

удалены. Произведена ревизия барабанной полости. Патологических изменений в ней не обнаружено.

Диагноз после операции: Правосторонний хронический средний отит осложненный мастоидитом (вялотекущая форма). Состояние после шунтирования барабанной полости. Получала противовирусную терапию.

Больная была выписана из отделения в удовлетворительном состоянии.

Интерес данного наблюдения заключается в отсутствии симптоматики, характерной для мастоидита, и в трудности его диагностики в связи с отсутствием воспалительного процесса в барабанной полости. В анамнезе больная длительное время страдала рецидивирующим герпесом в области рта, правого века, что способствовало вялотекущей форме течения мастоидита, в связи с чем больной была проведена противовирусная терапия.

Самоизлечения мастоидита практический не бывает, даже самое активное антибактериальное и противовоспалительное лечение позволяют только снять обострение воспалительного процесса или его распространение на окружающие ткани. Следовательно, патогенетическое лечение мастоидита в этом случае должно быть направлено на хирургическое дренирование полости антрума, которое действительно может обеспечить опорожнение полости абсцесса от гнойного экссудата, и проведение непосредственного лечения очага экссудативно-гнойного воспаления в этой области [3].

Выводы

На сегодняшний день, несмотря на современные возможности диагностики, атипичный мастоидит из-за особенностей течения трудно и поздно диагностируется, так как из-за скрытого течения больные обращаются после развития осложнений. Таким образом, атипичный мастоидит остается актуальным вопросом в оториноларингологии. При лечении острого и хронического отита в динамике надо большее время уделять не только субъективным данным, но и сопоставлять данные других исследований (рентгенограмма височных костей, КТ височных костей, отягощенный анамнез, наличие сопутствующих заболеваний).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Амиров А.М. Острые вялотекущие мастоидиты: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 2 с.
- 2 Ghaffar F.A., Wondermann M., McCracken G.H. Jr. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2001. – №20. – С. 376-380
- 3 Heitzmann.P., *Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac.*, 1990. – №1. – P. 35-41

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Т.Н. БУРКУТБАЕВА, Ж.Ж. АБДЫКАЛИКОВА, М.Д. АУЕЛБАЕВ, М.С. ЖУМАХМЕТОВ, В.И. ГРИГОРЕНКО, А.С. ОМИРХАНОВА, А.Н. МУСАГАЛИЕВА

Дәрігерлерді жетілдірудің Алматы мемлекеттік институты, Алматы қ.

№5 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

БАЯУ АҒЫМДАҒЫ МАСТОИДИТТЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫ, ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ, ЕМІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Берілген мақалада баяу ағымдағы мастоидиттың клиникалық ағымының ерекшеліктері қаралған. Мастоидиттың баяу ағымын емдеудегі ұстанымдары мен диагностикасының ерекшеліктерінің меншікті бақылаудағы мысалы келтірілген.

Негізгі сөздер: түріндегі мастоидиттің таралымы, латент мастоидитінің диагностикасы, енжар мастоидит.

S U M M A R Y

T.N. BURKUTBAEVA, Zh.Zh. ABDIKALIKOVA, M.D. AUELBAEV, M.S. ZHUMAKHMETOV, V.I. GRIGORENKO, A.S. OMIKHXANOVA, A.N. MUSAGALIEVA

The Almaty Extension Course State Institute for Medical Practitioners, Almaty c.

5st City clinic hospital, Almaty c.

FEATURES OF A CLINICAL CURRENT, DIAGNOSTICS, TREATMENT SLOW MASTOIDITIS

In this article questions of features of clinical manifestations slow mastoiditis are considered. The example of own supervision of a slow form mastoiditis, the principles of diagnostics, treatment is carried out.

Key words: The prevalence of atypical mastoiditis, the diagnosis of latent mastoiditis, sluggish mastoiditis.

СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.315-007.254

Е.М. КОЖАБЕКОВ

Кафедра ортодонтии стоматологического факультета Стамбульского университета (Турция), кафедра стоматологии Международного Казахско-Турецкого университета им. Х.А. Ясави (Казахстан)

ПРОТОКОЛ ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ НОВОРОЖДЕННОГО С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА, ПРИНЯТОЙ В КЛИНИКЕ ОРТОДОНТИИ СТАМБУЛСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Дети с врожденной расщелиной верхней губы и нёба по неотложным показаниям нуждаются в изготовлении нёбной пластинки (обтуратор) сразу после рождения и до первого кормления. После операции хейлопластики пациенты носят пассивную пластинку из мягкой пластмассы. По показаниям в послеоперационном периоде продолжается формирование фрагментов верхней челюсти с помощью активных преформированных нёбных пластин. В случаях недостаточного формирования носа после хейлопластики продолжается лечение с использованием фиксаторов ноздрей (nostril retainer). Операция на нёбе (уранопластика) рекомендуется в возрасте 1,5 года.

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и нёба, нёбная пластинка, хейлопластика, уранопластика.

Республике Казахстан частота рождений детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба (ВРГН) составляет в среднем 1:889 [1]. Трудности восстановления нарушенных жизненно важных функций питания, дыхания и речи, анатомического восстановления верхней губы, носа и верхней челюсти, инвалидизации детей с расщелинами губы и нёба на долгие годы не снижают актуальность данной проблемы. Дети с врожденной расщелиной верхней губы и нёба нуждаются в специальном комплексном лечении, которое проводится в центрах диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Лечение расщелин губы и нёба – сложная многогранная и не решенная до конца проблема. Для получения оптимального результата лечения с рождения и до совершеннолетнего возраста проводится многоэтапное лечение с участием большого количества специалистов. Процесс коррекции врожденного порока и последующих этапов реабилитации часто усложняется разнообразной сочетанной патологией со стороны других органов, в частности нервной системы.

Реабилитация больных с врожденной расщелиной губы и нёба объединяет диагностические, лечебные, восстановительные и реабилитационные мероприятия, направленные на улучшение анатомических, функциональных и эстетических показателей. Она начинается с первого обращения пациента или родителей больного ребенка в медицинское учреждение. Установлено, что формирование искусственного нёба с помощью нёбной пластинки до первого кормления значительно облегчает кормление новорожденного.

Одними из первых специалистов, которые использовали нёбные obturators у детей с ВРГН, являлись Mc Neil С.К. [2, 3], Рубежова И.С. 1960 [4]. В 1983 году Шарова Т.В., Симановская Е.Ю. [5] предложили свою модификацию изготовления нёбных пластинок, которую авторы назвали преформированным нёбным аппаратом.

Применение нёбной пластинки (obturator, аппарата) для нёба позволяет улучшить условия для грудного и искусственного вскармливания ребенка с ВРГН. Такой obturator изолирует носовую полость от ротовой, обеспечивает отрицательное давление при сосании, препятствует расширению дефекта и не оказывает негативного действия на края расщелины.

Цель работы – освоение и клиническое применение инновационного дооперационного метода ортодонтического лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба.

Материал и методы

В ноябре 2012 года и марте 2013 года по программе докторантуры выполнены научная работа и практическое освоение по оказанию неотложной ортодонтической помощи детям с врожденной сквозной расщелиной верхней губы и нёба на кафедре стоматологии Стамбульского университета (зав. – проф. Елиф Ербай). За этот период мною проведено комплексное обследование и лечение 10 новорожденных с ВРГН. Из них с односторонней сквозной расщелиной ВРГН было 6 детей, двусторонней сквозной расщелиной ВРГН – 2 и изолированной расщелиной мягкого нёба – 2 ребенка.

Клиническое применение протокола дооперационной подготовки новорожденного с ВРГН. С целью формирования альвеолярной дуги у новорожденного с ВРГН использовался метод Мак Нейл в модификации кафедры ортодонтии [6, 7]. Для этого нами в клинике ортодонтии после осмотра новорожденного с расщелиной, психотерапевтической беседы с матерью и членами семьи обсуждался вопрос об оптимальном способе кормления ребенка с ВРГН. Родителям объясняли, что

пользование для кормления ребенка обычной соской без ортодонтической подготовки не эффективно.

