



36

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

39

СПОСОБ ПЛАСТИКА УГЛА РТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО
УДАЛЕНИЯ РЕЦИДИВА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ

46

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КАРИЕСА
У ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ АЛГОРИТМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ

Азимов М.И., Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С. Сравнительная оценка анатомо-функционального состояния мягкого неба и язычка после пластики врожденной расщелины неба	
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ	
Алимов А.С., Шамсиев Ф.Х., Алимов А.А. Кучли ўқчиқ рефлекси бор беморларга сифатли стоматологик ёрдам кўрсатиш муаммолари	
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	
Ганиев А.А., Эгамбердиев С.К., Жилонов А.А. Комплексное лечение местнораспространенного рака гортаноглотки	
Алявия О.Т., Нишанова А.А., Гулямова С.П. Функциональная система, обеспечивающая процессы пищеварения в ротовой полости	
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ	
Бекжанова О.Е., Астанакулова М.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика эксфолиативного хейлита	
Бобамуратова Д.Т., Боймуродов Ш.А., Нишанов Ж.Х. Возможности использования современных методов оценки нутритивного статуса у больных с переломами челюсти	
Бобамуратова Д.Т., Боймуродов Ш.А., Гафуров З.А. Питание больных с переломом челюсти	
ЮБИЛЕИ	
Ташкилотчи, олим, педагог ва инсон Мухамедов Иламон Мухамедович 75 ёшда	
С. Рузуддинов, К.Д. Алтынбеков, М.К. Шаяхметова, Б.Ж.Нысанова, Э.И. Султанова, Н.С. Рузуддинов В.Ю. Курляндский — великий ученый, большой педагог, отличный клиницист. (к 110-летию со дня рождения)	
Йулдашханова Озодахон Сотивдиевна (70-летний юбилей)	

Azimov M.I., Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S. Comparative evaluation of the anatomical and functional state of the soft palate and tongue after plasty of congenital cleft palate	50
TO AID OF PRACTITIONERS	
Alimov A.S., Shamsiev F.X., Alimov A.A. Problems with good dental care in patients with severe acne reflex.	52
PROBLEMS OF RELATED SPECIALITES	
Ganiev A.A., Egamberdiev S.K., Jilonov A.A. Complex treatment of locally advanced cancer of the laryngopharynx.	55
Alavie O. T., Nishanova A.A., Gulyamova S.P. Functional system that provides the processes of digestion in the oral cavity.	60
REVIEWS	
Bekjanova O.E., Astanakulova M.M. Clinic-epidemiological characteristics of exfoliative cheilitis.	64
Bobamuratova D.T., Boimurodov Sh.A. The possibility of using modern methods to assess the nutritional status of patients with jaw fractures. a review of the literature.	68
Bobamuratova D.T., Boimurodov Sh.A., Gafurov Z.A. Nutrition of patients with the jaw fractures. review of literature.	76
ANNIVERSARIES	
Organizer, scientist, pedagogue and human Mukhamedov Ilamon Mukhamedovich is 75 years old.	83
S. Razutdinov, K. D. Altynbekov, M. K. Shayakhmetova, B. J. Nysanova, E.I. Sultanova, N.S. Ruzutdinov V.Y. Kurl'yandsky — great scientist, supreme teacher, perfect Clinician (110th anniversary of birth).	84
Yuldashkhanova Ozodahon Sotivdievna (70th anniversary).	88

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МЯГКОГО НЕБА И ЯЗЫЧКА ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ НЕБА



Азимов М.И.,
Шомуродов К.Э.,
Мирхусанова Р.С.

Мягкое небо выполняет целый ряд необходимых для человеческого организма функций: разобщает ротоглотку от носоглотки, направляет пищевой поток и жидкости в пищевод, регулирует поток воздуха при дыхании и формировании звуков речи. Язычок представляет собой продолжение мягкого неба в виде отростка, свободно висящего над корнем языка. Основу язычка составляют гладкие мышцы, покрытые слизистой оболочкой [1,3,4].

В системе комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной неба одной из основных задач, стоящих перед хирургом, является устранение расщелины с восстановлением анатомо-функционального состояния мягкого неба, в том числе и язычка. Как показали наши наблюдения, используемые способы уранопластики не всегда позволяют восстановить форму мягкого неба и в частности язычка. Отдаленные результаты обследования детей после пластики неба показали, что у ряда детей язычок отсутствует или он короткий, деформирован, неправильно расположен [2,5,6,7].

Цель исследования: Изучить анатомо-функциональное состояние мягкого неба и язычка в зависимости от способа уранопластики.

Материалы и методы

Для достижения намеченной цели нами было обследовано 64 ребенка от 3 до 15 лет, которым в возрасте от 8 месяцев до 3 лет была проведена вело- или уранопластика врожденной расщелины неба в клинике детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ. Все дети после выписки из стационара находились на диспансерном учете. У всех обследованных оценивали анатомо-функциональное состояние язычка после его пластики по следующим критериям: симметричность язычка, место расположения язычка, его подвижность и участие в небо-глоточном смыкании.

В зависимости от способа операции все обследованные были разделены на 3 группы. I группу составили 23 (35,9%) ребенка, которым была проведена уранопластика с сужением глоточного кольца по методу Л.Е. Фроловой. Техника операции пластики расщелины по Л.Е. Фроловой заключалась в том, что разрезы, идущие по краям расщелины с обеих сторон, продолжают под основаниями язычков и переходят на боковые стенки глотки, образуя при этом ротовую и носовую слизисто-мышечные слои. Эти слизисто-мышечные слои, затем сшиваются по средней линии, а язычки рассекаются вертикальными разрезами от вершины до основания, переходя на линию разреза, образуя при этом единое целое с ротовым слизисто-мышечным слоем, и сшиваются между собой.

