

STOMATOLOGIYA

ISSN 2091-5845

№ 2
(71) 2018

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

5

НЕКОТОРЫЕ ФАКТЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

29

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА PERIO-FLOW®
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИИМПЛАНТИТА

46

ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Махкамов М.Э., Карапетян К.Л., Алимджанов К.Х., Саидов Э.Р., Зайнутдинов М.О. Протезирование с использованием титановых десневых опор Карапетяна К.Л.	
Ризаева С.М., Муслимова Д.М., Ибрагимова Х.Х. Практическое обоснование применения методик WAX-UP и МОК-UP при ортопедическом восстановлении фронтальных зубов винирами	
Халматова М.А., Хасанов Ш.М., Ахтамов Ш.Д. Применение препарата Тенотен для амбулаторной премедикации в челюстно-лицевой хирургии	
Махсумова С.С., Ходжаева К.М. Применение полифитового масла у детей, больных острым герпетическим стоматитом	
Махмудов А.А., Храмова Н.В. К вопросу оссифицирующего миозита жевательной мышцы	
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ	
Хабиллов Н.Л., Сафаров М.Т., Досмухамедов Н.Б. Анализ современных подходов к ортопедическому лечению с опорой на дентальные имплантаты	
Халматова М.А., Ахтамов Ш.Д. Проблема премедикации перед стоматологическим вмешательством с учетом психоэмоционального состояния пациента	
Шамсиев Д.Ф., Ибатов Н.А. Предоперационный анализ, планирование и отбор пациентов для ринопластики	
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	
Азизов Б.С., Алиев А.Ш., Агзамходжаева С.С., Нурматова И.Б., Солметова М.А. К диагностике бугоркового кожного лейшманиоза	
Рахимова Х.Ж., Нурматова Ф.Б. Основные физико-химические свойства стоматологических материалов	
Фазилова Л.А. Стоматологияни ўрганишда мобил иловаларнинг ўрни	
Хасанов У.С.1, Вохидов У.Н.2, Джурев Ж.А.1 Результаты эндоскопического исследования при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух	
Фаттахов Р.А., Хасанова Л.Э. Изучение индекса Кердо у пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме	
ЮБИЛЕИ	
Сколько талантов таит в себе человек!	
Миржамолу Мирякубовичу Мирякубову исполнилось 90 лет	
АЗИМОВ МУХАМАДЖОН ИСМОИЛОВИЧ 70 ЁШДА	
ИРСАЛИЕВ ХУСНИТДИН ИБРАГИМОВИЧ 70 ЁШДА	
ИНФОРМАЦИЯ	
Муаллифлар диққати	

Makhkamov M.E., Karapetyan K.L., Alimdzhanov K.H., Saidov E.R., Zainutdinov M.O. Prosthetics using titanium gum bases of Karapetyan K.L.	52
Rizaeva S.M., Muslimova D.M., Ibragimova Kh.Kh. Practical substantiation of application of WAX-UP and MOCK-UP techniques for orthopedic restoration of frontal teeth with veneers	55
Khalmatova M.A., Khasanov Sh.M., Akhtamov Sh.D. The use of the Tenoten for out-patient premedication in maxillofacial surgery	59
Makhsumova S.S., Khodjaeva K.M. Application of polyphyte oil in children with acute herpetic stomatitis	62
Makhmudov A.A., Khramova N.V. The question of ossifying myositis of the masticatory muscle	64
REVIEWS	
Khabilov N.L., Safarov M.T. Dosmukhamedov N.B. Analysis of modern approaches of orthopedic treatment with support for dental implants	67
Khalmatova M.A., Akhtamov Sh.D. The problem of premedication before dental intervention, taking into account the psychoemotional state of the patient	72
Shamsiev D.F., Ibatov N.A. Preoperative analysis, planning and selection patients for rhinoplasty	75
THE PROBLEMS OF RELATED SPECIALITIES	
Azizov B.S., Aliev A.Sh., Agzamhodjaeva S.S., Nurmatova I.B., Solmetova M.A. Diagnosis of tuberkuloid skin leishmsniasis	79
Rakhimova Kh.Zh., Nurmatova F.B. Basic physical and chemical properties of dental materials	83
Fazilova L.A. The role of mobile applications in the study of dentistry	86
Djuraev1 J.A., Khasanov U.S., Vokhidov U.N. Results of the endoscopic research in chronic inflammatory diseases of nose and paranasal sinuses	90
Fattakhov R.A., Khasanova L.E. Study of the Kerdo's index in patients on the outpatient dental appointment	93
ANNIVERSARIES	
How many talents are hidden in a man!	95
Mirjamol Miryakubovich Miryakubov turned 90	97
AZIMOV MUKHAMADJON ISMOILOVICH turned 70	98
IRSALIEV KHUSNITDIN IBRAGIMOVICH turned 70	
INFORMATION	
To the attention of the author	99

