

Таким образом, с нарастанием тяжести клинического течения ЭХ наблюдается достоверное усугубление глубоких метаболических нарушений в работе первых 2-х линий ферментов антиокислительной защиты. Значительное преобладание дисмутазной активности над каталазной повышает риск патологических эксфолиаций.

В заключение следует отметить, что при эксфолиативном хейлите происходит интенсификация основных липидмодифицирующих факторов, определяющих нестабильность клеточных мембран, взаимоувязанная с тяжестью клинического течения заболевания. Данные изменения регистрируются как на местном (ротовая жидкость), так и на организменном (в плазме крови) уровне. Выявлено, что интенсификация ПОЛ сопровождается компенсаторным повышением активности антиоксидантных ферментов с глубокими метаболическими нарушениями и в работе первых 2-х линий ферментов антиокислительной защиты. Значительное преобладание дисмутазной активности над каталазной повышает риск патологических эксфолиаций.

Список литературы

1. Савельева Н.Н. Состояние системы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных хроническим генерализованным пародонитом I-II степени тяжести, сочетающимся с паразитозами // Спорт и здоровье. – 2015. – №5(12). – С. 465-476.
2. Фарапонова Е.А. Биохимические показатели ротовой жидкости при заболеваниях пародонта у детей с психоневрологическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2017. – 22 с.
3. Aydin A., Gokoglu O., Ozcurumez G., Aydin H. Factitiouscheilitis: acasereport // J. Med. Case Rep. – 2008. – №2. – P. 29.
4. Bajpai M. Crusting of lips in a 13-year-old boy // J. Pakistan Assoc. Dermatol. – 2016. – Vol. 26, №3. – P. 283-284.
5. Barakian Y., Mohammad Vahedi M., Sadr M. Exfoliative Cheilitis: A Case Report Avicenna // J. Dent. Res. – 2015. – Vol. 7, №2. – P. e24943.
6. Chalkoo A.H., Makroo N.N., Peerzada G.Y. Exfoliative cheilitis // Indian J. Dent. Adv. – 2016. – Vol. 8, №1. – P. 56-60.
7. Chen Y., Niu S.D., Yang X.B. Clinical experience of combination of TCM and Western Medicine on exfoliative cheilitis // Xian Dai Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi. – 2004. – Vol. 13 (19). – P. 2582.
8. Chi F.H., Li Z.Z., Huang Y.P. et al. Clinical and pharmacological experimental observation on self-made Shengji ointment for exfoliative cheilitis // Zhong Guo Pi Fu Xing Bing Xue Za Zhi. – 2009. – Vol. 23, №6. – P. 376-380.

УДК: 616.317-007.254-031.4-089.844]-007.24-089
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-6>

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ



**Дусмухамедов М.З., Болтахаджаева Л.М.,
Дусмухамедов Д.М., Бобоназаров Н.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Описан случай из клинической практики. У пациентки имели место сочетанные нарушения формы и функции губы, связанные с недостатком тканей на малом фрагменте верхней губы после рехейлопластики по поводу односторонней врожденной расщелины верхней губы. Рехейлопластика предложенными авторами способом позволила устранить имеющиеся недостатки.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, вторичные деформации верхней губы, односторонняя хейлопластика, эстетический результат.

Хулоса

Мақолада клиник амалиётда учраган холат ёритилган: юқори лабнинг бир тамонлама туғма кемтиги бўлган холатда рехейлопластикадан кейин лабнинг кичик фрагментида туқима етишмовчилиги хисобига кузатилган шакл ва функциянинг бузилиши. Таклиф этилаётган усул кўрсатилган камчиликларни бартараф этиш имконини беради.

Врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН) составляют примерно 86% аномалий челюстно-лицевой области и около 13% всех врожденных пороков развития человека [1,2,6]. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота рождения детей с ВРГН в среднем составляет 1,5 на 1000 новорожденных.

