

СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА УРАНОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРГН ЗА 2016-2018 ГОДАМ НА БАЗЕ КЛИНИКИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ТГСИ

ИСОМОВ М.М., ОЛИМЖОНОВ К.Р., ШОМУРОДОВ К.Э.
*Ташкентский государственный стоматологический институт,
г. Ташкент, Узбекистан*

Врожденная расщелина верхней губы (хейлосхизис) и неба является распространенным мультифакторным пороком и занимает ведущее место около 13% среди всех врожденных пороков развития человека. Врожденные расщелины верхней губы и неба вызывают сложный комплекс анатомических и функциональных нарушений в детском организме. Это нарушения в общей костной системе, пороки развития челюстно - лицевого скелета и зубочелюстной дуги. Если во врожденную патологию кроме расщелины губы вовлечены альвеолярный отросток, твердое и мягкое небо, то деформация или недоразвитие фрагментов челюсти приводит к аномалиям прикуса. По данным специалистов врожденная патология ЧЛЮ занимает 3-5 место среди всех врожденных пороков развития человека, и в среднем рождается один ребенок с расщелиной губы и неба на 600-1000 новорожденных (Блохина С.И., 2009; Давлетшин И.А., 2009) очевидно, что число больных с этой патологией во всем мире постоянно увеличивается.

Основным критерием оценки завершенности комплексной реабилитации пациента с ВРГН, кроме эстетических результатов, является социально адекватная речь, качество которой во многом зависит от полноценного небно-глоточного смыкания. При этом наиболее актуальна профилактика и комплексное лечение больных с врожденной расщелиной неба.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ проведенных уранопластики в отделении детской хирургической стоматологии клиники ТГСИ за период с 2013 по 2016 годы.

Материалы и методы исследования. По архивным данным на базе клиники детской хирургической стоматологии ТГСИ за три года (2016-2018 гг.) проведено исследование 727 историй болезни с различными видами врожденных расщелин неба в возрасте от 10-и месяцев до 14 лет и более.

Результаты исследования и их обсуждение. На базе клиники детской хирургической стоматологии ТГСИ проведен анализ 727 историй болезни врожденных расщелин неба, пролеченных в течение 3 лет. Типы врожденных расщелин неба и виды проведенных операции представлены процентное соотношение велоластики со сквозными расщелинами верхней губы и неба после хейлопластики - 181 (24,9%) больных. С уранопластиками на II этапе при сквозных расщелинах верхней губы и неба после хейло- и велоластики – 162 (22,3%). Всего изолированных расщелин мягкого неба (ПБ степени) составило- 153 (21%) больных после велоластики. 231 (31,8%) больным произведена уранопластика со сквозными расщелинами верхней губы и неба состояние после хейлопластики (одно и двусторонняя) и изолированными расщелинами твердого и мягкого неба (ШАи ПБ степени).

Успешное хирургическое лечение врожденных расщелин неба и дальнейшая их реабилитация во многом зависит от возраста пациента. В первые 2 - 3 послеоперационных дня пациент обязан соблюдать постельный режим. Кормление должно осуществляться измельченной пищей, не требующей пережевывания. Питье должно быть обильным. Гигиена (санация) полости рта.

Наибольший процент врожденных расщелин неба составляют мальчики – 377 (51,9%), а девочки – 350 (48,1%). По количественному соотношению проведенных велоластика на

первом этапе при сквозных расщелинах неба после хейлопластики в возрасте от 10 месяцев до 3 лет составляет – 179(46%) больных. Большой процент уранопластики на втором этапе при сквозных расщелинах губы и неба после хейлопластики составляет в возрасте от 3 до 5 лет – 92 (37%). При изолированных расщелинах мягкого неба прооперировано в возрасте от 10 месяцев до 3 лет – 94 (24,2%) больных. С изолированными расщелинами мягкого и твердого неба и сквозными расщелинами неба после хейлопластики. У 113 (45,5%) больных произведена уранопластика в возрасте от 3-5 лет.

Одним из спорных вопросов среди хирургов остаётся определение сроков проведения уранопластики и выбора оперативного лечения. Нами также проведено исследование проведённых уранопластики и велоластики по методикам. Наибольший процент уранопластики проведено по методике Л.Е.Фроловой, который составляет – 265 (36,5%) больных. На втором месте прооперированы детей с врожденными расщелинами неба по методике М.И. Азимова удлиняется мягкое небо горизонтальным рассечением в результате которого составляло–135 (18,6%). Уранопластика по методике Bardach J. прооперировано – 95 (13,1%) больных. По методике Sommerlad В.С. произведено хирургическое вмешательство у 69 (9,5%) у детей с врожденными расщелинами неба.

Таким образом, исходя из результатов проведенного исследования, актуальность данной проблемы требуют правильного выбора оптимального хирургического метода лечения. Для достижения лучшего результата родителям необходимо проводить тщательный уход за ротовой полостью ребенка. Маленьким пациентам рекомендуется выполнять несложные упражнения по надуванию воздушного шара, при помощи рук производить массаж мягкого неба, также рекомендуется ортодонтическое и логопедическое лечение для достижения высокого уровня реабилитации детей с врожденными расщелинами неба.

THE STATE OF INTERLEUKINS IN EXPERIMENTAL ANIMALS IN THE DYNAMICS OF DEVELOPMENT OF ULCEROUS – NECROTIC GINGIVITIS WITH AND WITHOUT THE LOCAL TREATMENT OF COMPLEX ANTIOXIDANT THERAPY

KILMUKHAMETOVA YU.H., BATIG V.M.

*Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University",
Chernivtsy, Ukraine*

Topicality. The research of gum tissues in inflammatory processes showed that interleukin-1 (IL-1) is synthesized by macrophages, while in extracts obtained from patients with inflammatory diseases of periosteal tissues, their number is much larger in comparison with healthy individuals. A close correlation of IL-1 concentration was established. in patients with gingivitis and periodontitis with a gingival index value and the depth of periodontal pockets

Antagonists of proinflammatory cytokines are anti-inflammatory, in particular, interleukin-2 (IL-2), which are produced by T-cells in response to antigenic and mitogenic stimulation. They stimulate the proliferation of T-lymphocytes, maturation and differentiation of B cells, transforming them into antibody-forming cells. Analysis of samples of gingival fluid in patients with gingivitis and periodontitis indicated that they decrease the concentration of IL-2 in comparison with healthy individuals.

Thus, IL-1 and immunoregulatory IL-2 play an important role in the development of inflammatory reactions.