УДК: 616.314-77-031:616.314-089

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ, ПЛАНИРОВАНИЕ И ОТБОР ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ РИНОПЛАСТИКИ



Шамсиев Д.Ф., Ибатов Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Наружный нос является центральной и наиболее выступающей частью лица, которая придает ему индивидуальность. Даже небольшие деформации носа могут стать источником серьезных переживаний для пациента. При сочетании же деформации наружного носа с искривлением носовой перегородки и нарушением носового дыхания к эмоциональным переживаниям присоединяются физические страдания, связанные с нарушением различных физиологических функций носа [1,2,8,13,22,23]. В первую очередь это касается дыхательной функции, нарушение которой становится благоприятной почвой для развития гнойно-воспалительных, гиперпластических процессов в носу, околоносовых пазухах и глотке [3,5,9,11,14,15,24].

С древних времен люди старались сделать свое лицо и тело привлекательнее. Определенные параметры лица не приносили им удовлетворения, приводили к низкой самооценке и не способствовали жизненному развитию. Во все времена всегда существовали свои стандарты красоты, люди стремились к ним, исправляя то, что дала им природа.

Очень часто после удачной ринопластики у человека существенно повышается самооценка, удовлетворенный результатом он активно начинает строить карьеру и добивается успехов в личной жизни [4,7]. Статистическая картина успешной первичной ринопластики представляется достаточно позитивной и, по данным разных авторов, удовлетворительный результат операции констатируется в подавляющем большинстве случаев [6,10,12]. Однако даже очень опытному хирургу не всегда удается избежать осложнений или неудовлетворительных исходов ринопластики, так же как и в

любой другой хирургии [16-18]. Осложнения и неудачи — понятия концептуально разные, находящиеся в различных плоскостях ответственности хирурга.

Осложнения могут возникнуть во время или после операции в силу каких-либо внешних причин и факторов, часто не зависящих непосредственно от хирурга, выходящих за рамки нормального хода операции и прогнозируемого результата. Осложнения, возникшие в ходе операции или непосредственно в раннем послеоперационном периоде, либо разрешаются самостоятельно, либо дополнительным хирургическим вмешательством, как правило, достаточно успешно [14,19,21].

Неудовлетворительный результат операции, напротив, расценивается как неудачный как пациентом, так и хирургом или обоюдно. Хотя подобные неудачи могут быть обусловлены и непредсказуемыми факторами, такими как специфические особенности репаративного процесса, состояние кожи и ее эластичность, сложность деформации, тем не менее, чаще всего они напрямую и непосредственно связаны с хирургической техникой. К сожалению, осложнения и неудовлетворительные результаты сопровождают каждого хирурга, и даже наиболее опытные и именитые вынуждены признавать, что в своей практике сталкивались с необходимостью выполнения повторной операции.

В связи с этим тщательный предоперационный анализ, детальное планирование операции и высокий профессионализм хирурга — основные составляющие, которые позволяют свести к минимуму возможные осложнения и неудачи ринопластики [20].

Основные причины недовольства пациента результатом операции подразделяют на три основные группы:

- 1) осложнения, возникшие после операции или разочарование измененной формой носа;
- 2) нереалистичные психологические ожидания;
- 3) недостаток или отсутствие взаимопонимания и доверительного контакта между пациентом и хирургом.

