

детского возраста. – М., 2003. – 446 с.

8. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2002. – 824 с.

Резюме

Гемангиома составляет 78,8% всех опухолей кожи и мягких тканей челюстно-лицевой области. Эта опухоль очень часто (90%) проявляется при рождении ребенка, редко (10%) – в первые недели и месяцы жизни. Описан случай успешного оперативного вмешательства при гемангиоме у девочки 2-х месяцев.

Resume

Haemangioma makes 78,8 % of all tumours of a skin and soft fabrics of maxillofacial area. This tumour very often (90 % of cases) is shown at a birth of the child and is rare (10 %) - in the first weeks and months of life. At the case in point analysis the typical current Haemangioma's is traced. At our patient was Haemangioma a tip of language and hypoglossal area. The child could not close a mouth and feeding through a mouth became impossible. After operative intervention it was restored food intake and has improved breath.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЕБА

М.З. Дусмухамедов, А.А. Юлдашев, С.С. Муртазаев, Д.М. Дусмухамедов
Ташкентская медицинская академия

Повышение функциональной эффективности опорных зубов при врожденной расщелине губы и неба на этапах протезирования представляет собой актуальную проблему современной стоматологии (Watzekk G., 2002). У этих пациентов наиболее ярко выражены функциональные и анатомические нарушения: отсутствие или гипоплазия костной ткани, вестибулоназального соустья, отставание роста верхней челюсти, нарушение роста и развития костей после оперативного вмешательства (Бессонов В.А., 2005). Одним из важных этапов хирургического лечения больных с врожденной

сквозной расщелиной губы и неба (ВРГН) является устранение врожденных дефектов альвеолярного отростка. Абсолютный критерий оценки качества хирургического лечения – степень репаративной регенерации в области пересаженного аутоотрансплантата.

Анализ литературы последних лет указывает на то, что зубы, расположенные на крае дефекта альвеолярного отростка, достаточно часто используют для опоры под мостовидные конструкции зубных протезов. У таких зубов значительно снижены биомеханические показатели, неадекватно

воспринимается нормальная жевательная нагрузка, возникает подвижность зуба, что может привести к его последующей потере (Judy, 2005).

Цель исследования

Изучение плотности кости в области аутотрансплантата и степени выносливости пародонта фронтальных зубов до и после проведения различных методов альвеолопластики у пациентов с врожденной расщелиной губы и неба.

Материал и методы

Под наблюдением находились 54 пациента, из них 32 мальчиков и 22 девочек, в возрасте от 8 до 18 лет, средний возраст $14,2 \pm 0,59$ года. 18 больным основной группы проведена операция пластики альвеолярного отростка с использованием консервированной пуповины. 2-ю группу (контроль) составили 18 больных с ВР, которым проводились стандартные оперативные вмешательства без использования мембран из пуповины. В 3-ю группу включены 18 практически здоровых людей сопоставимого возраста.

В ходе клинического исследования с целью контроля за активностью остеорепаляции до и после лечения всем пациентам выполняли рентгенографию на аппарате X-ray (Южная Корея) с компьютерным анализом плотности костной ткани в области аутотрансплантата. Измерения производились по цифровым

изображениям на персональном компьютере с помощью программы Image J (Wayne Rasband. National Institute of Health, USA). Для оценки функциональной эффективности опорных зубов выполняли гнатодинамометрические исследования.

Статистическую обработку данных осуществляли методом вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента. Результаты обработаны пакетом программ Statistica.

Результаты исследований

Среди пациентов основной группы, оперированных по предложенной нами методике, в отдаленные сроки (3-6-9-12 мес.) после костной пластики клиническое благополучие достигнуто у 98,9%, после традиционной операции – у 34,8%. У пациентов основной группы через 3-6-12 месяцев по данным визиографии наблюдалось достоверное увеличение плотности костной ткани с $123,4 \pm 1,2$ до $181,1 \pm 1,1$ ед. ($p < 0,05$), которая приблизилась к таковой у практически здоровых детей ($183,0 \pm 0,8$; $p < 0,05$). У детей контрольной группы в первые 3 месяца наблюдалось значительное увеличение (с $12,5 \pm 0,4$ до $102,9 \pm 0,8$) плотности кости в области аутотрансплантата (табл. 1), но затем происходит постепенное снижение плотности кости (с $102,9 \pm 0,8$ до $63,7 \pm 0,8$) что мы связываем с рассасыванием аутотрансплантата.

Таблица 1

**Динамика изменений плотности костной ткани, по данным
визиографии (мм)**

Срок наблюдения, мес.	Практически здоровые дети, n=18	Основная группа, n=18	Контрольная группа, n=18
До лечения	183,0±0,3	12,9±0,9 ^a	12,5±0,4 ^a
Через 3	183,7±0,8	123,4±1,2 ^{аб}	102,9±0,8 ^{аб}
Через 6	183,7±1,1	143,9±1,2 ^{аб}	90,4±0,7 ^{аб}
Через 9	183,1±0,7	181,5±1,3 ^б	63,4±0,6 ^{аб}
Через 12	183,0±0,8	181,1±1,1 ^б	63,7±0,8 ^{аб}

Примечание. $p < 0,05$: ^a – по сравнению со здоровыми детьми; ^б – по сравнению с данными до лечения.