Лечение больных с ВРГН является одной из наиболее сложных проблем современной хирургии челюст-

но-лицевой области [3,7,8]. В последнее время предложены способы хирургического лечения односторонних расщелин верхней губы, предусматривающие полное восстановление непрерывности круговой мышцы рта, устранение порочного положения ее пучков и их дисфункции [4,9,10]. Однако клинические наблюдения и исследования многих авторов доказывают то, что, несмотря на значительные положительные достижения в технике выполнения хейлопластики при односторонних расщелинах верхней губы, ее нельзя считать идеальной. У многих (60 – 89,6%) носителей этого порока развития после его пластического устранения выявляются различные нарушения формы и функции губы, для исправления которых необходимы повторные корригирующие хирургические вмешательства [5].

Случаи сочетания нарушения формы и функции губы, связанные с недостатком тканей на малом фрагменте верхней губы достаточно редки, описания подобных кейсов в доступной литературе мы не нашли. Поэтому, по нашему мнению, такой клинический случай, будет представлять определенный интерес для челюстно-лицевых хирургов.

Больная В.С. 11 лет, и/б №5462/3974, поступила в отделение детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ 01.11.2018 г. с жалобами на наличие деформирующих рубцов, нарушение анатомической формы верхней губы, деформацию носа и асимметрию наружных носовых ходов.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился со сквозной расщелиной верхней губы и неба II степени (Фролова Л.Е., 1974). Психомоторное и физическое развитие без особенностей. В 2008 году в областной больнице г. Бухары была проведена первичная хейлопластика. Послеоперационный период проходил относительно спокойно. Но результаты операции родителей не удовлетворили, и в 2008 году в Бухарской областной больницы ребенку была проведена повторная операция – рехейлопластика. Послеоперационный период протекал относительно спокойно. Ребенок находился на диспансерном учете. Однако результаты повторной операции также не удовлетворили родителей и самого ребенка.

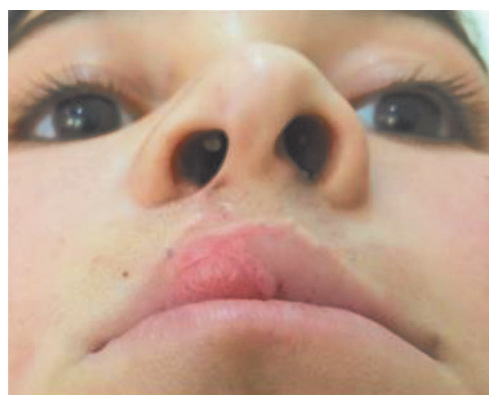
Эпиданамнез без особенностей. Органы и системы клинически и лабораторно – без значимых изменений.

Status localis. При осмотре отмечается асимметрия лица за счет деформации крыльев носа, сужение правого наружного носового хода, а также деформация верхней губы за счет уменьшения его размеров справа. На коже и слизистой верхней губы наблюдаются послеоперационные деформирующие гипертрофические рубцы, резко выраженные у основания носового хода справа (рис. 1).

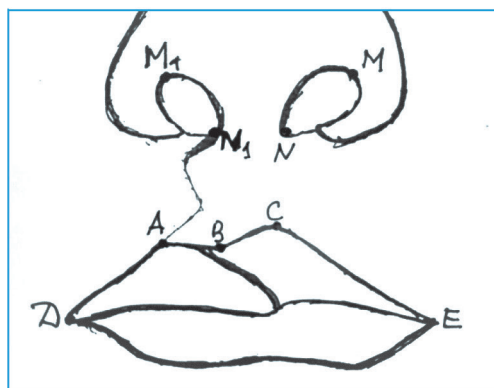
Антропометрические измерения носа показывают, что диаметр наружного носового хода слева (MN) равен 12 мм, а справа (M_1N_1) – 9 мм. Основание крыла носа справа по сравнению с левой (здоровой стороны)



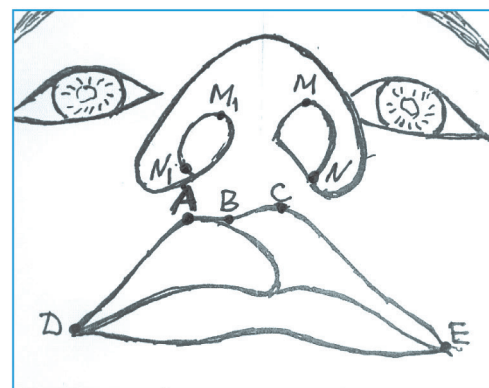
а



б



в



д

Рис. 1. Внешний вид пациентки В.С. (а, б) и схема антропометрических ее параметров (в, д).