II группу составили дети, которым была проведена пластика неба по нашей методике – поперечным рассечением мягкого неба, с продольным ушиванием раны – было исследовано 25 (39,0%) детей. Техника операции на небе методом поперечного рассечения мягкого неба с продольным сшиванием раны, заключается в том, что захватив хирургическим пинцетом слизистую края дефекта на уровне соединения мышцы с апоневрозом, поперечно рассекаем мягкое небо на всю его толщину (до 8-12мм) фрагментов. Затем срезается полоска слизистой оболочки вдоль краев расщелины мягкого неба от нижнего края поперечного разреза до кончика язычка с обеих сторон. Мышцы мягкого неба на каждой стороне не рассекаются, их тупо отслаивают от костной стенки глотки. Слизисто-мышечные слои, затем сшиваются по средней линии, при этом края раны разводятся на 180°.

III группу составили 18 (28,1%) детей, которым была проведена пластика по методу Bardach J. Техника операции на небе с сужением глоточного кольца по методу Bardach J. заключалась в том, что разрезы, идущие по краям расщелины с обеих сторон, продолжают до кончика язычков, образуя при этом ротовую и носовую слизисто-мышечные слои. Эти слизисто-мышечные слои, затем сшиваются послойно по средней линии.

Результаты исследования

Из 64 оперированных детей у 13 (20,3%) наблюдалось не симметричное формирование язычка

мягкого неба, у 3 (4,6%) наблюдалось частичное расхождение раны с последующим сдвигом язычка в сторону, причем у 1 (1,5%) ребенка для устранения этого осложнения возникла необходимость в повторном хирургическом вмешательстве.

Анализ наших исследований показал, что после пластики неба, несмотря на первичное заживление раны, мягкое небо и сформированный язычок имели различную форму. Мы их сгруппировали и представили на рис. 1.

Исходя из предложенных критериев, в таблице рисунков видно, что в I группе после уранопластики по методу Л.Е. Фроловой, из 23 у 3 (13,0%) язычок был восстановлен несимметрично – одна сторона больше другой, у 2 (8,6%) детей после операции язычок на одной стороне выше, чем на другой, у 2 (8,6%) пациентов язычок расположен не на своем месте на мягком небе – ближе к линии

«А». У 1 (4,3%) ребенка после операции язычок расположен левее относительно срединного шва.

Во II группе после уранопластики поперечным рассечением мягкого неба и продольным сшиванием раны – из 25 детей только у 1 ребенка язычок был сформирован крупнее обычного. У остальных детей длина и форма мягкого неба и язычка были близки к норме.

В III группе, после операции на небе по методу методу Bardach J., из 18 детей у 2 (11,1%) детей язычок расположен с наклоном в просвет носоглотки, у 1 (5,5%) язычок расположен левее относительно срединного шва, и у одного (5,5%) из оперированных у язычка полностью отсутствует овал.

Выводы

Анализ отдаленных результатов урано(вело)пластики, проведенной у детей в возрасте 6-12 месяцев показывает, что не все способы операций позволяют сформировать мягкое небо и его язычок близкими к норме по своей форме.

После операции пластики неба сужением небно-глоточного кольца, используя ткани боковой стенки глотки, язычок в большинстве случаев теряет свою форму и место расположения.

Разработанный нами метод уранопластики позволяет восстановить форму мягкого неба и язычка.

Список литературы

1. Абралина Ш.Ш. Анатомо-топографическое обоснование щадящей уранопластики при изолированной расщелине неба: автореф. канд. дис. – Алматы, 2002. – 24 с.
2. Азимов М.И., Шомуродов К.Э. Новый способ уранопластики у больных с врожденной расщелиной неба // *Стоматология* -3(68)2017. С55-58.
3. Фролова Л.Е. Методика оперативного лечения врожденных расщелин неба // *Стоматология*. – 1977. – Т.56, N 5. – С. 63-65.
4. Супиев Т.К., Мамедов Ад.А., Негаметзянов Н.Г. Врожденная расщелина верхней губы и неба. - Алматы, 2013.
5. Мамедов Ад.А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. Екатеринбург, 1998.
6. Bardach J., Salyer K.E. Cleft palate repair: In Bardach J., Salyer K.E. (eds): *Surgical Techniques in Cleft Lip and Palate*, 2nd ed. - St. Louis. - Mosby-Yearbook, 1991.
7. Somerlad B.C. a technique for cleft palate repair, *plast R stg Surg* 112:1542, 2003.

1.			восстановленное мягкое небо и язычок близки к норме и по длине, и по форме.
2.			мягкое небо и язычок восстановлены, но не имеют симметрии.
3.			одна сторона язычка выше или ниже относительно другой.
4.			язычок расположен на мягком небе ближе к линии «А» или дальше от нее.
5.			язычок наклонился в просвет носоглотки.
6.			язычок расположен правее или левее относительно срединного шва.
7.			язычок полностью отсутствует; мягкое небо короткое, нет смыкания небно-глоточного кольца

Рис 1. Критерии анатомического восстановления мягкого неба и язычка после пластики неба.