

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
БОЛАЛАР СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ
“БОЛАЛАР ЖАРРОҲЛИК СТОМАТОЛОГИЯСИ”
ФАНИДАН 5-КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН**

**«ЮЗ-ТУҒМА НУҚСОНЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ»**

МАВЗУСИ БЎЙИЧА

МАЪРУЗА МАТНИ

Тузувчи:

т.ф.н. Камалова Ф.Р.

БУХОРО - 2018

«ЮЗ-ТУҒМА НУҚСОНЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ»

1.Маъруза мавзуси: Юз-туғма нуқсонларини даволаш усуллари. Диспансеризация.

2.Мақсад: Чегараланган лаб ва танглайни, бир томонлама кесиб ўтувчи ва икки томонлама кесиб ўтувчи кемтиклар даражасини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик, ортодонтик даволаш, операция ўтказиш муддатлари, туғма нуқсонлар билан туғилган болаларни диспансеризацияси.

3.Қўйилган масалалар:

Юқори лаб туғма кемтикларини жарроҳлик даволаш усуллари:

- 1) Чизиқли усуллар (Евдокимов, Лимберг, Миллард);
- 2) Учбурчакли лахтакдан фойдаланилган усуллар (Л.М. Обухова ва Теннисон);
- 3) Тўртбурчакли лахтаклардан фойдаланилган усуллар (Хагедорн ва Ле Мезурье).

Танглай кемтикларини жарроҳлик даволаш усуллари: Лимберг, Фролова-Маҳкамов бўйича уранопластика усуллари. Операцияни ёшга ва усулига боғлиқлигини ҳисобга олган ҳолда натижаларини солиштириш.

Мутахассис жарроҳ, ортодонт, логопед иш сурати ва диспансеризацияси. Ёшга ва кемтик даражасига боғлиқ ҳолда даволаш режасини тузиш.

4. Кутиладиган натижалар

Маърузани тинглаган талаба билиши керак:

- 1) Чизиқли операция усуллари, уларнинг афзаллиги ва камчиликлари;
- 2) Учбурчакли усулларнинг афзаллиги ва камчиликлари. Ўзбек олимларининг хейлопластика усуллари ривожланишидаги қўшган ҳиссалари. Л.М. Обухова, Хамитова, Т.М. Обухова ва бошқалар;
- 3) Тўртбурчакли усулларнинг афзаллиги ва камчиликлари. (Хагедорн ва Ле Мезурье);
- 4) Лимберг усулида уранопластика операциясининг босқичлари ва асосий масалалари;
- 5) Олимларнинг юқори лаб ва танглай кемтикларини жарроҳлик даволаш усуллари Ф.Д. Джуманиязов, З.М. Нуритдинов, Э.У. Маҳкамов;
- 6) Л.Е. Фролова ва Э.У. Маҳкамов усулида урано- ва велоластика операцияларининг олти аниқ фарқлари;

- 7) Талаба туғма юз нуқсонлари билан туғилган болаларни диспансер гуруҳларига ажрата олиши керак.
- 8) Мутахассис педиатр, психоневролог, логопед, ортодонтларнинг ўз вақтидаги маслаҳатларини ташкил қилиш.
- 9) Операцияга кўрсатмани аниқлаш.

5. Маъруза таснифи

Маърузуни тўлиқ кўриб чиқиш.

Кўриб чиқиладиган саволлар таркиби.

1. Хейлопластиканинг асосий усуллари, уларни фарқларини ажратиш. Кайси усулни танлаш ва усулни танлашга кўрсатма.
2. Юқори лаб нуқсонини бартараф этишда жарроҳ вазифалари.
А) анатомик бузилишларни тузатиш: оғизнинг айлана мушагини бутунлигини тиклаш, юқори лабни узайтириш ва бурун шаклини тузатиш.
Б) функцияларни тиклаш: оғиз бўшлиғини ташқи муҳит билан алоқасини ажратиш, овқат истеъмол қилишни (сўриш) ва нафас олишни меъёрлаштириш.
3. Замонавий хейлопластика операциясини ўтказишнинг ёшга боғлиқлигини айтиб ўтиш. 1956 йилда Л.Е. Фролова томонидан ишлаб чиқилган янги туғилган чақалоқларда хейлопластика ўтказиш. Маърузачи шу масала Ўзбекистонда ва Совет Иттифоқида қандай ечилганлигини ёритиб бериши. Туғруқхоналарда хейлопластика операциясини ўтказишни критик баҳолаш. Профессор Э.У. Махкамовнинг «юз туғма нуқсонларини илк ёшда даволаш» бўйича ишлари ва Москвадаги туғма юз нуқсонлари маркази ҳақида маълумот бериш.
4. Танглай кемтикларини жарроҳлик усулида даволашда жарроҳ олдидаги вазифаларини кўриб чиқиш:
а) кемтикни бутунлай ёпиш;
б) юмшоқ танглайни узайтириш
в) ютқиннинг ўрта қисмини торайтириш