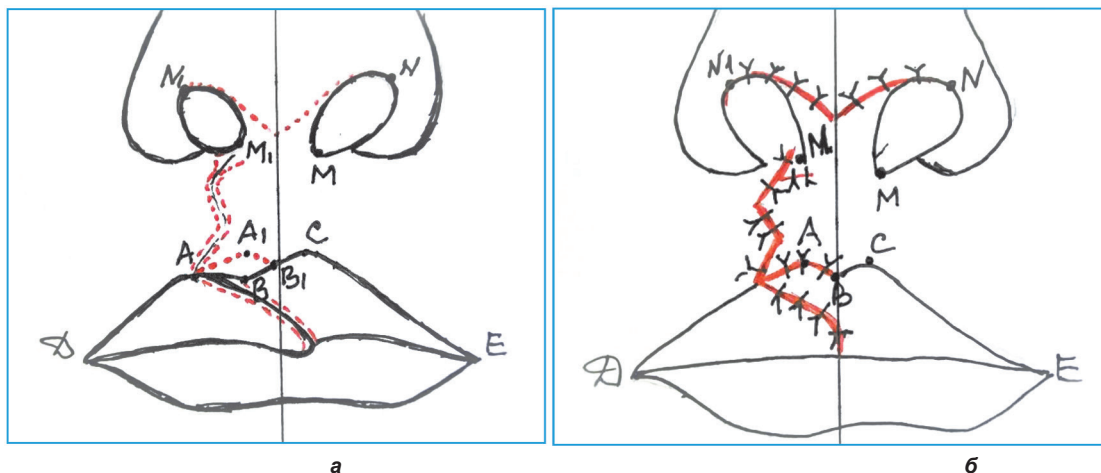


Рис. 2. Схема планируемой операции (а), состояние после операции (б).

смещена латерально на 3 мм, кончик носа справа сплюснен. У основания носового хода справа отмечается гипертрофический рубец, который способствует сужению диаметра наружного носового хода.

Антропометрические измерения верхней губы показывают, что слева расстояние от угла до верхней точки Купидона (СЕ) составляет 25 мм, справа (АД) 18 мм, т.е. отмечается укорочение правого фрагмента верхней губы почти 1/3 раза. Кроме того, красная кайма и слизистая на малом фрагменте свисает за счет избытка тканей в области красной каймы верхней губы справа и выступает над послеоперационным рубцом почти на 2 мм, возможно, за счет некорректного ушивания мягких тканей.

На клиническом разборе от 01.11.2018 г. с участием сотрудников кафедры решено провести рехейлоринопластику. Схема планируемой операции показана на рис. 2. Ромбовидное иссечение мягких тканей на малом фрагменте верхней губы по указанным точкам –

AA₁V₁V позволяет удлинить длину красной каймы на правом фрагменте на недостающую длину – 1/3, но при этом отмечается уменьшение формы и размеров лука Купидона. На наш взгляд, уменьшенная, но симметричная форма лука Купидона выглядит более эстетично, чем настоящее состояние пациентки – верхняя губа очень близка к нормальной анатомической форме.

Операция проведена под общим внутривенным обезболиванием с ИВЛ (рис. 3). По предварительно намеченным точкам и линиям произведено иссечение рубцов на коже и слизистой. Далее по линии разреза выполнено рассечение круговой мышцы.

Рубцовый тяж у основания носового хода справа устранен по способу Диффенбаха. По ходу операции гемостаз. На слизистую верхней губы и мышцу наложены швы из Vicryl 5.0, на кожу из Polypropylene 6,0.