Новорожденные пациенты с врожденной расщелиной верхней губы и нёба, впервые поступившие в клинику, направлялись к дежурному врачу. После получения медицинской истории получали оттиски с верхней челюсти ребенка при помощи материала на основе силикона, которые отправлялись в лабораторию (рис. 1,2). После этого осуществляли несколько фотоснимков (в профиль, фронтальный, нос, верхняя губы, верхней альвеолы и, если имеются похожие патологии у членов семьи, то фото родственников) для архива. По слепкам новорожденного отливали две гипсовые модели, одна из которых является рабочей, другая диагностическая модель. После этого, до того, как будут готовы преформированные пластинки, которые изготавливаются в тот же день, дети-пациенты и их родители отдыхают в специально отведенной для этого детской комнате ожидания.

В лаборатории на обратной стороне рабочей модели, отлитой по слепкам детей с ВРГН, высверливали круглой формы три выемки глубиной, примерно 5 миллиметров, расположенных одна в центре межчелюстной кости (премаксилла), а две других в самом заднем отделе (на уровне бугров верхней челюсти) правых и левых верхнечелюстных сегментов. После этого основание модели покрывали изолирующим лаком, и эта форма устанавливалась на гипсовый раствор, залитый на ровную поверхность. После заливки образованных лунок гипсовым раствором ждали



Рисунок 1 – Снятие слепка верхней челюсти у новорожденного А., 7 дней, с врожденной двусторонней сквозной расщелиной верхней губы и нёба



Рисунок 2 – Внешний вид снятого с верхней челюсти слепка у ребенка, что на рис. 1

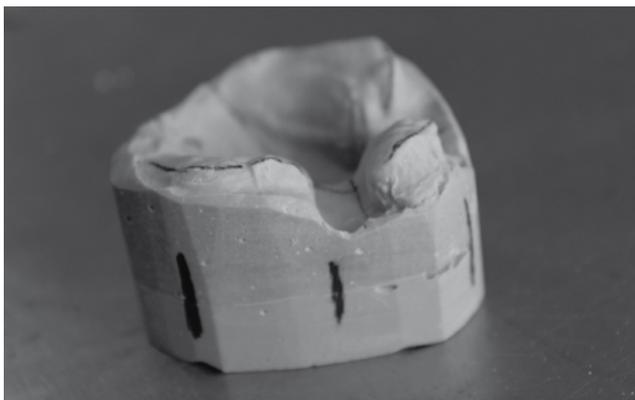


Рисунок 3 – Модель верхней челюсти ребенка, что на рис. 1, с начерченными линиями на основании для последующей преформации

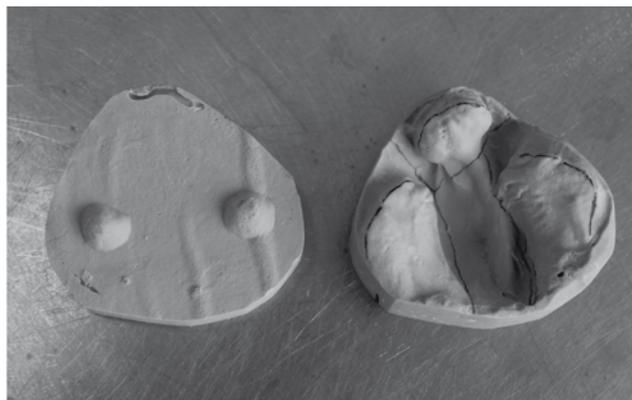


Рисунок 4 – Модель верхней челюсти ребенка, что на рис. 1, с начерченными линиями на границе альвеолярного отростка для последующей преформации



Рисунок 5 – Модель верхней челюсти ребенка, что на рис. 1, с разделенной лобзиком на фрагменты



Рисунок 6 – Модель верхней челюсти ребенка, что на рис. 1, со смещенной межчелюстной костью на 1 мм



Рисунок 7 – Преформированная модель верхней челюсти ребенка, что на рис. 1, со склеенными между собой сегментами с помощью воска для дальнейшего обжатия



Рисунок 8 – Аппарат «Биостар» для обжатия преформированной нёбной пластины на модели

до ее затвердения и таким образом получали систему ключа замка. Далее рабочая модель и полученное основание вместе размещали на платформе станка по резке гипса, наружные боковые поверхности обеих частей вырезаются в форме круга, придавая полностью одинаковую ровную поверхность (рис. 3, 4).

