

4. Пагава Е.К., Мишо П.А., Жаннин А. и др. Физическая активность подростков. Гигиена и санитария. - М., 2006. - №6. - с. 64-66.

5. Боев В.С. Отношение сельских жителей к здоровому образу жизни. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002, №5, с. 14-16.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

Кубаев А.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Врожденные и приобретенные деформации лицевого черепа

Под деформациями лицевого скелета понимают нарушение морфофункциональных соотношений его элементов, их эстетических пропорций. Причины возникновения деформаций различны. Часть их обусловлена аномалиями развития черепа и является одним из наиболее существенных признаков генетических заболеваний, часть отображает нарушения эндокринного баланса организма матери или ребенка или формируется под влиянием тератогенных агентов в период антенатального онтогенеза [4, 9, 15, 14].

Кроме того, аномалии и деформации могут быть обусловлены заболеваниями или функциональными нарушениями в детском возрасте, у взрослого человека или сочетанным кумулятивным воздействием различных факторов [5].

На материале многих наблюдений за пациентами с различными зубо - челюстно - лицевыми аномалиями, верхняя и нижняя прогнатия составила около 85% их численности [17, 18]. Сукачев В.А. (1984) отмечает, что среди всех зубочелюстно-лицевых аномалий, встречающихся в 2,2-2,7% у взрослого населения, нижняя прогнатия достигает 32% и верхняя прогнатия — 31%.

О частоте зубочелюстных аномалий у взрослых можно судить по данным ряда отечественных и зарубежных исследователей, проводивших эпидемиологические исследования в возрастной группе от 15 лет до 21 года, когда рост лицевого черепа фактически уже завершен. Частота выявленных деформаций колебалась от 41,1 до 95,3 %.

По данным специальной рабочей группы Национального института стоматологии США, у 35 % населения наблюдаются аномалии и деформации лицевого черепа, а также зубочелюстные деформации, причем 5—15 % из них необходимо хирургическое лечение.

В. М. Безруков (1981), изучавший деформации верхней челюсти (верхняя микро- или ретрогнатия), сочетанные деформации челюстей отмечал у 42 % взрослых больных с деформациями.

Еще раньше мнение о том, что изолированные аномалии развития челюстей и особенно верхней встречаются редко, высказал Х. А. Каламкар (1972).

Косвенным подтверждением сказанного являются клинические и рентгенологические изменения в лицевом черепе по типу гипо- или гипер-плазии у больных с односторонними деформациями нижней челюсти. Установлено, что первичные изменения в зонах роста нижней челюсти ведут к развитию вторичных деформаций в прилежащих и отдаленных участках лицевого черепа.

Лицевой скелет представляет собой уникальную конструкцию. В 1986 году P.J. Obwegeser, L.J. Marentette условно поделили его на три зоны: верхнюю, среднюю и нижнюю. Самой сложной по своему строению и выполняемым функциям является средняя зона лица. Ее скелет, образованный шестнадцатью в основном тонкими, плоскими, не имеющими губчатого вещества костями и состоящий из множества полостей, не менее прочен, чем верхняя и нижняя зоны лицевого скелета, образованные более толстыми костями. Полости глазниц, носа и его придаточных пазух и множество костных каналов, участвующих в формировании этой зоны, непосредственно связаны друг с другом или имеют общие границы. Именно поэтому повреждение, хотя бы одного из анатомических образований средней зоны лица, часто влечет за собой изменения в граничащих с ней структурах. [19].

G.W. Arnett и R.T. Bergman (1993) с этой же целью разделили лицо человека на 19 частей, что позволило им более объективно определять показания к реконструктивному вмешательству на основе прогнозируемого достижения оптимального эстетического результата[16].

