



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

3 (89) 2026

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
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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. 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
Г.С. ХОДЖИЕВА
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)

3 (89)

2026 *март*

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

Received: 20.02.2026, Accepted: 06.03.2026, Published: 10.03.2026

УДК 616.315-007.254-089-053.2

ОЦЕНКА ТЕМПОВ И ХАРАКТЕРА ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ВРОЖДЁННЫХ РАСЩЕЛИН ГУБЫ И НЁБА

Шаева Рано Гайратовна <https://orcid.org/0009-0009-9315-9160>

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

✓ Резюме

В настоящее время наблюдается рост числа больных с данной патологией как в виде самостоятельной патологии, так и в составе синдромальной патологии. Следует отметить важную социальную значимость патологии, т.к. врожденных расщелин верхней губы и неба существенно влияет не только на физическое, но и умственное развитие детей. По результатам исследования доказано, что общая клиническая эффективность алгоритма применения щёчной жировой подушки для покрытия поверхности краевых дефектов выражается в ускорении эпителизации раны в 2 раза, удлинении нёба до $76,6 \pm 0,6$ мм и формировании нёбно-глоточного кольца шириной $28,6 \pm 0,5$ мм.

Ключевые слова: врожденные расщелины верхней губы и неба, оценка, темп и характер эпителизации, латеральные дефекты.

ТУҒМА ЛАБ ВА ТАНГЛАЙ ЁРИҚЛАРИНИНГ ЁН НУҚСОНЛАРИНИ ЭПИТЕЛЛАШТИРИШ ТЕЗЛИГИ ВА ХУСУСИЯТЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Шаева Раъно Ғайратовна <https://orcid.org/0009-0009-9315-9160>

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

✓ Резюме

Хозирги кунда ушбу патология билан озриган беморлар сони ҳам алоҳида патология сифатида, ҳам синдромал патология таркибида ортиб бормоқда. Патологиянинг муҳим ижтимоий аҳамиятини таъкидлаш лозим, чунки юқори лаб ва танглайнинг туғма ёриқларининг болаларнинг нафақат жисмоний, балки ақлий ривожланишига ҳам сезиларли таъсири мавжуд. Тадқиқот натижаларига кўра, лунж ёғли ёстиқчасини чегарадаги нуқсонлар юзасини қоплашда қўллаш алгоритмининг умумий клиник самарадорлиги қуйидагича намоён бўлади: яра эпителизацияси 2 баравар тезлашади, танглай $76,6 \pm 0,6$ мм гача узаяди ва кенлиги $28,6 \pm 0,5$ мм бўлган танглай-ҳалқум ҳалқаси шаклланади.

Калит сўзлар: юқори лаб ва танглайнинг туғма ёриқлари, эпителизация жараёнининг баҳоланиши, тезлиги ва хусусияти, ҳамда ён томонлардаги нуқсонлар.

EVALUATION OF THE RATE AND NATURE OF EPITHELIALIZATION OF LATERAL DEFECTS IN CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE

Shaeva Rano Gayratovna <https://orcid.org/0009-0009-9315-9160>

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

✓ Resume

Currently, the number of patients with this pathology is increasing both as a separate condition and as part of syndromic disorders. It is necessary to emphasize the important social significance of this pathology, as congenital clefts of the upper lip and palate have a significant impact not only on the physical but also on the mental development of children. Based on the research results, it has been proven that the overall clinical effectiveness of the algorithm for applying the buccal fat pad to cover the surface of marginal defects is expressed in accelerating wound epithelialization by 2 times, lengthening the palate to 76.6 ± 0.6 mm, and forming a palatopharyngeal ring with a width of 28.6 ± 0.5 mm.

Keywords: congenital clefts of the upper lip and palate, assessment, rate and nature of epithelialization, lateral defects.

