

УДК: 616.315-007.254-616.211-008.4-073

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОЛОСТИ НОСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА



Махкамова Н.Э., Якубджанов Д.Д.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Annotation

Endoscopic examination of nasal cavity was performed in 76 subjects aged 1 to 15 years with congenital unilateral upper cheiloschisis and uraniscochasma before and after cheilo- and urano-plasty. All infants were divided into 3 groups for terms of surgical intervention and results of orthodontic treatment. They were the following: 1st group formed 27 children have been operated before 3 years age and received orthodontic treatment, 2nd group formed 25 children have been operated 3 years age later and received orthodontic treatment and 3rd group - 24 children operated after 5 years and not received orthodontic treatment. Results of endoscopic examination of nasal cavity in subjects with congenital unilateral upper cheiloschisis and uraniscochasma evidenced that pronounced deformations of external nose and changes in topography of nasal cavity following cheilo- and uranoplasty in patients in the third group were observed.

Хулоса

Мазкур ишда 76 та туғма танглай кемтигли (1-15 ёш) болаларда ҳар хил усулда хейло- ва уранопластика қилингандан сунг бурун бўшлиғининг анатоми-топографик хусусиятлари ўрганилган. Ёшига ва пластик муолажанинг ўтказиш вақтига қараб беморлар учта гуруҳга бўлинган.

Гуруҳлар бўйича тақсимланиш қуйидагича: I гуруҳ (27 та бола) - 3 ёшгачан бўлган; II гуруҳ (25 та бола) 3-5 ёшгача ва III гуруҳ (24 та бола) 5 ёшдан катта ёшда операция қилинган болалар олинган. Туғма юқори лаб ва танглай кемтиги билан туғилган болаларни бурун бўшлиғини эндоскопик текшириш натижаларига кўра, хейло- ва уранопластикадан кейинги ташқи бурун бўшлиғи шаклининг бузилиши энг кўп 5 ёшдан кейин операция бўлган ва ортодонтик даво олмаган болаларда кузатилиши аниқланган.

Аннотация

Цель: оценка анатомо-топографического и функционального состояния носовой полости у лиц с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после восстановительных операций на челюстно-лицевой области с помощью эндоскопии. **Материал и методы:** исследование проведено у 76 пациентов (1-15 лет) с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после оперативных вмешательств. 1-я группа – 27 детей, оперированных до трехлетнего возраста; 2-я группа – 25 детей, оперированных в возрасте 3-5 лет, 3-я группа – 24 ребенка, оперированного после 5 лет. **Результаты:** результаты эндоскопического исследования носовой полости у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после операции показали, что степень выраженности деформации стенок полости носа, изменение её топографии более выражены при односторонней патологии и зависят от начала срока оперативного вмешательства: чем старше возраст начала пластики челюстно-лицевой области, тем более выражены изменения. **Выводы:** проведенное исследование имеет немаловажное значение для восстановления носового дыхания у данного контингента детей.

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и неба, восстановительные операции на челюстно-лицевой области, эндоскопия, восстановление носового дыхания.

Стремительный рост популярности микроэндоскопических технологий СТАЛ большим рывком в развитии исследований в области оториноларингологии. Эндоскопические методы исследования широко используются для оценки анатомо-топографического и функционального состояния носа, глотки, гортани [1,2,5-7] с целью диагностики патологии, а также с лечебной целью.

Цель исследования: оценка анатомо-топографического и функционального состояния носовой полости у лиц с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после восстановительных операций на челюстно-лицевой области с помощью эндоскопии.

Материал и методы

Исследование проведено у 76 пациентов (1-15 лет) с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после оперативных вмешательств. Распределение по группам было следующим: 1-я группа – 27 детей, оперированных до трехлетнего возраста; 2-я группа – 25 детей, оперированных в возрасте 3-5 лет, 3-я группа – 24 ребенка, оперированного после 5 лет.

