



ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ
№2 (87) 2016

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов,
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,
Ш.А. Юсупов***

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

*Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.*

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

*(99866) 233-71-75
(99866) 231-00-39*

Сайт

pbim.uz

e-mail

*redaksiya@pbim.uz
sammi-xirurgiya@yandex.ru*

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

Подписано в печать 30.04.2016.

Сдано в набор 20.05.2016.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 25,5

Заказ 61

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

УДК: 616.89-02-089.-315-007.254

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ОРОФАЦИАЛЬНЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ К КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ

Р.А. ШАМСИЕВ, Ж.А. ШАМСИЕВ, Д.О. АТАКУЛОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОРОФАСЦИАЛ ЁРИҚ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ СУЯК-ПЛАСТИК ОНЕРАЦИЯЛАРГА МАХСУС ТАЙЁРЛАШ ЛОЗИМЛИГИНИ АСОСЛАШ

Р.А. ШАМСИЕВ, Ж.А. ШАМСИЕВ, Д.О. АТАКУЛОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

RATIONALE FOR SPECIAL TRAINING PATIENTS WITH OROFACIAL CLEFT BY OSTEO-PLASTIC OPERATIONS

R.A. SHAMSIYEV, J.A. SHAMSIYEV, D.O. ATAKULOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ушбу тадқиқотга юқори лаб ва танглайнинг тугма ёриги билан РИПИАТМ нинг чакалоқлар хирургияси ва режали хирургия бўлимида 2009-йилдан 2013-йилгача кузатувда бўлган болалар киритилган. Барча 50 нафар боладан 29 нафарида юқори лаб ёриги ва 21 нафарида юқори лаб ёригининг танглай ёриги билан қўшилиб келиши кузатилган. Операция вақтидаги беморлар 1 ойликдан 3 ёшгача ёшни ташкил этади. Хирургик даволаш босқичларига келган барча болаларда кардиоциклларни рўйхатга олишда симпатикотония аниқланади. Операциядан олдинги даврда темир етишмовчилик холатлари, липидлар алмашинувининг бузилишини тўғрилаш, ҳамда микроциркуляцияни яхшилашга қаратилган чора-тадбирлар вегетатив баланс кўрсаткичларини ва юқори лаб юмшоқ тўқималарида микроциркуляцияни яхшилаш йўли орқали операциядан кейинги эрта ва кечки муддатларда юқори натижаларга эришиш имконини беради.

Калит сўзлар: *юқори лаб тугма ёриқлари, танглай ёриқлари, пластик операциялар.*

In the present study included children with congenital cleft lip and palate, who were under the supervision of the department of surgery and planned surgery newly-born RSSPMCP in the period from 2009 to 2013. Of the 50 patients observed in 29 children, he was given a cleft upper lip, and 21 patients with cleft lip combined with more true-term cleft of sky. The patients' age at the time of surgery ranged from 1 month to 3 years. All children enrolled in the constituent-stage surgical treatment, check-marked original cardiocycles sympatheticotonia. Held preoperative preparation for correction of iron deficiency, lipid disorders, and aimed at improving the microcirculation it possible to obtain better results in the near and long-term periods due to improved performance of vegetative balance and indicators of microcirculation of the soft tissues of the upper lip.

Keywords: *congenital cleft lip, cleft palate, plastic surgery.*

В последние десятилетия отмечается заметный рост рождаемости детей с врожденными пороками развития. По данным ВОЗ лидирующие позиции среди врожденных пороков развития занимают орофациальные расщелины [9]. Несмотря на огромный опыт хирургического лечения, до сих пор нет единого взгляда на сроки проведения операций хейло- и уранопластики и способы предоперационной подготовки. Исходя из вышеизложенного, целью настоящего исследования явилось изучить результаты проведения предоперационных мероприятий по коррекции метаболических и вегетативных нарушений у больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Материал и методы исследований. В настоящее исследование вошли дети с врожденной расщелиной верхней губы и неба, находившиеся под наблюдением в отделении плановой хирургии и хирургии новорожденных РСНПМЦП в период с 2009 год по 2013 год. Из

