

атакуют фосфолипиды клеточных мембран тромбоцитов (продуктами ПОЛ) и тем самым вызывает ее повреждение, пропорционально степени активности ПОЛ.

Таким образом, структурно-функциональные изменения мембран являются причиной экспрессии тканевого тромбопластина (феномен «флип-флоп»), в результате которого на плазматическую мембрану перемещаются фосфолипиды, свойственно внутреннему компоненту липидного биослоя. Это повышает коагуляционную активность клеток крови и клеток сосудистого эндотелия (Балуда В.П. и соавт., 1995). Изменения липидного слоя мембран при активации ПОЛ ускоряет синтез Тромбоксана А₂, что обуславливает гиперкоагуляцию. Повышение агрегационного потенциала тромбоцитов способствует повышению активности внутрисосудистого свертывания крови (Соловьев В.Г., 1991) и развитию синдрома ДВС крови.

Literature/ References

1. Буценко В.Н., Музычина А.А. Прогнозирование местных послеоперационных осложнений у детей с врожденными расщелинами губы и нёба // Вестник стоматологии. - Одесса.-1997.- № 4.-с. 564-566.
2. Вадачгория З.О., Габисония Т.Г., Пхакадзе Е.Я., Гугушвили Н.А. Энтеротоксигенность грамотрицательных микроорганизмов, выделенных из области врожденных расщелин неба у детей // Антибиотики и химиотерапия. – 1996.-№10.-С.30-31.
3. Дусмухамедов М.З. Клинико-лабораторная оценка состояния здоровья детей с врожденной расщелиной неба // Мед. Журн. Узб. 2005.№2.-С. 36-39.
4. Долбилов В.Н., Харьков Л.В. Значение лабораторно-биохимических исследований крови в реабилитации больных с врожденными незаращениями неба.// Хирургическая и ортопедическая стоматология. Киев, 1980.- С. 53-55.
5. Иванов Е.П. Диагностика нарушения гемостаза. Практическое пособие для врачей. – Минск, 1985. - С. 222.
6. Икрамов Г.А. Применение актовегина у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после уранопластики. Дис. ... канд. мед. наук.-Ташкент, 2004,-130с.
7. Кузин М.И., Шимкевич Л.Л., Костюченко Б.М. и др. Изучение факторов гемостаза грануляционной ткани гнойных ран // Сов. мед. – 1981. №4.-с. 67-72.
8. Лыкова Е.А., Боковой А.Г. и др. Спектр пнемотропных возбудителей при острых бронхитах и пневмониях у детей. // Антибиотики и химиотерапия. -2000.-№9.-С.13-19.
9. Рагимов Ч.Р., Касаганова Н.Ю. и др. Диагностическое значение показателей про- и антиоксидантных систем периферической крови в профилактике осложнений у больных после операции на мягких тканях лица и шеи // Стоматология. -1991.№1.-С.45-47.
10. Biggs Rosemary. Human blood coagulation, Haemostasis and Thrombosis, Black - well Sci. Publ., Oxford, 1976.
11. Farreed J., Messmore H., Bermes E. New perspectives in coagulation testing. // Clin. Chem. – 1980.- Vjl. 26. №10.- P. 1380-1391.
12. White B., Cox A., Taylor F. The precoagulant effect of platelets on conversion of prothrombin to thrombin in nonanticoagulated plasma. // J. Lab. Clin. Med.- 1980.-Vol. 95. №6.-P. 827-841.

УДК: 616.317-007.254-089.844-007.24]-08/089

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ

М.З. Дусмухамедов, А.А. Юлдашев, Д.М. Дусмухамедов,
З.К. Хакимова

Ташкентский государственный стоматологический институт

Проведен ретроспективный анализ местных осложнений после уранопластики у детей с врожденной расщелиной неба. Определены виды ранних местных осложнений после уранопластики, предложена классификация и лечебно-

диагностическая тактик при них

Ключевые слова: ВРГН, ВРН

DIAGNOSTIC TACTICS FOR LOCAL

COMPLICATIONS AFTER URANOPLASTY

M.Z.Dusmukhamedov, A.A. Yuldashev, D.M.Dusmukhamedov,

Z.K. Khakimova

Tashkent State Dental Institute

A retrospective analysis of local complications after uranoplasty in children with congenital cleft palate was carried out. The types of early local complications after uranoplasty were determined, a classification and therapeutic and diagnostic tactics for them were proposed.

Keywords: CCLP, CCL

Несмотря на значительное развитие хирургии врожденных расщелин неба (ВРН), исходы оперативных вмешательств не всегда бывают удовлетворительными. По литературным данным число лиц с послеоперационными осложнениями колеблется от 1,8 до 53,4 % [4,5,6,7,8].

