

комплекс показателей с обязательным их сопоставлением с клиникой заболевания. Отдельные же показатели ликвора не позволяют достоверно судить ни о характере заболевания, ни о степени активности и тяжести специфического процесса. Бактериоскопические исследования мокроты были проведены у 15 (65%) больных менингитом, спинномозговой жидкости - у 26 (100 %) больных. В мокроте МБТ обнаружены у 7 (30 %) больных, в спинномозговой жидкости у 3 (13%) больных (методом посева). Мокрота больных, у которых были обнаружены микобактерии туберкулеза, была дополнительно исследована методом посева, в результате которого у 4 (57%) обнаружено устойчивое к антибактериальным препаратам.

Выводы. Таким образом, пик заболеваемости туберкулёзным менингитом в Самаркандской области отмечался в 2009 году - 9 (35%) случаев. Заболеваемость туберкулёзным менингитом превалирует у лиц преимущественно молодого возраста с наличием множества сопутствующих заболеваний, имеющих сложные

материально - бытовые условия, а также ведущих асоциальный образ жизни. На основании изучения рентгенологических, клинических, бактериологических и микроскопических исследований, можно сделать вывод, что тяжелое течение заболевания часто обусловлено заражением лекарственно-устойчивыми формами микобактерий туберкулеза, недостаточностью профилактических мероприятий, поздней диагностикой, что зачастую приводит к прогрессирующему течению заболевания, неблагоприятному прогнозу и высокой летальности.

Повышение фтизиатрической настороженности врачей общей лечебной сети, инфекционистов, невропатологов, а также оснащение фтизиатрических клиник современным диагностическим оборудованием, вспомогательным инструментарием позволит своевременно диагностировать ТМ, проводить лечение на высоком уровне, что уменьшит инвалидность и летальность среди этой тяжелой группы больных.

Литература

1. Сил касаплиги (Туберкулёз). Руководство для врачей и фтизиатров. - ФАН. - Ташкент. 2009. - С. 606.
2. Сафаров И.С. и соавт., 2005, Махаматов К.М., Мухтаров Д.З., Особенности течения туберкулёзного менингита в современных условиях. // Материалы VI съезда фтиз.и пульм.Узб. 2006.
3. Деконенко Е.П. Туберкулёз нервной системы. // Невролог, журнал. 2002. - №5. - Т.7. - с.4-9.
4. Корнилова З.Х., Герасимова М.М. и соавт., Руководство по внелёгочному туберкулёзу. 2001.
5. Сон И. М. Методика оценки эпидемиологических показателей по туберкулёзу и эффективности противотуберкулёзных мероприятий / И. М. Сон, В. И. Литвинов, В. И. Стародубов, П. П. Сельцовский // Проблемы туберкулёза. -2002. -№4. -С.55-63.
6. Дробот Н.Н.Туберкулёз центральной нервной системы у детей и подростков.//Усп.совр.естес.-2007.-№7.-С.Ю7.
7. Отчетные данные о состоянии противотуберкулёзной работы в Самаркандской области за период 2002-2012 годы.

Ибрагимов Д.Д.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ

Кафедра стоматологии (зав. - Д.М.Н. Кубаев С.Э.)
СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Актуальность проблемы. Врожденные пороки челюстно-лицевой области в связи с их частотой, тяжестью анатомических и функциональных нарушений, трудностью социальной адаптации пациентов, экономическими аспектами являются одной из важнейших проблем медицины. Интерес к этой проблеме возрос после того, как была показана возможность реконструкций любых пороков в этой области и полной социальной адаптации больных (Асадуллина Г.А., 2006).

Врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН) составляют примерно 30% от всех врожденных аномалий развития человека. В отечественной и зарубежной литературе отмечается постоянный рост интереса к этому пороку развития. В некоторых странах их число довольно высоко. Частота ВРГН в странах СНГ колеблется от 0,7 до 1,5 на 1000, а в Юго-

Восточной Азии 5-7 на 1000 живорожденных детей.

