

Таблица 4. Распределение пациентов с ГФАО в зависимости от степени НО, абс. (%)

Группа	Без обструкции	Степень НО			Всего
		I	II	III	
1-я	3 (21,4±3,3)	2 (14,3±4,8)	6 (42,7±6,8)	3 (21,4±3,2)	14 (41,2±5,6)
2-я	3 (15±3,6)	3 (15±5,1)	9 (45±6,5)	5 (25±4,3)	20 (58,8±8,3)
Итого	7 (18,2±4,9)	4 (14,8±4,2)	15 (43,8±5,9)	8 (23,2±3,9)	34 (100)

них факторов организма. Функциональная составляющая носовой обструкции может подвергаться медикаментозной коррекции. Эту задачу необходимо решать вместе с отоларингологами.

Из литературы известно, что при переходе человека на дыхание через рот нарушается весь механизм функционирования различных органов и систем. Нарушается дыхательный ритм, отток крови и питание мозга, как следствие происходит ухудшение памяти, мыслительных способностей, нарушение состава крови, функций сердечно-сосудистой системы. Следовательно, нормализация носового дыхания является задачей первостепенной важности.

Таким образом, чтобы воздействовать на структурную составляющую носовой обструкции, требуется оперативное вмешательство. При проведении хирургического лечения (ортогнатической хирургии) с целью снижения вероятности возможных послеоперационных осложнений необходимо учитывать выраженность носовой обструкции. Использование компьютерной риноманометрии у пациентов с ГФАО помогает с большей достоверностью определить наличие и степень носовой обструкции и контролировать ее в динамике процесса лечения.

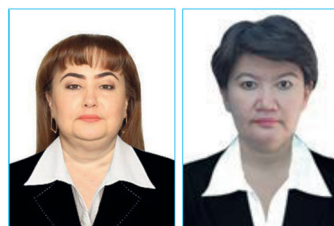
Список литературы

1. Абдукаюмов А.А. Особенности риноманометрии у больных с хроническими риносинуситами // Педиатрия (Узб.) – 2014. – №3-4. – С. 13-14.
2. Евсеева В.В. Морфофизиологические особенности полости носа при искривлении носовой перегородки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 24 с.
3. Козлов В.С., Державина Л.Л., Шиленкова В.В. Возможности акустической ринометрии и передней активной риноманометрии в изучении носового цикла // Рос. ринология. – 2002. – №1. – С. 4-10.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Руководство по ринолгии. – М.: Литтерра, 2011. – 960 с.
5. Решетникова О.В., Евсеева В.В, Решетников С.В. Передняя активная риноманометрия в диагностике хронических ринитов // Рос. ринол. – 2013. – Т. 21, №4. – С. 9-13.
6. Четик Е.А., Топольницкий О.З., Тугарин В.А., Персин Л.С. Морфометрические и функциональные особенности челюстно-лицевой области у пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии в возрасте 18-25 лет // Стоматолог. – 2007. – №1. – С. 21-25.
7. Carlini D. et al. Modified Method of Acoustic Rhinometry // Acta Otolaryngol. – 2002. – Vol. 122. – P. 298-301.
8. Harar P.P.S., Kalan A., Kenyon G.S. Improving the Reproducibility of Acoustic Rhinometry in the Assessment of Nasal Functon // ORL. – 2002. – Vol. 64. – P. 22-25.

9. Reshef A. et al. Chronic rhinitis. Clinical guidelines 2010 // Harefuah. – 2011. – Vol. 150. – P. 275-278.
10. Settupane R.A., Charnock D.R. Epidemiology of rhinitis: allergic and nonallergic // Clin. Allergy Immunol. – 2007. – Vol. 19. – P. 23-34.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2018-1-23>
УДК: 616.315-007.254:615.862+615.014.43

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА



Пулатова Б.Ж., Буранова Д.Д.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Цель: определение показаний к использованию биологически активных точек на различных этапах реабилитации детей с расщелиной верхней губы и нёба с целью профилактики осложнений. **Материал и методы:** применялись I и II варианты тормозного метода. Условно было выделено три способа лечения: с использованием только отдаленных точек: G14, GI10, GI11, V60, использование местных и отдаленных точек; ежедневное воздействие на все биологически активные точки. **Результаты:** использование биологически активных точек с целью уменьшения частоты осложнений и улучшения кровоснабжения на месте локализации процесса позволило снизить до минимума количество лекарственных препаратов, а также частоту их применения. **Выводы:** использование биологически активных точек способствовало более ранней реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба.

Ключевые слова: дети, врожденная расщелина верхней губы и нёба, хирургическое лечение, реабилитация, биологически активные точки.

Хулоса

Хозирги кунда стоматологияда беморларни турли дори воситаларига бўлган алергик холатлар кўпаймоқда.

