



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Нигора Эргашевна Махкамova

Диёр Дилшодович Якубджанов

Ахрор Дилмуродович Халмирзаев

Ташкентский государственный стоматологический институт

Махзуна Тахсиновна Насретдинова

Самаркандский государственный медицинский институт

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2021-1-7>

АННОТАЦИЯ

У 68 детей в возрасте от 5 до 18 лет с врожденной расщелиной неба выполнено эндоскопическое исследование для определения анатомо-топографического, функционального состояния полости носа и причины деформаций, характерных для данной аномалии. В зависимости от формы расщелины неба дети распределены на 3 группы: I группу составили дети со сквозной расщелиной неба (n=23); II группа - дети с изолированной расщелиной неба (n=25) и III группа - дети со скрытой расщелиной неба (n=20). Результаты исследования показали: в первой группе - слизистая оболочка тонкая, быстро кровоточит, нижняя носовая раковина синюшная; у второй группы - слизистая оболочка гипертрофирована, шероховатая, имеет добавочные складки; а у третьей группы детей состояние слизистой оболочки схоже с состоянием здоровых детей. Состояние носового барьера после операции по поводу дефекта неба зависит от сроков и метода операции.

Ключевые слова: врожденный порок неба и верхней губы, полость носа, дети.

Нигора Эргашевна Махкамova

Диёр Дилшодович Якубджанов

Ахрор Дилмуродович Халмирзаев

Тошкент Давлат стоматология институти

Махзуна Тахсиновна Насретдинова

Самарканд давлат тиббиёт институти

ТАНГЛАЙ ТУҒМА КЕМТИКЛИ БОЛАЛАРДА БУРУН БЎШЛИҒИНИ ДИАГНОСТИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

АННОТАЦИЯ

5 ёшдан 18 ёшгача бўлган нинг туғма танглай кемтиги бўлган 68та болаларда бурун бўшлиғининг анатомо-топографик, функционал ҳолатини ва ушбу аномалияга ҳос бўлган деформациялар сабабини аниқлаш мақсадида эндоскопик текширув ўтказилди. Болалар туғма танглай кемтик шаклига асосланган ҳолда 3 гуруҳга бўлинди: I гуруҳни тўлиқ танглай кемтикликли болалардан (n=23); II гуруҳ – танглайнинг чегараланган кемтикликли болалар (n=25) ва III гуруҳ – яширин танглай кемтикликли болалардан (n=20) иборат. Текширув натижалари қуйидагиларни кўрсатди: биринчи гуруҳда – шиллик қавати юпкалашган, тез қонайди, пастки бурун чиғаноқлари кўкимтир рангда; иккинчи гуруҳ болаларда шиллик қават гипертрофияланган, ғадир-будир бўлиб, қўшимча бурмаларга эга ва учинчи гуруҳ болаларда шиллик қаватининг ҳолати соғлом болаларникига ўхшашдир. Бурун тўсиғининг ҳолати операцияни ўтказиш муддати ва усулига, ҳамда операциядан олдинги ва кейинги ортодонтик даволашга боғлиқ бўлди.

Калит сўзлар: танглай ва юқори лаб туғма кемтиги, бурун бўшлиғи, болалар

Nigora E. Makhkamova

Diyor D. Yakubjanov

Akhror D. Khalmirzaev

Tashkent Dental Institute

Makhzuna T. Nasretdinova

THE RESULTS OF DIAGNOSTIC EXAMINATION OF THE NOSE CAVITY IN CHILDREN WITH CONGENITAL SLIT PALATE

ANNOTATION

In 68 children aged 5 to 18 years with a congenital cleft palate, an endoscopic examination was performed to determine the anatomical, topographic, functional state of the nasal cavity and the cause of deformities characteristic of this anomaly. Children were divided into 3 groups: I group consisted of children with a through cleft palate ($n = 23$); Group II children with an isolated cleft palate ($n = 25$) and group III children with a hidden cleft palate ($n = 20$). The results of the study showed: in the first group - the mucous membrane is thin, bleeds quickly, the inferior turbinate is cyanotic; in the second group, the mucous membrane is hypertrophied, rough, has additional folds; and in the third group of children, the state of the mucous membrane is similar to that of healthy children. The condition of the nasal barrier after surgery for a defect in the palate depends on the timing and method of surgery.

Key words: congenital malformation of the palate and upper lip, nasal cavity, children.