В нашей Республике частота ВРГН составляет от 1 до 1,5 на 1000 живородившихся детей. По данным Скрининг центра Республики Узбекистан этот показатель постоянно растет. Врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН) составляют около 13% всех врожденных пороков развития человека (Белякова Ю.А., 1993). По данным ВОЗ, они встречаются в 0,6—1,6 случая на 1000 новорожденных, и число больных с этой патологией во всем мире постоянно увеличивается. В частности, в Беларуси в 1997—1998 гг. частота рождения детей с ВРГН составляла 1 случай на 752 новорожденных (Зорич М.Е., 2000), что в 1,63 раза больше, чем 15—20 лет назад (Абаимов О.И., 1985).

Данных по стоимости операции уранопластики в Узбекистане мы не нашли, однако, для сравнения приводим стоимость этой операции по клиникам Москвы в рублях РФ по прейскурантам на июнь 2012 года: Неовиталь - 97500; ИПХиК - 19500; «Столица» - 103000; КБ МГМУ им. Сеченова - 50000; КБ № 85 - 59295;

Тяжесть заболевания определяется не только анатомическими нарушениями в челюстно-лицевой области, но и выраженными функциональными расстройствами, влияющими на рост и развитие ребенка. Так, у детей с ВРГН с первых дней жизни нарушаются функции дыхания, сосания и глотания. По мере роста ребенка нарушаются функции речи, слуха и жевания. Из-за вышеизложенного возможны также психо-эмоциональные изменения состояния больного (Fair M.L., Me Glone E.L., 1986).

Критерии успеха при комплексном лечении детей с ВРГН — не только восстановление правильной анатомической формы верхней губы, неба, альвеолярного отростка верхней челюсти, носа и др., но и нормализация функций, нарушенных в результате заболевания.

Несмотря на огромный опыт лечения, у челюстно-лицевых хирургов до сих пор нет единого взгляда на способы и сроки проведения операций хейло- и уранопластики. Так, проведение операций на небе в очень ранние (до 1 года) и ранние (до 2 лет) сроки, безусловно, способствует быстрейшему восстановлению функций, нарушенных в результате заболевания, и является профилактикой вторичных воспалительных заболеваний ЛОР-органов (Соколова А.И., 2003). Однако чем раньше проводится операция на небе, тем больше вероятность недоразвития верхней челюсти в отдаленном послеоперационном периоде из-за наличия рубцов на небе и повреждения зон роста верхней челюсти во время уранопластики (Гуцан А.Э., 1980; Харьков Л.В., 1992).

Для предупреждения или минимизации этих негативных последствий многие хирурги рекомендуют проводить раннюю уранопластику в 2 этапа: в возрасте 6—10 месяцев (до года) — пластику мягкого неба (функциональную велоластику), а через 6—12 месяцев (иногда и значительно позже) — пластику твердого неба. Способы операции щадящие, без широкой отслойки слизистонадкостничных лоскутов на твердом небе (Delaire J., Presious D., 1985; Malek R., Psaume J. 1983; Markus A.F., Smith W.P., Delaire J. 1993;). Хирургические вмешательства на небе в ранние и очень ранние сроки следует проводить только в тех случаях, когда имеется возможность динамического наблюдения за больным и проведения ему раннего ортодонтического лечения по показаниям.

Поиски эффективных методов хирургического лечения врожденных расщелин неба ведутся клиницистами уже более 200 лет. Все известные методы подробно описаны в литературе (Гарматаров Б.Д., 1980; Карпова Е.И., 1996; Куличкова В.Н., Виссарионов В.А., Сашенков

С.Л., 1998; Самар Э.Н., 1995). Начиная с первых попыток устранения врожденного дефекта неба вплоть до XX столетия все усилия хирургов были направлены на сближение и ушивание краев расщелины.

Уранопластика- реконструктивная операция по коррекции расщелины твердого неба. В ходе проведения уранопластики решаются задачи восстановления анатомической целостности неба и среднего отдела глотки путем пластического закрытия дефекта лоскутом, сформированным из соседних мягких тканей. Современные методы радикальной уранопластики позволяют достичь полноценного ана-

томического восстановления неба у 92-98% пациентов.

После появления анестезии J.M. Warren (1843) сообщил об успехе закрытия 88 из 100 расщелин мягкого неба. Однако после операции мягкое небо оставалось коротким и малоподвижным. Сохранялась гнусавость речи (Котов Г.А., 1998;).

