

УДК: 616.211-001.5-089

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА



Халматова М.А., Ирискулова Э.У., Хазратов А.И.

**Ташкентский
государственный
стоматологический
институт**

Травмы черепно-лицевой области остаются одной из актуальных проблем хирургии в связи с увеличением числа больных с переломами носа, утяжелением этого вида патологии, ростом множественных и сочетанных повреждений [3,21].

Перелом костей носа – чрезвычайно распространенная травма. Прослеживается ежегодное увеличение травматических повреждений лицевого скелета и носа в среднем на 2%. Более половины пациентов требуют экстренной госпитализации. Основная причина роста такой патологии обусловлена увеличением количества дорожно-транспортных происшествий, бытовых и техногенных травм [22,25,28].

Перелом костей носа занимает одно из ведущих мест среди травм средней зоны лица. При этом сочетание переломов костей носа с травмами других отделов средней зоны лица сопровождается нарушением целостности кожного покрова, отрывом тканей и дефектом костей, приводящим в последующем к обезображиванию лица. Результаты лечения больных в аналогичных ситуациях часто бывают неудовлетворительными, что объясняется отсутствием четких и последовательных рекомендаций по осуществлению лечебных мероприятий [22,25,28].

Восстановление формы наружного носа является особенно важной задачей, т.к. неблагоприятные последствия травмы в косметическом плане в ряде случаев могут привести к психическим расстройствам у пострадавших, есть профессии, для которых важен благоприятный внешний облик работника [24].

Восстановление формы наружного носа – операция ринопластик, как и раньше, часто выполняется врачами челюстно-лицевыми хирургами, стоматологами, что не позволяет в полной мере проводить коррекцию структур полости носа, и в частности перегородки носа [7].

Стойкие посттравматические деформации наружного носа в сочетании со смещением перегородки носа различной формы и выраженности нередко приводят к глубоким функциональным и косметическим нарушениям, прежде

всего дыхательной функции, что негативно сказывается как на физическом состоянии пациента, так и на его психике. Следует отметить, что устранить указанные нарушения не легко, особенно при комбинированных деформациях наружного носа (носовая пирамида), но и перегородка носа. В этих случаях корректирующие операции некоторые ринохирурги предпочитают выполнять в один этап, начиная с коррекции перегородки носа. Пластическое устранение деформации наружного носа имеет своей целью восстановление не только формы наружного носа, но и хирургическое вмешательство на перегородке носа и, при необходимости, на носовых раковинах [23].

С современных позиций оториноларингологии нос рассматривается как парный орган, что подразумевает наличие определенных механизмов координации его как единого целого. Деформации перегородки носа, нарушая эти механизмы, приводят к изменению основных функций полости носа, что создает условия для формирования хронического ринита. В последние годы операции на перегородке носа получают все большее распространение в практике оториноларинголога. Устранение дефектов и деформаций спинки носа – одно из распространенных вмешательств в ринопластике. Поэтому вполне закономерно стремление хирургов изыскать наиболее доступные и наименее травматические методы корректирующих операций для получения наилучших функционально-косметических результатов [13,26,27].

Методика лечения переломов костей носа не претерпела существенных изменений с момента своего первого описания. Еще в Древнем Египте применяли репозицию костей носа пальцами, использовали внутриносовые стабилизирующие сплинты, твердую наружную повязку. Тем не менее, определение сроков и тактики хирургического лечения больных с травмами носа по-прежнему вызывают споры у специалистов [20,25,28].

В США около 85% ринопластик выполняют оториноларингологи, которые одновременно проводят внутриносовые операции для восстановления дыхательной функции и восстановления формы носа. Анализ показал, что наиболее приемлемыми материалами при пластике полных дефектов носа являются трансплантаты из реберных или аутохрящевой, разработаны также приемы, улучшающие фиксацию трансплантатов при пластике дефектов спинки носа [6,9,10,25,27].

В 1935 г. профессор Н.М. Михельсон впервые в России в качестве пластического материала применил хрящ, разработал методику взятия хрящевой ткани, способы ее хранения и пересадки, а также изучил результаты морфологических исследований. Для получения более устойчивого результата при дефектах спинки носа Т. Ресс (1980) предлагал верхний конец вкладыша из реберного хряща вводить поднадкостнично. Однако его опыт показал, что травмы и воспалительные процессы разрушают надкостницу в этой области, поэтому при введении вкладыша под надкостницу туннель необходимо формировать несколько выше [1,5,8].