Актуальность

Согласно данным ВОЗ, доля врожденных расщелин верхней губы и неба (ВРГН) в среднем составляет около 13% среди врожденных пороков развития. По данным специалистов, в среднем рождается один ребенок с расщелиной губы и неба на 600-1000 новорожденных. В настоящее время наблюдается рост числа больных с данной патологией как в виде самостоятельной патологии, так и в составе синдромальной патологии. Следует отметить важную социальную значимость патологии, т.к. ВРГН существенно влияет не только на физическое, но и умственное развитие детей. Поэтому своевременное и корректное устранение дефекта играет ключевое значение в реабилитации больных и предопределяет дальнейшее качество их жизни [1, 2, 3].

Несмотря на существование более 300 методик хирургического лечения ВРН, лечение данной патологии всё ещё среди важных задач детской челюстно-лицевой хирургии. А.А.Мамедов отметил, что «большинство методик хороши в выполнении их авторами, но не показывают хороших результатов при выполнении другими специалистами», что часто отмечается в повседневной клинической практике. Актуальность проблемы состоит не только в тенденции к росту частоты рождения детей с ВРГН и тяжестью порока, но и со сложностью подбора наиболее приемлемого и оптимального способа хирургического лечения.

Применение каждой методики в некоторой степени зависит от хирурга/учреждения, и на сегодняшний день не существует золотого стандарта хирургического вмешательства для определенного типа расщелины. Однако в случаях широких расщелин одного первичного закрытия часто бывает недостаточно, учитывая повышенное напряжение в области дефекта и недостаточный охват местных тканей.

В литературе были представлены некоторые дополнительные методы первичной реконструкции расщелины нёба, включая лоскуты/трансплантаты из щечной жировой подушки (ЩЖП), слизистый/слизисто-мышечный лоскут щеки (СЛЩ/СМЛЩ), и бесклеточный дермальный матрикс (БДМ). Вышеперечисленные методы особенно необходимы в случаях дефицита объёма местных тканей для закрытия дефекта без натяжения, что имеет решающее значение для предотвращения образования ороназального свища (фистулы) и велофарингеальной недостаточности. Многие авторы подтверждают, что данные вспомогательные техники дают возможность дополнительного покрытия тканей в местах натяжения и снижают частоту послеоперационных осложнений. Однако на сегодняшний день имеется мало данных, сравнивающих эффективность различных вспомогательных техник, используемых при первичной пластике расщелин нёба.

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 [4, 5].

Вышеперечисленные аспекты хирургии расщелины обуславливают необходимость разработки новых методов пластики местными тканями и поиска оптимального способа формирования лоскутов с достаточными размерами и хорошим кровоснабжением во избежание некроза, отторжения и рецидива, а также первичного заживления боковых отделов нёба с большим дефицитом объёма тканей. Также актуальным является вопрос получения полноценных трансплантатов из внутриротовых донорских зон.

Цель исследования: изучить оценку темпов и характера эпителизации латеральных дефектов врождённых расщелин губы и нёба.

Материал и методы

Проведен анализ клинических наблюдений 103 детей в возрасте от года до 7 лет с ВРГН и ВРН, состоящих на диспансерном учете в отделении детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института и Бухарского областного многопрофильного детского медицинского центра в 2022-2024 гг. В зависимости от тяжести порока больные были разделены на группы согласно классификации Фроловой Л.Е. (1973).

Перед операцией все больные прошли клиническое обследование (общий клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови на общий белок, ферменты, остаточный азот, мочевины, билирубин, электролиты, а при необходимости рентгенографию грудной клетки, ЭКГ и др.). Кроме этого, детей консультировали педиатр, анестезиолог, ортодонт, при необходимости отоларинголог и невропатолог.

С целью правильного выбора метода анестезии и вида анестетика все исследуемые перед оперативным вмешательством в обязательном порядке были осмотрены и консультированы педиатром и анестезиологом.

Наибольшее число детей – 37 (35,9%) человек – было оперировано по методу Фроловой Л.Е. 35 (34%) детей были прооперированы по методу Азимова М.И. – путём поперечного рассечения мягкого неба с продольным ушиванием раны, составило. Уранопластика по Bardach J. была проведена у 31 (30,1%) ребёнка.

