

протезов на беззубой нижней челюсти необходимо функциональное оформление пространства преддверия полости рта, которое следует использовать для расширения границ базиса протеза в большой мере при IV степени атрофии альвеолярной части, в меньшей мере – при её II степени. Положительный эффект наблюдается, когда проводится расширение базиса с учётом анатомо-топографических особенностей беззубой нижней челюсти.

2. Функциональное оформление границ протезов в щечной области целесообразнее проводить с перекрытием кривой линии на 1-1,5 мм. Альвеолярный гребень с язычной стороны у большинства пациентов покрыт малоподатливой слизистой оболочкой, доходящей до границы с дном полости рта. В этой области слизистая оболочка дна полости рта в некоторых случаях образует складчатое возвышение. Между основанием альвеолярного отростка и складкой слизистой оболочки образуется щель, которая может способствовать получению замыкающего клапана в данной области.

3. Функциональное оформление границ протеза позади молярной области предусматривает перекрытие базисом слизистую оболочку альвеолярного бугорка, без смещения оттискным материалом. На боковых участках базис протеза должен обеспечить свободное движение челюстно-подъязычной мышцы. В области позадичелюстно-подъязычной линии следует учитывать функциональное состояние подъязычно-язычной мышцы.

Таким образом, наши клинические наблюдения позволяют предложить методику получения функциональных оттисков с беззубой нижней челюсти рекомендовать для использования в клинике ортопедической стоматологии.

Литература

1. Колесников Л.Л., Лебеденко И.Ю., Арутюнов С.Д. Анатомия, физиология и биомеханика зубочелюстной системы: Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 25-30.
2. Ризаев Ж.А., Абдиримов И.С.

Особенности протезирования беззубых челюстей: Учеб.-метод. – Ташкент, 2016. – 42 с.

3. Сапожников А.Л. Артикуляция и протезирование в стоматологии. – Киев, 1984. – 99 с.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-3-11>

УДК: 617.78-001.5-089.844
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ СТЕНКИ
ОРБИТЫ



**Халматова М.А., Тураханов С.В.,
 Файзуллахужаев А.А.**

Ташкентский государственный
 стоматологический институт

Цель: совершенствование хирургического лечения переломов дно орбиты с использованием аутохрящевого блока без разрушения цельности ребра коллагеновой мембраны. **Материал и методы:** в отделение взрослой челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института в течение 2016-2018 гг. поступили 16 больных с данной патологией в возрасте от 17 до 32 лет. Операции проводились по предложенной нами методике, которая отличается легкостью исполнения и по техническим характеристикам оправдывает себя при анатомо-функциональном восстановлении повреждения верхней зоны лица, обеспечивая хорошие эстетические результаты. **Результаты:** после проведенного хирургического лечения у больных с переломами нижней стенки глазницы улучшалось самочувствие, значительно уменьшалась интенсивность болезненности при движении глазного яблока, отмечалось образование эстетического рубца под ресничным краем века. Взятие аутохрящевого

блока без нарушения целостности ребра обеспечивает быстрое заживление постоперационного поля. Выводы: хорошие анатомо-функциональные и эстетические результаты позволяют оценить наш опыт хирургического лечения пострадавших с переломами дна орбиты как положительный.

Ключевые слова: переломы нижней стенки орбиты, хирургическое лечение, функциональный и эстетический результат.

Improving the surgical treatment of fractures of the lower wall of the orbit

Halmatova M.A., Turakhanov S.V.,
Fayzullahuzhayev A.A.

Tashkent State Dental Institute

Summary. In the Department of adult maxillofacial surgery clinic of the Tashkent state dental Institute and 2 - clinic of the Tashkent medical Academy, for the period 2016-2018 years received 16 patients with this pathology. The age of patients ranged from 18 to 32 years. We carried out 16 operations using auto-cartilage block, without destroying the integrity of the edges of the collagen membrane.

This method is characterized by ease of execution and technical characteristics justifies itself in the anatomical and functional restoration of damage to the upper facial area, providing good aesthetic results.

Keyword: Zygoma-orbital complex, blow-out, auto cartilage block, collagen membrane.

