance of comprehensive treatment methods. A clinical assessment of the effectiveness of preoperative preparation and postoperative care of children based on the early results of complex treatment is presented.*

*Keywords: secondary deformities of congenital cleft palate, children, complex treatment methods, magnetic-infrared-laser therapy, postoperative care.*

## ТУҒМА ТАНГАЙ НУҚСОНИ ИККИЛАМЧИ ДЕФОРМАЦИЯСИ БОР БОЛАЛАРНИ МАЖМУАВИЙ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА НАТИЖАЛАРИ

<sup>1</sup>Камалова Мехринисо Қиличевна <https://orcid.org/0000-0003-1603-9164>

E-mail: [mexriniso.stomatolog@mail.ru](mailto:mexriniso.stomatolog@mail.ru)

<sup>2</sup>Рахимов Содик Шавкатович <https://orcid.org/0009-0007-2879-1085>

E-mail: [sodik.rakhimov.86@mail.ru](mailto:sodik.rakhimov.86@mail.ru)

<sup>1</sup>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)

<sup>2</sup>Бухоро вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, Бухоро Инновацион таълим ва тиббиёт университети стоматология кафедраси ассистенти, илмий изланувчи, Ўзбекистон  
E-mail: [sodik.rakhimov.86@mail.ru](mailto:sodik.rakhimov.86@mail.ru)

✓ **Резюме**

*Ушбу мақолада тугма танглай нуқсони иккиламчи деформацияси бўлган болаларни операциядан олдин ва кейинги даврлардаги парваришлашда биз қўллаган усулларимиз, шунингдек комплекс даволашнинг аҳамияти кўриб чиқилади. Клиник натижаларга кўра ушбу болаларни операциядан олдинги ва кейинги парваришлаш усули билан боғлиқ комплекс даволаш самарадорлигини баҳолаш мезонлари келтирилади.*

*Калит сўзлар: тугма танглай нуқсони иккиламчи деформациялари, болалар, мажмуавий даволаш усуллари, магнит-инфрақизил-лазер-терапия, операциядан кейинги парваришлаш.*

**Актуальность**

Врожденные дефекты верхней губы и неба (МКБ-10 Q35.-Q37.) составляют 12-30% всех пороков развития человека и 86-88% аномалий челюстно-лицевой области [1, 7, 10]. В научных публикациях отмечается, что дефекты встречаются в различных формах и в 69% случаев сопровождаются другими тяжелыми анатомо-функциональными нарушениями в организме. К сложным видам врожденных дефектов неба относятся асимметричные дефекты указанных структур [3, 6, 8]. По статистике рождений с врожденными дефектами верхней губы и неба в целом по миру наблюдается от 1:1000 до 5,38:1000, тогда как в Республике Узбекистан этот показатель составляет от 1:745 до 1:510 [2, 4, 5].

В литературе утверждается, что корректное ведение больных с ВРН способствует достижения полной реабилитации в 95 % случаев, но в то время встречаемость рецидивов и неблагоприятных функциональных результатов по-прежнему в 3-60 % случаев является болезненным осложнением [9, 11]. Уделение недостаточного внимания к элементам дооперационной подготовке и к послеоперационному ведению спровоцирует развития контаминации патогенной местной микрофлоры, что в свою очередь может осложняться вялотекущими репаративными процессами и расхождением послеоперационной раны. Это делает необходимым комплексного ведения оперированных больных с врожденными расщелинами неба.

**Цель исследования:** изучить результаты применения комплексных методов лечения по достижению максимального анатомического и функционального восстановления велофарингеального аппарата, предотвращающий возникновение третичных осложнений у детей с вторичными деформациями врожденных расщелин неба.

**Объектом исследования** являются 59 детей 2-14 лет с вторичными деформациями врожденной расщелины неба, получившие стационарное лечение в Детском многопрофильном медицинском центре Бухарской области, которые изучены, разделяя на две группы: основная 31 детей и сравнительная 28 детей.

**Предметом исследования** установлены послеоперационное клиническое состояние детей по ранним результатам комплексного лечения.