В зависимости от способа покрытия (материала) раневой поверхности в области латеральных дефектов исследуемые были разделены на группы методом случайного распределения:

1-группа – йодоформная турунда (n=25);

2-группа – PRF (n=27);

3-группа – коллагеновая губка («Белкозин», Россия) (n=25);

4-группа – щёчная жировая подушка (n=26) (Таблица 2.2.3.).

Всем больным проведены углубленные исследования: клинико-лабораторные, функциональные, антропометрические, фотометрические. Для оценки звуко- и слово-произношения проведена индексная оценка речи логопедом. Эти же исследования проведены у 20 соматически здоровых детей, не имеющих патологии нёбно-глоточного затвора для сравнительной оценки эффективности проводимых вмешательств.

Статистический анализ проводился на программе OriginPro 8.6 (OriginLab Corporation, США) методом Two-sample t-Test. Значение $p \leq 0,05$ считалось статистически значимым.

Результат и обсуждения

Клиническая оценка обследования области пластики расщелины показала, что наибольшее количество осложнений было отмечено в группе больных, которым для покрытия раневой поверхности в области латеральных дефектов была применена йодоформная турунда (Рис. 1.). Наблюдалось накопление еды, что являлось причиной неприятного запаха изо рта, развития воспалительного процесса (5 (20%)), что в свою очередь препятствовало эпителизации операционной раны и в некоторых случаях требовало дополнительного хирургического вмешательства. У 8 (32%) больных наблюдалось грубое рубцевание. Процесс эпителизации в данной подгруппе длился в среднем $30 \pm 3,5$ дней.

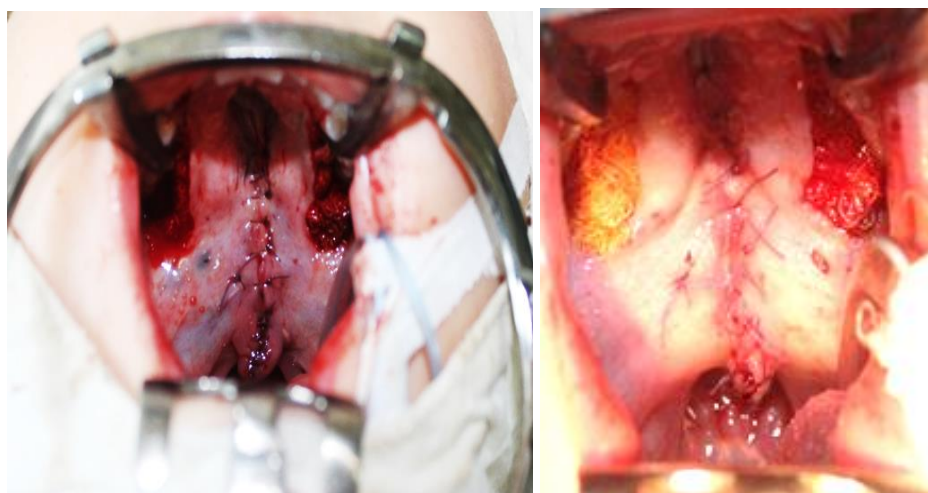


Рис. 1. Клинический пример использования йодоформного бинта при уранопластике

При контрольных осмотрах детей, которым для покрытия поверхности латеральных дефектов был применён PRF (Рис. 2.), было отмечено заживление операционной раны и эпителизация без

осложнений. PRF поддерживался на поверхности с помощью марлевого тампона в течение 5-7 дней после хирургического вмешательства. В течение двух недель после уранопластики у 5 (18,5%) исследуемых была отмечена гиперемия краёв раны, которая купировалась к третьему контрольному осмотру (21й день).



Рис. 2. Клинический пример использования PRF при уранопластике

Следует отметить, что забор достаточного количества венозной крови для PRF во время операции у большинства пациентов представил определенные трудности, связанные с физиологическими особенностями детского возраста. Наблюдалось также несоответствие полученного объёма PRF с параметрами операционной раны в области боковых дефектов. Процесс эпителизации в данной подгруппе длился в среднем $23 \pm 1,3$ дней.