Тенденция к росту рождаемости детей с врожденными пороками развития лица не снижается. Одно из первых мест в их структуре занимает расщелина верхней губы и неба. По данным ВОЗ, в мире частота рождения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) составляет 0,6—1,6 случаев на 1000 новорожденных. Данный порок развития сопровождается анатомическими и функциональными нарушениями, выраженность которых зависит от степени расщепления и возраста ребенка. ВРГН является основополагающим фактором в развитии смешанного дыхания, а также — причиной заброса пищи в полость носа при кормлении [1]. Данный врожденный дефект создает благоприятные условия для присоединения вторичной инфекции ЛОР-органов. ЛОР-патология занимает второе место у детей с ВРГН после челюстно-лицевых нарушений [2,3]. Существует небольшое количество работ, констатирующих более частые случаи диагностики острого синусита, ринита, тонзиллита и других ЛОР-заболеваний у детей с ВРГН по сравнению со здоровыми детьми [1-3]. Единичные зарубежные публикации посвящены в основном состоянию околоносовых пазух у детей с ВРГН. В этих работах авторы сравнивали объем пазух на здоровой стороне и на стороне расщелины и сроки их пневматизации по сравнению с аналогичными пазухами здоровых детей. Было установлено, что развитие верхнечелюстных пазух у детей с ВРГН не отстает от развития пазух здоровых детей.

Недостаточно данных о распространенности воспалительной патологии околоносовых пазух у данного контингента детей, причинах и predisposing факторах, не разработаны алгоритмы обследования, позволяющие предотвратить начало заболевания или выявить его на ранних этапах, что позволило бы сократить сроки лечения и повысить его эффективность.

Целью исследования было клиническая оценка состояния полости носа с помощью эндоскопического исследования у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Материалы и методы исследования: У 68 детей в возрасте от 5 до 18 лет с врожденными пороками развития верхней губы и неба выполнено эндоскопическое обследование (предоперационное и послеоперационное (хейло- и уранопластики)) с целью определения анатомо-топографического, функционального состояния полости носа и причины деформации специфичен для этой аномалии. Пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 28 детей, прооперированных в

возрасте до 3 лет, во вторую группу вошли 25 детей, перенесших операцию в возрасте до 3 лет. Пациентам I и II групп проводилось дооперационное и послеоперационное ортодонтическое лечение. В III группу вошли 15 детей, не подвергавшихся ортодонтическому лечению после 5 лет. При исследовании полости носа был использован эндоскоп фирмы HEINEMANN (Германия).

Результаты исследования и обсуждения. Перед эндоскопическим исследованием полости носа у всех больных проводилась промывание полости носа с раствором фурацилина в концентрации 1: 5000, перед эндоскопией проводилась передняя риноскопия с помощью носового зеркала, использовано 0,5%, 2% новокаин, 1%, 2% лидокаин для снятия боли. Растворы распыляли в полость носа. После анестезии, дистальный конец эндоскопа вводился в носовую полость, все стенки носа видны, обращая внимание на цвет, рельеф, конфигурацию и анатомическое состояние слизистой оболочки. На дне носовой полости имеется дефект в области неба и губ, нос сужен в преддверии, а нос расширен в сторону гортани. Состояние слизистой носа зависит от продолжительности хейло- и уранопластики и возраста пациента. По данным Т. Bozkurt (1990) вероятность изменений у пациентов в возрасте до 1 года меньше, чем у здоровых детей. Однако у не оперированных пациентов морфологические и функциональные изменения усиливаются с возрастом. Вначале слизистая оболочка становится гиперемизированной, легко травмируется, быстро кровоточит. В дальнейшем слизистая оболочка гипертрофируется или атрофируется, если не оперировать до 7 лет.

Эндоскопическое исследование полости носа показало, что состояние слизистой оболочки у первой группы пациентов аналогично состоянию здоровых детей, у второй группы пациентов нижний носовой ход синюшный, слизистая оболочка тонкая, быстро кровоточит. У третьей группы больных слизистая оболочка гипертрофирована, шероховатая, имеет добавочные складки. Это связано с деформацией верхней челюсти.

Помимо дефекта мягкого неба, у этих пациентов имеется искривленный носовой перегородки и недостаточно развитая форма. В одной сторонной дефекты неба и губы, носовая перегородка искривлена, а в нижней части наклонен в сторону дефекта. В раннем детстве другие части носовой перегородки не искривлен. Со временем по разным причинам (разница в давлении воздуха по обе стороны от носовой перегородки, изменение положения

пластинки верхней челюсти, нарушение миодинамического баланса средней части лица) средней части лица, носовая перегородка искривляются в дефектном направлении.