Результаты

Эндоскопический осмотр носовой полости осуществляли с помощью ринологических эндоскопов, которые представляют собой жесткие оптические системы, позволяющие осмотреть полость носа под различным

углом зрения. Существуют 0-градусные эндоскопы прямого видения, 30-градусные эндоскопы, при использовании которых осуществляется боковой обзор, 70-градусные эндоскопы, необходимые для осмотра труднодоступных боковых участков (оптика вертикального видения). Методика проведения эндоскопии достаточно проста. При осмотре больной находился в положении лежа или сидя. За 10-15 минут до исследования в полость носа (общие носовые ходы) вводили тампоны с анестетиком (лидокаин) с добавлением небольшого количества адреналина. Местная анестезия обеспечивает практически 100% обезболивающее действие. Добавление адреналина вызывает сосудосуживающий эффект, благодаря чему достигается хороший обзор, и манипуляции становятся практически бескровными. В отдельных случаях использовался ультракороткий управляемый наркоз.

Эндоскопическую картину наблюдали или непосредственно в окуляр эндоскопа или через экран монитора. Цель эндоскопии полости носа – обнаружение локальных изменений внутриносовых структур, которые обычными методиками выявить трудно, а иногда невозможно.

Анатомические и функциональные изменения выявлены в виде: нарушения рельефа носовой полости, различных деформаций носовой перегородки, латеральных стенок полости носа, деформации преддверия полости носа. Ноздри располагались асимметрично, форма их неправильные, величина различна. За счет деформации переднего края треугольного хряща полностью изменена топография у перехода преддверия носа в собственно носовую полость; отмечается дистопия мест крепления медиальной ножки крыльчатых хрящей и образования кожной складки на внутренней поверхности крыла носа.

Топографо-анатомическое состояние носовой полости у лиц с врожденной расщелиной верхней губы и неба имеет свои особенности: на всем протяжении дна носовой полости имеется дефект, узкая вершина которого обращена к преддверию носа, а широкая – к носоглотке.

Состояние слизистой оболочки носовой полости у детей с расщелиной неба в возрасте до 1-го года мало отличалось от такового у их здоровых сверстников. Однако со временем и с возрастом у неоперированных детей изменения на слизистой оболочке носовой полости усугубляются: в начале слизистая оболочка гипертрофирована, поверхностные сосуды расширены, легко ранимые, кровоточат. В последующем наблюдается гипертрофия слизистой оболочки носовой полости, а затем, если больной не оперирован до 7 лет, наступает атрофия слизистой оболочки носовой полости.

Результаты эндоскопического исследования носовой полости показали, что у больных 1-й группы состояние слизистой оболочки носовой полости не отличалось от такового у здоровых детей; У пациентов 2-й группы в пределах нижнего носового хода она имеет синюш-

но-багровый цвет, легко ранимая, кровоточащая, отмечается гипертрофия задних концов носовых раковин; у больных 3-й группы слизистая оболочка неровная, имеет рельефное строение, наблюдается ее неравномерная гипертрофия, поверхность которой имеет бугорки и складки.

Медиальная стенка носовой полости искривлена, это искривление особенно выражено у пациентов 2-й и 3-й группы, имеет винтообразный вид, а также в различной степени недоразвита. При односторонней расщелине верхней губы и неба перегородка расположена в косой плоскости, отклонена в нижних отделах на всем протяжении в сторону дефекта. Это искривление – врожденное и зависит от ширины дефекта. В раннем детском возрасте другие отделы перегородки не искривлены, со временем под действием ряда факторов (разница воздушного давления по обеим сторонам носовой перегородки, изменение расположения небной пластинки верхней челюсти, нарушение миодинамического равновесия в средней зоне лица) средний отдел перегородки носа смещается в сторону дефекта, а после операции – в противоположную сторону. По-видимому, из перечисленных факторов в этом процессе основной является разница воздушного давления по обеим сторонам носовой перегородки.

После восстановительных операций на верхней губе и неба состояние перегородки носа зависит от срока операции. При эндоскопическом исследовании носовой полости искривление перегородки носа обнаружено у 5 больных 1-й группы; у 10 – 2-й и у всех 24 пациентов 3-й группы.

Изменение рельефа носовой полости зависит от наличия деформации на верхней челюсти и положения небных пластинок [6, 8]. Наклон крутизны небной пластинки верхней челюсти у неоперированных детей с расщелиной неба с возрастом увеличивается, что наблюдалось у наших пациентов, особенно дошкольного возраста.

Как известно, дно носового хода у здоровых детей имеет ладьеобразную форму углубления. У больных 1-й группы форма дна носа не отличалась от формы у здоровых детей. У 12 больных 2-й группы на стороне патологии после операции слизистая оболочка дна носовой полости приобретала волнообразный рельеф, что значительно затрудняло миграцию слизи. Наиболее выраженная деформация наблюдалась у больных 3-й группы.