Несмотря на значительный прогресс в развитии челюстно-лицевой хирургии, вопросы диагностики, планирования и лечения больных с врожденными и приобретенными деформациями лицевого скелета не утратили своей актуаль-

ности. Важность проблемы, прежде всего, определяется большой частотой этой патологии. Многообразие клинических проявлений деформаций лица и факторов, влияющих на их возникновение, продолжительность и трудности лечения, неустойчивость результатов диктуют необходимость изучения патогенеза таких деформаций и совершенствования способов лечения. Хотя данная проблема относится к разделу реконструктивной хирургии, так как операции проводятся на измененных тканях, результаты лечения оцениваются в основном по эстетическим критериям [4,5,10,15].

Решающую роль в получении эстетического результата при пластике спинки носа играет контурная пластика. Мировая статистика показывает, что от 5 до 7% пациентов нуждаются в ревизионной ринопластике. Совершенствование технологий ринопластических операций и разработка новых инструментов для их выполнения позволяют значительно улучшить косметические результаты хирургического лечения. Однако комплексные исследования морфофункциональных изменений, происходящих в слизистой оболочке при деформациях перегородки носа, до настоящего времени не проводились. Таким образом, хирургическая коррекция при деформациях наружного носа, сочетанных с искривлением перегородки носа, являются наиболее эффективным методом хирургической реабилитации больных с данной патологией, так как избавляет их от повторных оперативных вмешательств [8,13,20].

Для ринопластики, целью которой зачастую является эстетическое восстановление формы носа, всегда встает вопрос об источнике материала, который можно было бы использовать для подсадки. Для этого, как уже было отмечено выше, давно применяют аутооткани: кость, хрящ, жировую клетчатку, сложные кожно-жировые консервированные трансплантаты аллогенного или ксеногенного происхождения. В настоящее время из перечисленных материалов применяются только некоторые: аутокость из большеберцовой или подвздошной кости; хрящ, взятый из ребра или ушной раковины, аллохрящ из ребра, а также имплантаты из силикона, силастика или титана. Ни один из указанных материалов нельзя назвать идеальным. Каждый из них имеет свои достоинства и недостатки [2,12].

Несомненно, наилучшим пластическим материалом является собственная ткань человека, но во многих случаях использование ее связано с необходимостью проведения дополнительной операции. При этом больному наносится дополнительная травма, что в некоторых случаях оказывается тяжелее, чем основная операция. Для устранения дефектов и деформаций лица аутооткани в последнее время стали чаще применять способы микрохирургии, которые требуют дополнительной специализированной аппаратуры [11,19].

Среди трансплантируемых аутоотканей наибольшее распространение получила хрящевая ткань [29], ценность которой в трансплантологии определяется, главным образом, ее индифферентностью в иммунологическом отношении. Кроме того, хрящ легко обрабатывается ножом для придания необходимой формы, эластичен, устойчив к инфекции и, благодаря содержанию тканевых соков, хорошо переносит нарушения кровоснабжения, так как питается путем

осмоса из окружающих тканей [26]. Теоретической основой данного метода является вопрос об инкапсуляции или «вживлении» инородных тел [16,18].

Для ринопластики с успехом применяются реберные трансплантаты. Благодаря тонкой структуре ребра легко васкуляризируются, довольно легко моделируются – они могут быть расщеплены, выпрямлены, согнуты и наложены с целью устранения деформации носа. Недостатком являются неровности поверхности реберных трансплантатов, заметные даже спустя 4-8 месяцев после операции. На исход операций могут оказать влияние непредсказуемые процессы резорбции [14,17].

Данные литературы показывают, что ни один из вышеуказанных пластических материалов нельзя назвать идеальным. Каждый из них имеет свои достоинства и недостатки. Использование, например, аутооттрансплантатов кости или хряща требует дополнительной, иногда большей операции, кроме того, кость склонна к рассасыванию, а хрящ иногда деформируется. Консервированный хрящ более доступен, но также может деформироваться или нагнаиваться.

Несмотря на рост травматизма и увеличение числа больных со стойкими деформациями носа, вопросы реабилитации при этой патологии до конца не изучены. Вместе с тем, сейчас уже общепринято положение о необходимости при проведении реабилитационных операций по поводу стойких деформаций носа одновременно решать вопросы косметики и функции органа. Задача врачей состоит в разработке и совершенствовании хирургических методов реабилитации деформаций носа.