Частота травм челюстно-лицевой области, в частности повреждений скуло-орбитального комплекса, как в Узбекистане, так и за рубежом не уменьшается; напротив, отмечается увеличение числа больных с данной патологией (Бельченко В.А., 1997; Трунин Д.А., 1998; Бажанов Н.Н., 2000; Бельченко В.А., Рыбальченко Г.Н., 2001; Караян А.С., 2003; Salej Higgins S., Pedraza Alarcon R., 2002; Goni I., 2005; Cohen A.J., 2006; Ortega G.A., 2006).

Несмотря на успехи челюстно-лицевой хирургии, реабилитация пациентов с переломами дна орбиты остается одной из

наиболее актуальных проблем современной хирургии и офтальмологии. В структуре черепно-мозговых травм переломы нижней стенки орбиты составляют 7,9% [4,7].

Одной из главных проблем при переломах нижней стенок глазницы является энофтальм глазного яблока, сопровождающийся резким ограничением движения последнего. Обычно причиной ограничения движения является интерпозиция глазничной клетчатки и прободение в гайморову пазуху с последующим частичным или полным снижением функции зрительного анализатора, приводящего к инвалидности.

По данным Б.Л. Поляка (1972), при травме указанной локализации повреждения зрительного анализатора встречаются в 57% случаев.

Хирургическим лечением травм нижней стенки глазницы в челюстно-лицевой хирургии детально начали заниматься немногим более 20 лет назад, хотя отдельные работы встречались и ранее. Среди публикаций по данной тематике можно отметить исследования М. Краус [13], А. Castellani [11], М. Yilmaz [15]. Кроме того, весьма интересные сведения, посвященные вопросам диагностики и лечения переломов данной локализации, приводят В.А. Бельченко [1], В.А. Стучилов [9], Ю.А. Медведев [5,6], Ф.Т. Темерханов и соавт. [10].

Основной целью хирургического лечения переломов нижней стенки глазницы является восстановление ее анатомической целостности и функционального совершенства, что достигается либо репозицией и удержанием отломков в правильном положении, либо путем замещения костного изъяна с использованием трансплантатов.

В отдельную группу выделяют так называемые «взрывные» (blow-out) или изолированные переломы [12], когда в результате удара по глазному яблоку резко возрастает давление внутри глазницы, что приводит к повреждению тонкой нижней стенки. При этом глазное яблоко может оставаться неповрежденным [2].

Экспериментальные исследования показали, что переломы, обусловленные

волнообразной деформацией, ограничиваются передней половиной внутренней части дна орбиты, не распространяются на медиальную стенку и не сопровождаются ущемлением мягких тканей.

Использование традиционного рентгенологического исследования не дает информации о состоянии глубоких отделов глазницы, нижней группы экстраокулярных мышц, невозможно определить дислокацию глазного яблока. В связи с этим компьютерная томография стала неотъемлемой частью диагностического исследования. На необходимость обязательного проведения компьютерной томографии всем пациентам с травмой данной локализации указывали Е.К. Колесникова [3], S.H. Miller [14], Н.А. Рабухина [8].

Цель исследования

Совершенствование хирургического лечения переломов дно орбиты с использованием аутохрящевого блока без разрушения цельности ребра коллагеновой мембраны.

Материал и методы

В отделение взрослой челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института в течение 2016-2018 гг. поступили 16 больных с данной патологией в возрасте от 17 до 32 лет. Операции проводились по предложенной нами методике, которая отличается легкостью исполнения и по техническим характеристикам оправдывает себя при анатомо-функциональном восстановлении повреждения верхней зоны лица, обеспечивая хорошие эстетические результаты.

В послеоперационном периоде, со 2-й недели от начала заболевания, все пациенты получали антибактериальную терапию, кортикостероиды, гемолитические, ноотропные, нейропротекторные, антиоксидантные и улучшающие микроциркуляцию препараты, витаминотерапию, физиотерапию (электрофорез по Бургиньону). Основной целью консервативного лечения было рассасывание кровоизлияний, сопутствующих

переломам орбиты в остром периоде после травмы, что является профилактикой формирования рубцов и фиброзного сморщивания орбитальной клетчатки с утратой ее объема. В лечении использовались протеолитические ферменты (Вобэнзим по 2 таб. 3 раза в день). Важной составной частью проводимого лечения была активная гимнастика для экстраокулярных мышц и массаж рубцов век. Через 3 месяцев больным рекомендовали физиотерапевтическое лечение, включающее магнито- и лазеротерапию.