Эндоскопия носовой полости на стороне дефекта после его ликвидации показала сужение носового прохода за счет искривления среднего отдела перегородки носа. На дне носового хода определяется место рубца в виде грубого бугристого рельефа слизистой оболочки.

При оценке состояния носовых раковин почти у всех больных старше 5 лет выявлялась гипертрофия носовых раковин, особенно их задних концов, что совпадает с данными литературы [2-4,7]. Степень гипертрофии

прямо зависит от возраста больных, она наиболее часто является причиной нарушения носового дыхания.

Таким образом, результаты эндоскопического исследования носовой полости у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после операции показали, что степень выраженности деформации стенок полости носа, изменение её топографии более выражены при односторонней патологии и зависят от начала срока оперативного вмешательства: чем старше возраст начала пластики челюстно-лицевой области, тем более выражены изменения. Все вышесказанное имеет немаловажное значение для восстановления носового дыхания у данного контингента детей.

Список литературы

1. Богородицкая А.В., Сарафанова М.Е., Радциг Е.Ю., Притыко А.Г. Состояние полости носа и околоносовых пазух у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // *Вестн. оториноларингол.* – 2015. – №6.
2. Махкамова Н.Э., Миразизов К.Д. Состояние гортани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // *Вестн. оториноларингол.* – 2007. – №5. – С. 23-25.
3. Сутолов 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.
4. Fukusiro A.P., Ferlin F., Yamashita R.P., Trindade I.E. Influence of pharyngeal flap surgery on the nose and nasal indices in individuals with cleft lip and air production of nasal sounds // *Article in English, Portuguese.* – 2015. – Vol. 27, №6. – P. 584-587.
5. Kuijpers M.A., Pazera A., Admiraal R.J. et al. Incidental findings on cone beam computed tomography scans in cleft lip and palate patients // *Clin. Oral. Investig.* – 2014. – Vol. 18, №4. – P. 1237-1244.
6. Larangeira F.R., Dutka J. de C., Whitaker M.E. et al. Speech nasal and nasometry in the cleft lip and palate // *Braz. J. Otorhinolaryngol.* – 2016. – Vol. 82, №3. – P. 326-333.
7. Li F., Wang H., Chen Y. et al. Acoustic Rhinometry for Evaluation of Velopharyngeal Function in Preschool Children Post Palatoplasty // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2017. – Vol. 75, №10. – P. 2184-2190.
8. Suzuki H., Yamaguchi T., Furukawa M. Maxillary sinus development and sinusitis in patients with cleft lip and palate // *Auris Nasus Larynx.* – 2000. – 27, №3. – P. 253-256.

УДК: 616.716:616.98:578.828

ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Храмова Н.В., Махмудов А.А.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкентская медицинская академия*

Аннотация

Статья посвящена одной из наиболее актуальных проблем – оценке клинических проявлений ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области. Подробно изложена клиническая картина ВИЧ-инфекции в зависимости от клинической стадии заболевания. В качестве иллюстрации приводятся клинические случаи ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области у двух пациентов. Авторы подчеркивают, что ВИЧ-настороженность у врача-стоматолога поможет предупредить распространение этой смертельной на сегодняшний момент инфекции.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, челюстно-лицевая область, саркома Капоши.

Annotation

The current issue of clinical manifestations of HIV infection in the maxillofacial area has been discussed in the article. The clinical picture of HIV infection is described in detail, depending on the clinical stage of the disease. Clinical cases of HIV infection in the maxillofacial area are presented. Observance of HIV-alertness in the practice of a dentist will help reduce the risk of spreading this deadly infection to date.

Hulosa

Maqolada maxillofacyadagi OIV infektsiyasining klinik ko'rinishlarining dolzarbligi muhokama qilindi. OIV infektsiyasining klinik ko'rinishi kasallikning klinik bosqichiga qarab batafsil tavsiflanadi. Maksillofasiyal sohada OIV infektsiyasining klinik ko'rinishlari keltirilgan. Tish shifokorining amaliyotida OIVga chidamliligiga rioya qilish ushbu o'lik infektsiyani tarqalish xavfini kamaytirishga yordam beradi.

По данным отчета Объединённой программы организации объединённых наций по ВИЧ/СПИД, в 2016