**Результаты и обсуждения:** Пациенты групп исследования – 59 детей разделены по полу и возрасту.

**Таблица №1**

**Распределение детей групп обследования (n=59) по полу и возрасту**

Возраст	I группа (n=31)				II группа (n=28)			
	Девочки (n=12)		Мальчики (n=19)		Девочки (n=18)		Мальчики (n=10)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-3 (n=7)	4	12,9	3	9,7	-		-	
3-7 (n=39)	6	19,4	11	35,5	13	46,4	9	32,1
7-12 (n=9)	1	3,2	3	9,7	4	14,3	1	3,6
12-18 (n=4)	1	3,2	2	6,5	1	3,6	-	

Основной контингент составило в возрасте 3-7 лет – 39 детей (66,1%), в основной группе 17 детей (54,8%) и в сравнительной группе 19 детей (67,9%), это говорит о том что вторичные деформации врожденных расщелин неба оперировались в этапе речевого формирования. Пол

не влияло на образовании вторичных деформаций врождённых расщелин нёба, это статистически незначимо ( $\chi^2 = 2,14$ ;  $p > 0,05$ ).

Группы исследования классифицированы Питтсбургской классификацией ороназальных фистул на 7 типов: I тип – фистула области язычка, II тип – изолированная фистула мягкого нёба, III тип – фистула границы мягкого и твёрдого нёба, IV тип – фистула области твёрдого нёба, V тип – фистула области резцового отверстия, VI тип – нёбно-альвеолярная и VII тип – губно-альвеолярная фистула.

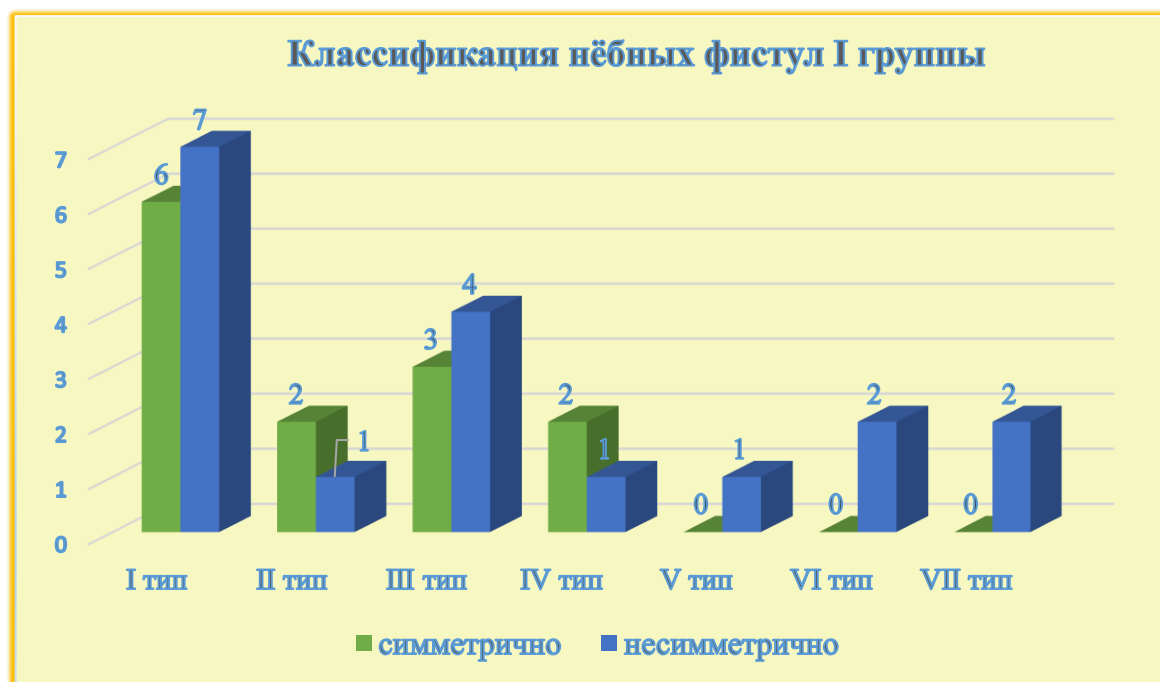


Рис. 1. Классификация ороназальных свищей основной группы.

