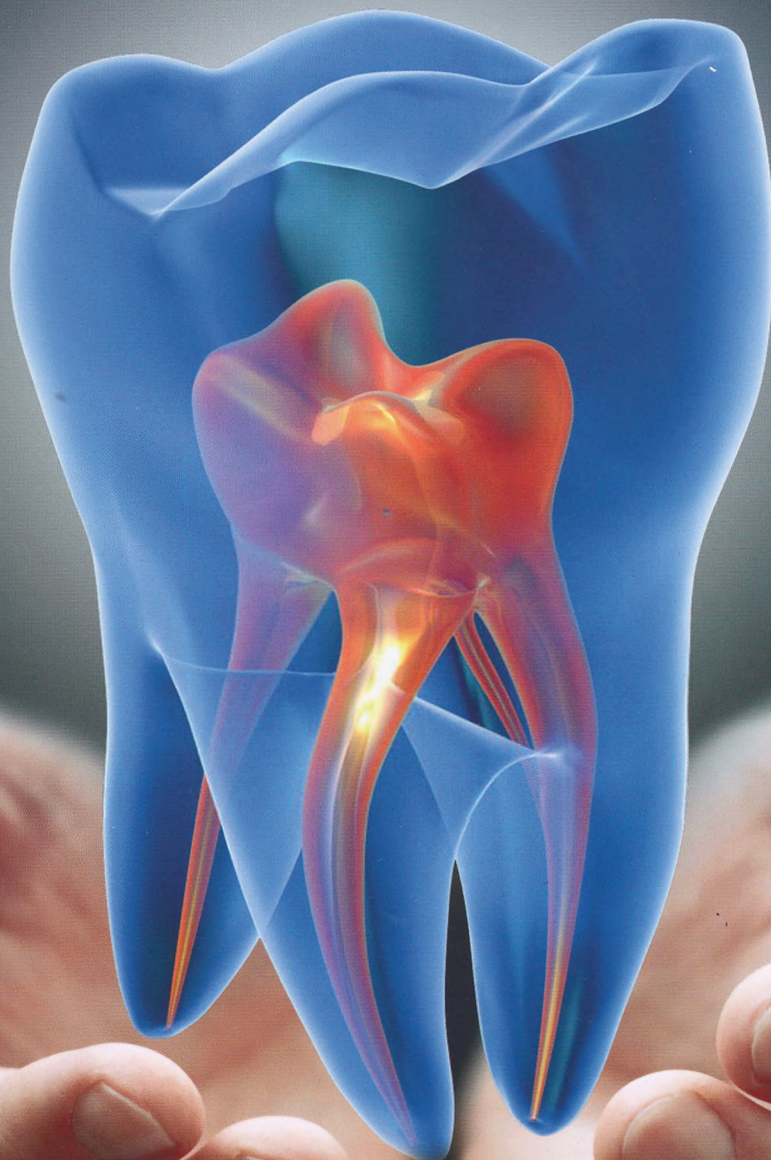




*Использование ксеногенных
тканей в реконструктивной
хирургии органов полости
рта*

*Тиш-жағ тизими
аномалиялари патогенезида
цитокинларнинг роли*

*Study of ultrastructural changes
in the nerve fibers on an
experimental model of acute
trauma of inferior alveolar nerve*