Излан шлар олиб борилишидан мақсад юқори лаб ва танглай этишмовчилиги билан оғриган болаларни анъанавий медикаментоз терапия фониди биологик фаол нукталарни стимуллаш орқали даволаш усуллари ўрганилди. Натижада ,ушбу усуллар орқали беморларнинг захирадаги ресурслари билан даволаш мумкин. Ушбу усулларни юқори лаб ва танглай этишмовчилиги билан оғриган болалар-реабилитациясининг турли босқичларида ишлатиш мумкин. Юқорида таклиф этилган биологик фаол нукталарни беморларни реабилитация даврида куллаш медикаментоз воситаларни куллашни минимал даражага тушуришга ёрдам берди. Бу эса реабилитация даврида субъектив ва объектив симптомларини бартараф этишга сабаб булади.

Калит сузлари: комплекс даволаш , юқори лаб ва танглай этишмовчилиги, биологик фаол нукталарни, комплекс даволаш, уранопластика, хейлоринопластика.

Annotation

Currently, there is an increase in the number of patients with drug allergies in dentistry .

The article deals with the methods of treatment of children with cleft lip and palate with the use of stimulation of biologically active points on the background of traditional drug therapy. As a result of treatment it is possible to mobilize own reserve resources of an organism of the patient.

This method can be used in various stages of rehabilitation of patients with cleft upper lip and palate.

Key words: complex drug , cleft upper lip and palate biologically active point, the complex medicine uranoplasty, cheilorhinoplasty.

Как показывает многолетняя клиническая практика в настоящее время очень много пациентов с лекарственными аллергиями, которые нуждаются в безмедикаментозном лечении. Для этого необходима мобилизация собственных ресурсов организма с ограничением и минимальным использованием медикаментов, поскольку лекарственная непереносимость является актуальной проблемой современной медицины (Гейкин М.К., Кодола Н.А., 2008; Бургонский В.Г., 2012).

Лечение детей с расщелиной верхней губы и нёба – сложный и этапный процесс, в котором задействованы квалифицированные узкие специалисты, применяются различные медикаментозные средства. Комплексная реабилитация детей с данной патологией включает в себя предоперационную ортодонтическую подготовку, оперативное лечение, ортодонтическое и логопедическое лечение в послеоперационном периоде с применением различных лекарственных препаратов. Последующее консервативное лечение предотвращает развитие вторичных деформаций носа и верхней губы.

В последние годы большое внимание уделяется нефармакологическим методам общего и местного лечения, так как такое лечение позволяет избежать развития аллерги-

ческих реакций, привыкания, а в терапевтических дозах не оказывает токсического воздействия, что расширяет показания к их применению, в то время как противопоказания либо отсутствуют, либо весьма ограничены. Весьма перспективным является стимуляция с применением биологически активных точек. В результате воздействия на биологические активные точки можно мобилизовать собственные ресурсы организма пациента с минимальным использованием медикаментов (Мечерт Е.Л., Самосюк И.З., 2011; Чжу Лянь, 2007; Chen Hanping, 2009).

Цель исследования: определение показаний к использованию биологически активных точек на различных этапах реабилитации детей с расщелиной верхней губы и нёба с целью профилактики осложнений.

Материал и методы

Разработана схема комплексного лечения по следующим этапам:

1 этап – от рождения до проведения хейлоринопластики;

2 этап – хейлоринопластика;

3 этап – уранопластика;

4 этап – окончательная реабилитация с применением биологически активных точек на этапах реабилитации больных с врожденной расщелиной верхней губы и нёба.

Для лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы все шире используют биологически активные точки в сочетании с другими видами лечения и в классическом виде. Применяются I и II варианты тормозного метода. Условно можно выделить три способа лечения: с использованием только отдаленных точек: G14, GI10, GI11, V60, использование местных и отдаленных точек; ежедневное воздействие на все биологически активные точки. В зоне иннервации челюстных нервов воздействуют на местные точки: E5, E6, E7, V1, V2, VB1, VB2, VB14.

Результаты и обсуждение

Наблюдаемые нами больные были разделены на группы в зависимости от тактики хирургического лечения. 1-ю группу составили 40 больных после уранопластики с сужением плоточного кольца по методу Фроловой (1977). Во 2-ю группу включены 38 больных после уранопластики, проведенной по способу В.С. Sommerlad. Оценку непосредственных результатов лечения больных с односторонней и двусторонней расщелиной верхней губы проводили после операции по способу В.С. Sommerlad, модифицированному в нашей клинике.

У 35 (92%) больных результат был оценен как отличный, у 3 (7,8%) – как хороший, поскольку имелись незначительные анатомические нарушения I-II степени.

Для получения достоверных результатов сравнительной оценки различных методов уранопластики мы оценивали данные до начала проведения хирургического лечения. Необходимо отметить, что чем тщательнее выполнялись процедуры в послеоперационном периоде, чем чаще осуществлялся контроль за оперированными больными, тем

лучше был отдаленный результат хирургического лечения. Результаты исследований показали, что после пластики по методу В.С. Sommerlad, в отличие от традиционного метода Фроловой – Махкамова производится сшивание m. levator velopalatine «стык в стык» ретропозиция мышцы, поднимающей мягкое небо, что приводит к улучшению функциональной подвижности мягкого неба, а также происходит более плотное смыкание небно-глоточного кольца. В итоге у детей с врожденной расщелиной неба происходит улучшение функции речи.