При анализе этих показателей выясняется, что авторы имеют различный подход к оценке результатов хирургического лечения. Большинство хирургов оценивают только непосредственный (ближайший) анатомический успех. Справедливым же следует признать мнение других авторов, которые указывают, что к числу неудач следует относить и случаи не восстановления речи из-за развивающегося в послеоперационном периоде поперечного рубцового натяжения и укорочения мягкого неба. Исчисляемый хирургами процент полного сращения краев раны не всегда в достаточной мере характеризует даже ближайшие анатомические результаты, т.к. некоторые авторы не включают в число неудачных исходов заранее ими «планируемые» сквозные дефекты неба в связи с недостатком пластического материала у краев расщелины [1,3,8,9].

Результаты уранопластики связывают с рядом факторов, зависящих и независящих от хирурга. Большое значение при этом отводится состоянию здоровья, виду расщелины, методике операции, технической подготовленности хирурга, послеоперационному ведению больных [3, 5, 9, 10].

В доступной нам литературе имеются единичные работы, посвященные клинике, диагностике дефектов и деформациям неба [2,7,8]. По этой причине нами поставлена цель, изучить виды, характер и локализацию ранних послеоперационных осложнений у детей с ВРН по материалам клиники детской хирургической стоматологии, где больные с ВРН составляли 11,5% всех леченных больных.

Материал и методы исследования.

Для решения поставленной цели нами проведен ретроспективный анализ результатов уранопластики у детей с ВРН, оперированных в клинике детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ. Детям с ВРН проводились в основном щадящие методы уранопластики. Из 612 оперированных больных было выявлено 53 случая (8,6%) с развитием ранних послеоперационных осложнений в возрасте от 1,8 до 9 лет.

Все дети были госпитализированы в плановом порядке после комплексного обследования по общепринятой в нашей клинике методике. Для определения тяжести порока пользовались классификацией Л.Е. Фроловой (1974). Пластика неба проводилась под эндотрахеальным наркозом. Выбор метода операции зависел от вида расщелины и возраста ребенка. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, общеукрепляющая и симптоматическая терапия, а раневая поверхность прикрывалась йодоформным тампоном и одевалась защитная пластинка, которая снималась на 3-5 сутки после операции. Оценка осложнений проводилась визуально, критерием являлось расхождение швов с образованием сквозного дефекта в той или иной области неба.

Результаты и их обсуждение

Анализ наших исследований показывает, что послеоперационные осложнения в виде расхождения швов с образованием дефекта имеют излюбленные локализации (табл. 1).

Таблица 1

Локализация ранних послеоперационных осложнений в зависимости от способа операции

Наименование операции	Локализация осложнений								ВСЕГО
	Гематома м/неба	Расхождение швов в области						Некроз СНЛ	
		Язычка	язычок + м/неба	м/неба	По линии «А»	По линии «А»+язычок	Расхождение на 100%		
УФ	2	1	3	3	1	5	1	1	17
УФМ	2	4	5	3		3	1	3	21
УРМ			1						1
РУ				1	1				2
ВФ	1	3	1	3			2		10
УД							1	1	2
ИТОГО	5	8	10	10	2	8	5	5	53

Примечание: УФ – уранопластика с сужением глоточного кольца по Фроловой, УФМ - уранопластика по Фроловой – Махкамову с сужением глоточного кольца, УРМ - уранопластика по Ад.Мамедову, РУ – радикальная уранопластика,

Из таблицы видно, что при уранопластике по Фроловой число послеоперационных осложнений составляет 8,1%, а при наиболее широко применяемом способе по Фроловой – Махкамову – 7,2%. При этих методах операции наиболее частые осложнения отмечались в области мягкого неба, язычка и на границе твердого и мягкого неба (линия «А») 54,7%. Помимо этого, наблюдались такие виды осложнений как: некроз слизисто-надкостничного лоскута (СНЛ), гематома в области мягкого неба и полное расхождение послеоперационной раны, и каждый вид включал в себе по 5 больных (5,6%). Анализ результатов велоопластики с сужением глоточного кольца показывает, что послеоперационные местные осложнения отмечались у (10) 9,1% больных, из них у 2 больных отмечается полное расхождение швов, что составляет 20% -осложнений данной группы, а расхождение швов в области язычка и мягкого неба у 7 больных- соответственно 70%.

Наш многолетний опыт лечения детей с ВРН и проведенный ретроспективный анализ результатов уранопластики указывает на то, что не все виды ранних послеоперационных осложнений учитываются хирургами. Существует такие виды ранних послеоперационных осложнений, как расхождение ротовой слизистой в области твердого и (или) мягкого неба, частичный некроз слизисто-надкостничных лоскутов (СНЛ). Эти осложнения возникают в результате развития локального воспалительного процесса и завершается образованием грубых рубцов, которые приводят к ограниченной подвижности и укорочению мягкого неба, к различным видам деформаций челюстей.