Безупречная с эстетической точки зрения и в глазах хирурга форма носа может не являться таковой в глазах пациента и вызывать соответственно неудовлетворенность и недовольство результатом операции. Именно по этой причине детальное обсуждение с пациентом возможных вариантов коррекции, подробный анализ пожеланий и реалий в каждом конкретном случае, согласование окончательного варианта является очень важным звеном предоперационного этапа. Пациент должен иметь четкое и ясное представление о возможных осложнениях как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, а хирург должен избегать любого малейшего проявления профессиональной небрежности, которое наносит непоправимый ущерб доверительным отношениям между врачом и пациентом.

Согласно данным опроса, проведенного среди эстетических хирургов, профиль пациентов, обращающихся за помощью в коррекции носа, в большинстве случа-

ев представлен тремя основными категориями:

- 1) пациенты, перенесшие различные травмы повлекшие деформацию наружного носа;
- 2) пациенты, стремящиеся адаптировать свою внешность согласно существующим современным эстетическим канонам и стандартам;
- 3) пациенты с различными дисморфобиями.

Ринопластика – операция, которая меняет не только внешний облик пациента, но и оказывает существенное влияние не его психоэмоциональный статус, и игнорирование этой психологической составляющей может приводить к крайне негативным последствиям как для пациента, так и для хирурга.

Для большинства пациентов, обращающихся за ринопластикой, форма носа является предметом постоянной озабоченности с определенной фиксацией, начиная с пубертатного возраста, при этом до 25% пациентов четко связывает возникновение серьезного комплекса на этом фоне, а многие и вовсе ощущает себя социально неполноценными. Четко прослеживается разница в психологическом статусе пациентов мужчин и женщин. У мужчин чаще отмечаются завышенные и необоснованные ожидания от операции, которые, безусловно, находят отражение в оценке исхода операции. Согласно данным литературы, среди мужчин число неудовлетворенных результатом первичной ринопластики значительно выше, чем среди женщин. Анализируя все выше сказанное, мы приходим к выводу, что ринопластика в большинстве своем не только является операцией по изменению формы носа, но и представляется тонким, многогранным и деликатным вмешательством, цель которого – коррекция эстетических, функциональных и психологических проблем каждого конкретного пациента. При таком индивидуальном подходе, очевидно, что хирург должен быть высококомпетентным как в аспектах хирургической тактики, так и в вопросах психологии.

Тщательный предоперационный анализ и планирование операции, обсуждение возможностей и вариантов ринопластики, исходя из пожеланий пациента и с учетом фенотипических особенностей лица, помогают избежать недопонимания между хирургом и пациентом и распознать еще на дооперационном этапе вероятность возникновения так называемых психологических осложнений после операции.

В последние годы количество операций по изменению формы наружного носа только увеличивается. Этот рост, с одной стороны, можно объяснить как увеличением числа пациентов, желающих изменить форму носа, так и хирургов, которые хотели бы практиковать в этой области.

Особое место в анализе возможных неудач и возникновении вторичных послеоперационных деформаций занимает вопрос о хирургическом доступе при первичной ринопластике, использовался ли открытый или закрытый способ. В настоящее время этот вопрос

приобретает особое значение в условиях неуклонно растущего количества открытых ринопластик широко практикуемых даже при первичных вмешательствах. Так, согласно опросу, проведенному на ежегодном конгрессе Американской Академии Лицевой Пластической и Эстетической Хирургии, было установлено, что 53% респондентов используют открытый доступ более чем в половине от общего количества ринопластик с четкой тенденцией к еще более активному его использованию.

Очевидно, что открытый доступ обеспечивает прекрасную визуализацию операционного поля, что, в свою очередь, объясняет тот факт, что многие хирурги, начинающие осваивать искусство ринопластики, прибегают именно к этой технике. Однако следует отметить, что практика открытого доступа, особенно при первичной ринопластике, должна быть минимизирована и строго обоснована в каждом конкретном случае. Хирург должен руководствоваться строгими показаниями к выполнению открытой ринопластики. Ретроспективный анализ результатов закрытой и открытой ринопластики показывает, что в группе пациентов, оперированных с использованием эндоназального доступа, встречались такие жалобы как западение спинки носа, девиация кончика носа, затруднение носового дыхания в области носового клапана.