Литература

1. Абдукадыров А.А., Кубаев А.С., Абдукадырова Д.А. Современные взгляды на проблемы деформаций лицевого скелета // *Стоматология*. – 2010. – №1-2. – С. 96-99.
2. Адамьян А.А. Атлас пластических операций. – М.: Мир искусства, 2002.
3. Акадже А., Гунько В.И. Проблемы медицинской реабилитации больных с переломами скулоорбитального комплекса // *Стоматология*. – 2004. – №1. – С. 65-69.
4. Александян Т.А. Хирургическая коррекция деформаций наружного носа – анализ ошибок и неблагоприятных исходов // *Вестн. оториноларингол.* – 2011. – №2. – С. 49-51.
5. *Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Учеб. пособие.* – М.: МИА, 2005. – 256 с.
6. Асташина Н.Б., Рапекта С.И., Рогожников Г.И. и др. Комплексный подход к лечению больных с дефектами нижней челюсти // *Стоматология*. – 2012. – №5. – С. 21-23.
7. Берманян Ф.А. *Оториноларингология.* – Ереван: Медгиз, 2002.
8. Бернадский Ю.И. *Травматология и восстановительная хирургия черепно-лицевой области: Учеб. пособие.* – М.: Мед. лит-ра, 2006. – 456 с.
9. Бессонов С.Н., Кораблев А.В., Кораблев П.А. Первичная ринохейлопластика в комплексном лечении детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и альвеолярного отростка // *Стоматология*. – 2009. – №5. – С. 64-67.
10. Боймурадов Ш.А., Жилонов А.А. К вопросу диагностики больных с посттравматическими дефектами и деформациями носа // *Stomatologiya*. – 2009. – №1-2. – С. 61-63.
11. Бруслова Л.А. Силиконовые имплантаты в восстановительной хирургии лица. *Эстетическая медицина.* – М., 2003. – Т. II, №3. – С. 234-244.
12. Вязьмитина А.В., Усевич Т.Л. *Хирургическая стоматология.* – М.: Феникс, 2006.
13. Добрякова О.Б., Добряков Б.С., Добряков Б.Б. Старые и новые способы в контурной пластике носа // *Анналы пласт., реконструкт. и эстет. хир.* – 2010. – №3. – С. 30-39.

14. Езоров П.М. Местное обезболивание в стоматологии. – М.: Медицина, 1985.
15. Жилонов А.А. Тактика хирургического лечения обширных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области: Дис. ...д-ра мед. наук. – Ташкент, 2002. – 298 с.
16. Жилонов А.А., Асадулина Г.А., Мухаходжаева Д.А. Динамика иммунного статуса у больных с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области при использовании озона // *Stomatologiya*. – 2004. – №3-4. – С. 100-102.
17. Золтан Я., Карпетян Г.М. Пластическая хирургия. – М., 2008.
18. Иванов С.Ю., Васильев А.Ю., Гончаров И.Ю., Методика предоперационного обследования пациентов // *Рос. вестн. дентальной имплантолог.* – 2003. – №2. – С. 42-43.
19. Иванов С.Ю., Климов Б.А., Ломакин М.В. Использование рентгеновской томографии в планировании стоматологической имплантации // *Современные проблемы имплантологии*. – Саратов, 1998. – С. 48-49.
20. Куницкий В.С., Семенов С.А. Диагностика переломов костей носа с использованием ультразвукового метода исследования // *Вестн. оториноларингол.* – 2013. – №1. – С. 72-76.
21. Николаев М.П. О тактике лечения травм лицевого скелета // *Вестн. оториноларингол.* – 1999. – №1. – С. 28-30.
22. Персин А.С., Дзарав Ч.Р., Таллаева Е.В. Использование комплексной 3D-модели головы для диагностики аномалий зубочелюстной системы // *Стоматология*. – 2011. – №2. – С. 74-77.
23. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология: Руководство для врачей. – М., 2006. – 559 с.
24. Русецкий Ю.Ю. Объективный компьютерный анализ эстетических нарушений и оценка эффективности их коррекции при переломах костей носа // *Рос. риноп.* – 2007. – №1. – С. 19-23.
25. Суриков Е.В., Иванец И.В. Клинико-анатомическая характеристика травм носа // *Вестн. оториноларингол.* – 2009. – №5. – С. 30-32.
26. Устьянов Ю.А. Опыт применения нового метода остеотомии при реконструктивной операции по поводу стойкого сколиоза носа // *Рос. риноп.* – 2010. – №1. – С. 26-29.
27. Эрохин В.М., Аверченков Д.С., Мечталиня А.Ю. Опыт восполнения опорных структур дефектов спинки носа // *Стоматология*. – 2010. – №3. – С. 57-60.
28. Эрохин В.М., Безденежных Д.С., Гивировская Н.Е. К вопросу коррекции врожденных деформаций концевой отдела // *Стоматология*. – 2011. – №6. – С. 17-24.
29. *Abstracts of the 1st central Asian plastic surgery conference. – Tashkent, 2008.*