При оказании своевременной целенаправленной и квалифицированной помощи в послеоперационном периоде необходимо учитывать все виды ранних местных осложнений после уранопластики. Для систематизации осложнений течения раневого процесса, предлагаем пользоваться классификацией, разработанной на нашей кафедре, в которой учитывается локализация, объем и глубина дефекта на небе (рис. 1).

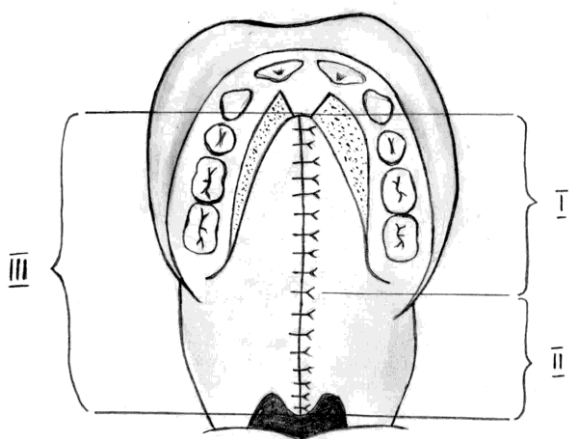


Рис 1. Схематическое изображение неба после уранопластики

I – область твердого неба

II – область мягкого неба

III – область твердого и мягкого неба

I а – поверхностное расхождение слизистой твердого неба, частичный некроз СНЛ.

I б – сквозное расхождение швов на уровне твердого неба, тотальный или субтотальный некроз СНЛ.

II а – поверхностное расхождение швов мягкого неба, язычка.

II б – сквозное расхождение швов мягкого неба, язычка.

Ш а – расхождение швов на уровне твердого, мягкого неба, некроз СНЛ. с сохранением носовой слизистой

Ш б – полное расхождение послеоперационной раны

Таким образом, пользуясь этой классификацией, по нашему мнению, можно проводить учет ранних местных осложнений после уранопластики и определить тактику хирурга по отношению к ним.

- При «а» степени осложнений требуется активное наблюдение с защитой от дополнительной травмы и оптимизацией процессов заживления;
- При «б» степени осложнений необходимо в последующем повторное хирургическое вмешательство с целью восстановления анатомической целостности и формы неба.

Literature/ References

1. Арифжанов А.К. Влияние различных факторов на качество восстановления речи у больных с врожденной расщелиной неба// Мед. журн. Узбекистана. -1977. №6.-С.44-45.
2. В.А. Козлов, И.В. Муратов, Г.А. Козлов, М.Г. Семенов, С.С. Мушковская. Классификация врожденных расщелин и изъянов неба после уранопластики. Клинико-эмбриопатогенетические принципы. // Стоматология. -2000.- №4.- С.58-61.
3. Джуманиязов Ф.Д. Ошибки и осложнения при хирургическом лечении врожденных расщелин неба и их устранение. // Мед.журн. Узбекистана. -1976. №1.- С. 44-45.
4. Мамедов Ад.А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. Екатеринбург. 1998. С. 135-142.
5. Махкамов Э.У., Убайдуллаев М.Б., Мамедов Т.Г. Оценка состояния небо-глоточной области с врожденной расщелиной неба. // Стоматология. –1985.-№ 5.-С.83-85.
6. Нуритдинова З.М. Врожденные расщелины неба и их лечение. Автореф. дис...канд. мед.наук. Ташкент. 1975; 19.
7. Самар Э.Н. Хирургическое устранение остаточных дефектов и деформаций после уранопластики. Авторефер. дис...канд. мед. наук. Москва. 1964; 18.
8. Чеховский Р.Н. Клиника, лечение и профилактика дефектов и деформаций неба после ураностафилопластики. Автореф.дис...канд. мед. наук. Киев. 1966; 18.
9. Karling J., Larson O., Henningsson G.: Oronasal fistulas in cleft palate patients and their influence on speech. Scand J Plast Reconst Hand Surg 27:193. 1993.
10. Smith J.D.: Oral Nasal Fistula Repair, Surgical advances in Cleft Lip and Cleft Palate Monterey, California November 11-14, 1995, p. 253-271.

УДК: 616.314.17-008.1:616-089.585.1

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СУГГЕСТИВНЫХ ПРИЕМОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ, (ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО) И ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ

Н.Р. Базарбаев, Б.А. Бакиев, И.М. Тулегенова