Апробация системы европейских индикаторов стоматологического здоровья у детей школьного возраста г. Баку <i>Зейналова Г.К., Алиева Р.К.</i>	Testing a system of European indicators of dental health in school-aged children in Baku <i>Zeynalova G.K., Alieva R.K.</i>	44
Болаларда матриксли металлопротеазаларнинг чакка-пастки жағ бўғими касалликлари патогенезидаги аҳамияти <i>Гаффаров С.А., Олимов С.Ш., Саидов А.А.</i>	Role of matrix metalloproteases in the pathogenesis of upper and lower jaw diseases in children <i>Gaffarov S.A., Olimov S.Sh., Saidov A.A.</i>	48
Особенности течения хронического катарального гингивита у школьников <i>Хамидов И.С.</i>	Features of the course of chronic catarrhal gingivitis in schoolchildren <i>Khamidov I.S.</i>	51
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	PROBLEMS OF RELATED SPECIALTIES	
Балогат ёшидаги кизларда сурункали тонзиллитни ташхислашда замонавий ёндашув <i>Карабаев Х.Э., Алимжонова К.Х.</i>	Modern approaches to the diagnosis of chronic tonsillitis in adolescent girls <i>Karabaev Kh.E., Alimjonova K.Kh.</i>	54
Компьютерно-томографическая оценка слуховой трубы у больных с хроническими средними отитами <i>Абдуллаева У.Б., Ходжибеков М.Х.</i>	Computed tomographic assessment of the auditory tube in patients with chronic otitis media <i>Abdullaeva U.B., Khodzhibekov M.Kh.</i>	56
Вариант формирования острой нейросенсорной тугоухости под влиянием акустической травмы <i>Арифов С.С., Маматова Т.Ш., Орифов С.С.</i>	A variant of the formation of acute neurosensory hearing loss under the influence of acoustic trauma <i>Arifov S.S., Mamatova T.Sh., Orifov S.S.</i>	59
Ультразвуковая диагностика срединных кистозных образований шеи <i>Юнусова Л.Р., Ходжибекова Ю.М.</i>	Ultrasound diagnosis of median cystic neoplasms <i>Yunusova L.R., Khodzhibekova Y.M.</i>	61
Оценка нейропротекторного эффекта комбинированной терапии у больных с первичной открытоугольной глаукомой (ПОГ) <i>Касимова М.С., Мадиримов И.Р.</i>	Evaluation of the neuroprotective effect of combination therapy in patients with primary open-angle glaucoma (OAG) <i>Kasimova M.S., Madirimov I.R.</i>	64
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ	REVIEWS	
Использование костнопластических материалов для восстановления полостных дефектов челюстно-лицевых костей <i>Акбаров А.Н., Зиядуллаева Н.С., Хабиров Б.Н.</i>	Use of osteoplastic materials to restore cavitary defects of the maxillofacial bones <i>Akbarov A.N., Ziyadullaeva N.S., Habilov B.N.</i>	67
Патофизиологические основы нарушений состояния пародонта при различных соматических заболеваниях <i>Бабаджанов Ж.Б., Шарипова П.А.</i>	Pathophysiological basis of periodontal disorders in various somatic diseases <i>Babadzhanov Zh.B., Sharipova P.A.</i>	72
Использование ксеногенных тканей в реконструктивной хирургии органов полости рта <i>Гасюк П.А., Краснокутский А.А., Воробец А.Б.</i>	Use of xenogenic tissues in reconstructive surgery of oral organs <i>Gasuk P.A., Krasnokutsky A.A., Vorobets A.B.</i>	76
Научные взгляды на этиопатогенез, лечение и профилактику некариозных поражений тканей зубов <i>Гаффаров С.А., Ахмедов А.Б.</i>	Scientific views on the etiopathogenesis, treatment and prevention of non-carious lesions of dental tissues <i>Gaffarov S.A., Akhmedov A.B.</i>	79
Качество жизни больных с невралгией тройничного нерва после микроваскулярной декомпрессии <i>Мирзаев А.У., Юлдошев О.Т.</i>	Features of prevention and treatment of dental caries in young children <i>Murtazaev S.S., Akhrorzhojaev N.Sh.</i>	83
Особенности профилактики и лечения кариеса зубов у детей раннего возраста <i>Муртазаев С.С., Ахроржоджаев Н.Ш.</i>	Features of prevention and treatment of dental caries in young children <i>Murtazaev S.S., Akhrorzhojaev N.Sh.</i>	88
Современные аспекты диагностики нёбно-глоточной недостаточности у детей после уранопластики <i>Дусмухамедов М.З., Сайфиддинходжаева О.Ё., Дусмухамедов Д.М., Хакимова З.К.</i>	Modern aspects of the diagnosis of palatine and pharyngeal insufficiency in children after uranoplasty <i>Dusmukhamedov M.Z., Saifiddinodzhaeva O.Y., Dusmukhamedov D.M., Khakimova Z.K.</i>	92
ИНФОРМАЦИЯ	INFORMATION	
МУАЛИФЛАР ДИККАТИГА	К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ	98

кариеса // Синергия наук. – 2018. – Т. 30. – С. 1764-1775.

6. Прокопенкова А.К. Фторирование молочных зубов как обязательный компонент лечения начального кариеса у детей от 0 до 3 лет // Бюл. мед. Интернет-конф. – 2017. – Т. 7, №11. – С. 1571.

7. Родионова А.С., Маслак Е.Е., Афонина И.В. Кариес зубов у детей раннего возраста. Влияние комплаентности родителей на применение профилактических процедур // Dental forum. – 2016. – №4. – С. 61.

8. Скрипкина Г.И., Гарифуллин А.А.Ж., Тельнова Ж.Н. Особенности гигиенического обучения и воспитания детей дошкольного возраста // Стоматология. – 2015. – №5. – С. 67-70.

9. Скрипкина Г.И., Смирнов С.И. Модель развития кариозного процесса у детей // Стоматол. детского возраста и проф. – 2012. – №3. – С. 3-7.

10. Старовойтова Е.П., Антонова А.А., Стрельникова Н.В. Информативность определения кариесогенных бактерий вида *Streptococcus mutans* и *Lactobacillus spp.* у детей раннего возраста // Стоматол. детского возраста и проф. – 2017. – Т. 16, №3(62) – С. 4-8.

11. Терехова Т.Н., Бутвиловский А.В., Володкевич А.Д. Оценка выполнения рекомендаций врача-стоматолога родителями дошкольников в системе менеджмента кариеса временных зубов // Современ. стоматол. – 2018. – №4. – С. 12-15.

12. Терехова Т.Н., Шаковец Н.В., Ковальчук Н.В. Применение пробиотического напитка с целью профилактики кариеса зубов у дошкольников // Клини. стоматол. – 2013. – №3. – С. 4-8.

13. Шаковец Н.В. Рекомендации экспертов ВОЗ 2017 года по профилактике кариеса зубов у детей раннего возраста // Современ. стоматол. – 2018. – №1. – С. 3-8.

14. Borutta A., Wagner M., Kneist S. Early Childhood Caries: A Multi-Factorial Disease // OHDMBSC. – 2010. – Vol. IX, №1. – P. 32-38.

15. Çolak H., Dülgergil Ç.T., Dalli M., Hamidi M.M. Early childhood caries update: a review of causes, diagnoses, and treatments // J. Nat. Sci. Biol. Med. – 2013. – №4 (1). – P. 29-38.