При открытой ринопластике чаще встречаются такие жалобы как деформация носового клапана, укорочение носа, широкая колумелла, чрезмерное сужение носа, послеоперационный рубец на колумелле, дискомфорт в области колумеллы.

Мы считаем, что в выявлении причин, лежащих в основе неудовлетворенности пациента результатом ринопластики, следует придерживаться системного подхода к анализу ранее выполненной операции, а именно выявлению так называемых проблемных зон, требующих коррекции (спинка носа, кончик носа, область носогубного угла, ширина и длина носа, носовая перегородка), а также определению типа и объема вмешательства, которые позволят максимально эффективно решить поставленные задачи и получить удовлетворительный результат.

В целом все причины недовольства результатом операции можно разделить на три группы:

- чрезмерный объем удаленных тканей;
- недостаточный объем удаленных тканей;
- сохраняющаяся или возникшая асимметрия.

Мы не будем останавливаться подробно на всех возможных послеоперационных деформациях и способах их коррекции, остановимся лишь на наиболее часто встречаемых, а также на хирургических приемах их коррекции.

Нам представляется целесообразным особо отметить, что в коррекции вторичных деформаций следует придерживаться последовательного принципа, а именно при планировании операции идти от минимального по объему вмешательства

к расширенному при наличии соответствующих показаний.

В настоящее время мы наблюдаем четко сложившуюся тенденцию к решению всех проблем послеоперационных деформаций, особенно в области кончика носа, выполнением открытой ринопластики.

При наличии небольших деформаций кончика носа целесообразно выполнение консервативной коррекции с использованием, как правило, межхрящевого доступа. Выбор подобной тактики обуславливается тем, что как межхрящевой, так и ретроградный доступы, при которых не производится выведение и экспозиция крыльных хрящей, позволяют значительно уменьшить хирургическую травму, а следовательно, послеоперационный отек и последующее рубцевание, а также сохранить в целостности связочный аппарат, а следовательно, поддерживающий механизм кончика носа. Все эти маневры обладают значительными преимуществами в профилактике возникновения послеоперационных асимметрий.

В области хрящевой части спинки носа основной вторичной деформацией является, как правило, недостаточная резекция с сохранением горба. Безусловно, это является показанием к выполнению повторной операции с консервативной резекцией хрящевой части горба и при необходимости установке трансплантатов в области кончика носа. Чрезмерное усердие в резекции может привести к слишком сильному понижению спинки и ятрогенной седловидной деформации с нарушением эстетически гармоничной линии кончик носа – надкончиковое углубление. В случае возникновения подобной деформации оптимальным решением является использование аутохрящевых трансплантатов для контурной пластики возникших дефектов.

Резидуальный горб вследствие недостаточной резекции в области костной пирамиды удаляется рашпилем или снимается тонким слоем остеотомом, чтобы не привести к гиперрезекции. Как правило, следующим этапом выполняется латеральная остеотомия для сужения боковых скатов носа. Небольшие костные неровности, сохраняющиеся после удаления горба, корректируются сглаживанием деликатным рашпилем в субпериостальном слое. Стойкая асимметрия скатов может являться следствием недостаточной или неполной остеотомии, что требует выполнения серии дополнительных остеотомий. Адекватная латеральная остеотомия, часто в сочетании с медиальной остеотомией со смещением отломков внутрь, является основным методом коррекции вторичной деформации.

Изменение остроты носогубного угла достигается ротацией кончика носа в цефалическом направлении и сопровождается, как правило, постановкой аутохрящевого трансплантата в карман в основании колумеллы.

Согласно данным последних аналитических обзоров, затруднение или ухудшение носового дыхания после ринопластики являются основной

причиной, побуждающей пациентов прибегать к повторной ринопластике.