Остеогенез, т.е. процесс формирования кости как ткани, принципиально одинаков в любом отделе скелета и может быть разделён на морфогенез — развитие формы и трансформацию — развитие костной структуры. Морфогенез ограничен определённым отрезком жизни, автономен или индуцирован внешними влияниями и осуществляется путём энхондрального или интрамембранозного и периостального костеобразования. Кости лицевого скелета образуются путём мембранного обызвествления соединительной ткани во внутриутробном периоде (эндесмальное окостенение) с последующим аппозиционным новообразованием костной ткани в краях шовных соединений, периосте, на поверхности костей вплоть до достижения ими окончательной формы и размеров. Нижняя челюсть, кости прилежащие к хрящевой капсуле носа, имеют смешанный тип морфогенеза, т.е. эндесмально-хрящевой; кости основания черепа, носовой перегородки — энхондральный.

Челюстные кости растут в тесной взаимосвязи и взаимообусловленности с ростом окружающих костных структур черепа. Прежде всего, рост и формирование лицевых костей тесно связаны с развитием основания черепа, ростковые центры которого (синхондрозы) являются гомологами эпифизарных ростковых зон длинных трубчатых костей и имеют хрящевые матрицы [3].

Наряду с генетическими факторами в основе развития зубочелюстных аномалий лежат процессы и механизмы, протекающие в период внутриутробного (антенатального или пренатального) онтогенеза или возникающие во время родового акта — интранатального. Имеются различные патогенетические пути развития аномалий прикуса. Это могут быть врождённые пороки закладки точек окостенения, нарушения деятельности ростковых зон, приводящие к задержке или ускорению роста основания черепа и челюстных костей. В зависимости от времени действия тератогенного агента врождённые аномалии могут быть гамето-, бласто-, эмбрио- и фетопатиями [7].

Энгль (1889) впервые описал нарушения прикуса и их симптомы. Ученый за основу взял постоянство положения первого постоянного моляра верхней челюсти, он разработал морфологическую классификацию, которая включала норму и несколько разновидностей нарушений прикуса. Эта классификация существовала в течение 100 лет. Затем было много попыток усовершенствовать эту классификацию. Большинство ученых, в основном уделяли внимание патологии нижней челюсти без учета изменений верхней челюсти и всего черепно-лицевого комплекса, что привело к локалистическому подходу в планировании хирургического лечения и отрицательно отразилось на результатах лечения данной категории больных.

В настоящее время наиболее полной является рабочая классификация аномалий лицевого черепа, челюстей и зубов, а также их деформаций, предложенная Х. А. Каламкаровым (1972) и усовершенствованная В. М. Безруковым (1981) и В. И. Гунько (1986).

I. Аномалии развития зубов:

1. Аномалии количества зубов: а) адентия (частичная, полная); б) сверхком-плектные зубы.
2. Аномалии положения зубов (вестибулярные, оральные, медиальные, дистальные, поворот зубов по оси, высокое или низкое положение зубов, транспозиция).
3. Аномалии величины и формы зубов.
4. Аномалии прорезывания зубов (преждевременное, позднее, ретенция).
5. Аномалии структуры зубов.

II. Деформации челюстей.

1. Макрогнатия (верхняя, нижняя, симметричная, несимметричная, различных отделов или всей челюсти).
2. Микрогнатия (верхняя, нижняя, симметричная, несимметричная, различных отделов или всей челюсти).
3. Прогнатия (верхняя, нижняя, функциональная, морфологическая).
4. Ретрогнатия (верхняя, нижняя, функциональная, морфологическая).

III. Сочетанные деформации челюстей (симметричные, несимметричные).

1. Верхняя микро- и ретрогнатия, нижняя макро- и прогнатия.
2. Верхняя макро- и прогнатия, нижняя микро- и ретрогнатия.
3. Верхняя и нижняя микрогнатия.
4. Верхняя и нижняя макрогнатия.

IV. Сочетанные аномалии зубов и деформации челюстей.

V. Сочетанные аномалии и деформации лицевого и мозгового черепа и зубо-челюстной системы.

1. Симметричные: а) челюстно-лицевые дизостозы (синдром Тричера Колинза — Франческетти); б) краниостенозы (синдром Аперта, Крузона); в) гипертелоризм I—III степени.