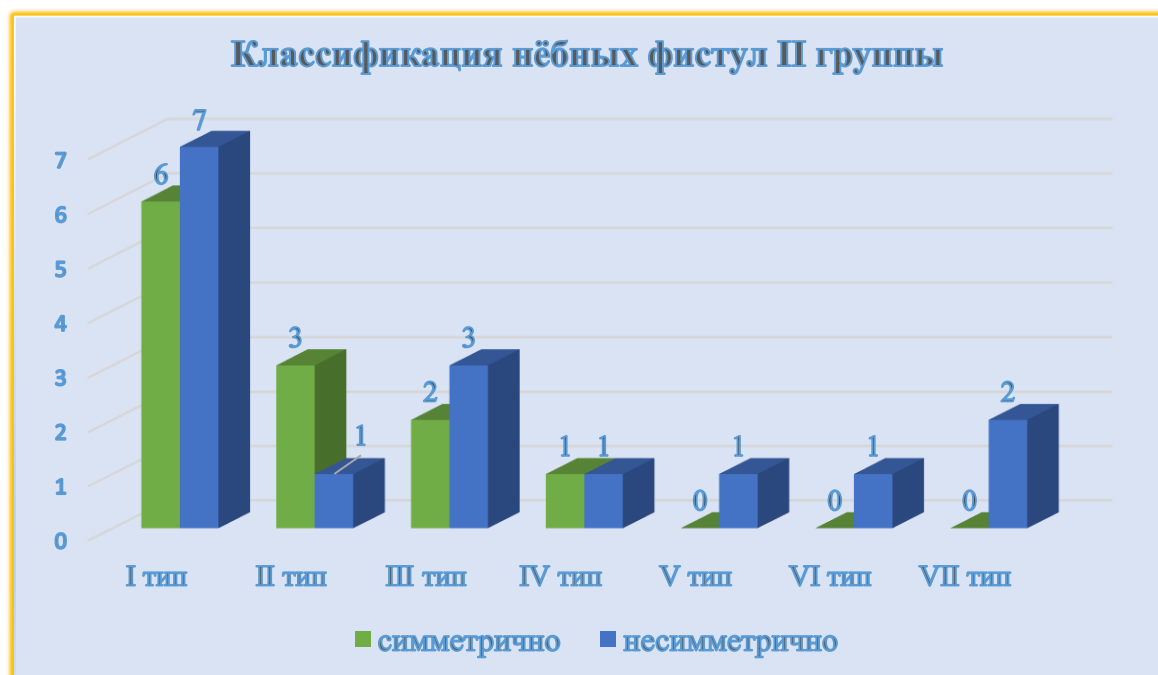


Рис. 2. Классификация ороназальных свищей сравнительной группы.

Из рисунков 1 и 2 видно что I и III типы встречаются довольно часто. У 7 детей в каждой группе I и III типы встречались в комбинациях.

В процессе научного исследования изучена микробиом ротовой и носовой полости детей обеих групп для выбора рациональной антибактериальной терапии. Наряду с антибактериальной терапией в основной группе местно применено 0,05% раствор хлоргексидина биглюконата + магнитно-инфракрасное-лазерное-излучение (МИЛТ), а в сравнительной группе раствор фурацилина 1:10000 + коротковолновое ультрафиолетовое облучение (КУФ). Местный антисептик и физиопроцедуры применились в дооперационном и послеоперационном периоде общим курсом 10 дней.

Микробиологические исследования проводились за 7 дней и за 1 дня до операции.

**Таблица №2**

**Анализ динамики изменения микрофлоры ротовой полости в течении лечения**

Виды микроорганизмов	7 дней до операции				1 дня до операции			
	I гр (n= 31)		II гр (n=28)		I гр (n= 31)		II гр (n=28)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Staphylococcus aureus	18	58,1	15	53,6	4	12,9	8	28,6
Neisseria spp.	7	22,6	6	21,4		0,0	5	17,9
Streptococcus pyogenes	9	29,0	10	35,7		0,0	3	10,7
Streptococcus pneumoniae	11	35,5	9	32,1	2	6,5	5	17,9
Escherichia coli	3	9,7	5	17,9		0,0	2	7,1
Enterobacter cloacae	3	9,7	3	10,7		0,0	1	3,6

**Таблица №3**

**Анализ динамики изменения микрофлоры полости носа в течении лечения**

Виды микроорганизмов	7 дней до операции				1 дня до операции			
	I гр (n= 31)		II гр (n=28)		I гр (n= 31)		II гр (n=28)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Staphylococcus aureus	18	58,1	15	53,6		0,0	9	32,1
Neisseria spp.	3	9,7	4	14,3		0,0	4	14,3
Streptococcus pyogenes	7	22,6	5	17,9		0,0	4	14,3
Streptococcus pneumoniae	5	16,1	5	17,9		0,0	5	17,9

Как видно по данным микробиологического исследования, приведенным в таблицах 2 и 3, у пациентов I группы до лечения в полостях рта и носа наибольший процент приходится на Staphylococcus aureus, который после местного применения 0,05 % раствора хлоргексидина