Искривления носовой перегородки, которые не были скорректированы в ходе предшествующей операции, а также различные проблемы носового клапана являются чаще всего основными причинами, приводящими к затруднению носового дыхания после ринопластики. Чтобы избежать подобных осложнений, следует уделять особое внимание перед операцией исследованию состояния полости носа, выполнению эндоскопии и компьютерной томографии, а также определение дыхательной функции носа и функциональной состоятельности слизистой оболочки.

Абсолютно очевидным является тот факт, что эффективность ринопластики находится в прямой зависимости от сохранения или улучшения носового дыхания. Повторное вмешательство на носовой перегородке с технической точки зрения, как правило, еще значительно более сложное и трудоемкое, чем повторная ринопластика. В связи с этим значение септопластики никогда не должно быть недооценено. Это вмешательство, требующее большого терпения и сосредоточенности, отточенной техники, внимания к мельчайшим деталям и гибкости хирургической тактики для получения хорошего и стойкого результата.

Предоперационные консультации, фотоанализ, моделирование и обсуждение с пациентом возможных вариантов коррекции являются залогом успеха операции, так как позволяют адаптировать технику и опыт хирурга к индивидуальной анатомии пациента и его пожеланиям по изменению своей внешности. Следует четко осознавать, что наличие даже очевидной деформации само по себе не является показанием к ее коррекции, если для пациента эта деформация не является значимой. В такой ситуации излишняя настойчивость хирурга может обернуться в последующем недовольством пациента результатом операции. Нереалистичные желания пациента, в свою очередь, также являются прекрасным субстратом для возникновения разногласий в восприятии результата операции пациентом и хирургом.

Уже на первой консультации хирург должен постараться проникнуть как можно глубже в суть проблем, которые привели к нему пациента. И каждый хирург должен иметь и выработать свою тактику общения с пациентом, которая могла бы дать ему наиболее полное представление как о личности пациента, так и о тех проблемах, которые привели его к нему.

Все эти аспекты должны обсуждаться детально и открыто с пациентом на дооперационном этапе, так как именно подобное общение является залогом создания доверительных отношений между хирургом и пациентом, что позволяет минимизировать возникновения различных рода претензий и исков со стороны пациента после операции.

При первом и единственном обращении пациента к хирургу по поводу выполнения ринопластики не-

возможно создать тот особый и адекватный психоэмоциональный контакт между ними. Если по окончании первичной консультации пациент настроен и четко ориентирован на операцию, то ему предлагается сделать необходимый ряд предоперационных фотографий, и назначается дата повторной консультации для обсуждения вариантов ринопластики, оперативного плана и возможных исходов.

Фундаментальными составляющими нашего предоперационного алгоритма являются детальный наружный осмотр, пальпация и эндоскопическое исследование полости носа.

Ринопластика является одной из самых сложных операций в лицевой эстетической хирургии, при которой неудовлетворительные результаты, по разным данным, составляют от 10 до 25%. Столь высокий процент неудач можно объяснить возросшим числом пациентов, желающих изменить форму носа, увеличением числа хирургов, готовых выполнить эту операцию, недостатком определенного профессионального опыта и необходимых навыков, возросшими требованиями пациентов к результату и ожиданиями от операции, осложнениями, которые могут возникнуть даже при абсолютно безупречно выполненной операции; недостаточно грамотным отбором пациентов на операцию, отсутствием доверительных отношений между пациентом и хирургом. Практикующий хирург никогда не должен забывать обо всех этих факторах, которые могут приводить к нежелательному результату. Мы абсолютно убеждены, что процент неудовлетворенности результатом ринопластики может быть значительно меньше при условии выполнения тщательного предоперационного анализа, детального планирования операции, установления доверительного контакта с пациентом и при наличии соответствующей подготовки и высоких профессиональных навыков у хирурга.

В заключение хотелось бы еще раз отметить, что ринопластика – это не просто операция, которая изменяет форму носа, а представляет собой комплекс сложных и последовательных шагов по коррекции эстетических, функциональных и психологических проблем каждого конкретного пациента. Ринопластика является операцией очень индивидуальной, решающей конкретные проблемы конкретного человека. При таком подходе хирург должен обладать необходимыми профессиональными навыками не только в вопросах хирургии, но и психологии, а также руководствоваться тем, что форма и функция неразделимы, и добиться совершенной формы при нарушенной функции практически невозможно.