Жарроҳлик усуллари айтиб ўтилганда слайдларда ва жадвалларда кўрсатиб ўтиш ва шу масалаларнинг Лимберг, Фролова ва Фролова-Махкамов усулларида ечилиши. Шу усулларнинг юқори жағ ўсиши ва ривожланишига бўлган таъсирини кўрсатиб ўтиш. Кесиби ўтувчи юқори лаб ва танглай кемтикларини жарроҳлик усулида босқичли (этапли) даволашнинг афзаллиги (А.Усманов, Э.У. Махкамов ишлари). Жарроҳлик усулида даволашдан олдин ва кейинги ортодонтик даволашнинг ролини тушунтириб ўтиш керак. Логопеднинг операциядан олдин ва кейинги ролини тушунтириб ўтиш керак. Юз туғма нуқсонлари билан туғилган болаларни диспансеризацияси мавзусини ўтганда шу масала ТТА 3 клиникаси

БЮЖЖ (Болалар юз-жағ жарроҳлиги) бўлимида қандай қўйилганлиги ва бошқа республикаларда қандайлиги ҳақида маълумот бериб ўтиши керак. Жойларда болалар стоматологлари томонидан юқори лаб ва танглай кемтиклари билан туғилган болаларда диспансер назорати қандай олиб борилиши ҳақида айтиб ўтиш керак.

6. Маърузачи иловалари.

Маърузачи бир нечта мавзуга оид слайдларни демонстрация қилиши ҳамда аудиторияга мурожаат қилиши ва улар Л Е Фролова бўйича туғма нуқсонни класификациялаши, формасини аниқлаши керак. Бу олдинги мавзунини ўзлаштириш даражасини аниқлайди. Ўтилаётган мавзу кўрилиб чиқиляётганда маърузачи аудиторияга жарроҳ олдиға қўйилган вазифаларни ва талабаларға қуйидаги саволлар билан мурожаат қилиши керак: уларни қандай ечиш? қай вақтда ечиш? қаерда ечиш? бу масалаларни ким ечади?

Жойлардаги ҳар бир стоматологлар шу масалани маълумотли даражада ечиш учун нима қилиши керак?

Операцияға кўрсатмаларни нуқсон даражасига ва ёшға боғлиқ ҳолда замонавий ёндошиш, педиатр, ортодонт, логопед ролини ҳисобға олган ҳолда комплекс даволашни ва бу ҳамма ҳолларда ҳам стандарт бир хил усул бўлмаслигини аудиторияға тушунтириш керак. Талаба шуни ёдда тутиши керакки: юқори лаб ва танглай туғма кемтиклари билан болаларни операцияға ва операциядан кейинги слайдларни кўрсатиш керак ва талабаларни олдиға қуйидаги саволларни қўйиш керак: операцияға нима бўлган ва операциядан сўнг болани юз қиёфасида қандай ўзгаришлар бўлганлигини ва бу талабани ёдида қолишини кучайтиради. Маъруза ўқиляётган вақтида бир неча марта асосий жойларни талабалар ёзиб олишини таъкидлаб ўтиш керак.

7. Таркатиш материаллари:

Бир варақда 8-10 та слайд кетма-кетликда ёритилган бўлиши керак. Маъруза мавзуси: Схема. Лимберг бўйича юқори лаб пластикасини режалаштириш. Миллард, Обухова, Фролова усулларида хейлопластика. Операция натижалари. Схемалар.

8. Маърузани жиҳозлаш:

- 1) Хейлопластика ва уранопластика операцияларини босқичларини ёритувчи плакатлар.
- 2) Кемтикларнинг формалари, операцияға ва операциядан кейинги слайдлар.

- 3) Юқори лаб ва танглайнинг туғма кемтиги билан туғилган болаларни маърузага таклиф қилиш.
- 4) Юқори лаб ва танглайнинг туғма кемтиги билан туғилган болаларни диспансер гуруҳлари схемаси, диспансер назорати вазифалари.

9. Талабанинг мустақил иши:

- 1) Хейло- ва уранопластика операцияларидан кейинги биринчи суткаларда парваришнинг ўзига хослиги. Термометрия, боғлам фиксацияси. Боланинг эмоцияларини ҳисобга олган ҳолда муомала қилиш.
- 2) Хейлопластика, уранопластика, велопластика операцияларидан кейинги болани овқатлантириш (қошиқчада овқатлантириш), оғиз бўшлиғи гигиенаси. Овқат рациони, таркиби, оғиз бўшлиғи гигиенаси ва танглай жароҳатлари.
- 3) Асоратлар ва уларни олдини олиш.

10. Текширув саволлари

- 1) Юқори лаб кемтигида жарроҳлик даволаш вазифалари.
- 2) Юқори лаб кемтиги билан туғилган болаларда операция ўтказиш муддатлари.
- 3) Юқори лаб кемтигини жарроҳлик усулида даволаш усуллари.
- 4) Хейлопластика операциясидан кейинги парвариш.
- 5) Танглай кемтиклари билан туғилган болаларда оператив даво ўтказиш муддатлари.
- 6) Операциягача бўлган текширувлар ва беморни уранопластика операциясига тайёрлаш.
- 7) А.А.Лимберг бўйича радикал уранопластика ўтказиш этаплари.
- 8) Фролова ва Фролова-Махкамов усулларида уранопластикани ўзига хослиги.
- 9) Туғма юз нуқсонлари билан туғилган болаларни диспансер назорати вазифалари.
- 10) Туғма юз нуқсонлари билан туғилган болаларнинг диспансер гуруҳлари.
- 11) Танглай кемтиклари билан туғилган болаларни ортодонтик ва логопедик шуғулланишининг ўзига хослиги.
- 12) Хейло- ва уранопластика операцияларидан кейинги асоратлар, иккиламчи деформациялар.