биглюконата + МИЛ терапии в слизистой оболочке полости носа уже не высевается, а в полости рта его значения снизились с 18 (58,1 %) до 4 (12,9%) ( $p<0,01$ ). Второе место по высеваемости занимает *Streptococcus pneumoniae*, значения которого до лечения в полостях рта и носа равны 11 (35,5%) и 5 (16,1%) соответственно, а после местного лечения в ротовой полости показатели снизились до 2 (6,5%), а в носовой полости данный микроорганизм вовсе отсутствует. На третьем месте по высеваемости стоит *Streptococcus pyogenes*, значения которого до лечения в полостях рта и носа равны 9 (29,0%) и 7 (22,6%) соответственно, а после лечения данный представитель микрофлоры полостей рта и носа не констатирован. Что касается остальных микроорганизмов, до лечения их показатели незначительны, а после лечения в слизистых рта и носа они полностью отсутствуют. Оценка результатов бактериологического анализа продемонстрировала высокую эффективность местного ухода у детей основной группы 0,05 % раствором хлоргексидина биглюконата + МИЛ терапии.

Оценка результатов бактериологического анализа, проведенного у больных 2-й группы, показала, что эффективность местного применения 1:10000 фурациллина + КУФ терапии намного отстает от таковой 1-й группы пациентов. Это подтверждается высеиванием почти всех изученных микроорганизмов в слизистых оболочках полостей рта и носа даже после лечения ( $p<0,01$ ).

Наряду с микробиологическим исследованием изучались индексы РМА и ОНІ-s у детей групп исследования.

**Таблица 4**

**Результаты индекса РМА у больных групп исследования ( $M\pm m$ )**

Показатели	До лечения	После лечения
<b>I группа</b>	28,0 $\pm$ 3,03	7,32 $\pm$ 1,11
<b>II группа</b>	24,4 $\pm$ 3,10	15,4 $\pm$ 2,03

Относительно средних показателей результатов индекса РМА у больных групп исследования, приведенных в таблице 4, видно, что в I группе до лечения он был равен 28,0 $\pm$ 3,03%, а после лечения уже снизился до 7,32 $\pm$ 1,11% ( $p<0,01$ ). Во II группе среднее значение данного индекса до лечения было равно 24,4 $\pm$ 3,10%, а после лечения снизился всего лишь до 15,4 $\pm$ 2,03% ( $p<0,01$ ). Сопоставление средних значений индекса РМА у больных групп исследования, свидетельствует о правильности выбора инновационного подхода к комплексному лечению детей с вторичными деформациями ВРН.

**Таблица 5**

**Результаты ОНІ-s у больных групп исследования ( $M\pm m$ )**

Показатели	За 1 неделю до операции	За 1 день до операции
<b>I группа</b>	2,01 $\pm$ 0,12	0,59 $\pm$ 0,059
<b>II группа</b>	1,96 $\pm$ 0,10	1,03 $\pm$ 0,061

Что касается средних показателей результатов ОНІ-s, приведенных в таблице 5, видно, что в I группе за 1 неделю до операции он был равен 2,01 $\pm$ 0,12, а за 1 день до операции уже снизился до 0,59 $\pm$ 0,059, что свидетельствует о высокой эффективности проводимого комплексного лечения в основной группе детей по ликвидации микробной биоплёнки зубного налёта. Во II группе данный индекс за 1 неделю до операции был приравнен к 1,96 $\pm$ 0,10, а за 1 день до операции – к 1,03 $\pm$ 0,061 ( $p<0,01$ ).

Оценка эффективности местного лечения проводилась по критериям ранних (2-14 дней после операции) результатов, учитывая по следующим послеоперационным клиническим

признакам: купирование боли, уменьшение гиперемии, снижение отёков, покрытие послеоперационной раны фибрином, исчезновение ощущения боли и полная эпителизация послеоперационной раны (табл. 6).