После этого рабочую модель делили на части с помощью лобзика (при односторонних расщелинах на 3, при двухсторонних расщелинах – на 3-4 части). Для получения

ровной верхнечелюстной арки и уменьшения ширины щели распиленные сегменты перемещали примерно на 1,5-2 миллиметра по отношению к гипсовому основанию, где имеется система ключ-замок (рис. 5, 6).

Перемещенные в новое положение сегменты приклеивали между собой и к основанию с помощью зуботехнического воска (рис. 7) На аппарате «Биостар» с помощью жесткой акриловой пластины толщиной 1 мм обжимали верхнечелюстную пластинку (рис. 8).



Рисунок 9 – Подгонка готовой преформированной нёбной пластины по границе переходной складки на модели верхней челюсти

На рабочей модели указанную процедуру повторяли 3 раза подряд после каждого перемещения верхнечелюстных сегментов, приближая их к необходимой форме альвеолярной дуги (рис. 9). Каждую вновь изготовленную пластинку ребенок носил 10 дней (всего 1 месяц).

После этого у ребенка снимали новый слепок и в такой же последовательности повторяли описанную выше процедуру. Дети, проживающие за пределом Стамбула, приглашались на проверку один раз в месяц, а проживающие в Стамбуле, в случае благоприятных условий у родителей, обследовались при каждой замене пластинки, то есть с перерывом в 10 дней.

Применение дополнительной повязки (экстраоральной бинды) у детей с ВРГН позволяет осуществить корректировку расположения межчелюстной кости (премаксилла) и уменьшению дефекта расщелины верхней губы. Повязка используется с первого обращения ребенка в клинику и длится вплоть до операции на верхней губе. Родителям объясняется цель применения данной повязки и демонстрируется методика ее применения. Также подчеркивается важная роль данной повязки в облегчении грудного вскармливания ребенка. Опыт показал практическую применимость повязки из обычного медицинского лейкопластыря (рис. 10).

Для формирования формы носа и удлинения укороченной носовой перегородки (колумелла) у детей с ВРГН, после установления фрагментов верхней челюсти в правильном положении и когда в достаточной степени уменьшается верхняя губа (примерно в течение 2 месяцев или в конце лечения), проводится коррекция носа, его формирование и удлинение колумеллы. Для этой цели применяется метод Грейсона. При односторонней расщелине одна, а при двухсторонней расщелине устанавливаются две верхнечелюстные полоски из лейкопластыря для расширения ноздрей. На этом этапе продолжают применение дополнительных повязок рта (экстраоральной бинды), что обеспечивает удлинение колумеллы (рис. 10)

Детям с наличием расщелины вторичного нёба верхнечелюстная пластинка готовится следующим образом. На рабочей модели, снятой с пациента, место дефекта заливается розовым воском, затем с помощью аппарата Биостар и применением мягкого материала (биопласт) толщиной в 2 мм готовится пластина, с удлинением язычка на пластинке (рис. 7). Такие дети в течение месяца используют одну и ту же пластину. По истечении месяца назначается день приёма для ребенка. Сняв с пациента новую рабочую модель, определив новые



Рисунок 10 – Фиксация пластины в полости рта у ребенка, что на рис. 1, с экстраоральным биндажом, наложенным на межчелюстную кость и натянутыми резинками для удлинения ноздрей

размеры дефекта нёба, проводят ту же процедуру, описанную выше.

После операции на верхней губе ребенок временно прекращает использование верхнечелюстных пластинок на определенный период времени. Врач объясняет родителям, что этот период неиспользования ребенком пластинки, пусть даже на несколько дней, приводит к тому, что в дальнейшем он полностью отвыкает, поэтому «отказывается» носить нёбную пластинку. Это впоследствии становится причиной обратного нарушения формы альвеолярной дуги, полученной с помощью ортопедического преформированного аппарата для сегментов верхней челюсти в дооперационный период. Данная ситуация разъясняется родителям ребенка и говорится о необходимости обязательного возобновления применения пластинок ребенком.