2. Несимметричные: а) гемифациальная микросомия I—III степени (синдром Гольденхара); б) гипертелоризм I—III степени.

Наиболее полное описание клинико-рентгенологических проявлений деформаций верхней челюсти, сопровождающихся уменьшением ее размеров или ретропозицией по отношению к переднему основанию черепа, встречается в трудах В.М.Безрукова [3]. Эти виды патологии верхней челюсти, обозначенные терминами верхняя ретромикрогнатия, отражают все характерные для нее морфофункциональные изменения черепно-лицевого комплекса.

Начало всестороннего изучения этих диспропорций лицевого и мозгового черепа связано с работами Мюллера (1970). Деформация челюстей, внешними признаками которых являются чрезмерно удлиненная форма лица, узкая высокая форма носа с характерной горбинкой на спинке и десенная улыбка с нарушениями прикуса по 2 и 3 классу Энгля, названа «Longe face syndrome» (синдром длинного лица).

Современные хирургические способы лечения позволяют восстановить целостность анатомических образований и уменьшить эстетический дефект, однако без ортодонтического лечения невозможно полностью устранить анатомические и функциональные нарушения и добиться высоких эстетических результатов. Вместе с тем до настоящего времени отсутствует единая тактика ортодонтического лечения больных с учетом роста и развития отдельных участков верхней и нижней челюсти [12].

Таким образом, на основании анализа литературы установлено, что врожденные и приобретенные патологии и деформации средней зоны лицевого черепа нарушают анатомо-топографические соотношения органов и систем, что приводит к нарушению их функционирования.

Анатомо-топографические особенности и функциональное состояние полости носа

У больных с деформациями челюстей, лицевого и мозгового черепа резко изменены топографические взаимоотношения между различными анатомическими органами, а также нарушено нормальное анатомическое строение каждого из них. И, как следствие, функционирование каждого органа и системы ухудшается.

Дыхание — одна из важнейших функций живого организма. Первый этап дыхания — вентиляция легких — заключается в обмене вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. Ротовое дыхание влечет за собой ограничение дыхательных движений грудной клетки, нарушение ритма дыхания, недостаточность вентиляции легких. Затруднение носового дыхания, связанное с некоторыми патологическими процессами в носу и носоглотке.

В полости носа осуществляется регуляция влажности и температуры поступающего в организм воздуха, воздушный поток благодаря мерцательному эпителию освобождается от различных примесей, содержащихся в атмосфере. Слизистая оболочка полости носа и носовых пазух также является противомикробным барьером.

У части больных с аномалиями и деформациями зубочелюстной системы отмечены нарушения речи, хронические воспалительные процессы в носу и придаточных пазухах носа и связанные с этим нарушения дыхания.

При верхней макрогнатии резко увеличена высота альвеолярного отростка. Вертикальные размеры верхней челюсти также увеличены. Ширина грушевидного отверстия значительно уменьшена, а высота увеличена.

У детей с различными формами аномалий и деформацией зубочелюстной системы основными причинами, затрудняющими дыхание через нос, это увеличенные аденоидные вегетации, искривление носовой перегородки, риносинуситы, гипертрофия нижних носовых раковин [15].

Убайдуллаев М.Б. (2001), Оганесян С.С. (2009) исследовали состояние носового дыхания у больных с деформациями носа различного генеза. Было установлено, что за счет деформации носовые отверстия имеют разные величины, возможно закрытие одного из них, т.е. определяется искривление носовой перегородки. Эти изменения часто сочетались с асимметрией лица. Также определена асимметрия грушевидного отверстия. Эти и другие выявленные патологии способствуют нарушению носового дыхания у больных.

У больных с верхней макрогнатией отмечается затруднение носового дыхания и компенсаторные изменения со стороны нижней челюсти и всего черепно-лицевого комплекса, которые должны учитываться при выборе способа хирургического лечения. По данным С.Н.Махсудова (2008), у 64,61% подростков с различными формами деформаций верхней челюстей отмечается затруднение носового дыхания, связанное сужением скелета полости носа, гиперплазией нижних носовых раковин, искривлением перегородки и чрезмерной развитостью передней носовой кости [6,1].

