

РЕЗУЛЬТАТЫ РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕЗАРАЩЕНИЯМИ НЕБА

Н.М.Гордиук

Днепропетровская государственная медицинская академия

Конечной целью оперативного лечения врожденных незаращений неба является достижение нормальной речи, правильных контуров лица, правильной формы зубочелюстной системы, функции жевания, дыхания и глотания.

Мы считаем, что к определению возраста, в котором наиболее целесообразно делать уранопластику, следует подходить индивидуально. Неполные расщелины при общем хорошем состоянии ребенка можно оперировать в возрасте с 2-х лет, полные — с 3 лет.

Мы никогда не пересекаем сосудисто-нервный пучок большого небного отверстия, так как иссечение его задней стенки позволяет хорошо мобилизовать слизисто-надкостничные лоскуты.

Последние 10 лет мы не проводим интерламинарной остеотомии, а ограничиваемся отсечением ножницами Купера, волокон и сухожилий от внутренней пластинки крыловидного отростка основной кости. Остальные этапы операции соответствуют радикальной уранопластике по А.А.Люмбергу.

За 20 лет работы в челюстно-лицевом отделении 6-й городской больницы нами осмотрено 290 детей с врожденными незаращениями верхней губы и неба. Из них у 160 проведены операции на небе. В возрасте 2-х лет прооперировано 10 детей, 3-х лет — 45, 4-х лет — 65, 5-7 лет — 35 человек и двое больных в 16-17 лет. Первичное заживление отмечено у 129 детей, небольшие остаточные отверстия — у 27 и значительное расхождение швов — у 4 больных. Нормальная речь восстановлена у 140 больного, носовой оттенок — у 17 и у 3 — невнятная речь.

Различные деформации верхней челюсти отмечены у 56 больных. У 16 из них микрогнатия уже была до операции. Из 45, детей прооперированных в возрасте 3-х лет без интерламинарной остеотомии, незначительное отставание в росте верхней челюсти отмечено у 4.

Таким образом, ранние оперативные вмешательства без интерламинарной остеотомии дают наилучшие косметические и функциональные результаты лечения.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА

Л.П.Григорьева

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

Ортодонтия, как часть стоматологии, — одна из подлинно профилактических отраслей медицины.

Зубочелюстно-лицевые аномалии среди патологии органов полости рта по распространенности занимают второе место после кариеса зубов.

Возникшие незаметно в раннем детстве, казалось бы на первый взгляд от незначительной причины, они, развиваясь, в конечном итоге к подростковому и

юношескому периоду жизни могут привести к резкой деформации лица, морфологическим, функциональным и эстетическим нарушениям.

Именно в этот период жизни подросток и юноша проявляют особый интерес к своей внешности. Даже незначительные дефекты лица отрицательно сказываются на их эмоциональном состоянии. Они становятся застенчивыми, необщительными, раздражительными. Зубочелюстные аномалии способствуют также нарушению функции жевания, дыхания, речи. Страдает функция желудочнокишечного тракта, легких и др.

Какие виды зубочелюстных аномалий мы выделяем в настоящее время? Это аномалии положения зубов, их формы и количества, аномалии размеров зубных дуг и их соотношений, аномалии размеров и положения зубных дуг — все это определяет вид прикуса.

Прикус — это соотношение зубных рядов в центральной окклюзии, т.е. наиболее оптимальное эстетически, функционально и морфологически определяемое положение, обеспечивающее гармонию или дисгармонию лица.

На основании многолетних наблюдений и исследований собственных и сотрудников кафедры мы предлагаем свою классификацию аномалийных прикусов (см. таблицу).

В основу этой классификации положено соотношение первых моляров (фундаментом ее была классификация Энгля) и соотношение фронтальных зубов, так как у каждого человека именно соотношение фронтальных зубов определяет характер прикуса и поэтому мы обращаем первично на это внимание. Во фронтальном участке, как известно, соотношение зубов может быть прогнатическим, прогеническим, глубоким, открытым и реальным, дистальным и мезиальным. Вид прикуса мы определяем по характеру соотношения фронтальных и боковых зубов. Например, прикус может быть прогнатический дистальный и прогностический нейтральный. Если одновременно отмечается и глубокий прикус во фронтальном участке, то диагноз звучит следующим образом: прогнатический глубокий дистальный прикус. При сочетании с перекрестным видом прикуса определяется как прогнатический глубокий перекрестный дистальный.

Отличие этой классификации от известных состоит в составлении описательного диагноза в который включаются все изменения, имеющие место во фронтальном и в боковом участках. Эта классификация для диагностики аномалийных прикусов так и для обучения студентов, врачей т.к. отражает все изменения, имеющие место в зубочелюстной системе у данного больного.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА

Виды прикусов

физиологические: ортогнатический (нейтральный),

ортогенический (нейтральный)

патологические:

1. Аномалийный нейтральный прикус.

Большая группа прикусов, при которой отмечаются аномалии положения фронтальных зубов при нейтральном соотношении боковых зубов

2. Группа прогнатического прикуса: прогнатический нейтральный, прогнатический дистальный.

3. Группа прогенического прикуса: прогенический нейтральный, прогенический мезиальный.

4. Группа глубоких прикусов: глубокий нейтральный, глубокий дистальный, глубокий фронтальный, глубокий боковой.

5. Группа открытых прикусов: глубокий фронтальный, открытый боковой, открытый нейтральный, открытый дистальный, открытый мезиальный.

6. Группа перекрестных (косых) видов прикуса: перекрестный латерогенический, перекрестный латерогнатический, перекрестный нейтральный, перекрестный мезиальный, перекрестный дистальный.

Кроме того различают формы зубоальвеолярные и гнатические.

Всего можно рассчитывать до 100 видов прикуса пользуясь этой классификацией.

КОРЕКЦІЯ ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ В ПОРОЖНИНІ РОТА У ДІТЕЙ З РОЗЩІЛИНАМИ ПІДНЕБІННЯ

О.В.Гуржій

Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

Проведені нами попередні дослідження (О.В.Гуржій, 1996) виявили, що у дітей з вродженими вадами розвитку обличчя має місце дисрегуляція процесів вільнорадикального окислення як до оперативного втручання, так і протягом всього післяопераційного періоду. Виникає необхідність в корекції цих порушень.

Нами обстежені 24 дитини в віці 4-7 років з розщілинами м'якого і твердого піднебіння. В першу групу ввійшло 11 дітей, які в післяопераційному періоді отримували загальноприйняте лікування; друга група — 13 хворих отримували розроблений нами лікувальний комплекс, до складу якого входила комбінація антиоксидантних препаратів. Контрольну групу склала 21 практично здорова дитина.

Показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) в ротовій рідині визначали методом індукованої хемілюмінесценції на час госпіталізації, 1-2, 6-7, 13-14 добу після оперативного втручання.

Результати дослідження виявили, що на час госпіталізації у осіб обох груп показники інтенсивності свічення (IC) та світлосуми (CC) були достовірно підвищені в порівнянні з контрольними величинами.

На 1-2 добу після оперативного втручання мала місце виражена активація процесів ПОЛ в обох групах дослідження, що супроводжувалося значним підвищенням показників хемілюмінесценції.