За день до операции у пациента получают слепок с верхней челюсти, и согласно полученной гипсовой модели готовится пассивная пластинка из мягкой пластины толщиной 2 мм. После установки готовой пластинки во рту ребенка, на вестибулярной стороне проверяют место нахождения расщелины губы для предотвращения вероятности травматизма или нанесения вреда швам после операции. У детей, которым не удалось обеспечить желаемого уровня формирования альвеолярной дуги до операции на верхней губе, в послеоперационном периоде продолжают формирование фрагментов верхней челюсти с помощью активных преформированных нёбных пластинок. У детей с достаточно ровным расположением альвеолярной дуги, после операции на верхней губе до осуществления операции на нёба, продолжается применение пассивных нёбных пластинок, обновляемых раз в

месяц. Детям, после хейлопластики, которым оказалось недостаточным формирование носа, продолжают лечение с использованием фиксаторов ноздрей (nostril retainer). Дети без каких-либо осложнений со здоровьем, примерно к полутора годам направляются на операцию на нёбе.

Выводы

1. Дети с врожденной расщелиной верхней губы и нёба по неотложным показаниям нуждаются в изготовлении нёбной пластинки (обтуратор) сразу после рождения и до первого кормления. Аппарат изолирует носовую полость от ротовой, обеспечивает отрицательное давление при сосании, препятствует расширению дефекта и не оказывает негативного действия на края расщелины.

2. За день до операции хейлопластики пациенту готовится пассивная пластинка из мягкой пластмассы толщиной 2 мм, которая в послеоперационном периоде предотвращает вероятность травматизма или нанесения вреда швам после операции, обеспечивает формирование преддверия рта.

3. При условиях, когда у детей с ВРГН не удается обеспечить желаемого уровня формирования альвеолярной дуги до операции на верхней губе, в послеоперационном периоде продолжается формирование фрагментов верхней челюсти с помощью активных преформированных нёбных пластин.

4. У детей с достаточно ровным расположением альвеолярной дуги, после операции на верхней губе до осуществления операции на нёбе, продолжается применение пассивных нёбных пластинок, обновляемых один раз в месяц. В случаях недостаточного формирования носа после хейлопластики продолжается лечение с использованием фиксаторов ноздрей (nostril retainer).

5. При отсутствии противопоказания со стороны общего развития ребенка с ВРГН, операция на нёбе (уранопластика) рекомендуется в возрасте 1,5 года.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Супиев Т.К., Негаметзянов Н.Г., Мамедов Ад. А. Врожденная расщелина верхней губы и нёба: монография. – Алматы: КазНМУ, 2013. – 496 с.
 2 Mc Neil C.K. Oral and facial deformity. Pitman and Sons, ed. – London, 1954. – P. 14-25
 3 Mc Neil C.K. Congenital oral deformities // Brit. Dental S. – 1956. – Vol. 101, N 6. – P. 191-198
 4 Рубежова И.С. Применение «плавающего» обтуратора нёба в раннем возрасте и оценка способа формирования его носоглоточной части // Стоматология. – 1960. – №2. – С. 75-76
 5 Шарова Т.В., Симановская Е.Ю. Организация специализированной стоматологической помощи новорожденным с врожденной расщелиной губы и нёба в условиях родильного дома: методические рекомендации. – Пермь, 1983. – 21 с.
 6 Эрбай Э., Алмач Л., Эрбай С. Приспособления для верхнечелюстной коррекции в неонатальный период, изготовленные с использованием метода прессования // Материалы 75-й Конгресса Европейского общества ортодонтов. – Страсбург (Франция). – 23-26 июня 1999 года
 7 Асуман Дениз, Гумру Челикель, Эрбай Э. Новый подход к коррекции назальных деформаций у пациентов с односторонней и двусторонней расщелиной первичного нёба. // Материалы 12-й Международного симпозиума. – Измир (Турция). – 17-20 октября 2011 года