16. Nurelhuda N.M., Al-Haroni M., Trovik T.A., Bakken V. Caries experience and quantification of *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* in saliva of Sudanese schoolchildren // Caries Res. – 2010. – Vol. 44. – P. 402-407.

17. Ruff R.R., Niederman R. Silver diamine fluoride versus therapeutic sealants for the arrest and prevention of dental caries in low-income minority children: study protocol for a cluster randomized controlled trial // Trials. – 2018. – Vol. 19, №1. – P. 523.

18. Wang X., Qin M. A preliminary study of saliva matrix metalloproteinases (MMP-2 and MMP-9) in children with caries // Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. – 2018. – Vol. 50, №3. – P. 527-531.

Резюме: В обзоре рассматриваются современные данные по профилактике и лечению кариеса зубов у детей раннего возраста.

Resume: In a review modern data are examined on a prophylaxis and treatment of tooth decay for the children of early age.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-2-7>

УДК: 616.315-007.254-089.844-053.2-07

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ НЕБНО-ГЛОТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)



Дусмухамедов М.З., Сайфиддинходжаева О.Ё.,
Дусмухамедов Д.М., Хакимова З.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт,
Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Как показывает анализ специальной литературы, лечение детей с врожденной расщелиной неба является одной из сложных задач восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Проблема заключается не только в исправлении анатомического недостатка, но и в полноценном восстановлении функции органа. В связи с этим разработка системы реабилитации, усовершенствование патогенетически обоснованных методов хирургического устранения недостаточности НГК, возникающей после первичной уранопластики, приобретает большое научное и практическое значение.

Ключевые слова: дети, челюстно-лицевая область, врожденная расщелина неба, недостаточность небно-глоточного кольца.

Под небно-глоточной недостаточностью (НГН) подразумевают нарушение нормального физиологического взаимодействия структур небно-глоточного кольца (НГК). Лечение детей с врожденной расщелиной неба (ВРН) является одной из сложных задач восстановительной хирургии челюстно-лицевой области (ЧЛО). Проблема заключается не только в исправлении анатомического недостатка, но и в полноценном восстановлении функции органа. У детей с ВРН после пластики неба НГН является следствием недостаточно полного смыкания мягкого неба с задней стенкой глотки и проявляется в виде речевого нарушения – ринолалии. Неразборчивость речи, гнусавость, носовая эмиссия и компенсаторные механизмы артикуляции (в том числе компенсаторные гримасы на лице) – это типичные признаки НГН [1].

Полное восстановление речи после пластики неба в зависимости от использованной методики наступает в 24-81% случаев (Останин В.Ф., 1980). При оценке речи логопедом выявляются различные нарушения, однако невозможно четко определить, за счет каких структур происходит их формирование. Объективность методов диагностики небно-глоточной недостаточности заключается в использовании оптимальной технологии

получения информации непосредственно с комплексов структур, отвечающих за формирование речи [2]. Визуализировать данные исследований позволяют современные технологии. Однако оценить состояние функционирующего комплекса различных структур на основании только одного вида исследования затруднительно, поскольку результаты могут быть односторонними [3].

В практической деятельности применяют различные методы диагностики небно-глоточной недостаточности: объективные и субъективные, прямые и косвенные. Все методики используются как самостоятельно, так и в различных сочетаниях [4]. Однако заключение о степени небно-глоточной недостаточности ставится комиссионно, на основании оценки качества речи логопедом и результатов объективных методов исследования [5].

В настоящее время достаточно полное представление об анатомо-функциональных нарушениях у пациентов после уранопластики можно получить, используя назофарингоскопию и методы лучевой диагностики. Это доступные, широко распространенные, высокоинформативные, неинвазивные методы исследования, что особо важно в детской практике. При трансназальной фарингоскопии можно оценить степень небно-глоточного смыкания и определить подвижность отдельных структур небно-глоточного комплекса в горизонтальной плоскости [6]. Телерентгенография в боковой проекции позволяет оценить состояние костных структур, которые существенно влияют на функцию, и мягких тканей, участвующих в фонации [7]. Данная методика позволяет проводить цефалометрические измерения, однако она статична, что не может дать полной информации о функционирующих структурах [8].

Таким образом, для получения полного представления о состоянии небно-глоточной функции необходим комплексный подход к проведению исследований в сочетании с другими диагностическими данными обследования специалистов медицинского и педагогического профиля, что позволит улучшить качество реабилитации детей [9].

В последние годы челюстно-лицевые хирурги большое внимание уделяют разработке новых путей и подходов к комплексной реабилитации больных с ВРН, в частности больных с нарушением речи после первичной уранопластики, вызванным недостаточностью НГК [10]. Реконструктивно-восстановительные операции, направленные на устранение НГН, могут быть удовлетворительными только в случае восстановления нормальной анатомии и функции органа, отвечающего за формирование речи и, как следствие, устранения назальности [12].

Нет нужды подтверждать необходимость комплексного подхода, включающего участие специалистов разного профиля. Это постоянное ортодонтическое наблюдение и лечение, педиатрический контроль здоровья, подготовка ребенка к операции, постоянный логопедический контроль до и после операции, психолого-педагогическая диагностика, коррекция нарушений речи и психоэмоционального состояния пациента, вызванного врожденной патологией [11].