При применении коллагеновой губки у 4 (16%) больных наблюдалось расхождение швов и как следствие выпадение материала с поверхности дефекта (Рис. 3.). Также наблюдалось накопление остатков пищи на поверхности швов и губки, что являлось причиной неприятного запаха изо рта. Представляло трудности получение материала с соответствующими параметрами и моделирование губки для полноценного покрытия области латеральных дефектов. Процесс эпителизации в данной подгруппе длился в среднем $22 \pm 2,2$ дней.



Рис. 3. Клинический пример использования коллагеновой губки при уранопластике

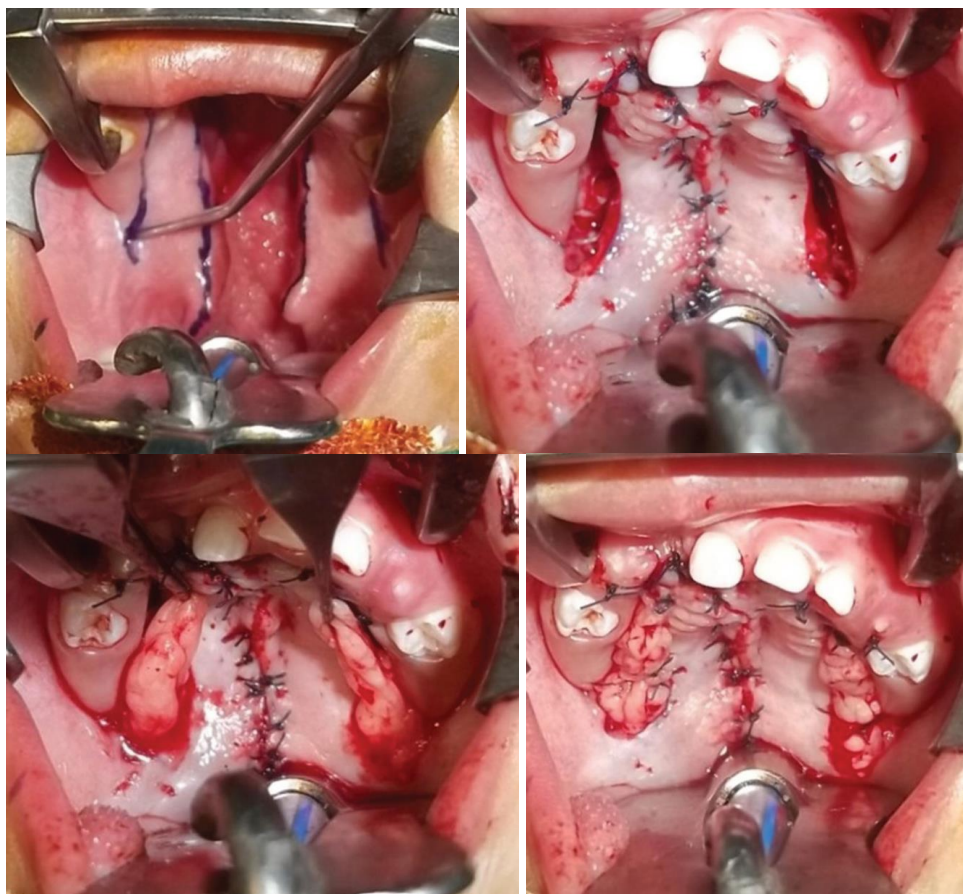
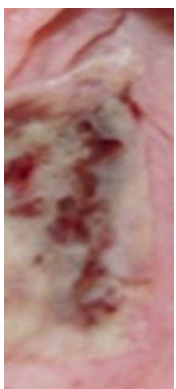


Рис. 4. Клинический пример использования ШЖП при уранопластике

Процесс эпителизации латеральных дефектов под ШЖП (Рис. 4.) проходил без осложнений и в среднем длился $18 \pm 1,5$ дней. При визуальном обследовании отмечалось заживление раны без признаков некроза и грубого рубцевания.

Таблица 1.