ТҰЖЫРЫМ

Е.М. ҚОЖАБЕКОВ

Стамбул университетінің стоматологиялық факультетінің ортодонтия кафедрасы (Түркия), Х.А.Ясауи атындағы Қазақ – Түрік Халықаралық

университетінің стоматология кафедрасы (Қазақстан)

СТАМБУЛ УНИВЕРСИТЕТІНІҢ ОРТОДОНТИЯ ЕМХАНАСЫНДА ҚАБЫЛДАНҒАН ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕДЕ ТУА БІТКЕН ЖОҒАРҒЫ ЕРІН МЕН ТАҢДАЙДЫҢ ЖАРЫЛҒАН ЖЕРІН ОТАҒА ДЕЙІН ДАЙЫНДАУДЫҢ ХАТТАМАСЫ

Қазақстан Республикасында жоғарғы ерні мен таңдайының туа біте жарылып туылуы орташа есеппен 1:889 құрайды.

Жұмыстың мақсаты – Балаларда туа біткен жоғарғы ерін мен таңдайдың жарылуын ортодонттік емделудің отаға дейінгі инновациялық әдісін игеру және клиникалық пайдалану.

Материалдар мен әдістер. Мақалада докторантура бағдарламасы бойынша орындалған және Стамбул университетінің стоматология кафедрасында жоғарғы ерін мен таңдайдың балаларда жарылуына ортодонттік шұғыл көмек көрсету бойынша әдістерді практика жүзінде игеру, 2012 жылдың қарашасы мен 2013 жылдың наурызында өткізілген зерттеулердің нәтижесі келтірілген. Осы кезеңде автормен кешендік зерттеу және туа біткен жоғарғы ерні мен таңдайы жабысқан 10 жаңа туылған нәрестені емделді. Емделушілердің арасында 6 балада бір жақты тесік, 2 балада екі жақты тесік және 2 балада жұмсақ таңдайы оқшауланып тесілген.

Зерттеулердің нәтижесі авторға мынадай қорытындыға келуге мүмкіндік берді: туа біткен жоғарғы ерні мен таңдайы тесік балалар шұғыл көрсеткіштер бойынша таңдай пластинкасын дайындауға қажеттілік тудыруда. Баланың дамуы жағынан қарсы көрсетілімдері болмаса, 1,5 жаста таңдайға ота жасауға кеңес беріледі.

Негізгі сөздер: *Үстіңгі ерін мен таңдайдың туа біткен жарығы, таңдай тақтайшасы, хейлопластика, уранопластика.*

SUMMARY

E.M. KOZHABEKOV

Department of Orthodontics of the Faculty of Dentistry of Istanbul University (Turkey), Department of Dentistry of the International Kazakh-Turkish University named after H.A. Yasavi (Kazakhstan)

THE PROTOCOL OF PREOPERATIVE PREPARATION OF INFANTS WITH CLEFT LIP AND PALATE, ADOPTED IN THE CLINIC OF ORTHODONTICS IN ISTANBUL UNIVERSITY

In the Republic of Kazakhstan, the incidence of births of children with cleft lip and palate (CLP) is 1:889 on the average.

The aim of the work was to master and clinically use the innovative preoperative method of orthodontic treatment for children with cleft lip and palate.

Material and methods. The article presents the results of studies carried out in November 2012 and March 2013, executed according to the doctorate programs and the practical mastering of methods of emergency orthodontic care for children with cleft lip and palate at the Department of Dentistry of Istanbul University (Head – prof. Yelif Yerbay).

During this period, the author conducted a comprehensive examination and treatment of 10 infants with cleft lip and palate.

Among the patients with unilateral through cleft, there were 6 children, bilateral through cleft – 2 children, and isolated cleft palate – 2 children.

The summarizing of the results of the studies allowed the author to draw the following conclusion: children with cleft lip and palate according to the urgent indications need the palatal plate (obturator) immediately after the birth and before the first feeding. In the absence of contraindications of the overall development of a child with CLP, the operation of the palate (palatoplasty) is recommended at the age of 1.5 years.

Key words: *Congenital cleft lip and palate, palatal plate, cheiloplasty, uraniscoplasty.*