11. Адабиётлар

1. Колесов А.А. «Стоматология детского возраста» М. 1991 г.
2. Персин Л.С. «Стоматология детского возраста» М. 2003 г.

3. Евдокимов А.И., Виноградова Т.Ф. «Руководство по стоматологии детского возраста» М. 1976 г.
4. Виноградова Т.Ф. «Стоматология детского возраста» М. 1987 г.
5. Фролова Л.Е. «Лечение врожденных расщелин верхней губы» Ташкент 1976 г.
6. Усманов А.Т. «Этапное хирургическое лечение врожденных сквозных расщелин верхней губы и неба» Автореф.канд.дисс. Ташкент 2001 г.
7. Азимов М.И., Холматова М.А., Амануллаев Р.А. «Сроки и способы хирургического лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба» Методические рекомендации. Ташкент 2001 г.
8. Амануллаев Р.А., Азимов М.И. «Метрический метод оценки результатов первичной хейлопластики при врожденной односторонней расщелине верхней губы и неба» Новое в стоматологии. Москва №9 2001 с 76-77
9. Азимов М.И., Шокиров Ш.Т. «Основные принципы лечения больных с двусторонней расщелиной верхней губы и неба с выступающей межчелюстной костью» Stomatologiya Тошкент 2001 № 1 с 69-74.
10. Шокиров Ш.Т. «Современные принципы лечения больных с двусторонней расщелиной верхней губы и неба» Stomatologiya, Тошкент 2001 №3 с 51-56.
11. Азимов М.И. и соавт. «Сравнительный анализ результатов первичной хейлопластики при двухсторонних расщелинах верхней губы и неба». Stomatologiya. Тошкент 2002 № 1-2 с 40-44

Юқори лаб ва танглай кемтиклари билан туғилган болаларни жарроҳлик даволаш усуллари.

Юқори лаб ва танглай кемтиклари билан туғилган болаларда операция ўтказишга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.

Юқори лаб кемтиги билан туғилган болаларда операция ўтказиш ўз муддатида туғилган болаларда, ҳаёт учун зарур бўлган органлар функцияларига таъсири бўлмаганда, бошқа оғир нуқсонларсиз туғилган болаларда, ҳаёти давомида орттирилган касалликлардан азият чекмаган болаларда (пневмония ва бошқа ҳар хил турдаги яллиғланиш касалликлари билан касалланганларда ва марказий асаб тизими жароҳати бўлмаганда) олиб борилади.

Янги туғилган болаларда хейлопластика операцияси туғма лаб нуқсонларининг ҳамма турида ўтказилади.

Операцияни ўтказиш ҳақидаги кўрсатма масаласини ҳал қилишда жарроҳ болани илк кунларидаги аҳволини ҳисобга олиши керак.

Купинча боланинг функционал етилганлигини кўрсатмаси бу оғирлик кўрсаткичи ҳисобланади. Ўз вақтида туғилган боланинг оғирлиги 3200-3300 г., айрим ҳолларда – 2500 г. Ўғил болалар ва қиз болалар орасидаги фарқ 150-200 г. бўлиб ҳисобланади.

Чегараланган лаб ва танглай кемтиклари билан туғилган болаларда операцияни **олти ойдан кейин** ўтказиш тавсия қилинади; комбинациялашган кемтиклар билан туғилган болаларни иложи бўлса туғруқхонада операция қилиш керак ва операциягача ва операциядан кейинги даврда чала туғилганлар бўлимида сақлаш керак, бола у ерда меъёрий озикланиши ва даво олиши мумкин бўлади.

Оғирлиги катта бўлган болаларни (4500-5000 г.) операциядан олдин яхши текшириш керак ва марказий асаб тизимида туғруқ вақтида жароҳат олмаганлигига ишонч ҳосил қилиш керак, боланинг ўзини тутишига ва баъзи органлар иш фаолиятига этибор қаратиш керак.

Функционал етилган чақалоқ ҳаракати актив, овози баланд, тери ранги қизғиш-пушти, нафас ритмик, 1 дақиқада 60 мартагача бўлади. Туғилганининг дастлабки суткаларида нафас юзаки, 8-нчи кунда нафас олиш чуқурроқ ва доимий бўлади.

Янги туғилган болаларда тана ҳарорати 38°C гача бўлади, 3-6 соатдан сўнг 36°C гача, 2-3нчи кунларда 36-37°C атрофида бўлади. Баъзи ҳолларда янги туғилган болаларда тана ҳарорати 3-4 кунларда 39°C гача кўтарилади. Бу яллиғланиш ва инфекциян жараёнга боғлиқ эмас. Буни Реус - транзитор иситма деб атаган.