Результаты визуального обследования латеральных дефектов на 14-е и 21-е сутки после уранопластики

Сроки наблюдения	йодоформная турунда	PRF	коллагеновая губка	ШЖП
14й день				

21й день				
Срок эпителизации, (M±m) дней	30 ± 3,5	23 ± 1,3	22 ± 2,2	18 ± 1,5

Уже на 7-е сутки у всех исследуемых наблюдалось полноценное формирование грануляционной ткани, а у 38,5% пациентов была отмечена эпителизация половины поверхности латеральных дефектов. На 21-е сутки после вмешательства наблюдалась полная эпителизация всех исследуемых участков данной подгруппы (Таблица 1.).

Было отмечено, что при использовании ЩЖП для закрытия поверхности латеральных дефектов сокращаются сроки заживления раны, формирования грануляционной и соединительной ткани, а также наблюдается ускорение эпителизации в общей сложности в два раза.

Таблица 2.

Анализ скорости эпителизации в зависимости от способа покрытия (материала) раневой поверхности в области латеральных дефектов (результаты H₂O₂-теста)

Сроки наблюдения	Материал	Эпителизация			
		0	1/3	2/3	3/3
7-е сутки	йодоформ	23	2	-	-
	PRF	23	4	-	-
	коллаген	21	4	-	-
	ЩЖП	16	6	4	-
14-е сутки	йодоформ	3	10	10	2
	PRF	-	8	17	2
	коллаген	-	6	16	3
	ЩЖП	-	4	16	6
21-е сутки	йодоформ	-	3	10	12
	PRF	-	1	11	15
	коллаген	-	-	8	17
	ЩЖП	-	-	-	26
28-е сутки	йодоформ	-	1	2	22
	PRF	-	-	2	25
	коллаген	-	-	1	24
	ЩЖП	-	-	-	26

Результаты теста на реакцию с перекисью водорода во всех группах были положительными (образование пузырей) у 100% больных при контрольном обследовании на 7-е сутки после хирургического вмешательства. При сопоставлении площади дефектов, покрытых пузырями, с интраоперационными снимками путём цифрового анализа фотографий было обнаружено, что у 4 (15,4%) больных IV группы (ЩЖП) наблюдалась эпителизация 2/3 поверхности латерального дефекта, а у 6 (23,1%) – 1/3 поверхности (Таблица 2.).

На 14-е сутки после уранопластики положительная реакция H_2O_2 -теста на 100% поверхности бокового дефекта наблюдалась только у 3 (12%) больных I группы (йодоформ), в то время как у остальных исследуемых была обнаружена эпителизация различной степени (Рис. 5.).

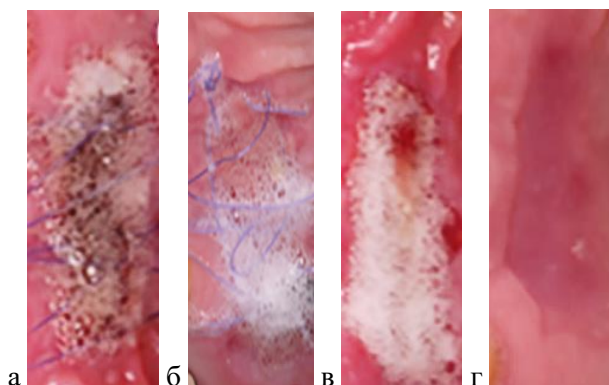


Рис. 5. Клинические примеры результатов H_2O_2 -теста (скорость эпителизации) на 21е сутки после уранопластики:
а – йодоформный бинт (0), б – PRF (2/3), в – коллагеновая губка (1/3),
г – ЖЩП (3/3 или полная эпителизация)

На 21-е сутки у всех больных IV группы (ЩЖП) была отрицательная реакция на H_2O_2 -тест (отсутствие образования пузырей) на всей поверхности латерального дефекта. При этом полная эпителизация наблюдалась только у 12 (48%) исследуемых I группы (йодоформ), у 15 (55,6%) – II группы (PRF) и у 17 (68%) – III группы (коллагеновая губка).