В 1861 г. B.von Langenbeck предложил отслаивать слизисто-надкостничные лоскуты и перемещать их на область дефекта, благодаря чему стало возможным не только восстановить функцию неба и НТК, но и создать анатомо-функциональную систему глотания, дыхания и речи пациента. Попытки улучшить результаты речи после первичной уранопластики были предприняты Masson Warren (1828-1843), H. Ganzer (1917), V. Veau, R. Ruppe (1922), H. Halle (1925), F. Eznst (1925), G. Doirance (1925- 1930), E. Peet (1961) и J- Keidy (1962). Как правило, это были различные модификации смещения кзади слизисто-надкостничных лоскутов.

В 1966 г. D. Millard применил способ удлинения мягкого неба при первичной уранопластике с помощью двух слизисто-надкостничных лоскутов на сосудах ножках, которые перемещали к мягкому небу. Л.Ф. Харьковским предложен новый способ уранопластики при врожденной односторонней расщелине верхней губы и неба с использованием одного слизисто-надкостничного лоскута, выкроенного из большого фрагмента, отслоенного и перемещенного по плоскости на область расщелины, и выкраивания языкообразного слизисто-мышечного лоскута со слизистой щеки для закрытия раневой поверхности твердого неба.

В 1972 г. Л.Е. Фролова предложила способ пластики неба с сужением глоточного кольца, заключающийся в том, что разрезы, идущие по краям расщелины с обеих сторон, продолжают под основанием язычков и переходят на боковые стенки глотки, образуя при этом ротовой и носовой слизисто-мышечные слои. Эти слизисто-мышечные слои затем сшиваются по средней линии, а язычки рассекаются вертикальными разрезами до проходящей у их основания линии разреза, образуя при этом единое целое с ротовым слизисто-мышечным слоем, и смешиваются между собой. Таким способом достигается сужение НТК. Использование этого метода уменьшало вероятность развития вторичных деформаций верхней челюсти, что позволяло применять его у детей раннего возраста.

Двухэтапная уранопластика, разработанная в 1944 г Schwenkendiek, включает пластику мягкого неба, проводимую в 3-6 - месячном возрасте ребенка, для того, чтобы восстановить раннее развитие речи и обеспечить свободный рост и развитие скелета верхней челюсти, а также закрытие твердого неба, которое осуществляют в 11-12 лет. В период между двумя этапами операции расщелины твердого неба, применялись ортодонгические аппараты. Такой подход обеспечивал минимальное влияние оперативного вмешательства на рост и развитие челюстно-лицевого скелета.

В 1972 г. Л.Е. Фролова при односторонней и двусторонней сквозной расщелине использовала двухэтапную хейловелоластику. У детей до года проводилась одномоментная хейлоластика II этапом в возрасте 2-3 лет предпринималась пластика в пределах твердого неба. В случае двусторонней расщелины этап включал хейлоластику с одной стороны, велоластику; через 2-3 мес II этапом производилась хейлоластика со второй стороны; в возрасте 2-3 лет - пластика в пределах расщелины твердого неба. Данная методика предупреждает развитие небо-глоточной недостаточности.

Следует отметить, что несмотря на постоянное совершенствование способов устранения ВРН число послеоперационных осложнений не уменьшается. По данным целого ряда авторов, послеоперационные дефекты заставляют от 16 до 52%. Среди причин осложнений основной является нагноение раны, приводящее к частичному или полному расхождению швов.

Образование послеоперационных дефектов многие авторы связывают с погрешностями в оперативной тактике и издержками методик оперативного лечения, а также дефектами ведения в послеоперационном периоде. Согласно результатам некоторых исследований, существенное влияние на состояние тканей операционного поля оказывает сообщение полости носа и рта, состояние микробиоты этих ниш. Особое значение имеет уход за ротовой полостью рта после операции. Это положение подтверждает и опыт, накопленный в клинике Первого ТашГосМИ. До 2000 в этой клинике применяли общепринятый метод ухода за раной полости рта, когда в течение 5-6 дней рана в области твердого неба закрывалась йодоформной марлей и защитной пластинкой. Клиническое наблюдение показало, что в первые дни после операции защитная пластинка оказывает значительное влияние на отечные ткани неба, что приводит к нарушению местного кровообращения и образованию пролежней, а в отдельных случаях даже к некрозу лоскутов. В последующем, по мере уменьшения отека тканей между пластинкой и небными лоскутами появляется свободное пространство, где скапливаются слизь и остатки пищи. Быстро разлагаясь, они инфицируют и мацерируют рану. Несмотря на наличие тампона, пропитанного йодоформом, при микробиологическом исследовании содержимого, изъятых из-под защитной пластинки, на третьи-пятые сутки после терапии нередко высевается патогенная и/или условно- патогенная микрофлора. В настоящее время благодаря ряду исследований и накопленному клиническому опыту доказано, что марля при контакте с раной уже в первые сутки может утратить капиллярность и стать "пробкой". Помимо ограниченной дренирующей способности марля, имеет еще один недостаток: прилипая к раневой поверхности, при перевязках она травмирует рану. Кроме того, марля даст усадку и смещается в рану. Из-за адгезии марли к ране ее нити остаются в грануляциях, что замедляет регенерационный