Клинический случай. Пациент Х. был госпитализирован в отделение взрослой челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ с диагнозом: «Закрытая черепно-мозговая травма лёгкой степени. Контузия головного мозга. Травма мягких тканей пери орбитальной области справа. Контузия правого глазного яблока средней степени. Перелом дна орбиты».

Жалобы при поступлении: на припухлость в области верхнего и нижнего века правого глаза, ограничение и болезненность при движении правого глазного яблока.

Anamnesis morbi: Больной получил травму во время футбольного матча.

Status localis: При наружном осмотре выявляется отёк мягких тканей верхнего и нижнего века правого глаза. Кожа век синюшного цвета. Пальпация безболезненна. Движение правого глаза ограничено вверх и наружу. Носовые кости при пальпации без патологии.

При МСКТ-диагностике выявлен перелом нижней стенки правой глазницы и продавливание клетчатки правого глазного яблока в гайморову пазуху на глубину 1,5-2 см.

На основании результатов МСКТ-диагностики и общего состояния ребенка под общим интубационным наркозом планировалось проведение операции: «Извлечение клетчатки правой глазницы из гайморовой пазухи с устранением дефекта нижней стенки правой глазницы аутохрящом и коллагеновой мембраной».

Методика операции. Под

интубационным наркозом тщательно проводим антисептическую обработку места операционного поля. Медицинским фломастером чертим линию разреза под ресничным краем и, последовательно, IX-X рёберной области, инфильтрируем мягкие ткани неба с анестетиками.

Под ресничной областью проводим разрез кожи и отслаиваем 1,5-2,0 см, в дальнейшем подглазничную мышцу и надкостницу рассекаем и поднимаем вверх глазное яблоко специальными фарабифтом.

Производим ревизию нижней стенки глазницы, вытаскиваем интерпозиционную и прободную глазную клетчатку. При отсутствии возможности полного выведения клетчатку из гайморовой пазухи открываем окошко со стороны полости рта и, помогая с двух сторон, вынимаем глазную клетчатку.

В области IX-X рёберной области на коже производим разрез до хрящевой части ребра. Не нарушая целостности ребра, берем блок расщепленного хряща толщиной 0,2-0,4 мм. Рану зашиваем послойно.

Взятый из ребра хрящевой блок подготавливаем и накладываем для закрытия дефекта нижней стенки орбиты, сверху костно-хрящевую часть закрываем коллагеновой мембраной, что препятствует дальнейшим рецидивам, прободениям и интерпозиции глазной клетчатки в гайморову пазуху. Послойно зашиваем ткани и ставим внутрикожные швы.

Анализ результатов операций показал, что после проведенного хирургического лечения у больных с переломами нижней стенки глазницы улучшалось самочувствие, значительно уменьшалась интенсивность болезненности при движении глазного яблока, отмечалось образование эстетического рубца под ресничным краем века. Взятие аутохрящевой блока без нарушения целостности ребра обеспечивает быстрое заживление постоперационного поля. Кроме того, отмечается полное закрытие коллагеновой мембраной костно-хрящевой соединения, препятствующего дальнейшим рецидивам прободениям и интерпозиции глазной клетчатки в гайморову пазуху.

Таким образом, учитывая хорошие анатомо-функциональные и эстетические результаты, наш опыт хирургического лечения пострадавших с переломами дна орбиты следует оценить как положительный.

Литература

1. Бельченко В.А. Клиника, диагностика и лечение больных с посттравматическими деформациями носо-глазничной области с повреждением слезоотводящих путей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984 г.- 16 с.

2. Бессонов С.Н. Повреждения мягких тканей и костей челюстно-лицевой области // Избранные вопр. пласт. хирургии. – 2001. – Т. 1, №5. – С. 44.

3. Колесникова Е.К., Габуня Р.И. Компьютерная томография в клинической диагностике. – М.: Медицина, 1995. – 349 с.

4. Левченко О.Г. Хирургическое лечение краниоорбитальных повреждений в остром периоде черепно-мозговой травмы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 46 с.

5. Медведев Ю.А. Сочетанные повреждения лицевого черепа и головного мозга: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 21 с

6. Медведев Ю.И. Сочетанные травмы средней зоны лицевого черепа: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Омск, 1992. – 44 с.

7. Николаенко В.П., Астахов Ю.С. Орбитальные переломы: Руководство для врачей. – СПб: Эко-Вектор, 2012. – 436 с.

8. Рабухина Н.А., Голубева Г.И., Перфильев С.А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 128 с.