На 28-е сутки наблюдений положительная реакция на H_2O_2 -тест (образование пузырей) была отмечена у 3 (12%) больных I группы (йодоформ), 2 (7,4%) – II группы (PRF) и 1 (4%) ребёнка – III группы (коллагеновая губка), что указывало на неполную эпителизацию поверхности латеральных дефектов.

При изучении динамики изменения pH было обнаружено сохранение кислой среды на поверхности латеральных дефектов, покрытых йодоформной турундой, на протяжении более чем 7 дней, а у некоторых исследуемых вплоть до 14х суток. Данное явление свидетельствовало об активности протеаз (ДНК-аза, кислая фосфатаза, липаза макрофагов, ариламидаза и др.), лейкоцитарной инфильтрации и ферментативном протеолизе, что соответствовало I фазе (фаза воспаления) раневого процесса. Также кислая среда была обусловлена тем, что конечным продуктом гидролиза йодоформа является муравьиная кислота, которая оказывает раздражающее действие на рану, но при этом подавляет бактериальный рост. Сохранение кислой среды говорило о преобладании катаболических процессов с нарушением баланса между разрушением и регенерацией тканей. Следует отметить, что слабая кислая среда сохранялась на поверхности дефектов II, III и IV групп только в течение первых 2-3 дней после хирургического вмешательства.

Далее pH-метрия обнаружила сдвиг среды в щелочную сторону, что говорило об активности щелочной фосфатазы, коллагеназы, цитохром-С-оксидазы, которые отвечают за неоваскуляризацию, пролиферацию фибробластов и образование грануляционной ткани. Смещение значений pH в нейтральную сторону свидетельствовало о течении III фазы раневого процесса и эпителизации поверхности латерального дефекта (Рис. 6.).

При выполнении дополнительных хирургических вмешательств по устранению ВРГН (закрытие ороантрального сообщения, рехейлопластика и др.) под общим или местным обезболиванием проводилось измерение толщины слизистой оболочки, сформировавшейся на месте латеральных дефектов. Толщину десны оценивали с помощью К-файла №10 или иглы для карпульного шприца, снабженного резиновым стоппером.

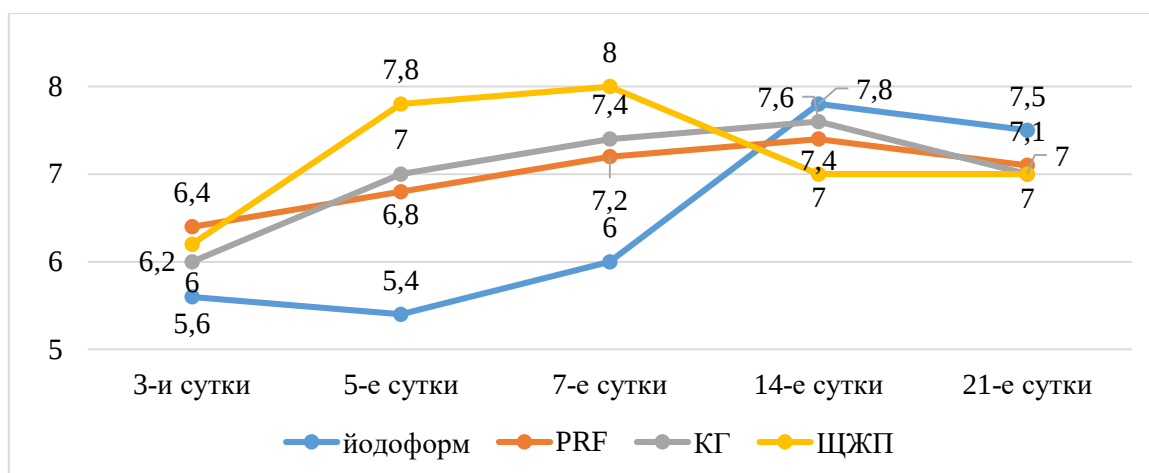


Рис. 6. Динамика изменения рН поверхности латеральных дефектов

Под анестезией К-файл №10 или иглу вводили перпендикулярно в слизистую оболочку твёрдого нёба до кости. Затем стоппер перемещали вниз и фиксировали на десне. Интервал между стоппером и кончиком файла измеряли цифровым штангенциркулем (с чувствительностью 0,01 мм). Полученные данные сопоставляли со значениями, полученными вовремя уранопластики (измерение проводилось с помощью пародонтального зонда CP 15 UNC (Hu-Friedy, Чикаго, США) с точностью 0,5 мм).