процесс. Кроме того, наличие инородного тела во рту больного, особенно ребенка, причиняет неудобство при глотании, движении языка и нижней челюсти. Постоянное полуоткрытое состояние рта вызывает утомление и боли в области жевательных мышц, а дыхание открытым ртом приводит к сухости слизистой оболочки. Нарушается самоочищаемость органов полости рта. Слизистонадкостничные лоскуты плотно прилипают к кости твердого неба в течение суток и в дальнейшем не нуждаются в дополнительной фиксации. Это позволяет со второго-третьего дня после операции оставлять рану твердого неба открытой.

Несмотря на обилие различных способов устранения ВРГН, многие аспекты этой проблемы не решены полностью, о чем свидетельствуют многочисленные публикации в отечественной и зарубежной литературе.

Результаты исследований, проведенные ранее, указывают на прямую связь между процессами репаративной регенерации и функциональным состоянием иммунитета. В последние годы отмечено, что важными показателями функционально-метаболической активности мембранных структур в тканях организма являются интенсификация перекисного окисления липидов (ПОЛ). Регуляторами интенсивности ПОЛ являются ферменты антиоксидантной системы (АОС). Предоперационное голодание, наркоз, оперативное вмешательство, а также исходный статус детей с ВРГН являются стресс факторами приводящие к развитию гипоксии. Все это обуславливает необходимость включения в комплекс лечебных мероприятий антигипоксантов.

В комплексе послеоперационных мероприятий использовались самые разные физические методы лечения и реабилитации: УВЧ, гальванизация, дарсонвализация, диатермия, электрофорез, гидротерапия и др. Под действием процедур улучшается процесс заживления, снимается боль и отек прилежащих тканей, рассасываются инфильтраты, улучшается трофика тканей.

Несмотря на достигнутые успехи, до сегодняшнего дня остаются спорными вопросы предоперационной подготовки и послеоперационного ухода. Требуется совершенствование имеющихся и разработка новых способов лечения, которые были бы высокоэффективными и в то же время экономически приемлемыми.

Использование озонотерапии в медицине объясняется прежде всего ее политропностью, высоким окислительно-восстановительным потенциалом озона, определяющимся бактерицидным, противогипоксическим, противовоспалительным, обезболивающим, иммунокорригирующим, дезинтоксикационным и способностью улучшать реологические свойства крови свойствами.

В настоящее время довольно широко изучена эффективность использования медицинского озона при таких заболеваниях, как перитонит, туберкулёз легких, функциональная непроходимость кишечника, язвенная болезнь

желудка и двенадцатиперстной кишки, воспалительные заболевания придатков матки, ишемическая болезнь сердца, гнойный средний отит, панкреатит, экзема, гнойновоспалительные заболевания челюстнолицевой области.

Введение медицинского озона оказывает общеоздоравливающее действие на организм. Озонотерапия улучшает реологические свойства и микроциркуляцию крови, резко повышает снабжение тканей кислородом, выводит из организма накопившиеся в нем токсины. Озон ликвидирует у взрослых «синдром хронической усталости», от которого страдают многие работающие люди, отводит угрозу сердечно-сосудистых болезней. Озонотерапия буквально «оживляет» засыпающие клетки иммунной системы и заставляет их верно выполнять свои обязанности. Прибор озонотерапии позволяет производить кислородоозоновую смесь с нужной, заданной концентрацией озона. Оздоровление озонотерапией характеризуется простотой методов, высокой эффективностью, хорошей переносимостью, отсутствием побочных эффектов. Озонотерапия значительно сокращает сроки лечения, снижает летальность и уменьшает степень инвалидизации.