Вторым моментом через разрез в области кончика носа по типу «ласточкин хвост» выделены и мобили-



Рис. 3. Состояние пациентки В.С. 11 лет, после операции.

зованы хрящи крыльев носа, которые фиксированы в правильном положении швами из Polypropylene 3,0. На кожу наложены швы из Polypropylene 6,0. На послеоперационную рану наложена асептическая повязка.

Заключение

Применение различных видов хирургического лечения в медицинской реабилитации больных с зубочелюстными аномалиями не может не сопровождаться риском возникновения осложнений. Основная задача специалистов заключается в том, чтобы минимизировать элементы риска и увеличить положительные аспекты проводимого лечения с четким пониманием причин возникновения возможных осложнений. Накопленные данные о возникающих осложнениях позволяют разработать рациональные подходы к их предупреждению. Кроме того, определяется необходимость дальнейшего изучения анатомо-морфологических особенностей зубочелюстных аномалий, выбора оптимальных сроков и рациональных методов хирургического вмешательства при врожденной расщелине верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Данный клинический случай заслуживает внимания в связи с наличием у пациентки с врожденной расщелиной верхней губы и неба асимметрии верхней губы после проведенной рехейлопластики. Предложенная методика рехейлопластики способствует реконструкции линии Купидона и восстановлению анатомической формы верхней губы.

Список литературы

1. Агроскина А.П. Операции при врожденных расщелинах (незаращениях) верхней губы // Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия; Под ред. В.Н. Балина. – СПб: Спец. лит., 1998. – С. 175-192.
2. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей. Актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы науч.-практ. конф. – М., 2006. – С.14-15.
3. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб: Гиппократ, 1998. – 744 с.
4. Гурков Ш.Р. Опыт лечения ограниченных рубцов лица и шеи, пластика местными тканями // Сборник научных трудов 1-го съезда комбустиологов России. – М., 2005. – С. 228.
5. Знаменский В.И., Котов Г.А. Оперативные методы лечения врожденных расщелин верхней губы // Лечение аномалий челюстно-лицевой области. – Ташкент, 1982. – С. 42-70.
6. Козин И.А. Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица. – М.: Мартис, 1996.
7. Персин Л.С., Елизарова М.Е., Дьякова С.В. Стоματοлогия детского возраста. – М.: 2003. – С. 341-350.
8. Bardach J. Unilateral cleft lip // Mastery of plastic and reconstructive surgery. – New York; London: Little Brown, 1994. – Vol. 1. – P. 548-565.
9. Blandini D., Tremolada C., Beretta M., Mascanti M. Iatrogenic nostril stenosis: Aesthetic correction using vestibular labial mucosa flap // Plast. Reconstr. Surg. – 1995. – Vol. 95, №3. – P. 569-571.
10. Byrd H.S. Cleft lip I: primary deformities // Selected Read. Plast. Surg. – 1994. – Vol. 7, №21. – P. 37.

УДК: 616.31.2-002-08+615.28-053.6

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-13>

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЛОРОБЕН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО ГИНГИВИТА



Муртазаев С.С., Кучкарова М.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Цель: оценка лечебно-профилактической эффективности антисептического препарата Лоробен при ювенильном гингивите. Материал и методы: под наблюдением находились 28 детей в возрасте от 13 до 16 лет, обратившихся в поликлинику детской терапевтической стоматологии ТГСИ с диагнозом хронического гипертрофического гингивита. Пациенты 1-й группы получали лечение на фоне общей терапии: обработка полости рта раствором 0,1% хлоргексидина, повязки-аппликации с кератопластиком, препараты наносили на десны. Результаты: применение комплекса лечебных мероприятий в более короткие сроки устраняет воспаление в тканях пародонта, стабилизирует достигнутые результаты и способствует предотвращению рецидивов на протяжении всего срока лечения. Выводы: воспалительный процесс в тканях пародонта у пациентов подросткового возраста сохраняется, что зависит не только от гигиены полости рта, но и от гормональных изменений, которые наблюдаются в этот период.