всех 50 больных детей у 29 наблюдалась расщелина верхней губы, а 21 больного расщелина верхней губы сочеталась с расщелиной неба. Возраст больных к моменту операции колебался от 1 месяцев до 3 лет. У всех детей с ВРГН оценивались результаты клинического наблюдения в динамике, осуществлялось фото документирование порока до операции, послеоперационных швов и послеоперационного рубца в отдаленном периоде. Функциональная оценка состояния здоровья проводилась на основе показателей кардиоинтервалографии в покое и в ортопробе с расчетом Мо, АМо, ДХс, ИН, ВПР, полученных в дооперационных периодах уранопластики. Оценивались биохимические показатели обмена веществ: протеинограмма, липидограмма, Ca^{2+}/Mg^{2+} . Функциональная оценка состояния микроциркуляторного русла выполнена с помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии. Предоперационная медикаментозная коррекция вегетативных и метаболических наруше-

ний включала: комплекс омега 3 кислот с фолиевой кислотой (янтарная капля) по 5 капель 2 раза в день в течение месяца; левокарнитин (метакартин) 20% р-р по 5 капель 2 раза в день до еды, не менее 1 месяца; 3-х валентное железо (мальтофер) - в зависимости от тяжести анемии от 25 до 50 мг (10-20 капель) в день, не менее 1 месяца. Хирургическое лечение у всех детей проводилось по методу Лимберга-Обуховой, в зависимости от выраженности дефекта верхней губы были применены методы Лимберга или Tennison. Для оценки эффективности терапии осуществлялась сравнительная оценка результатов лечения детей основной 1 группы 8 (16%), которые получили курс предоперационной подготовки, и детей контрольной 2 группы 42 (84%), где не проводилась медикаментозная предоперационная подготовка. Эстетический результат хейлоринопластики в обеих группах оценивался через 6-8 месяцев.

Результаты исследований. У всех детей, поступающих на этап хирургического лечения, при регистрации кардиоциклов отмечалась исходная симпатикотония. Сравнение отдельных параметров кардиоинтервалографии у детей основной группы с параметрами у практически здоровых детей показало увеличение амплитуды моды (АМо) ($p=0,035$), активности парасимпатической системы (Dx) ($p=0,0001$), а также увеличение индекса напряжения (ИН) ($p=0,0001$). Достоверных изменений показателей и активности гуморального звена (Мо) не получено ($p=0,192$). При оценке кардиоинтервалографии до оперативного лечения в 40% случаев определялась фаза декомпенсации, в 20% - фаза относительной компенсации и в 40% - напряженной адаптации. Такие изменения свидетельствуют о выраженном напряжении регуляторных механизмов и высоком риске развития дезадаптации.

Исходная симпатикотония оказывала выраженное катаболическое влияние на метаболизм с переключением с преимущественно углеводного на липидный тип обмена веществ. Подобные изменения метаболизма были зарегистрированы на этапе до оперативного лечения. Гиперлипидемия была преимущественно за счет холестерина ($p=0,0001$), при одновременном снижении уровня триглицеридов ($p=0,007$), обеспечивающих трофическую функцию в организме. Снижение уровня общего белка в крови ($p=0,0085$), сопутствующее дислипидемии, свидетельствует о развившемся белково-энергетическом дефиците в организме. Повышение уровня глюкозы в плазме крови ($p=0,0001$) реакция, направленная на восполнение возникшего энергетического дефицита, связана с развитием периферической инсулин резистентности