Оказываясь внутри клетки человека, озон связывается с содержащимися в клетке полиненасыщенными жирными кислотами. Он образует биологически активные группы озонидов. Эти группы оказывают окислительное воздействие на мембрану микроорганизмов, разрушая целостность её оболочек. Озонотерапия основана именно на таких свойствах и создает антисептический, бактерицидный эффект. Действие озона распространяется на сильные вирусы и бактерии, устойчивые к антибиотикам и противовирусным препаратам. Это, к примеру, вирусы герпеса, хламидии, гепатиты. Прекрасно то, что клетки при этом не повреждаются, а, скорее наоборот, получают сильную энергетическую «подпитку».

Озонотерапия как метод лечения обладает противогипоксическим эффектом. Он реализуется через улучшение переноса кислорода и за счет положительного воздействия на процессы утилизации кислорода.

Окисляя биологически активные соединения, участвующие в воспалительных реакциях, озониды ведут к исчезновению воспалительных явлений.

Озонотерапия ярко выражено обезболивает много симптомы. Это связано с прямым окислением белков (алгопептидов), которые образуются в месте оперативного вмешательства из соединительных и других тканей и принимают участие в передаче дискомфортных импульсов в головной мозг.

Само по себе улучшение реологических свойств крови (такое как снижение вязкости, тромбообразования) случается при действии

низких концентраций озона. Также при проведении озонотерапии вследствие восстановления электрического заряда мембран форменных элементов крови (эритроцитов, тромбоцитов). Все это проявляется в снижении их способности к (агрегации) слипанию.

Озонотерапия и ее дезинтоксикационный эффект ярко выражен и напрямую связан с улучшением функций клеток печени, ускорении почечной фильтрации. Она приводит к нормализации микрофлоры кишечника.

Усиление иммунной реакции организма при озонотерапии достигается прямым влиянием озона на лейкоциты, в частности лимфоциты и макрофаги (клетки, отвечающие за уничтожение бактерий) улучшая их прямые функциональные и морфологические характеристики.

При получении даже небольших доз озона наблюдается активация ферментов, ускоряющих процессы окисления углеводов, белков, липидов с образованием АТФ главного источника энергии клетки. Поэтому почти сразу же после применения озono-кислородной смеси взрослый пациент ощущает прилив сил, вдохновения, энергии. Каким бы глубоким ни было переутомление, оно проходит, а на смену приходит чувство активности. Это ощущение известно каждому человеку, кто гулял на природе после грозы.

Озонотерапия и все перечисленные эффекты обуславливает широкий спектр применения озона.

Она используется в:

Хирургии

- тромбофлебиты
 - варикозное расширение вен
 - трофические язвы, долго не заживающие раны
- Терапии
- язва желудка и двенадцати перстной кишки
 - хронический дуоденит, гастрит
 - хронический гепатит (вирусный В и С), токсический гепатит
 - осложнения сахарного диабета
 - артрит — ревматоидный артрит, подагра, остеоартрозы, псевдоподагра
 - бронхиальная астма и хронический бронхит

Неврологии

- реабилитация больных с ишемичным инсультом
- синдром вегетативной дистонии
- дисциркуляторная энцефалопатия
- рассеянный склероз
- мигрень
- радикулиты, невриты и др.

Гинекологии, урологии

- воспалительные болезни внутренних, наружных половых органов
- герпес, хламидиоз

Дерматологии и косметологии

- экзема, псориаз, угревая сыпь
- фурункулез, пиодермии
- антицеллюлитные процедуры: введение озono-кислородной смеси под кожу в жировую клетчатку (с последующей массажной практикой)

• а также как общеукрепляющая оздоровительная терапия

Способы применения озона: местные, системные (внутривенные). Местное применение - озонотерапия — обдувание озonoкислородной смесью пораженных участков кожи (длительно незаживающие раны, трофические язвы). Озон убивает все виды бактерий, грибов, вирусов, простейших, оказывает мощное заживляющее, иммуномодулирующее действие.