Одним из основных проявлений несостоятельности речи после уранопластики является ринолалия, на основе этиопатогенетического фактора относящаяся к речевым нарушениям, обусловленным аномалией строения пери-

ферического речевого аппарата. Составная часть этого аппарата – НГК. Поэтому характерной симптоматикой при ринолалии является комплекс нарушений артикуляции звуков, речи и тембра голоса [13].

Эти изменения качества голоса указывают на патологическое формирование звуков в носоглотке и глотке в связи с наличием неполноценного смыкания НГК, регистрируя утечку воздуха через нос. Из-за утечки воздуха в резонаторной зоне (носо- и ротоглотке) качественно измененная воздушная струя придает голосу своеобразный оттенок, известный под названием «гнусавость», т. е. назальность в речи [14]. Кроме того, когда регистрируется утечка воздуха через нос, воздушное давление в носоглотке уменьшается, а в ротоглотке увеличивается, и за счет неполноценного смыкания мышечного сфинктера НГК уходит в полость рта. Потеря совместного функционирования носо- и ротоглотки, ослабление голоса и делают речь пациента малопонятной, смазанной [15].

Анализируемые данные свидетельствуют о том, что оператору необходимы знания механизма звукообразования, связанного с нормальным и патологическим звукопроизношением, понимание врачом сущности взаимодействия структур НГК и состояния тканей, принимающих участие в этом процессе [16]. Функцию структур НГК можно, образно говоря, не только слышать (наличие назальности), но и видеть (эндоскопия). Наша практика подтвердила, что наиболее эффективным методом оценки движения структур глотки и механизма смыкания НГК является эндоскопическое исследование [17].

Отмечено, что дефекты речи соответствуют той или иной степени недостаточности НГК, возникающей в результате нарушения подвижности одной или нескольких его структур. При изучении роли каждой из структур в механизме смыкания (в спокойном состоянии и на высоте произнесения звуков) были определены степени их подвижности. Если у пациента имелось нарушение речи, и эндоскопически определялась хорошая подвижность структур НГК, то нарушения речи связаны с патологией центрального происхождения, и это является задачей специалистов соответствующего профиля [18]. Если говорить о прямом практическом значении эндоскопического обследования функции НГК, то при удовлетворительной подвижности всех его структур рекомендован двухнедельный диагностический, интенсивный курс логопедического обучения (двухнедельный курс дает возможность определить перспективность логопедического обучения и показать родителям основные его приемы). При положительном эффекте логопедического обучения оно продолжалось и контролировалось. Если же не было эффективной положительной динамики, исследователи рекомендовали речевулучшающую операцию [19].

Плохая подвижность одной или нескольких структур НГК, определенная трансназальной эндоскопией, позволял рекомендовать оперативное лечение, направленное на использование малоподвижных структур в реконструктивно-восстановительных операциях. Определение степени нарушения подвижности структур НГК необходимо для выбора тактики хирургического лечения в зависимости от степени участия структур НГК в механизме смыкания [21].

Замечено, что контакт мягкого неба с задней стенкой

гортани (ЗСГ) происходит не всегда одинаково и не на одном уровне. Смыкание бывает выше уровня валика Пассаванта, на его уровне, правее, левее, по центру и т.д. Это происходит потому, что механизм смыкания сфинктера НГК эксцентричный [22]. Назальный оттенок голоса возникает в том случае, когда сфинктер не смыкается, и происходит утечка воздуха через нос. Регистрируются изменения аэродинамических условий фонации, деформации струи воздуха, что придает голосу назальный оттенок. Установлено, что утечка воздуха через нос снижает давление внутриротового воздушного потока, а желание пациента правильно произнести звуки выражается в компенсаторном участии мимических мышц лица во время спонтанной речи. Пациент напрягает мышцы лба, крыльев носа, стремясь сократить утечку воздуха через нос и поддержать необходимое для согласных звуков давление в носо- и ротоглотке. Одной из главных задач хирурга при наличии у пациента недостаточности НГК является диагностика причин этой недостаточности, качественное и количественное определение утечки воздуха через нос [25].

Как было отмечено ранее, нарушение подвижности структур НГК приводит к отсутствию полноценного смыкания, увеличению просвета между НЗ и ЗСГ, вследствие чего в речи возникает назальность. Клинически это выражается увеличением носового оттенка от «А» к «У» в последовательности А – О – Э – И – У [24].

При риноплазии в первую очередь страдает образование артикулем, в связи с чем в кору мозга поступает дефектный афферентный импульс, и ответная кинестезия либо не создается (при отсутствии звука в произношении), либо становится сама дефектной (при искажении артикулемы) [26]. У детей с данной формой патологии НГК наблюдается недостаточность аналитико-синтетической деятельности слухового и речедвигательного анализаторов, что нередко ведет к недоразвитию фонематического слуха, нарушается акустический контроль и сличение собственной звуковой продукции с запечатленными в памяти образцами речи окружающих. Таким образом, характер нарушения речи у пациентов с НГН охватывает не только периферический речевой аппарат, но и косвенно влияет на центральный. Это необходимо учитывать при комплексной диагностике нарушения речи у пациентов с ВРН, при планировании хирургического устранения НГН и последующей реабилитационной терапии [27].