за счет усиления симпатических влияний и повышения уровня кортизола в крови. На этом фоне развивалась вторичная гипомagneзemia ($p=0,265$), замедляющая восстановление физиологических показателей вне стрессового состояния. Учитывая выявленные вегетативные и метаболические изменения, детям с ВРГН для повышения уровня гомеостатического потенциала и эффективности оперативного вмешательства проводилась предоперационная фармако-терапевтическая подготовка в течение 1 месяца перед операцией. При исследовании особенностей течения послеоперационного периода в первой группе отмечалось наличие менее выраженного отека мягких тканей по сравнению с детьми, которым не проводилась медикаментозная терапия в предоперационном периоде. Особенно это было заметно у детей с двухсторонней локализацией порока развития верхней губы и неба. Снижение послеоперационного отека, несомненно, благоприятно влияет на кровоснабжение перемещенных тканей, улучшает их метаболизм и приводит к образованию менее заметных послеоперационных рубцов. Дисциркуляторные нарушения и развитие краевого некроза, приведшие в последующем к плохому или неудовлетворительному косметическому результату, во второй группе были в 14 случаях, что привело к удлинению времени нахождения детей на стационарном лечении в среднем на $3,2 \pm 1,4$ ($p=0,95$) дня, а в первой группе такие результаты были в 1 случае. При этом удлинение периода лечения составило $2,5 \pm 0,5$ ($p=0,95$) дней.

Оценка ближайших и отдаленных результатов показывает, что из 42 детей второй группы в 6 случаях потребовались повторные ранние операции, в связи с рубцовой деформацией верхней губы. В первой группе не потребовалась оперативная коррекция в связи с рубцовым укорочением пролябиума. Осмотр при повторном поступлении через 6-8 месяцев показал, что проведение курса медикаментозной терапии благоприятно влияет на косметические результаты оперативной коррекции. Улучшение заживления отмечалось как у детей с односторонней, так и двухсторонней локализацией порока развития верхней губы. В раннем послеоперационном периоде, после проведения предоперационной подготовки, отмечался меньший, по сравнению с группой 2, отек. Дисциркуляторные нарушения встречались реже и в менее выраженной форме. В группе сравнения количество и относительная площадь краевых некрозов лоскутов была меньше. Подавляющее большинство послеоперационных рубцов были правильной формы, узкие, без склонности к гипертрофии, более бледные и мягкие. Среди всех больных второй группы при-

чиной неудачи первичной операции был краевой некроз лоскута и расхождение раны в области формирования рубца, что привело к образованию грубых гипертрофических рубцов в 23,3% случаев. Повторные корригирующие операции, в более позднем возрасте (2-3 года), позволили получить косметически более приемлемый результат. В первой группе заживление послеоперационной раны происходило в более благоприятных условиях, что привело к тому, что, в катмнезе мы наблюдали более «нежное» рубцевание, в редких случаях требующие дополнительной коррекции. Повторные корригирующие операции не проводились. На основе таких наблюдений можно утверждать, что курс препаратов, корригирующих вегетативные и метаболические показатели в предоперационном периоде, улучшает результат оперативного лечения.

Для оценки влияния и эффективности проводимой медикаментозной коррекции в предоперационном периоде на состояние микроциркуляции выполнено сравнение показателей лазерной доплерофлоуметрии у детей в группах 1 и 2. Оценка базального кровотока области исследования проводилась по шести основным показателям, отражающим состояние микроциркуляторного русла (M, Dx, Kv, нейрогенный тонус, миогенный тонус, показатель шунтирования).

Средние показатели и постоянная составляющая кровотока для около рубцовых тканей у детей с и без предоперационной подготовки были схожи и не имели достоверных различий ($p=0,2$). Таким образом, разницы в общем уровне кровоснабжения кожи после операции в двух группах не получено. Средняя модуляция кровотока (Dx) кожных покровов до и после операции возрастала в обеих группах больных (с $10,41 \pm 0,85$ до $21,17 \pm 2,11$ и с $11,23 \pm 0,65$ до $14,67 \pm 1,02$, в группе 1 и 2, соответственно). Тем