Широко доступным методом озонотерапии является внутривенное капельное введение озонированного специально физиологического раствора. При внутривенной озонотерапии, озон восстанавливает кислородный обмен, высвобождает кислород, нормализует гормональный фон, обмен веществ, снимает интоксикацию, расширяет сосуды, улучшает микроциркуляцию, оказывает иммуностимулирующее, антивирусное, антибактериальное, и противовоспалительное действие.

Практика озонотерапии в лечебных, восстановительных программах для исцеления сопутствующих соматических заболеваний, в том числе:

- хронические гепатиты (В, С), токсические гепатиты;
- трофические язвы;
- долго незаживающие раны;
- дисциркуляторная энцефалопатия;
- герпесвирусная инфекция;
- фурункулез.

Противопоказания к проведению курса озонотерапии

- аллергия на озон;
- острый инфаркт миокарда;
- гипертиреоз;
- склонность к судорогам;
- тромбоцитопения;
- снижение свертываемости крови;
- острая алкогольная интоксикация.

Практика современной озонотерапии предлагает инновационное оздоравливающее, общеукрепляющее, весьма эффективное лечебное средство. Лечение проходит максимально безвредно, весьма эффективно, уже после начальных сеансов просматривается значительное улучшение.

Поэтому поиск новых эффективных методов лечения и реабилитации связанных с применением озона при врожденных расщелинах губы и неба является актуальной проблемой в челюстно-лицевой хирургии.

Одним из высокоэффективных направлений является использование озона, которое как метод является дозозависимым немедикаментозным способом. В связи с этим необходимо детальное изучение механизмов действия озона, влияния его на иммунную систему и репаративные процессы в послеоперационной ране, дальнейшая разработка и обоснование способов озонотерапии и методов контроля ее эффективности.

Цель исследования: обоснование эффективности и оптимизация комплексного лечения

детей с применением озонотерапии для профилактики ранних осложнений при врожденных расщелинах губы и неба после уранопластики.

Задачи исследования: 1. Изучить ПОЛ и АОС в слюне у детей с ВРН до и после уранопластики. 2. Определить эффективность местного применения озона в виде озонированного физиологического раствора у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба после уранопластики. 3. Оценить эффективность внутривенного применения озона у детей с ВРН после уранопластики. 4. Исследовать состояния ПОЛ и АОС в слюне после комбинированного (местного и внутривенного) применения озона у детей с ВРН после уранопластики. 5. На основании результатов микробиологической

исследований обосновать целесообразность применения озона у детей с ВРН после уранопластики.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленных задач, нами проведено сравнительное изучение результатов лечения больных с ВРН, находившихся на стационарном лечении отделения ЧЛХ Областной многопрофильной детской больницы.

Статистика врожденных расщелин верхней губы и неба в отделении челюстно-лицевой хирургии в Самаркандском ОДМБМЦ за 2010 год представлена семью разновидностями этой врожденной патологии.

Таблица 1

Варианты врожденных расщелин верхней губы и неба			
№	Клинический диагноз	n	%
1	Врожденная расщелина верхней губы	53	44,2
2	Врожденная расщелина верхней губы и неба слева	35	29,2
3	Врожденная расщелина верхней губы	12	10
4	Двусторонняя полная врожденная расщелина верхней губы и неба	8	6,7
5	Врожденная расщелина верхней губы и неба справа	7	5,8
6	Врожденная расщелина верхней губы и неба мягкого и твердого неба	3	2,5
7	Врожденная расщелина мягкого неба	2	1,7

Методы исследования. Наряду с общеклиническими исследованиями нами был изучен у наблюдавшихся больных стоматологический статус (прикус, зубная формула, состояние слизистой полости рта), проведены микробиологические исследования (определение неспорообразующих микроорганизмов общепринятыми методами, бактериологический, бактериоскопический), а также изучены биохимические показатели слюны (ПОЛ, АОС).

Результаты и обсуждение. Распределение 120 пациентов с различными формами врожденной расщелины верхней губы и/или твердого и/или мягкого неба по регионам представлено в таблице 1.

Реабилитация детей после уранопластики, производимой в связи с врожденной расщелиной неба, это широкая система медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на восстановление здоровья, нарушенных функций, улучшение качества жизни маленького пациента.

Комплекс реабилитационных мероприятий должен включать в себя профилактику воспалительных осложнений с использованием для этой цели различных физиотерапевтических, лекарственных и других методов, контроль за состоянием микробиотоза полости рта.