Уранопластика проводилась в возрасте от 8 месяцев до 4 лет в зависимости от формы расщелины и соматического состояния ребенка. Нами использована методика щадящей уранопластики, позволяющая одним этапом сформировать анатомически правильное полноценное в функциональном отношении небо при лечении любой формы расщелины. Особенностью использованной методики уранопластики с акцентом на сужение среднего отдела глотки и усиления активности недоразвитых мышц мягкого неба за счет включения мышечных структур боковых отделов глотки является раннее восстановление функции мягкого неба в голосо-речевом образовании.

Морфологические изменения после пластики мягкого неба с сужением глоточного кольца изучены измерением диагностических моделей в динамике возрастного развития у 38 из 78 больных.

Измерение диагностических моделей проводилось спустя 1-1,5 года после пластики. Измерение моделей верхней челюсти по сагиттали детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба после пластики мягкого неба с сужением глоточного кольца показали: мягкое небо подвижное, без излишнего натяжения, грубые рубцы по средней линии отсутствуют. Ребенок находится под контролем врача-ортодонта. Проводится активное наблюдение ортодонтом за состоянием прикуса. Посещения врача происходят не реже одного раза в три месяца.

При наличии послеоперационных деформаций проводились корригирующие операции (5-6 лет), а при наличии функциональных нарушений – в 3-4 года. После проведенного оперативного лечения (хейлоринопластики) оценивали непосредственные и отдаленные результаты. При оценке результатов учитывали форму верхней губы и носа, полноценность преддверия рта, функцию верхней губы.

При наличии остаточных деформаций обращали внимание на анатомические и функциональные нарушения верхней губы, носа, состояние альвеолярного отростка верхней челюсти и положение межчелюстной кости, а также состояние рубца в области верхней губы.

На этапе реабилитации мы использовали биологически активные точки с целью уменьшения частоты осложнений и улучшения кровоснабжения на месте локализации процесса. Мы использовали только отдаленные точки: G14, GI10, GI11, V6. Далее ежедневно воздействовали на все биологически активные точки в зоне иннервации челюстных нервов, воздействуя на местные точки: E5, E6, E7, V1, V2, VB1, VB2, VB14.

С учетом того, что дети с врожденными расщелинами губы и неба нуждаются в постоянной комплексной реабилитации, полученные нами данные свидетельствуют о значительном усовершенствовании этих мероприятий, что в свою очередь, позволит обеспечить раннюю реабилитацию детей.

Выводы

Использование биологически активных точек с целью уменьшения частоты осложнений и улучшения кровоснабжения на месте локализации процесса.

Сочетание медикаментозной терапии с методами воздействия на биологически активные точки позволило снизить до минимума количество назначенных лекарственных препаратов и частоту их применения.

Список литературы

1. Амануллаев Р.А. Врожденная расщелина верхней губы и неба: Учебное пособие по предмету «Детская хирургическая стоматология». – Ташкент, 2014. – 145 с.
2. Амануллаев Р.А., Курбанходжаев Ш.Н., Шоюсупова М.Т., Акбаров А.А. Влияние врожденной расщелины верхней губы и неба на общее развитие ребёнка // Вестн. ТМА. – 2003. – №4. – С. 46-48.
3. Довбыш М.А., Керод Э.С., Трушко М.Б. Роль раннего ортодонтического лечения в комплексном лечении детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Клин. имплантол. и стоматол. – 1998. – №4 (7). – С. 89-91.
4. Ли Б.Н., Буранова Д.Д. Халқ тиббиёти. – Тошкент, 2009. – С. 5-46.
5. Фролова Л.Е. Методика оперативного лечения врожденной расщелины неба // Стоматология. – 1977. – Т. 56, №5. – С. 63-65.
6. Цыплакова М.С. Комплексный подход к лечению расщелины верхней губы и неба // Учен. записки. – 2000. – Т. 7, №2. – С. 80-85.
7. Цыплакова М.С. Хирургическое лечение расщелин неба // Клин. имплантол. и стоматол. – 2001. – №1-2. – С. 88-90.
8. Шайтор В.М., Пономарева Е.А., Шайтор И.Н. Использование новейших медицинских технологий в реабилитации детей с врожденной краниофациальной патологией и последствиями перинатальных поврежденной нервной системы // Клин. имплантол. и стоматол. – 2001. – №1-2. – С. 88-90.
9. Berkowitz S., Mejia M., Bystrik A.A. Comparison of the effects of Latham-Millard procedure with those of a conservative treatment approach for dental occlusion and facial aesthetics in unilateral and bilateral complete cleft lip and palate // Surgery. – 2004. – Vol. 113. – P. 1-18.
10. Functional and esthetic reconstruction // J. Craniofac. Surg. – 2003. – Vol. 14, №4. – P. 584-593.
11. Yew C.C., Alam M.K., Rahman S.A. Copyright. – Elsevier Ireland Ltd., 2016.