Литература

1. Антонив В.Ф., Аксенов В.М., Кварая Д.Д. Дефекты и деформации перегородки носа (клиника, диагностика и хирургическое лечение): Учеб. пособие. – М., 1987. – 24 с.

2. Безишапочный С.Б. Хирургическая коррекция посттравматических деформаций носа // *Рос. риол.* – 1993. – №1. – С. 85-91.

3. Бокштейн Ф.С. Внутриносовая хирургия. – М.: Медгиз, 1956.

4. Гюсан А.О. Сравнительная оценка эффективности различных иммобилизирующих повязок в ринопластике // *Рос. риол.* – 1998. – №2. – С. 73.

5. Гюсан А.О. Хирургическое лечение посттравматических деформаций и дефектов носа: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ч., 1998. – 266 с.

6. Гюсан А.О., Гюсан С.А. Тактика ринопластики при сочетанной деформации носа и воспалений околоносовых пазух // *Рос. риол.* – 1998. – №2. – С. 70.

8. Миразизов К.Д. К вопросу о реимплантации аутохряща и кости при искривлении носовой перегородки у детей // *Вестн оториноларингол.* – 1978. – №3. – С. 50-55.

9. Миразизов К.Д., Шамсиев Д.Ф. Выбор метода коррекции искривления перегородки носа при повторной септопластике // *Рос. риол.* – 2007. – №4. – С. 31-32.

10. Пискунов Г.З. Последовательность хирургического вмешательства при нарушении дыхательной и эстетической функций носа и заболеваниях околоносовых пазух // *Рос. риол.* – 2003. – №2. – С. 93-94.

11. Пискунов Г.З., Лопатин А.С. Проблемы риносептопластики // *Рос. риол.* – 1993. – №1. – С. 9-10.

12. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Клиническая ринология. – М., 2002. – С. 346-378.

13. Пискунов С.З., Тарасов И.В., Должилова Н.В. Принципы хирургической коррекции деформаций наружного носа и эндоназальных структур // *Рос. риол.* – 1993. – №1. – С. 25-26.

14. Шамсиев Д.Ф., Миразизов К.Д. Высокорастрое искривление перегородки носа как причина затруднения носового дыхания после внутриносовых операций // *Патология респираторного тракта: Материалы 2-го Нац. конгресса ринологов Казахстана.* – Шымкент 2005. – С. 140-141.

15. Шамсиев Д.Ф., Миразизов К.Д. Щадящая методика тампонады носовой полости после внутриносовых операций // *Мед. журн. Узбекистана.* – 2006. – №1. – С. 14-16.

16. Устьянов Ю.А. Лечение стойкого сколиоза носа в сочетании с параназальными синуситами // *Рос. риол.* – 1993. – №1. – С. 17.

17. Устьянов Ю.А. Лечение параназальных синуситов при стойком сколиозе носа // *Рос. риол.* – 1998. – №2. – С. 71.

18. Янов Ю.К., Оганесян С.С. Форма носовой перегородки у больных со сколиозом носа при выраженной асимметрии лица // *Рос. риол.* – 2004. – №2. – С. 11.

19. Bitzer E.M., Dornig H., Schwartz F.W. Clinical success of surgical correction of the nasal septum // *Laryngorhinootologie.* – 1996. – Vol. 75, №11. – P. 649-656.

20. Clement P.R., Hirsh C. *Rhinomanometry. A review* // *J. Otol., Rhinol., Laryngol. (Basel)*. – 1984. – Vol. 46. – P. 173.

21. Grymer L.F., Hilberg O. *Prediction of nasal obstruction based on clinical examination and acoustic rhinometry* // *Rhinology*. – 1997. – Vol. 35, №2. – P. 53-57.