не менее, у детей после предоперационной подготовки этот показатель оказался достоверно выше ($p=0,0063$), что свидетельствует о более глубокой модуляции микрокровотока. Похожая, но достоверно более выраженная динамика отмечена и для коэффициента вариации кровотока. При исследовании околорубцовых тканей в группах 1 и 2, показатель Kv был достоверно ($p=0,0015$) выше у детей с проведенной предоперационной подготовкой. Таким образом, было получено улучшение состояния микроциркуляции связанное с увеличением Dx за счет активных факторов при практически неизменной величине M, в отличие от группы детей без подготовки, где этот показатель снижался. При анализе компонентов тонуса микрососудов, показатель миогенного тонуса в группе сравнения снижался достоверно больше, чем в основной группе ($p=0,0004$). Сохранение нейрогенного тонуса на прежнем уровне свидетельствовало о физиологическом доминировании нейрогенного диапазон в артериолах ($p=0,067$ и $p=0,014$, в группе 1 и 2, соответственно). Значение показателя шунтирования у детей с предоперационной подготовкой, приближающееся к единице ($1,05 \pm 0,07$) свидетельствовала о физиологической реакции микрососудистого русла на операционный стресс, в отличие от группы 2, где этот показатель был выше ($1,16 \pm 0,04$), что свидетельствовало о движении кровотока в обход нутритивного русла. Так как основное значение для оценки изменений имеет динамика микроциркуляции до и после оперативной коррекции, полученные данные сведены в диаграмму (рис.1).

Коэффициент вариации микрососудистого кровотока в околорубцовой области у детей в группе 1 и 2 в здоровых тканях не имел достоверных различий ($143,87 \pm 25,76$ и $159,91 \pm 22,98$, $p=0,64$).

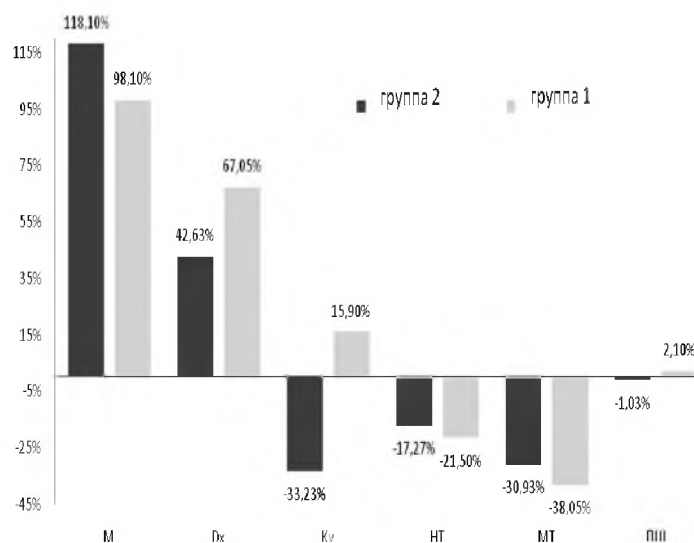


Рис. 1. Показатели лазерной доплерофлоуметрии у детей с и без предоперационной подготовки

После проведения медикаментозного курса предоперационной подготовки у детей в группе 1, при исследовании по аналогичной схеме, отмечено увеличение коэффициента вариации микрососудистого кровотока в около-рубцовой зоне (с $143,87 \pm 25,76$ до $192,03 \pm 28,13$, $p=0,19$). Достоверное увеличение этого показателя относительно группы 2 ($p=0,0015$) отражает улучшение микроциркуляции, так как в результате усиления эндотелиальной секреции, улучшения нейрогенного и миогенного механизмов контроля сосудистой стенки, достигается возможность более полного изменения кровотока. Возможность резкого увеличения микроциркуляторного кровотока в тканях снижает риск ишемических расстройств в критических условиях течения послеоперационного раневого процесса, что положительно сказывается на процессах заживления послеоперационной раны.