**Таблица 6**

**Оценка непосредственных клинических результатов комплексного лечения детей групп исследования по критериям эффективности лечения, связанных методами до- и послеоперационного местного лечения**

Клинические признаки	Результаты лечения ( $M \pm m$ ) дни	
	1 - группа	2 - группа
Купирование боли	2,84 $\pm$ 0,12	3,71 $\pm$ 0,22
Уменьшение гиперемии	2,97 $\pm$ 0,13	4,07 $\pm$ 0,21
Снижение отёков	4,68 $\pm$ 0,19	5,79 $\pm$ 0,25
Покрытие раны фибрином	4,52 $\pm$ 0,16	5,86 $\pm$ 0,32
Ощущения боли нет	5,84 $\pm$ 0,19	7,43 $\pm$ 0,31
Полная эпителизация раны	9,03 $\pm$ 0,17	11,1 $\pm$ 0,42

Как видно по показателям, приведенным в таблице 6, у детей основной группы купирование боли происходило в 2,84 $\pm$ 0,12 дней, а у детей сравнительной группы происходило в 3,71 $\pm$ 0,22 дней, разница достоверно значима ( $t=3,29$ ;  $p<0,01$ ). Уменьшение гиперемии в основной группе происходило в 2,97 $\pm$ 0,13 дней, у детей сравнительной группы происходило в 4,07 $\pm$ 0,21 дней; снижение отёков отмечалось в 4,68 $\pm$ 0,19 и 5,79 $\pm$ 0,25 дней соответственно. Покрытие послеоперационной раны фибрином в первой группе в 4,52 $\pm$ 0,16 дней, а во второй группе в 5,86 $\pm$ 0,32 дней подтверждает скорое очищения раны у детей основной группы. Исчезновение ощущения боли в первой группе происходило в 5,84 $\pm$ 0,19 дней, во второй группе в 7,43 $\pm$ 0,31 дней; полная эпителизация раны наступала в 9,03 $\pm$ 0,17 дней и в 11,1 $\pm$ 0,42 дней соответственно ( $p<0,01$ ).

Опережение этих клинических показателей в первой группе по сравнению с таковыми сроками во второй группе исследования свидетельствует о стремительном уменьшении активности воспалительных медиаторов и улучшении микроциркуляции в тканях в результате местного применения 0,05% раствора хлоргексидина биглюконата и МИЛ терапии.

**Таблица 7**

**Оценка непосредственных клинических результатов комплексного лечения 1 – группы детей по критериям эффективности лечения, связанных методами до- и послеоперационного местного лечения**

Клинические признаки	Результаты лечения 1 группы (Abs) Хлорг. + МИЛТ		
	Хороший	Удовле- творительный	Неудовле- творительный
Купирование боли	10	21	0
Уменьшение гиперемии	9	22	0
Снижение отёков	11	20	0
Покрытие раны фибрином	10	21	0
Ощущения боли нет	9	22	0
Полная эпителизация раны	8	23	0

При оценке ранних клинических результатов у детей основной группы по критериям хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный показала, что хорошие результаты отмечались у 32,3 % детей, а удовлетворительные результаты отмечались у 67,7% детей, включенных в основную группу, тогда как неудовлетворительные показатели вовсе не констатированы. (табл. 7)

**Таблица 8**

**Оценка непосредственных клинических результатов комплексного лечения 2 – группы детей по критериям эффективности лечения, связанных методами до- и послеоперационного местного лечения**

Клинические признаки	Результаты лечения 2 группы (Abs) Фурац. + Тубус кварц		
	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный
Купирование боли	4	17	7
Уменьшение гиперемии	2	17	9
Снижение отёков	4	16	8
Покрытие раны фибрином	4	15	9
Ощущения боли нет	3	16	9
Полная эпителизация раны	4	17	7

Как видно из таблицы 8, аналогичная оценка непосредственных клинических результатов контрольной группы, показала, что хорошие результаты отмечались у незначительного количества пациентов по сравнению с таковыми у детей основной группы, удовлетворительные показатели составляли 57,1%, наряду с этим, у 28,6% прооперированных детей, зарегистрированы и неудовлетворительные результаты.

### Выводы

Исследование показало, что применение усовершенствованного способа местной процедуры - магнитно – инфракрасного лазерного излучения и антисептической обработки 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, значительно улучшает микробиологические показатели при лечении детей с вторичными деформациями ВРН. В основной группе пациентов, получавших эту терапию, наблюдалось уменьшение плотности колонизации патогенных микроорганизмов и ускоренное восстановление микрофлоры ротовой и носовой полостей.

Использование магнитно – инфракрасного лазерного излучения способствовало значительному уменьшению отека, гиперемии и болевых ощущений в области послеоперационной раны за счет улучшения кровообращения и лимфатического дренажа. Уже через 3-4 дня в данной зоне наблюдалось уменьшение отека и гиперемии мягких тканей, что ускоряло процесс покрытия фибрином и полной эпителизации послеоперационной раны.