22. Huizing E.H., MJohn de Groot A. *Functional reconstructive nasal surgery* // *Thieme. – Stuttgart New York, 2003. – 386 p.*

23. Sullivan P.K., Harshbarger R.L., Neal R.O. *Nasal osteotomies* // *17 Dallas rhinoplasty symposium. – Dallas, 2000. – P. 157-175.*

24. Walter C. *Aesthetische Nasenchirurgie* // *Arsch. Oto-Rhino-Zarungol.* – 1997. – Vol. 216. – P. 251-350.

Обсуждаются вопросы предоперационного анализа, планирования и отбора пациентов для ринопластики. Проведен литературный анализ неудовлетворительных результатов ринопластики. Отмечается важность психоэмоционального взаимодействия между пациентом и хирургом. Методы хирургического устранения деформаций носа представляют особый интерес, в связи с тем что, наличие деформации носа приводит не только к косметическим недостаткам и психологическим проблемам, но и к серьезным функциональным нарушениям.

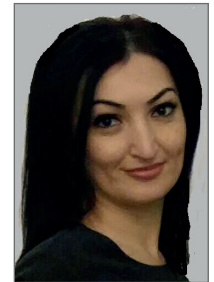
Ключевые слова: наружный нос, деформации, косметические недостатки, функциональные нарушения, психологические проблемы, ринопластика.

Ушбу мақолада ринопластика учун беморларни саралаш, операциядан олдинги таҳлил ва уни режалаштириш масалалари кўриб чиқилди. Қониқарсиз натижалари ринопластика амалиётларининг абадиётлар таҳлили ўтказилди. Бемор ва жарроҳ ўртасидаги психоэмоционал ўзаро алоқанинг муҳимлиги аниқланди. Бурун деформациялари фақатгина косметик камчилик ва психологик муаммога сабаб бўлиб қолмай, балки жиддий бурун функционал бузилишига ҳам олиб келганлиги учун бурун деформациясини жаррохлик усулида даволаш алоҳида қизиқишга сабаб бўлади.

In the article the questions of preoperative analysis, planning and selection patients for rhinoplasty are illustrated. Literature analysis of unsatisfactory results has been performed. It is noted that the psychoemotional interaction between patient and surgeon is important. Methods of surgical treatment of nasal deformities present special interest not only for cosmetic defects and psychological problems, also for serious functional disturbances.

УДК: 616.993.162-07

К ДИАГНОСТИКЕ БУГОРКОВОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА



**Азизов Б.С., Алиев А.Ш., Агзамходжаева С.С.,
Нурматова И.Б., Солметова М.А.**

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Ташкентская медицинская академия*

Лейшманиоз кожи (пендинская язва, кожный лейшманиоз Старого Света – болезнь Боровского, кожный лейшманиоз Нового Света, шанкр Сахары, бутон Бискры, восточная язва, углевик, годовик, сартская болезнь, ашхабадская язва) – эндемичная трансмиссивная болезнь, свойственная странам с жарким и теплым климатом, проявляющаяся преимущественно поражением кожи [5].

Болезнь вызывается простейшими рода *Leishmania*. Переносчик возбудителя – москиты из рода *Phlebotomus*, основной путь заражения – через укусы москитов. Согласно учению о природной очаговости болезней, разработанному академиком Е.Н. Павловским, природным источником заражения кожным лейшманиозом людей являются грызуны песчанки [3]. Заражение человека происходит во время его пребывания в местности с природными лейшманиозными очагами в летний период. Источник заражения кожным лейшманиозом городского типа – больной человек.

Выделяют четыре основные клинические формы заболевания: кожный лейшманиоз, кожно-слизистый лейшманиоз, диффузный кожный лейшманиоз и висцеральный лейшманиоз [6]. Кожный лейшманиоз представляет собой благоприятную форму и встречается в 50-75% всех случаев заболевания [4].

Кожный лейшманиоз разделяется на две группы: кожный лейшманиоз Старого Света (Средиземноморский регион, Азия, Ближний Восток, Африка) и кожный лейшманиоз Нового Света (Центральная и Южная Америка). В настоящее время происходит перераспределение географической распространенности заболевания, которое вызвано миграцией населения, потеплением климата и, как следствие, увеличением популяции