Таблица 3.

Динамика изменения толщины слизистой оболочки в области латеральных дефектов, (M±m) мм

Толщина	Материал покрытия				Норма (n=20)
	йодоформ (n=8)	PRF (n=6)	коллагеновая губка (n=6)	ЦЖП (n=6)	
до	2,45 ± 0,27	2,32 ± 0,08	2,35 ± 0,17	2,40 ± 0,08	2,50 ± 0,15
после	2,15 ± 0,82	2,22 ± 0,05	2,18 ± 0,12	2,35 ± 0,05	

Для сравнительного анализа были измерены параметры толщина слизистой оболочки твёрдого нёба в срединной латеральной области у 20 соматически здоровых детей без врождённых патологий, обратившихся в поликлинику хирургической стоматологии или отделение детской челюстно-лицевой хирургии (удаление молочных зубов на верхней челюсти, пластика уздечки и т.д.).

Была изучена толщина слизистой оболочки нёба у 26 детей из исследуемых групп. По методу уранопластики исследуемые распределились следующим образом: по Фроловой Л.А. – 11 детей, по Bardach J. – 9 детей, по Азимову М.И. – 6 больных. Причинами повторного вмешательства были устранение ороантрального сообщения (5), частичное расхождение швов на мягком нёбе (4), удаление зуба на верхней челюсти (8), рехейлопластика (5), френулопластика (4).

Изучение изменения толщины слизистой оболочки нёба на месте латеральных дефектов дало следующие результаты. В I группе (йодоформ) наблюдалось значительное расхождение в показателях до и после вмешательства, что было обусловлено образованием более тонкой слизистой оболочки у 15 (60%) детей и грубым рубцеванием (заживлением) с формированием более толстой слизистой у 10 (40%) детей.

В остальных группах были получены более стабильные результаты – значительного расхождения в показателях не наблюдалось. Следует отметить, что во II (PRF) и III (коллагеновая губка) группах слизистая оболочка на месте латеральных дефектов после эпителизации была тоньше по сравнению с исходными значениями. В IV группе, в которой для покрытия поверхности латеральных дефектов была применена ЦЖП, толщина слизистой оболочки нёба была максимально близка к значениям, полученным в контрольной группе соматически здоровых детей (Таблица 3.).

Заключение

По результатам исследования доказано, что общая клиническая эффективность алгоритма применения щёчной жировой подушки для покрытия поверхности краевых дефектов выражается в ускорении эпителизации раны в 2 раза, удлинении нёба до $76,6 \pm 0,6$ мм и формировании нёбно-глоточного кольца шириной $28,6 \pm 0,5$ мм.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азимов М., Шомуродов К. Новый способ уранопластики у больных с врожденной расщелиной нёба // Stomatologiya. 2017;1/3(68):55-57.
2. Абдурахманов А.З., Постников М.А., Якубова З.Х., Панкратова Н.В. Распространённость врождённой расщелины верхней губы и нёба в некоторых регионах Евразии // Вестник Авиценны. 2021. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranyonnost-vrozhdyonnoy-rasscheliny-verhney-guby-i-nyoba-v-nekotoryh-regionah-evrazii> (дата обращения: 08.02.2026).
3. Пулатова Б.Ж., Ерназар С.Б. Оперативное лечение детей с двусторонней расщелиной верхней губы и нёба // CARJIS. 2024. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/surgical-treatment-of-children-with-bilateral-cleft-lip-and-palate> (дата обращения: 08.02.2026).
4. 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):502–6.
5. Ku Y.C., 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.

Поступила 20.02.2026