Транзитор иситма физиологик вазни йўқотиш даври билан кўпинча бирга келади, 1-нчи навбатда тўқималарни суюқлик йўқотиши билан боғлиқ. Транзитор иситмага овқат билан етарли даражада суюқлик келиши камлиги ва оксилга бой овқат сабаб бўлиши мумкин деб ҳисоблашади.

Янги туғилганларда қон таркиби бир оз бошқача бўлади, каттароқ болалардан фарқ қилади. 1-нчи кунларда эритроцитлар миқдори 6-6,5 млн. орасида бўлади, 3-нчи кунларда уларнинг миқдори бир оз камаяди ва 8-10 кунларда 5,5млн. гача етади. Гемоглобин 1-нчи кунларда 140%, 9-нчи кунда 110-100% гача камаяди. Лейкоцитлар миқдори 1мм³ қонда ўртача 29000, 7-12 кунларда 10000-12000 гача камаяди.

Б.Ф. Шаган (1950 й.) маълумотида кўра лимфоцитлар тўқнашиши 4-нчи кунга тўғри келади. 1-нчи кунларда ёш ва таёкча формали нейтрофилларнинг силжиши кузатилади. Моноцитлар миқдори 10 кунларда бир хил миқдорда бўлади. Эозинофиллар миқдори ошиб боради. ЭЧТ кам бўлади (1,5-4,5мм/с).

Физиологик сарғайиш 85% янги туғилганларда кузатилади. У асосан 2-4 кунларда бўлади. Физиологик сарғайиш 6-7 кунларда тугайди, оғир ҳолларда 2-3 ҳафтагача чўзилиб кетиши мумкин.

Янги туғилганлардаги ўзига хосликларни билиш жарроҳга, педиатрга ва акушер-гинекологга хейлопластика операциясини 1-нчи кунларда ўтказишга кўрсатмани ҳал қилишда керак бўлади. Бу ёшда хейлопластика операциясига қарши кўрсатма камроқ бўлиши билан бирга жарроҳ буларни билиши керак. Буларни икки гуруҳга бўлиш мумкин:

- 1) Туғилганининг биринчи кунларида оператив муолажани ўтказишга тўсиқ бўлувчи комбинациялашган туғма бадбашаралик.
- 2) Ўша вақтда оператив муолажани ўтказишга тўсиқлик қилувчи орттирилган касалликлар.

Б.Я. Булатовская 95 та юқори лаб кемтиги билан туғилган болаларда 14 (14,7%) та яна бошқа нуқсонларни кузатган: ясситовонлик, туғма юрак нуқсонлари, гидроцефалия, микроцефалия, синдактилия, киндик чурраси, жинсий органлар ривожланмаганлиги ва бошқалар. Кўп ҳолларда туғма комбинациялашган нуқсонлар бўлганда юқори лабда оператив муолажани ўтказишга болани умумий аҳволи оғирлиги қарши кўрсатма ҳисобланади.

Охирги ўн йилда кўп муаллифлар операцияни кечки муддатларда ўтказишга мойилдирлар. Бунга бир қанча сабаблар бор:

- 1) Туғруқхоналарда операциядан кейинги парвариш ва бола парваришига шароити йуклиги.
- 2) Операциядан сўнг кенг кемтикли болаларда жароҳат очилиб кетиш хавфининг юқорилиги.
- 3) Операция натижалари эстетик нормаларга жавоб бермаслиги.

Ю.Л. Образцова (1971 й.) Обухова ва Фролова усулларида 6 ойгача ва 1 ёшдан кейин ўтказилган операцияларни анатомо-функционал ўзига хос хусусиятларини солиштириб кўрган ва фарқ топмаган. Болалар жарроҳлик стоматологияси бўлимининг кўп йиллик тажрибаси шуни кўрсатадики, бир томонлама хейлопластика операциясини ўтказишга энг қулай ёш **6-8 ой** ҳисобланади. Юқори лаб ва танглайни икки томонлама кесиб ўтувчи кемтикларида 2 этапли хейлопластикани ўтказиш: **4-6 ойда** кенг томонни, **6-8 ойларда** 2-нчи томонни операция қилиш.

Чегараланган туғма лаб кемтиги билан меъёрий овқатлантирилган болада 10-12 ойларда хейлопластика ўтказилган.

Бир томонлама туғма кесиб ўтувчи кемтикли болаларни даволаш

Бизнинг фикримизча бирламчи хейлопластикада жарроҳ қуйидаги мақсадларга эришиши керак.

1. Оғиз айлана мушагининг узлуксизлигини тиклаш.
2. Купидон ёйи симметриясини тиклаш.

3. Юқори лаб фрагментлари ва қизил ҳошияни бир хил баландликда тиклаш.
4. Филтрумнинг юпқалашган томонида колонкани тиклаш.
5. Бурун қаноти асосини нормал ҳолатда тиклаш.
6. Бурун тешикларининг периметрини бир хил қилиш.
7. Оғиз даҳлиз қисмини чуқурлигини етарли даражада тиклаш.