В связи с этим мы отмечаем особенности диагностики и лечения нарушений речи у пациентов с ВРН, имеющих нарушение функции структур НГК. Эти особенности заключаются в том, что в случае назальности речи необходимо провести комплексное диагностическое обследование по специально разработанному алгоритму [23].

Таким образом, данные логопедического обследования позволяют диагностировать глубину речевого поражения, определить возможные причины его возникновения, наметить пути устранения нарушения речи. При этом без анализа психологом-педагогом психоэмоциональной сферы пациента также невозможно прогнозировать, контролировать и корректировать результаты лечения [20].

Следует отметить, что электродиагностические исследования дают возможность определить состояние БЭА мышечных структур НГК, а после хирургического

лечения устранить ригидность мышечного комплекса НГК, как остаточную симптоматику. Проводимые диагностические спектральные анализы звуков речи в системе SIS показывает изменения формата спектра звуков при произнесении звуков «А» и «И» как до, так и после операции. Это исследование является современной технологией и может быть использовано в качестве объективного метода оценки звукопроизношения. Обследование отоларинголога помогает оценить состояние ЛОР-органов до оперативного вмешательства и выявить влияние хирургической операции на их функцию, оценить функцию НГК с использованием эндоскопической техники [34].

Анализ используемых в настоящее время методов уранопластики, основанных на результатах различных центров, весьма труден. Хотя большинство методов уранопластики названо по имени одного или нескольких хирургов, разрабатывающих эту технику, часто многочисленные модификации происходят от первоначального описания. Не сопоставимы не только методы, но и выполнение их, это индивидуальность оператора. Пластика неба, используемая одним хирургом, у другого может оказаться неприемлемой [42].

Общеизвестно, что при выполнении операции результаты зависят от возраста пациента и состояния тканей глоточного кольца. Операция, выполненная хирургом у пациента различных возрастных групп, может дать различные результаты также из-за сложного взаимодействия между деформацией, способом и ростом пациента (Lewis M., 1992) [41].

Главным критерием получения хорошего заживления, особенно при пластике широкой расщелины твердого и мягкого неба, где напряженность обычно бывает самой большой, является снятие натяжения тканей за счет перемещения тканей и снятия напряжения по линии шва (Millard D., 1980). Многочисленные усовершенствования способов уранопластики были предложены с целью увеличения подвижности лоскутов и уменьшения напряженности по линии шва [40].

Поперечный разрез носовой слизистой оболочки на задней границе твердого неба проводится с целью удлинения мягкого неба. Закрытие носовой слизистой оболочки в отдельном слое, перелом *hamulus* и частичного разделения сосудистой ножки от лоскута на двух ножках проводятся для уменьшения напряженности при закрытии мягкого неба. Это те способы, которые были позже доработаны исследователями [35].

Любое вмешательство сокращает натяжение мышцы и уменьшает напряженность по линии шва. Одним из способов, известных со времен T. Billroth (1889), является вмешательство на *hamulus pterygoideus* (крылочелюстной отросток). Решение ломать ли *hamulus*, или нет – строго индивидуальное. Перелом этой кости ослабляет напряжение *m. tensor veli palatini*, однако он и приносит наименьшие осложнения в связи со снятием напряженности по линии шва [38].

Использование бокового расслабляющего разреза в ретромолярном пространстве уменьшает напряженность при закрытии мягкого неба и позволяет переместить напрягающую мышцу *m. tensor veli palatini*, огибающую *hamulus pterygoideus*, между *m. constrictor superior* и напрягающей мышцей *m. tensor veli palatini* (Warren J., 1828). Определение этих структур уменьшает напряженность на линии шва при закрытии мягкого неба. Напрягаю-

щая мышца *m. tensor veli palatini* может быть «снята» с *hamulus pterygoideus*, или *hamulus* может сломан (Dorrance G., 1925) [39].

О. Kriens (1970) высказал предположение, что механизм закрытия устья евстахиевой трубы (ЕТ) может быть осложнен переломом *hamulus*, а функция устьев ЕТ может быть осложнена переломом. После рентгенографического изучения Н. Thomson и Harwood-Nash (1972) сообщили, что сломанный *hamulus* в конечном счете вернулся к дооперационному анатомическому положению. Теоретически интерес к этим вмешательствам сосредоточен, по нашему мнению, на нарушении функции слуховой трубы, роста и развития челюстно-лицевого скелета (Millard D., 1980; Bardach J. et al., 1991) [29].

Большая небная нейроваскулярная связка также является препятствием, создающим напряженность при перемещении слизисто-надкостничных лоскутов. Снятие этой напряженности было предпринято рассечением этой связки G. Dorrance (1925), И.Ю. Бернадским (1956) с последующей репозицией лоскутов. Менее агрессивные вмешательства включают разрез надкостницы и рассечения связки до 10 мм от проекции сосуда на лоскутах (Edgerton M., 1962). Интерламинарная остеотомия также может рассматриваться как один из моментов снятия напряжения при перемещении и сшивании тканей, однако это может нарушать рост и развитие верхнечелюстной кости [32].