Проведение процедур по гигиеническому уходу за полостью рта у детей после уранопластики имеет ряд особенностей, среди которых высокое чувство ответственности среднего персонала, от кого в немалой степени зависит конечный результат операции. С помощью ир-

ригации дезинфицирующими и дезодорирующими растворами - марганцовокислого калия, фурациллина (1: 5000), перекиси водорода - удаляются разлагающиеся сгустки крови, отторгающиеся фрагменты некротизировавшейся ткани. Бактерицидные свойства озона, применявшегося с этими же целями, что и ирригационные растворы, эффективно saniруют полость рта от патогенной микрофлоры и предотвращают развитие гнойно-воспалительных осложнений, что не всегда достижимо с помощью только ирригационных манипуляций. Для освежения полости рта и дезодорирования к антисептическим растворам при проведении ирригационной терапии и озонотерапии к антисептическим растворам мы добавляли 3- 5 капель мятного экстракта.

При гиперсаливации, что весьма характерно для детей, для устранения увлажнения и загрязнения одежды, для профилактики ферментной мацерации кожи применяли слюноприемники.

Обоснованием к применению озонотерапии явились следующие положения:

> Озон оказывает: иммуностимулирующее, антигипоксическое, дезинтоксикационное, антимикробное действие, стимулирует обменные процессы, улучшает реологические свойства крови. При взаимодействии озона с биологическими средами отмечается действие на двойные связи полинасыщенных жирных кислот. Образованные в результате озонлиза перекиси могут свободно проходить через мембрану клетки, при этом нака-

пливаются кислороднесущие соединения и стимулируются кислородзависимые реакции.

Таблица 2

Распределение пациентов с ВРН по месту жительства

№	Административный регион	п	%
1	Ургутский район	13	10,8
2	Самарканд	12	10
3	Пастдаргомский район	И	9,2
4	Самаркандский район	10	8,3
5	Тайлякский район	8	6,7
6	Каттакурганский район	7	5,8
7	Нарпайский район	1	5,8
8	Чиракчинский район Кашкадарьинской области	6	5,0
9	Пайарыкский район	6	5,0
10	Иштыханский район	5	4,2
11	Шахрисабзский район Кашкадарьинской области	4	3,0
12	Нурабадский район	3	2,5
13	Галлааральский район Джизакской области	3	2,5
14	Форишский район Джизакской области	2	1,7
15	Косонский район Кашкадарьинской области	2	1,7
16	Карши	2	1,7
17	Бахмальский район Джизакской области	2	1,7
18	Китабский район Кашкадарьинской области	2	1,7
19	Зафарободский район Джизакской области	1	0,8
20	Джаркурганский район Сурхандарьинской области	1	0,8
21	Джамбайский район	1	0,8
22	Гиждуванский район Бухарской области	1	0,8
23	Кумкурганский район Сурхандарьинской области	1	0,8
24	Нуратинский район Навоийской области	1	0,8
25	Камашинский район Кашкадарьинской области	1	0,8
26	Пахтачи район	1	0,8
27	Бахмальский район Джизакской области	1	0,8
28	Яккабагский район Кашкадарьинской области	1	0,8
29	Город Навои	1	0,8
30	Булунгурский район	1	0,8
31	Зааминский район Джизакской области	1	0,8
32	Джаркурганский район Сурхандарьинской области	1	0,8
33	Джизакский район Джизакской области	1	0,8

> Озон в высоких концентрациях является высокотоксичным веществом. Низкие концентрации используются для достижения метаболических эффектов.

> Одним из положительных и более выгодных свойств озонотерапии в сравнении с другими методами оксигенации является более быстрая ответная метаболическая реакция, являющаяся следствием высокой реакционной способности озона и различающимися механизмами взаимодействия кислорода и биоорганического субстрата.

> Устранению гипоксии также способствует улучшение кислородтранспортной функции крови, улучшение её реологических свойств, увеличение концентрации кислорода в плазме. При этом повышается метаболическая активность форменных элементов крови, клеток ткани, возрастает активность ферментов дыхательной цепи и окислительного фосфорилирования, что ведёт к восстановлению энергообразования.

> В основе дезинтоксикационных механизмов лежит “обрыв” свободно-радикальных реакций и стимуляция антирадикальной системы.