Адабиётлардаги маълумотларга ва клиникамиз куп йиллик маълумотларига асосланиб шу тўхтамга келдикки, бирламчи хейлопластика ўтказиш қулай ва қониқарли бўлиши учун икки хил тури бўлади; лахтакли усул - Z пластика филтрумни пастки қисми учбурчакли тери лахтакли ўрин алмашинувчи ва ротацион усулда чиқариш.

Лахтакли операцияларда учбурчакли ва тўғри бурчакли лахтаклар билан кемтикни ёпиш, кемтик ўлчами ва медиал фрагмент калталик даражасига боғлиқ бўлади (С.Д. Терновский, 1952; А.А. Лимберг, 1968; Р.Д. Новоселов, 1978; J.D. Sidman, 1994).

Энг муваффақиятли лахтакли операция усули Л.М. Обухова (1955; 1957) ва С.W. Tennison (1952) лар томонидан ишлаб чиқилган.

Муаллифлар бир-бирига боғлиқ бўлмаган ҳолда бир хил операция усулини яратишган. Унинг асосини филтрумнинг ривожланмаган ички колонкасини узайтириш, ташки фрагментдан учбурчакли тери лахтакли урин алмаштирилиши. Л.М. Обухова усулининг асосида филтрумнинг соғ ва жароҳатланган томонлари ўлчами фарқлари ётади. Лахтакли пластик операцияларнинг кейинги ривожланиш этапларида лабнинг пастки 1/3 қисми ва бурун асосида ўрин алмашинувчи лахтаклар ётади, 2нчи лахтак муаллифлар фикрича бурун қаноти кўтарилишига ёрдам беради.

Обухова-Теннисон усулида хейлопластика методи.

Операция майдони спирт ва фурациллин (1:5000) эритмаси билан ишлов берилади, стерил чойшаб билан ёпилади, операция майдони очиқ қолдирилади: бурун, лунж ва ияк. Бриллиант кўкининг спиртли эритмаси билан юқори лаб кемтик томонда ажралиш нуқталари белгилаб олинади, филтрум бошида нуқталар ўлчанади ва бурун қанотининг тери билан бирга кўшилган жойида таққосланади. Олинган маълумотларга асосланиб кемтик томонда бирикув нуқталари бурун даҳлиз қисмида топилади. Шу фрагментлардаги нуқталардан анестетик юборилади. Бу нуқталарни белгилашда шуни эсда тутиш керакки, улар кесим ўтказиладиган жойдан 1,0-1,5мм. ташқарида қолиши керак.

Анестетик ўтказилгандан сўнг ассистент лабни катта ва кўрсаткич бармоқлари билан ушлаб туради. Кесимлар кичкина фрагментдан бирикув нуқталаридан ўтказилади, бунда скальпельнинг ўткир томони кемтик юқорисига йуналган бўлади. Кесим чизиги тери ва лаб қизил

хошияси чегарасидан бўлиши керак. Кейинчалик кесим чегара бўйлаб бурун қанотининг ички томондан боради. Бурун қаноти асосидаги кесим узунлиги кемтикнинг альвеляр ўсиқ соҳасидаги кенглигига боғлиқ. Бурун қаноти оёқчани ташқи томондан ажратилади ва қанот тоғайи асосдан ажратилади.

Ўтув бурмасидан 8-10мм. қолдирилиб кемтик «кочергасимон» кўринишида кесим қилинади. Шиллиқ қават кенгроқ қилиб ажратилади ва тўқималар юқори лабнинг ўрта қисмига мобилизация қилинади ва кетгутдан чоклар қўйилади.

Кейинги этапда катта фрагментда кесимлар ўтказилади. Бирикув нуқталаридан лаб қизил хошияси чегараси бўйлаб бурун тўсиғи томон йўналишда борилади ва учбурчаксимон шаклда нуқсон асоси томон бичилади. Шу лахтак ажратилади ва пастга, ташқарига йўналтирилиб, бурун қанотларига тикилади. Бу бурун қанотларини тўғри туришини таъминлайди. Шундай қилиб бурун йўли ҳосил қилинади. Жароҳат пастки қисмига лахтак тикилади. Ҳосил қилинган ички қавати бурун йўли асосини ва оғиз даҳлиз қисмини ҳосил қилади. Юқори лаб юганчаси калталигида шиллиқ қаватда кесимлар М.А. Халматова ва М.Э. Махкамовлар бўйича юганча узунлиги бўйича ўтказилади. Бу кесим альвеоляр ўсиққа 1,5-2мм гача етмай тўхтатилади ва кесим юқори лаб шиллиқ қават бўйлаб эгри қилиб юқорига ва 60° бурчак остида ташқарига борилади. Охирги кесимлар орасида юганча ва шиллиқ қават. Фрагмент киргогидан шиллиқ қаватли лахтак ажратилади, уни охирги кесим ўтказилган шиллиқ қават нуқсони томон алмаштириб учбурчак лахтакли усулда тикилади. Ортиқча ҳосил бўлган лахтакни бичилган кемтикнинг шиллиқ қаватини қирғоғидан кесиш билан қисқартириш мумкин. Филтрум бўйлаб перпендикуляр равишда кесим жароҳат қирғоғи бўйлаб «бўртиб турган» Купидон ёйи бирикув нуқтаси нормал ҳолга келтирилади. Бир хил учбурчаклар кичик фрагментда ҳосил қилинади ва олдинги ҳосил қилинган катта фрагментдаги учбурчакка бирлаштирилади. Чоклар қўйиш оғиз бўшлиғи томонидан бошланади. Лаб шиллиқ қаватидан то лаб қизил хошиясигача кетгутдан чоклар қўйилади. Оғиз айлана мушагига кетгутли чок қўйилади. Чокларни қўйишда шиллиқ қаватга қаратиб тугун қўйилиши керак. Агар тери томонга тугун бўладиган булса улар тез яллигланиши ва кетгутли окма йўли ҳосил қилиши ва булар лаб ва бурун қаноти деформациясига олиб келиши мумкин.