У больных с верхней микро- или ретрогнатией уплощена и западает средняя треть лица. Это особенно четко проявляется при сравнении наиболее выступающих точек в области лба, верхней челюсти и подбородка.

Рельеф скуловых и подглазничных областей симметрично сглажен и уплощен. Основание хрящевого отдела носа западает, носовые ходы сужены вследствие уменьшения грушевидного отверстия. Носовое дыхание затруднено. На границе перехода костного отдела носа в хрящевой определяется горбинка. Верхняя губа, особенно ее основание, западает. Носогубной угол меньше 90°. Носогубные складки резко выражены, глубокие.

У больных с верхней микрогнатией после хейло - и уранопластики по поводу врожденных расщелин губы и неба, помимо всего перечисленного, отмечается смещение костного остова носа в здоровую сторону. Хрящевой отдел носа также смещен в здоровую сторону, крыло носа на стороне расщелины деформировано, уплощено. Перегородка носа укорочена. Основание грушевидного отверстия на стороне расщелины недоразвито, уплощено, западает. Вход в нижний носовой ход на стороне расщелины расположен ниже по сравнению со здоровой стороной. Костная и хрящевая перегородки носа искривлены, носовые раковины на стороне расщелины гипертрофированы. У всех больных с расщелинами нарушено носовое дыхание.

Быстрый рост хирургической активности при дефектах и деформациях лицевого черепа, который можно констатировать за последние годы, обусловлен тем, что вне зависимости от происхождения, изменения целостности и формы лицевых отделов черепа грубо нарушают жизненно важные функции – дыхание, зрение, речеобразование, чреваты психологической дезадаптацией пациентов и изменениями их социального статуса. Это тем более существенно, что подавляющее большинство этих пациентов являются детьми, подростками или лицами молодого трудоспособного возраста [2, 1].

Нарушение носового дыхания при врожденных расщелинах губы и неба приводит также и к изменению внешнего дыхания. К.Л.Буберман (1980), Г.И. Семенченко (1980) и другие выявили нарушение легочной вентиляции, снижение жизненной емкости легких, максимальной вентиляции, а также наличие гипервентиляции за счет учащения дыхания и ухудшения утилизации кислорода.

Заключение

Неэффективность проведенных ЛОР-операций для улучшения носового дыхания и скелетный генез большинства из них требуют продолжения изучения морфофункционального состояния полости носа и разработки новых методов комплексного лечения с участием различных специалистов.

При наличии деформаций лицевого черепа обнаруживаются изменения в ЛОР-органах, которые лечатся как консервативными, так и хирургическими методами. Устранение риносколиоза усложняется, когда у пациента имеется асимметрия лица, вследствие врожденной аномалии развития лицевого черепа. Отсутствие срединной линии лица у таких пациентов создает сложности при определении линии, по которой должна проходить спинка носа после операции [11].

Таким образом, анализ научной литературы показал, что деформации зубо-челюстно-лицевой области являются распространенной патологией, нарушающей морфофункциональные соотношения ее элементов, их эстетических пропорций. Одним из важных изменений является сопутствующее нарушение функции носового дыхания, что диктует необходимость проведения дальнейших исследований.

Литература

1. Абдукадыров А.А. Усовершенствованные хирургические способы лечения верхней макрогнатии и нижней ретро-микрогнатии // Stomatologiya.-2005.-№3-4.-С.120-124.