Параллельно нами проводились гнатодинамометрические исследования на резцах и клыках, т.е. на зубах, находящихся на краю расщелины. У пациентов основной группы на резцах наблюдалось статистически достоверное увеличение гнатодинамометрических

показателей с $7,0 \pm 1,2$ до $14 \pm 1,1$ кг, на клыках – с $16,0 \pm 1,1$ до $28 \pm 1,1$ кг ($p < 0,05$). У детей контрольной группы гнатодинамометрические показатели также постепенно возрастали: у резцов – с $7,0 \pm 1,4$ до $10,0 \pm 1,1$ кг, у клыков – с $16,0 \pm 1,4$ до $22,0 \pm 1,3$ кг ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2

**Параметры функциональной нагрузки на резцах (числитель) и клыках
(знаменатель) по данным гнатодинамометрии, кг**

Срок наблюдения, мес.	Группа практически здоровых детей (n=18)	Основная группа (n=18)	I Контрольная группа (n=18)
До лечение	$\frac{15,0 \pm 0,8}{30,0 \pm 1,1}$	$\frac{7,0 \pm 1,2^a}{16,0 \pm 1,1^a}$	$\frac{7,0 \pm 1,4^a}{16,0 \pm 1,4^a}$
Через 3	$\frac{15,0 \pm 0,8}{30,0 \pm 1,2}$	$\frac{9,0 \pm 1,1^a}{18,0 \pm 1,1^a}$	$\frac{7,0 \pm 1,3^a}{14,0 \pm 1,3^a}$
Через 6	$\frac{15,0 \pm 1,1}{30,0 \pm 1,2}$	$\frac{12,0 \pm 1,2^b}{18,0 \pm 1,1^a}$	$\frac{9,0 \pm 1,2^a}{14,0 \pm 1,3^a}$

	30,0±1,1	23,0±1,3	19,0±1,1 ^a
Через 9	<u>15,0±0,8</u> 30,0±1,3	<u>14,0±1,3^б</u> 28,0±1,3 ^б	<u>10,0±1,1</u> 22,0±1,2 ^б
Через 12	<u>15,0±0,9</u> 30,0±1,1	<u>14,0±1,1^б</u> 28,0±1,1 ^б	<u>10,0±1,4</u> 22,0±1,3 ^б

Примечание. То же, что и к табл. 1

Таким образом, проведённые нами клинико-функциональные методы исследования (визиография, гнатодинамометрия) показали высокую эффективность пластики альвеолярного отростка с использованием пуповины и аутооттрансплантата. Предложенная нами методика помогает не только восстановить целостность верхнечелюстной кости, но и повысить степень выносливости пародонта зубов, находящихся на краю расщелины. Гнатодинамометрические параметры и показатели плотности кости у пациентов основной группы приближаются к таковым у практически здоровых детей, что позволяет нам рекомендовать эту методику для практического использования.

Литература

1. Пчелин И.Ю. Гнатологические основы построения окклюзионной плоскости в боковых отделах зубных рядов с учетом преимущественной стороны жевания // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: Сб. науч. тр. – Волгоград, 2006. – Т. 63. – С. 235-238.
2. Пчелин И.Ю. Рентгенологические методы построения протетической

плоскости при концевых дефектах зубных рядов // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: Сб. науч. тр. – Волгоград, 2008. – Т. 65. – С. 318-322.

3. Пчелин И.Ю., Пузунян Г.С., Кабакова Т.В. Методики гнатодинамометрических исследований // Сборник научных работ молодых ученых стоматологического факультета ВолГМУ. – Волгоград, 2008. – С. 130-134.

4. Кибкало А.П., Дмитриенко Д.С., Засядкина Е.В. и др. Диагностические возможности компьютерной ортопантомографии: Метод. рекомендации. – Волгоград, 2006.

5. Кибкало А.П., Шкарин В.В., Лазарева Е.А., Пчелин И.Ю. Ортопантомография и ее диагностические возможности в стоматологии: Учебно-метод. – Волгоград, 2010.

6. Watzek G., Matejka M. Vermeidung von Misserfolgen in der Implantologie // W. Ketterl. Deutscher Zahnärztekalendar. – 2000. – P. 15-30.

7. Weiner S. Occlusal Considerations // A. Kakar; ed. Oral Implantology. – New Delhi, 2008. – Ch 5. – P. 121-131.

8. Weiss C.W., Judy K.W.M. Severe mandibular atrophy: biological considerations of routine treatment with complete subperiosteal implants // J. Oral Implant. – 2007. – Vol. 4. – P. 431-469.

9. Weiss C.W. A comparative analysis of fibre-osteal and osteal integration and other variables that affect long term bone maintenance around dental implants. // J. Oral Implantol. – 2008. – Vol. 13, №3. – P. 467-487.

Юқори лаб ва танглай нуқсон билан туғилган ва хейло-уранопластика операцияси ўтказилган 54та бемор текширилди. Ўтказилган клиник-функционал текширувлар беморларга альвеолопластика операциясини ўтказиш заруриятини аниқлади. Альвеолопластика операциясини ўтказишда таклиф қилинаётган киндик тўқимасини қўллаб юқори натижа олингани исботланди.

У 54 больных с врожденной расщелиной верхней губы и нёба, ранее перенесших операцию хейло-и уранопластики, клинико-функциональными исследованиями выявлена нуждаемость в операции альвеолопластики и доказана более высокая эффективность предложенного авторами метода альвеолопластики с использованием пуповины.

We surveyed 54 patients with a congenital cleft lip and palate which had operated heylo-and palatoplasty. Needs in operation alveoloplasty are revealed by the kliniko-functional researches conducted by us. Also higher efficiency of a method offered by us alveoloplasty with umbilical cord use is proved.

В помощь практикующему врачу

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

О.М. Умаров, З.А. Жилонова

Отделение политравмы Ферганского филиала РНЦЭМП, Ташкентская медицинская академия

Медицинская реабилитация сочетанных травм занимает важное место в современной хирургии, травматологии, челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии. Это можно объяснить постоянным увеличением числа пострадавших с

сочетанной травмой, трудностями ее диагностики и лечения, а также неудовлетворительными результатами лечения [2,3].

Бурное развитие промышленности, строительства и транспорта привело к