Необходимо отметить, что восстановление функции НГК зависит не только от возможности соединения краев дефекта при расщелине неба, но и от целого ряда других причин. Действия, направленные на уменьшение напряженности тканей по линии шва, могут быть выполнены, однако должно учитываться и потенциальное нарушение роста костей. Анализ используемых в настоящее время методов палатопластики, основанных на результатах наблюдений различных центров, весьма труден. Хотя большинство методов уранопластики названо по имени одного или большего числа хирургов, которые развивали технику, часто имеются многочисленные модификации, отличающиеся от первоначального описания. В этом смысле методы вообще не сопоставимы, а выполнение методов – весьма индивидуальны у каждого оператора [31].

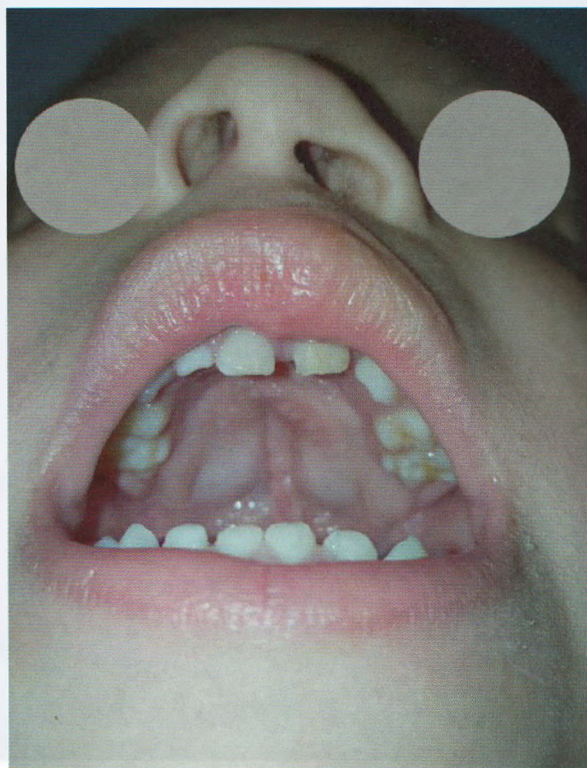
Нарушения речи и причины их возникновения досконально изучаются физиологами, невропатологами, психологами, лингвистами и др. Особенно важно, что каждый специалист рассматривает нарушения речи под определенным углом зрения в соответствии с задачами и средствами своей науки. Изучению речевых расстройств и разработке научно обоснованных методов их выявлению, профилактике и устранению посвящены многочисленные работы ученых-смежников [36].

Имеющиеся в арсенале хирургов различные способы устранения ВРН, как правило, не обеспечивают систему связи всех анатомических структур НГК с нарушением функции артикуляционного аппарата, принимающих участие в образовании речи, к тому же они недостаточно изучены. Это затрудняет дифференцированное использование данных способов в практике здравоохранения, не дает возможности правильно оценить эффективность первичного хирургического лечения ВРН, реконструктивно-восстановительных операций; анатомической целостности структур НГК и его функций, основанных на определении степени участия отдельных

компонентов НГК в механизме смыкания [28]. Не случайно до сих пор ведутся споры об оптимальных методах устранения ВРН в зависимости от формы и степени выраженности врожденно дефекта. Целостность деформированных анатомических органов при первичных пластических операциях удается восстановить, однако в ряде случаев отмечается недостаточность анатомического образования небно-глоточного кольца, что, наряду с другими факторами, препятствует восстановлению нормальной речи. В этом случае анатомофункциональный дефект обуславливает выраженные нарушения речи в виде открытой ринолалии и ринофонии [30].

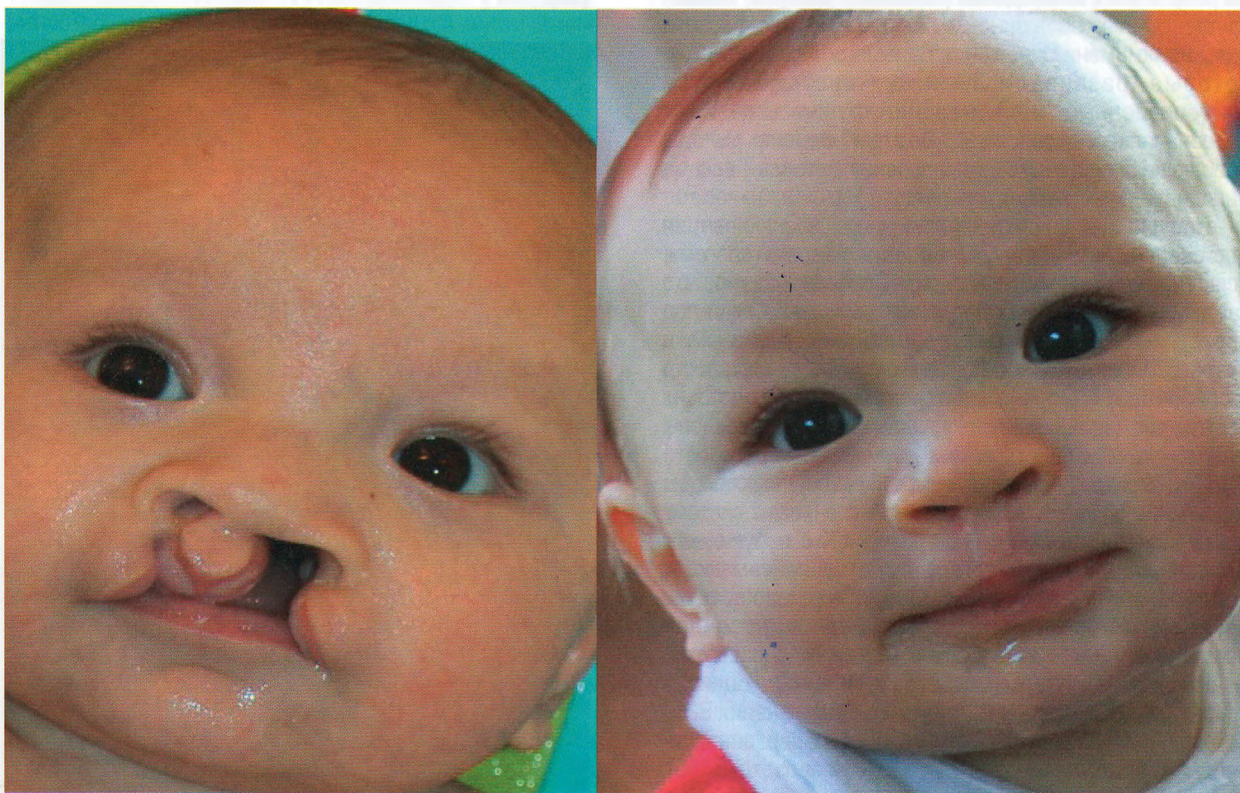
Ряд авторов приводят сведения об отрицательных результатах первичной уранопластики в пределах до 43% [33]. Это очень высокий процент неудач при современном уровне хирургии. Однако не всегда ясно, какие осложнения имеются в виду, и какие дефекты авторы выделяют. Высокий процент осложнений, возможно, связан с расхождением швов, возможно, с планируемым отсроченным закрытием переднего отдела твердого неба или объясняется другими факторами [37].