Терида чоклар қўйишдан олдин фурациллин эритмасига бўктирилган дока шариклар билан ювиш керак.

Биринчи чокни Купидон ёйида қўйиш керак, полиамид ипли нина билан бирикув нуқталари ёнида инъекцион нина билан қўйилган нуқталардан. Чок қўйилгандан сўнг тикув матоси 8-10мм. узунликда кесилади.

Обухова ва Tennison усуллари билан бир вақтда D.R.Millard томонидан (1957, 1958, 1960, 1976) радикал бурилишли ва ички ҳаракатланувчи усул вужудга келди.

P. Ingelrans ва бошқалар D.R.Millard усулини «охирги ярим аср ичидаги энг қулай усул» дейишган.

Икки томонлама кемтикли болаларда операция ўтказиш муддатлари.

Жуда кўп муаллифлар хейлопластикани олдинроқ ўтказиш юқори жағ кесувчи суяк фрагментларининг яқинлашишига ва юқори жағ фронтал қисмининг трансверзал текисликда қозиклар соҳасида торайишига ҳамда ёлғон прогения ва прикус аномалияларига олиб келишини таъкидлашган.

Бошқа гуруҳ муаллифлар эса олдиндан ортодонтик даво натижасига боғлиқ ҳолда туғилганидан олти ойгача хейлопластика ўтказиш кераклигини таъкидлашган. Муаллифлар фикрича нормал юқори лаб юқори жағ фрагментларига таъсир қилмай, балки юз суяклари ўсишини ҳам стимуллайди.

D.R.Millard фикрича илк ёшлардаги рационал усулда ўтказилган хейлопластика нормал тил ҳаракати, лаб ва лунж мушаклари ҳаракати юқори жағ шаклига таъсир қилади.

Ҳозирги кунда кўп жарроҳлар икки томонлама кесиб ўтувчи кемтикли болаларда бирламчи хейлопластикани туғилганидан 4-6 ойларда ўтказиш энг қулай муддат деб ҳисоблашади.

Э.У.Махкамов (1981-1997) томонидан симметрик икки томонлама кесиб ўтувчи кемтикларда этаплар ораси 1,5-2 ойли жарроҳлик ҳаракатини ўтказиш таклиф қилинган. Симметрик кесиб ўтувчи кемтикларда биринчи этап хейлопластикада кенг томон қилинади.

А.Т. Усманов, Э.У. Махкамовнинг кўп йиллик меҳнатларини ҳисобга олган ҳолда икки томонлама кесиб ўтувчи II, III даражали кемтикларда бир нечта оператив этапларни ўтказиш таклиф қилинган.

1- кенг томон хейлопластикаси - 4-5 ойларда;

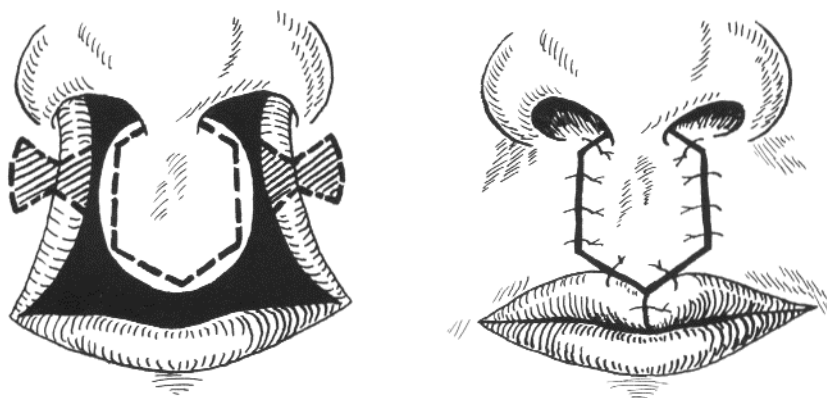
2- кейинги томон - 6-8 ойларда;

3- 2 ёшгача велопластика;

4- қаттиқ танглай пластикаси: 3-4 ёшларда.

Усулни танлашда ва бирламчи хейлопластика этапларида қуйидагиларни ҳисобга олиш керак: юқори лаб ўрта қисми – пролябиум ҳолати, шакли, жағлараро суякнинг олдинга чиқиш даражаси, ён фрагментлар билан жағлараро суяк орасидаги масофа.