2. Андрейченко О.А., Рабухина Н.А., Ипполитов В.П. Рентгенологическое исследование полости носа и придаточных пазух у больных с тяжелыми врожденными черепно-лицевыми деформациями // Рос. стоматологический журнал.-2004.-№5.-С.26-31.
3. Безруков В.М. Клиника, диагностика и лечение врожденных деформаций средней зоны лицевого скелета: Автореф. дис. д-ра мед.наук. –М., 1981.-32 с.
4. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, Т. 2. - М.: Медицина, 2000.-487 с.
5. Водолацкий В.М. Лечение детей с сочетанной деформацией челюстных костей // Рос.стоматологический журнал.-2007.-№5.-С.31.
6. Гунько В.И. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями челюстей: Автореф.дис. ... д-ра мед.наук. – М., 1987.-42 с.
7. Давыдов Б.Н., Бессонов С.Н. Патогенез врожденных и вторичных деформаций среднего отдела лица у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба и их коррекция первичной хейло-рино-гнатопластикой // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – М.: МГМСУ, 2002. – С. 76–79.
8. Каламкарров Х.А. Клинико-морфологическая классификация и диагностика зубочелюстных деформаций // Стоматология.-1972.-№2.-С.81-84.
9. Карюк Ю.А., Боронджиян Т.С. Зонография в диагностике патологии верхнечелюстных и лобных пазух // Вестник оториноларингологии. –2005.-№2.-С.28-30.
10. Махсудов С.Н., Нусратуллаев З.С., Алимова Р.Г. Новый ортодонтический аппарат для коррекции носовых верхнечелюстного комплекса при верхней микро- и ретрогнатии // Stomatologiya.-2008.-№1-2.-С.68-70.
11. Оганесян С.С. Хирургия риносколиоза: Автореф.дис.... д-ра мед.наук. – С-Пб, 2009.-49 с.
12. Степина С.В., Зернов А.В. Планирование ортодонтического лечения больных с одно- и двусторонними врожденными полными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка в период активного роста // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2005.-№1-2.-С.
13. Сукачев В.А. Атлас реконструктивных операций на челюстях. - М. - 1984. - С. 7-10.
14. Фаттахова Я.А., Абдуазимов А.Д. Анте- и постнатальные факторы, приводящие к развитию прогении // Stomatologiya. - 2008.-№1-2.-С.71-74.
15. Ходжаева К.А., Якубов Р.К., Шарипова А.У. Оценка состояния уха, горла и носа у детей с деформациями челюстей // Stomatologiya.-2005.-№1-2.-С.24-25.
16. Arnett G.W., Bergman R.T. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. // Amer. J. Orthod.Dental ortop-1993. Vol. 103(№4). p. 395-410.
17. Bouwmon J.P.B., Husak T., Putnam G.M. Serew fixation following dilatal sagittal ramud osteotomy for mandibular advancement - complications in 700 consecutine cuses // Br.J.Oral Mex. Surg.-1995. – Vol.33. – P. 231-234.
18. Cunningham S.J., Hunt N.P., Feinman C. Perception of outcome following orthognatic surgery // Br.J. Oral MaxiMofac. Surg.- 1996. - Vol. 34, N3. - P. 210-213.
19. Obwegesser P.J., Marentette L.J. Profile planning based on alterations in the posinions of the bases of the facial thirds //J. Oral Maxillofac. Surg. - 1986. - Vol.44 (№4).- P.302-311.

Хатамов Ж.А.,
 Карабаев Х.Э.,
 Кодиров О.Н.,
 Хатамова Н.О.,
 Нурмухамедов Ф.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РИНИТОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Аллергическим ринитом признано называть заболевание, ежедневно сопровождающееся хотя бы двумя из перечисленных симптомов: выделения из носа, заложенность, чихание и шекотание в носу.

В последнее время распространенность аллергических ринитов постоянно растет. Страдает аллергическим ринитом от 10 до 25 % населения земного шара (Пыцкий В.И., Адрианова Н.В. 1991, Забиров Р.А. и соавт. 2000, Лопатин А.С. и соавт. 2000). По данным отечественных ученых аллергический ринит в Узбекистане наблюдается у 32,7% всех больных с аллергическими заболеваниями (Алиев В.Ш., Хасанов С.А. 2005, 2008, Курбанов Э.Х., Насретдинов Т.Х. 2005). У многих больных наблюдаются симптомы бронхиальной астмы. В легких случаях аллергический ринит создает лишь небольшие неудобства, в тяжелых – приводит к потере трудоспособ-