Состояние задней части носовой перегородки и дефекты неба и губы зависят от сроков и методов операции, а также от предоперационного и послеоперационного ортодонтического лечения.

В первой группе заложенность носа наблюдалась у 5 пациентов. Во второй группе - 9 пациентов, а в третьей - у всех пациентов была заложенность носа.

Изменение рельефа носовой полости зависит от деформации верхней челюсти, в частности положения небной пластинки. Со временем, начиная со школьного возраста, у неоперированных детей увеличивается оральный наклон пластинки верхней челюсти. У здоровых детей дно носовых ходов имеет вогнутую (арочную) структуру. Подобная структура наблюдается у детей первой группы. У 8 пациентов второй группы дно слизистой носа после операции имеет волнообразный рельеф на оперированной стороне, что затрудняет отведение слизи. У третьей группы пациентов деформация очевидна. Дно нижнего носового прохода на здоровой

стороне вогнутое, сползающее к внешней, т.е. боковой стенке, сужающее нижний носовой ход. После устранения дефекта носовой ход кажется суженным за счет искривления средней части носового барьера. Внизу носового хода рубец, который показывает рельеф слизистой оболочки. С практической точки зрения состояние слизистой носа также важно, поскольку оно не только определяет структуру и рельеф слизистой носа, но и играет особую роль в клинических проявлениях основного заболевания. Практически у всех пациентов старше 5 лет диагностирована гипертрофия заложенности носа, которая с возрастом ухудшается и вызывает нарушения носового дыхания.

Вывод. Таким образом, эндоскопическое обследование носа показало, что у пациентов с односторонней расщелиной неба и верхней губы внешняя деформация носа и изменение топографии полости носа зависят от возраста пациента, метода операции и ортодонтического лечения, что имеет большое значение в восстановление носового дыхания.

Литература:

1. Богородицкая А.В., Радциг Е.Ю., Притыко А.Г. Хирургическое лечение тонзиллярного кольца Вальдейера у детей, оперированных по поводу расщелины губы и неба // Вестник оториноларингологии Январь 2016 года
2. Богородицкая А.В., Сарафанова М.Е., Радциг Е.Ю., Притыко А.Г. Состояние полости носа и придаточных пазух носа у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Вестник оториноларингологии Январь 2015 года.
3. Махкамова Н.Э., Миразизов К.Д. Состояние гортани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Вестник оториноларингологии. 2007;5:23-25.
4. Насретдинова М. Т. и др. Нарушение системы антиоксидантной защиты у детей с хроническим гнойным синуситом и её комплексная коррекция //Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино. – С. 87.
5. Насретдинова М. Т., Хайитов А. А., Салимова Ш. С. Совершенствование диагностики различных форм грибковых риносинуситов //Вестник врача. – 2016. – №. 4. – С. 27.
6. Портнов А. Эндоскопия (исследование) полости носа // Медицинский эксперт последнее рецензирование. 11.04.2020.
7. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста // Учебник Медицина. 2003.
8. Сутулов В.В. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения (на примере Липецкой обл.) // Дис...канд. мед. наук. Тверь; 2006.
9. Bogoroditskaya A.V., Sarafanova M.E., Radtsig E.Y., Prityko A.G. The state of the nasal cavity and paranasal sinuses in the children presenting with congenital cleft of upper lip and palate // Медицина. 2003.
10. Hikosaka M, Nagasao T, Ogata H, Kaneko T, Kishi K. Evaluation of maxillary sinus volume in cleft alveolus patients using 3-dimensional computed tomography // J Craniofac Surg. 2013;24(1):23-26.
11. Kuijpers M.A., Pazera A., Admiraal R.J., Bergé S.J., Vissink A., Pazera P. Incidental findings on cone beam computed tomography scans in cleft lip and palate patients // Clin Oral Investig. 2014;18(4):1237- 1244.
12. Suzuki H., Yamaguchi T., Furukawa M. Maxillary sinus development and sinusitis in patients with cleft lip and palate // Auris Nasus Larynx. 2000;27(3):253-256.
13. Khayitov A. A. et al. Immunological parameters in patients with chronic cystic sinusitis //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 152-157.
14. Takhsinovna N. M. On The Treatment Of Patients With Chronic Atrophic Rhinitis //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 2. – №. 08. – С. 86-90.