Юқори лабнинг икки томонлама кемтикларида оператив даволаш усуллари.



Лимберг бўйича икки томонлама хейлопластика

Кенг пролябиумда бирламчи икки томонлама хейлоринопластика

Киска пролябиумда бирламчи икки томонлама хейлоринопластика

Миллард усулида икки этапли хейлоринопластика

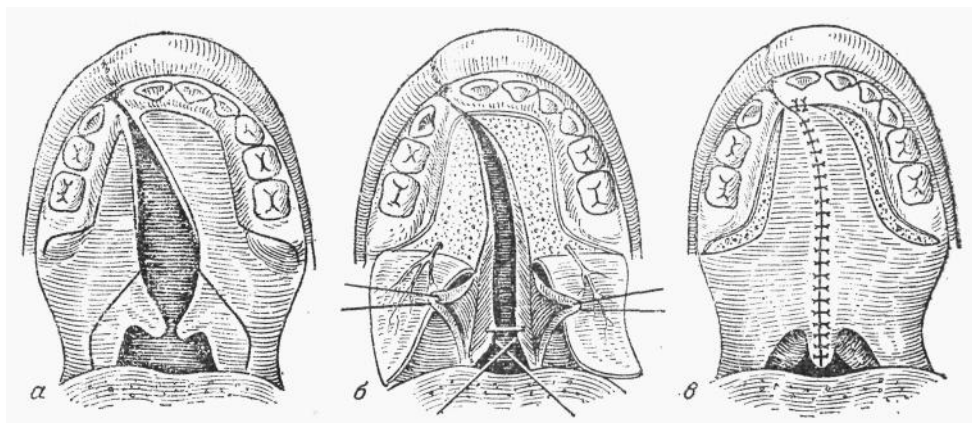
Танглай кемтикларини жарроҳлик усулда даволаш

Илгари танглай кемтикларини даволашда А.А. Лимберг томонидан таклиф қилинган радикал уранопластика усули кенг қўлланилар эди. Бу оператив усул 12-14 ёшдаги болаларда ўтказиш кўрсатилган. (М. М. Ванкевич, 1951; А. Т. Титова, 1964, ва бошқалар). Бу усулнинг жароҳатлилиги ёш болаларда қўллашга тўғри келмайди.

А.С. Силаева (1965), И.П. Бакулис (1966), Э.Н. Самар (1970) томонидан А.А. Лимберг томонидан таклиф қилинган радикал уранопластикани ҳар хил модификацияларда қўллаб ёш болаларда ўтказишни таклиф қилишган.

Лекин бизнинг тажрибамиз шуни кўрсатдики бу усуллар янада ривожлантирилиши керак. Радикал уранопластиканинг жароҳатлилиги юқори жағ ўсишига ва ривожланишига таъсир қилади, бу ўз навбатида тиш–жағ тизимида қўпол деформацияларга олиб келади. Масаланинг долзарблиги бу йўлда янги ечимлар топиш кераклигини кўрсатади. 1971 йилда Л.Е. Фролова томонидан танглай кемтикларини шакли ва

ороназофарингеал соҳада анатомик ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда кемтикларни оператив даволаш методикасини таклиф қилди.



Л.Е. Фролова бўйича танглай кемтикларини операцияси боскичлари

А) кесимлар схемаси: кемтик юқорисидан қаттиқ ва юмшоқ танглай чегарасигача, юмшоқ танглайнинг бурун шиллик қавати томондан эгри пастга ютқун ён девори томон.

Б) шиллик–мушак жом ҳосил қилиш: чоклар қўйилгандан сўнг тўқималар ҳолати.

Операция эндотрахеал оғрикисизлантириш остида ўтказилади. Интубацион трубка боланинг ёшига қараб танланади ва бурун орқали трахеяга киритилади. Аспирацияни олдини олиш мақсадида ютқунга фурациллинда енгил намланган тампон қўйилади. Трубка жарроҳга ҳалақит қилмаслиги учун ўртада фиксация қилинади. Бу жарроҳга ютқун деворидан тўқималарни иммобилизациясига ҳалақит қилмаслиги керак.

Болани боши орқага эгилтирилган ҳолда оғиз кенгайтиргич (роторасширитель) ўрнатилади. IV|IV тишларга оғиз кенгайтиргичнинг таянч қисми ўрнатилади. Кейин ойна тилга ўрнатилиб, оғиз 2,5-3,5 см.гача очилиб маҳкамланади. Оператив майдонга бирламчи ишлов берилади. Фурациллинга бўктирилган шарикларда ишлов берилади. Оғиз яхши тозаланиб, суюқликлар аспирация қилинади.

Ютқиннинг ён деворини яхши кўриш учун тилча лигатурага олиб, ташқарига тортилади.

Операция йўли: Кемтик қирғоқлари бўйлаб қаттиқ ва юмшоқ танглай, юмшоқ танглайни бурун юзаси бўйлаб пастга ютқин ён деворига қия қилиб танглай равоқларининг орқа юзаси томон борилади. Кейин кесим ютқин ён девори равоқларининг орқа томони бўйлаб борилади. Ютқин ҳалқаси кенглигига боғлиқ ҳолда ютқиннинг ён

деворидаги кесим орқа равоқлар ўрта қисмигача ёки пастки қирғоғигача давом эттирилади.