Таким образом, анализ литературы последних лет указывает на то, что до настоящего времени система оценки результатов хирургического лечения ВРН до конца не разработана, а выбор тактики реконструктивно-восстановительных операций, направленных на анатомическое восстановление целостности и функции структур НГК, являющихся ведущими в процессе речеобразования, представляет некоторые трудности. В связи с этим разработка системы реабилитации, усовершенствование патогенетически обоснованных методов хирургического устранения недостаточности НГК, возникающей после первичной уранопластики, приобретает большое научное и практическое значение [43].



Список литературы

1. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба в крупных регионах Узбекистана и врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей // Актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2006. – С. 14-15.
2. Ананян С.Г., Виссарионов В.А., Гунько В.И. Диагностика и оценка нёбно-глоточной дисфункции после уранопластики: Пособие для врачей. – М., 2002. – 19 с.
3. Ананян С.П., Виссарионов В.А. Особенности оценки нёбно-глоточной дисфункции и функциональная и эстетическая реабилитация больных с врожденными расщелинами лица // Материалы Всероссийской конференции. – М., 2002. – С. 38-41.
4. Баландина Е.А. Факторы риска в возникновении врожденной расщелины губы и нёба у детей, проживающих на территории города Перми и Пермской области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2001. – 24 с.
5. Вайсонская Л.И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах нёба. – СПб: Гиппократ, 2000. – 135 с.
6. Волосовец Т.В., Агаева В.Е. Воспитание и развитие речи детей с врожденными расщелинами губы и нёба: Метод. рекомендации для родителей. – М., 2001.
7. Волосовец Г.В., Соболева Е.А. Нарушение речи детей с врожденными расщелинами губы и нёба // Рос. стоматол. журн. – 2001. – №4. – С. 34-36.
8. Герасимова А.С. Речевая терапия небо-глоточной недостаточности // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2006. – С. 46-47.
9. Герасимова Л.П., Чуйкин С.В., Давлетшин И.А. Диагностика и лечение нёбно-глоточной недостаточности у детей с врожденной расщелиной нёба. – Уфа, 2000. – 82 с.
10. Давлетшин И.А. Дифференциальная диагностика небо-глоточной недостаточности с помощью компьютерной томографии // Врожденная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2002. – С. 72-73.
11. Давыдов Б.И. Хирургическое лечение врожденных пороков лица. – Тверь, 2000. – 221 с.
12. Давыдов Б.И., Лавриков В.Г., Зернов А.В., Стенина О.В. Основные принципы комплексного подхода в лечении и профилактике больных с врожденными расщелинами // Стоматология детского возраста. – 2002. – №3-4. – С. 18-20.
13. Дерунова Т.Ю. Дифференциальный подход к коррекции речи детей с врожденной расщелиной губы и нёба // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2006. – С. 75.
14. Дмитриев И.С., Соколова А.В., Мамедов Ад.А. Экссудативный средний отит у детей с врожденной расщелиной губы и нёба // Новости оториноларингол. и логопатол. – 2000. – №4. – С. 37-39.
15. Камыня Л.И. Ортодонтическое лечение детей с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и нёба в условиях ICU клиники в период маточных и их смены: Учеб. пособие. – М., 2001. – С. 5-28.
16. Козлова В.Г. Принципы организации сурдологической помощи детям с врожденной челюстно-лицевой патологией // Функциональная и эстетическая реабилитация больных с врожденными расщелинами лица: Материалы Всероссийской конференции. – М., 2002. – С. 17-18.