Таким образом, проводимая предоперационная подготовка по коррекции железодефицитных состояний, нарушений липидного спектра и направленная на улучшение микроциркуляции позволила получить более выгодные результаты в ближайшем и отдаленном периодах за счет улучшения показателей вегетативного баланса и показателей микроциркуляции мягких тканей верхней губы.

Литература:

1. Виссарионов В.А., Карякина И.А. Комплексная реабилитация больных с деформациями носа после односторонней хейлопластики // Российская ринология. 2005.- №3.-С. 29-34.
2. Давыдов Б.Н., Бессонов С.Н. Лечение двухсторонних расщелин верхней губы // Журнал Стоматология.- Т.92.№2.-2013.-С.60-64.
3. Демикова Н.С., Кобринский Б.А. Эпидемиологический мониторинг врожденных пороков развития в Российской Федерации. – М.: ООО «ПрессАрт», 2011. – 236 с.
4. Иванов А.И., Короленкова М.В., Воробьев Р.О. Стандартизация алгоритма лечения детей с расщелиной губы и неба с применением компьютерных методов учета данных. Журнал Стоматология.-Т.87.(1).-2008.-С. 77-78.
5. Лалетин А.И., Ястремский А.Р. Ситуационный анализ заболеваемости врожденными несращениями губы и неба и организация Центра диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Журнал Стоматология Т.91.№2.-2012.-С.51-53.
6. Мушковская С.С., Куликов А.В. Остаточные деформации лица после врожденных расщелин губы и неба и методы их коррекции // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2004. - № 4. - С. 116-117.

7. Старикова Н.В., Удалова Н.В. Современные технологии раннего ортопедического лечения пациентов с расщелиной губы и неба // Журнал Стоматология Т.92.№4.-2013.-С.66-69.

8. Тапия-Фернандес В. Техника открытой ринопластики при асимметрии внутренних опорных структур кончика носа (клинический опыт) // Эстетическая медицина. 2004. - Т.3.№1. - С. 35-41.

9. Calzolari E., Rubini N., Neville A., Bianchi F. EUROCAT an orofacial clefts: The Epidemiology of orofacial clefts in 30 European regions. Special Report // WHO, Geneva. – 2004. – P. 1-14.

10. Cooper M.E., Stone R.A., Liu Y. et al. Descriptive Epidemiology of nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in Shanghai, China, from 1980 to 1989 // Cleft Palate Craniofac. J. – 2000. – V. 37, N 3. – P. 274-280.

11. Hozyasz K.K. The search for risk factors that contribute to the etiology of non-syndromic cleft lip with or without cleft palate (CL/P) in the Polish population // Pediatria Polska. – 2010. – V.85, N 6. – С. 609-623.

12. Jagomagi T., Soots M., Saag M. Epidemiologic factors causing cleft lip and palate and their regularities of occurrence in Estonia // Stomatologija. – 2010. – Т. 12, N 4. – P. 105-108.

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ОРОФАЦИАЛЬНЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ К КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ

Р.А. ШАМСИЕВ, Ж.А. ШАМСИЕВ,
Д.О. АТАКУЛОВ

В настоящее исследование вошли дети с врожденной расщелиной верхней губы и неба, находившиеся под наблюдением в отделении плановой хирургии и хирургии новорожденных РСНПМЦП в период с 2009 год по 2013 год. Из всех 50 больных детей у 29 наблюдалась расщелина верхней губы, а 21 больного расщелина верхней губы сочеталась с расщелиной неба. Возраст больных к моменту операции колебался от 1 месяцев до 3 лет. Проводимая предоперационная подготовка по коррекции железодефицитных состояний, нарушений липидного спектра и направленная на улучшение микроциркуляции позволила получить более выгодные результаты в ближайшем и отдаленном периодах за счет улучшения показателей вегетативного баланса и показателей микроциркуляции мягких тканей верхней губы.

Ключевые слова: *врожденные расщелины верхней губы, расщелины неба, пластические операции.*