А) тўқималар шундай ажратилиши керакки назофарингеал ва оғиз соҳаларда шиллиқ–мушакли қаватдан иборат бўлиши керак. Чоклар билан шиллиқ–мушакли жом бутун узунлиги бўйлаб ҳосил қилиниши керак.

Б) охирги навбатда тилча пластикаси қилинади: юмшоқ танглай бурун юзаси соҳасидаги кесимдан тилчанинг ички юзасидан то охиргача кесим қилинади. Тўқималар 2-3мм. ажратилади.

В) қаватма-қават тўқималарни тикиш: ютқин ва бурун соҳаларига айланма кетгутли чоклар қўйилади, тилча ва оғиз шиллиқ қаватларига капрондан чоклар қўйилади. Операция шу босқичда тугаса бу–велопластика дейилади.

Қаттиқ танглай нуқсониди юмшоқ танглай ва ютқин тўқималаридан кейинги босқичда қаттиқ танглай пластикаси кўриб чиқилади. Шу мақсадда танглай пластинкаларидан суякусти шиллиқ қаватли лахтак ажратилади ва узунлиги бўйлаб қаватма–қават тикилади: бурун шиллиқ қаватига алоҳида чоклар қўйилади.

Ўтказилган оператив муолажада ортиқча жароҳатсиз ютқин ҳалқаси торайтирилади ва кемтик бутун узунлиги бўйлаб ёпилади.

Л.Е. Фролованинг уранопластика билан ютқин ҳалқасини торайтириш усули ўзининг кам жароҳатлилиги билан А.А. Лимберг усулида радикал уранопластикадан фарқ қилади.

Фарқлар қуйидагилардан иборат:

1. Қаттиқ танглайда Лангенбек бўйича ён кесимлар ва оёқчали суяк усти шиллиқ қавати бир томон фрагментдан ажратилиши (бир томонлама кемтик бор томон фрагментдан ажратилиши);
2. Танглайнинг орқа томонидан бурун шиллиқ қаватининг ажратилмаслиги;
3. Қаттиқ танглай тешикларининг орқа ички қисми резекцияси;
4. Ютқиннинг ўрта қисмини торайтириш учун қилинадиган кесимлар;
5. Ютқин олди қисмларини тампонадаси ва интерламинар остеотомия;

Танглай олд қисми учбурчаксимон суяк усти шиллиқ қаватли пластикаси (В.И. Заусаев) катта ўлчамли (Б.Д. Кабаков) ва танглай–димоғ лахтакли (В.Д. Щеголева) ён тўқималарни жароҳатини ичига олмайди ва уранопластиканинг асосий босқичлари ҳисобида ўтказилади.

Л.Е. Фролова ва Э.У. Махкамов томонидан (1978) қаттиқ танглай нуқсонларини бартараф қилишда бир қаватли ағдарма лахтакли оғиз шиллиқ қаватдан, катта фрагментда бичилган усулни ишлаб чиқишди.

Оператив усул уранопластикада ва танглайни олд қисми пластикасида ҳам фойдаланса бўлади.

Операция методикаси: эндотрахеал оғриксизлантириш остида ютқин ён деворлари танглай равоқлари орқа думбоқлари ва юмшоқ танглай бурун юзасидан қаттиқ танглай ва юмшоқ танглай чегарасигача кесим қилинади, кейин кичик фрагментда кесим кемтик юқорисигача давом эттирилади, катта фрагментда кесим қаттиқ танглай шиллик қаватда кемтик юқорисигача ўтказилади.

Шиллик қаватли лахтак периостал қаватдан ажратилади ва 180° га ағдарилади. Деэпителизацияланган лахтак танглай пластинкаси ва қарама-қарши томон шиллик қаватига матрасли чоклар билан фиксация қилинади.

Юмшоқ танглай, тилча пластикаси ва ютқин ҳалқасини торайтириш Л.Е. Фролова усулида ўтказилади.

Қаттиқ танглай соҳасидаги жароҳат йодоформли дока боғлам билан ва ҳимоя пластинкаси билан фиксация қилинади.

Операция ўртача 40-50 дақиқа давом этади. Агар илгари велоластика операцияси ўтказилган бўлса қаттиқ танглай нуқсони пластикаси 20 дақиқа давом этади.

Маълумки илгари радикал уранопластика операцияси тиш-жағ тизимида ҳар турдаги деформацияларга олиб келган. Тиш-жағ тизими деформацияларини операция ўтказилгандан олти ойдан кейин текширувчи моделлар тайёрланган ва Д.Н. Попов ва А.А. Талалаев томонидан таклиф этилган аппаратда антропометрик ўлчанган.

Ўтказилган текширув натижаларига кўра соғ болалар билан солиштирилганда юқори жағ ўсиши бир хиллиги кузатилган.

Бу усул жуда оддийлиги, жароҳат камроқ бўлиши, техникасининг қулайлиги билан бошқа усуллардан афзаллигини таъкидлаш керак.