Раствор хлоргексидина показал свою бактерицидную эффективность в отношении атипичной микрофлоры при микробной обсемененности слизистых оболочек полостей рта и носа при наличии ороназальных свищей. В основной группе пациентов наблюдалось улучшение состояния тканей уже на третий-четвертый день лечения. Это способствовало ускоренному образованию фибринового покрова слизистой оболочки, что на один – два дня опережало сроки в группе сравнения.

Комплексная терапия позволяет поддерживать баланс микрофлоры полостей рта и носа, снижая количество патогенных бактерий за счет подавления их роста и способствуя размножению полезных микроорганизмов, что подтверждает эффективность данного подхода к комплексному лечению данной категории больных.

Комбинированное лечение способствовало оптимизации гигиенического состояния полостей рта и носа, выраженное улучшение показателей индексов РМА, ОНІ-s у больных

групп исследования, что в свою очередь приводило к снижению риска инфекционных осложнений и улучшало течение регенеративных процессов.

Пациенты, получавшие комплексное лечение, оставались в стационаре в среднем на 2-3 дня меньше, чем пациенты группы сравнения. Средняя продолжительность пребывания в отделении челюстно-лицевой хирургии для основной группы составила 6-7 дней против 9-10 дней в группе сравнения. Это свидетельствует о более быстром восстановлении и снижении необходимости длительного стационарного лечения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Kamalova M.K., Raximov S.Sh. Secondary deformities of congenital cleft palate in children: comprehensive diagnosis and choice of treatment methods // Journal of Medicine and innovations. – Tashkent, 2024;1(13):256-265.
2. Камалова М.К., Рахимов С.Ш. Вторичные деформации врождённых расщелин нёба у детей: комплексная диагностика и выбор методов лечения // “Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия” Ташкент, 2024;3/1(6):113-119
3. Камалова М.К., Рахимов С.Ш. Применение комплексной диагностики и усовершенствованного метода лечения у детей с вторичными деформациями врождённых расщелин нёба // Международная научно-практическая конференция «Инновационные технологии хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста» - Бухара, 2024; 243-244 стр.
4. Камалова М.К., Рахимов С.Ш. Инновационные методы профилактики и лечения врождённых расщелин верхней губы и нёба у детей // Материалы международной научно-практической конференции “Инновационные решения в челюстно-лицевой хирургии”. - Ташкент, 2023; 54-57 стр.
5. Kamalova M.K., Raximov S.Sh. Congenital cleft lip and palate in children: etiological risk factors, prevention methods // American Journal of Research. - USA, 2023;3-4:155-164.
6. Камалова М.К., Рахимов С.Ш. Врождённая расщелина верхней губы и нёба у детей: этиологические факторы риска, методы профилактики // Journal of Advanced Scientific Research. -Iran, 2023;3(2):12-20.
7. Kamalova M.K., Raximov S.Sh. Analysis of the detection of the frequency and causes of congenital cleft of the upper lip and palate in children // Scientific and international conference on medical education, health science and patient care. - New Delhi, India, 2023; 6-9 стр.
8. Камалова М.К., Рахимов С.Ш. Анализ выявления частоты и причины врождённых расщелин верхней губы и нёба у детей // “Янги Ўзбекистон: Инновация, фан ва таълим” мавзусидаги Республика 51-қўп тармоқли илмий конференцияси. - Тошкент, 2023; 18-20 бет.
9. Камалова М.К., Рахимов С.Ш. Туғма танглай ёриғи бўлган болаларни даволаш самарадорлигининг қиёсий таҳлили // Fan, ta’lim, tibbiyotdagi innovatsion texnologiyalar, davolashning dolzarb muammolari va ularning yechimi” mavzusida Respublika ilmiy – amaliy konferensiya - <https://biti.uz/konferensiya/konferensiya2025/tuplam/1/index.html>, Бухоро, 2025; 371-377 бет.
10. Камалова М.К., Рахимов С.Ш. Туғма танглай нуқсони иккиламчи деформацияси бор болаларда оғиз бўшлиғи микрофлора пейзажи // Ўзбекистон педиатрларининг халқаро иштирокидаги IX съезди «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилишининг замонавий босқичида педиатриянинг долзарб масалалари», [www.pediatric.uz](http://www.pediatric.uz), Тошкент, 2024 йил 4-6 октябрь88 бет.
11. Камалова М.К., Маслак Е.Е. Гигиена полости рта у детей 3-6 лет (по данным анкетирования родителей) // «Dental Forum» научно-практический журнал. – Россия, - 2023;4:31-33.

Поступила 20.09.2025