У детей с ВРН до операции, имеет место

высокий уровень продуктов ПОЛ и угнетение активности ферментов АОС в слюне. После уранопластики интенсивность ПОЛ продолжает нарастать. Морфологически дистрофические изменения клеток сохраняются даже на девятые сутки. В течение 3-4 дней до операции и 7-8 дней после нее, рекомендуется проведение озонотерапии. На вторые сутки послеоперационного периода снять защитную пластинку с верхней челюсти, лечение проводить «открытым» методом и до снятия швов осуществлять ирригацию области раны озонированным физиологическим раствором.

Таким образом, на основании проведенных нами исследований определен удельный вес неспорообразующих микроорганизмов полости рта и послеоперационных ран у детей с ВРН. Впервые проведена клинко-микробиологическая оценка эффективности озонированных масел in vitro при лечении ВРН. Оценено изменение биохимических антиоксидантных показателей, а также определена их взаимосвязь с клиническими проявлениями при комплексном лечении ВРН.

У детей с ВРГН в слюне обнаружено повышение уровня продуктов ПОЛ в 3 раза и угнетение активности ферментов АОС в 2 раза. Эти метоболические нарушения после уранопластики усугубляются соответственно в 4-5 и 3-4 раза. Парентеральное введение озона и

местное применения его восстанавливает до контрольного значения ряд показателей в системе ПОЛ и АОС к 5-6 суткам, что благоприятно отразилось на заживлении послеоперационной раны.

Литература

1. Абаимова О.И. // Здравоохранение Беларуси. — 1985. — № 10. — С. 43—45.
2. Азимов М.И., Досмухамедов М.З., Икрамов Г.А. Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у детей с врожденной расщелиной неба // Новое в стоматологии. Москва. 2001, № 7, с. 80-82.
3. Асадуллина Г.А. Применение озона в комплексном лечении больных с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области / Автореферат дисс. ... канд.мед.наук, Ташкент, 2006.
4. Беляков Ю.А. Стоматологические проявления наследственных болезней и синдромов. - М.: Медицина, 1993. — 253 с.
5. Гарматаров Б.Д. Влияние различных методов уранопластики на рост и развитие верхней челюсти: Автореф. дис.... канд. мед. наук.-Ташкент, 1980.-23 с.
6. Гуцан А.Э. Врожденные расщелины верхней губы и неба. — Кишинев, 1980. — 141 с.
7. Досмухамедов М.З. Комплексное лечение детей с врожденной расщелиной неба, прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений / Автореферат дисс. ... канд.мед.наук, Ташкент, 2006.
8. Зорич М.Е. Обоснование и разработка аппарата с внутрикостной фиксацией для раннего ортодонтического лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Мн., 2000. — 20 с.
9. Карпова Е.И. Хирургическое устранение врожденных и послеоперационных дефектов неба с использованием аллогенной плацентарной ткани. - Екатеринбург, 1996 . - С. 21.
10. Котов Г.А. Принципы хирургического лечения врожденной расщелины у детей //Новости оториноларингол. и логопатол,- 1996.-№ 1.-С. 65-67.
11. Куличкова В.Н., Виссарионов В.А., Сашенков С.Л. Оценка функциональной эффективности различных способов устранения врожденных дефектов неба //Актуальные вопросы пластической, эстетической хирургии и дерматокосметологии: Сб. науч. тр.-М., 1998.-С. 27-29.
12. Самар Э.Н. Опыт комплексного лечения больных с врожденными расщелинами неба//Вестн. стомат.-1995.-М 3.-С. 209-213.
13. Соколова А.В. // Вестник оториноларингологии. — 2003. — № 6. — С. 55— 57.
14. Харьков Л.В. Хирургическое лечение несрашений неба. — Киев, 1992. — 199 с.
15. Delaire J., Presious D. — Oral Surg,— 1985,— V. 60,— P.589—597.
16. Fair M.L., McGlone E.L. // Cleft. Palate J. —1976. — V. 13, N 1. — P. 181—183.
17. Malek R., Psaume J. // Annals Chirurgie Plastique. —1983.— V.28. — P.237.
19. Markus A.F., Smith W.P., Delaire J. // Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. — 1993. — V.31. — P. 71—77.