17. Милешина И.А. Особенности функциональной реабилитации врожденных пороков развития органа слуха у детей // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2006. – С. 119-121.
18. Мурзина Т.В. Формирование верхнего свода преддверия рта после хейлопластики по поводу врожденной расщелины верхней губы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 24 с.
19. Олейник Н.С., Клинико-функциональные особенности нёбно-глоточного комплекса после уранопластики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Одесса, 2004. – 20 с.
20. Паннбакер М. Велоглоточная некомпетентность: потребность в речевых стандартах // *Amer. J. Speech. Lang. Pathol.* – 2004. – Vol. 13. – P. 195-201.
21. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. – Изд. 5-е, перераб. и доп. – М., Медицина, 2003. – 640 с.
22. Першина М.А. Костная аутопластика альвеолярного отростка при врожденных расщелинах губы и нёба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 24 с.
23. Петерсрн-Фальзоне С., Хардин-Джонс М. и др. Расщепление нёба. – Сент-Луис: Мосби, 2001.
24. Чуйкин С.В., Давлетшин И.А. Показатели назофарингоскопии у детей с врожденной расщелиной нёба после уранопластики // Новые технологии в стоматологии: Материалы Всерос. симп. – Уфа, 2003. – С. 286-288.
25. Чуйкин С.В., Давлетшин И.А., Герасимова Л.П. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба. – Уфа, 2005. – 294 с.
26. Шатрова Р.Р. Распространенность врожденных пороков развития челюстно-лицевой области в Удмуртской Республике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2001. – 11 с.
27. Щеславский С.А., Притыко А.Х., Гончаков Г.В. Применение объективных методов исследования нёбно-глоточной функции // Передовые технологии медицины на стыке веков. – М., 2000. – С. 185-190.
28. Abyholm F., D'Antonio L., Davidson Ward S.L. et al. Pharyngeal flap and sphincterplasty for velopharyngeal insufficiency have equal outcome at 1 year postoperatively: results of a randomized trial // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2005. – Vol. 42. – P. 501-511.
29. Becker D.B., Grames L.M., Pilgram T. et al. The effect of timing of surgery for velopharyngeal dysfunction on speech // *J. Craniofac. Surg.* – 2004. – Vol. 15. – P. 804-809.
30. Dailey S.A., Karnell M.P., Karnell L.H., Canady J.W. Comparison of resonance outcomes after pharyngeal flap and Furlow double-opposing z-plasty for surgical management of velopharyngeal incompetence // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2006. – Vol. 43. – P. 38-43.
31. D'Antonio L.L., Eichenberg B.J., Zimmerman G.J. et al. Radiographic and aerodynamic measures of velopharyngeal anatomy and function following Furlow Z-plasty // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2000. – Vol. 106. – P. 550-553.
32. Lam E., Hundert S., Wilkes G.H. Lateral pharyngeal wall and velar movement and tailoring velopharyngeal surgery: determinants of velopharyngeal incompetence resolution in patients with cleft palate // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2007. – Vol. 120. – P. 495-505.
33. Losken A., Williams J.K., Burstein F.D. et al. An outcome evaluation of sphincter pharyngoplasty for the management of velopharyngeal insufficiency // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2003. – Vol. 112. – P. 1755-1761.
34. Marsh J.L. Management of velopharyngeal dysfunction: differential diagnosis for differential management // *J. Craniofac. Surg.* – 2003. – Vol. 14. – P. 621-628.
35. Mount D., Marsh J. Presented at the American Association of Plastic Surgeons. – Charleston SC, 2002.
36. Perkins J.A., Lewis C.W., Gruss J.S. et al. Furlow palatoplasty for management of velopharyngeal insufficiency: a prospective study of 148 consecutive patients // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2005. – Vol. 116. – P. 72-80.
37. Seagle M.B., Mazaheri M.K., Dixon-Wood V.L., Williams W.N. Evaluation and treatment of velopharyngeal insufficiency: the University of Florida experience // *Ann. Plast. Surg.* – 2002. – Vol. 48. – P. 464-470.
38. Sell D., Mars M., Worrell E. Process and outcome study of multidisciplinary prosthetic treatment for velopharyngeal dysfunction // *Int. J. Lang. Com. Dis.* – 2006. – Vol. 41. – P. 495-511.
39. Shifman A., Finkelstein Y., Nachmani A., Ophir D. Speech-aid prostheses for neurogenic velopharyngeal incompetence // *J. Prosthet. Dent.* – 2000. – Vol. 83. – P. 99-106.
40. Sommerlad B.C., Mehendale F.V., Birch M.J. et al. Palate re-repair revisited // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2002. – Vol. 39. – P. 295-307.
41. Sweeney T., Sell D. Relationship between perceptual ratings of nasality and nasometry in children/adolescents with cleft palate and/or velopharyngeal dysfunction // *Int. J. Lang. Com. Dis.* – 2008. – Vol. 43. – P. 265-282.
42. Witt P.D., Marsh J.L., McFarland E.G., Riski J.E. The evolution of velopharyngeal imaging // *Ann. Plast. Surg.* – 2000. – Vol. 45. – P. 665-673.
43. Ysunza A., Pamplona C., Ramirez E. et al. Velopharyngeal surgery: a prospective randomized study of pharyngeal flaps and sphincter pharyngoplasties // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2002. – Vol. 110. – P. 1401-1407.