9. Стучилов В. А. Клиника, диагностика и лечение пострадавших с травмой скулоглазничной области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Свердловск, 1988. – 167 с.

10. Темерханов Ф.Т., Медведев Ю.А., Малков Н.В. Скулоглазничные травмы: принципы хирургического лечения // Реконструктивная хирургия челюстно-лицевой области. – Красноярск, 1989. – С. 72-74.

11. Castellani A., Negrini S., Lanetti U. Treatment of orbital floor blowout fractures with

conchal auricular cartilage graft: A report on 14 cases HI // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2002. – Vol. 60, №12. – P. 1413-1417.

12. Converse J.I., Smith B. Enophthalmos and diplopia in fractures of the orbital floor // Brit. J. Plast. Surg. – 1956-1957. – Vol. 9, №4. – P. 265-274.

13. Kraus M., Gatot A.D., Fliss M. Repair of traumatic inferior orbital wall defects with nasoseptal cartilage // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2001. – Vol. 59, №12. – P. 1897-1890.

14. Miller S.H., Morris W.J. Current concepts in the diagnosis and management of fractures of the orbital floor // Amer. J. Surg. – 1972. – Vol. 128, №5. – P. 560-568.

15. Yilmaz M., Vayvada H., Aydm E Repair of fractures of the orbital floor with porous polyethylene implants // Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2007. – Vol. 45, №8.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-3-12>

УДК: 616.716-053.5 (575.1)

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ВЗАИМОЗАВИСИМОСТИ НЕКОТОРЫХ КЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА ТАШКЕНТА



Акбаров А.Н., Камиров Ж.А.
Ташкентский государственный
стоматологический институт

Цель: выявление возрастно-половых особенностей и взаимозависимости продольного и поперечного диаметров головы у детей 7-17-летнего возраста г. Ташкента. Материал и методы: обследованы 2257 детей, из них 1120 мальчиков (49,6%) и 1137 девочек (50,4%), обучающихся в общеобразовательных

школах г. Ташкента. Точный возраст ребенка исчислялся временем, прошедшим от даты рождения до даты обследования и выражается числом лет, месяцев и дней. Всего взято 11 возрастов (от 7 до 17 лет включительно). Результаты: с возрастом среди учащихся долихоцефалическая форма головы остается менее встречаемой, чем мезо- и брахикефалическая: в 7-10 лет – соотношение равно 1:4:27; в 11-14 лет – 1:4:41 и в 15-17 лет – 1:3:20. Выводы: чем старше возраст детей, тем сильнее выражена корреляционная связь; у лиц женского пола кефалометрические параметры связаны между собой корреляциями большей силы, чем у их сверстников мужского пола

Ключевые слова: дети от 7 до 17 лет, продольный и поперечный диаметры головы, головной индекс, нормативные величины.

Резюме си. Тошкент шаҳридаги 7 дан 17 ёшгача бўлган 2257 нафар ўқувчилар текширувдан ўтказилди. Мактаб йилларида бошнинг мия қисмларини ўрганилган кефалометрик параметрларинотекис ўзгариши аниқланди; барча ёш гуруҳларда эркак жинсига мансуб шахсларда кефалометрик параметрлар тенгдош қизларга нисбатан юқори эканлиги аниқланди. Ёшга қараб ўқувчилар ўртасида бошнинг долихоцефалик шакли мезо- ва брахикефалик шаклларига қараганда камроқ учрайди: 7-10 ёшда, бу нисбат 1:4:27 га тенг; 11-14 ёшда - 1:4:41 ва 15-17 ёшда - 1:3:20 га тенг. Болаларнинг ёшга қараб гуруҳи қанчалик катта бўлса, корреляцион боғлиқлик шунчалик кучли бўлган; аёл жинсига мансуб шахсларда эса кефалометрик параметрлар эркак жинсига мансуб тенгдошларига қараганда катта кучли корреляциялар билан ўзаро боғлиқлиги аниқланди.

Калит сўзлар: 7 ёшдан 17 ёшгача бўлган болалар, бошнинг бўйлама ва кўндаланг диаметрлари, бош индекс, меъёрий катталар.

Age features and interdependencies of some cephalometric parameters in schoolchildren of Tashkent

Kamilov Zh.A., Akbarov A.N.
Tashkent State Dental Institute

Summary. Were examined 2257 students