Резюме

В данной статье приводится анализ литературных данных по проблеме хирургического лечения посттравматических деформаций носа. Исследования показали, что несмотря на рост травматизма и увеличение количества больных со стойкими деформациями носа, вопросы реабилитации при этой патологии не нашли полного решения до настоящего времени. Общепринято положение о необходимости при проведении реабилитационных операций по поводу стойких деформаций носа одновременно решать вопросы косметики и функции органа.

Summary

This article provides an analysis of the literature on the problem of surgical treatment of posttraumatic deformities of the nose. Studies have shown that despite the increase in injuries and an increase in the number of patients with persistent deformities of the nose, the rehabilitation in this pathology has not found full solutions to the present time. The generally accepted position on the need during the rehabilitation operations for persistent deformities of the nose to address both cosmetic and organ functions.

УДК: 616.314-002:612.6.05

**ТИШ ҚАТТИҚ
ТЎҚИМАЛАРИНИНГ КАРИЕСГА
НИСБАТАН ТУРҒУНЛИК
ДАРАЖАСИНИ БЕЛГИЛОВЧИ
ЭНДОГЕН ОМИЛЛАР**



**Халилов И.Х., Худанов Б.О.,
Даминова Ш.Б., Мухамедова М.С.**

**Тошкент давлат
стоматология институти**

Маълумки, тишлар кариеси касаллигининг вужудга келишида кўплаб омиллар иштирок этади. Бугунги кунда мазкур омиллар мажмуаси икки гуруҳга бўлинади. Биринчи гуруҳ сабаблар умумий ҳусусиятларга эга бўлиб, улар асосан тиш эмали ва дентин қаватимустаҳкамлигини пасайтириш йўли орқали уларнинг кариесга мойиллигини оширади ва эндоген сабаблар деб аталади. Иккинчи гуруҳ сабаблар маҳаллий сабаблар бўлиб, улар бевосита кариес жараёнининг бошланишига туртки беради ва оғиз бўшлиғида мавжуд бўлади. Мазкур сабаблар оғиз бўшлиғида кислотали муҳитни юзага келтириб, кариес жараёнининг бошланишига сабаб бўлади ва маҳаллий экзоген сабаблар деб аталади [4,5,7,8,11-14].

Биз ушбу мақолада тишлар кариеси касаллигининг келиб чиқишида муҳим ўрин тутган эндоген сабаблар тўғрисида фикр юритамиз.

Ташқи муҳит омилларидан бири бўлибҳисобланувчи ичимлик сувини ва унинг таркибий қисмларини, сифатини стоматологик статусга таъсир этувчи эндоген фактор сифатида эътироф этиш зарур [1,2]. Илмий маълумотларга қараганда мунтазам равишда кўп миқдорда кам минераллашган юмшоқ сув истеъмоли тишлар куртагининг минераллашув жараёнини мейёридан чиқаради ва уларнинг шаклланишини, оҳаклиниш даражасини сусайтиради [41,42]. Ичимлик суви таркибининг муҳим кўрсаткичи бўлиб, ундаги фтор ионининг миқдори ҳисобланади [30,32]. Сувдаги фтор концентрацияси тишлар қаттиқ тўқималари мустаҳкамлигига сезиларли даражада таъсир кўрсатади. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, сув таркибидаги фтор миқдори минимал даражада (0,01-0,2 мг/л) бўлган ҳудудларда аҳоли ўртасида кариеснинг тарқалиши ва жадаллик кўрсаткичлари жуда юқори экан [31,43,53]. Ичимлик сувининг таркибидаги фтор миқдорининг оптимал даражаси МДХ-мамлакатлари ҳудудида 0,8-1,2 мг/л қилиб белгиланган.