

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

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

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЮҚОРИ ЛАБ ВА ТАНГЛАЙНИНГ ТУҒМА ЁРИҚЛАРИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИНГ КОМПЛЕКС РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАМОЙИЛЛАРИ

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

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

PRINCIPLES COMPLEX REHABILITATION OF CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE

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

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

2004-йилдан 2014-йилгача СамМИ 2- клиникасида ЮЛвТТЁ билан 41 нафар бемор ётиб даволанган. Улардан бир томонлама ёриқ билан 35 та, икки томонлама ёриқ билан 6 та бемор; қиз болалар 14 та, ўғил болалар 27 тани ташкил этди. Болаларда лаб ва танглайнинг туғма ёриқларини тўлиқ коррекция қилиш кўплаб мутахасислар иштирокида узоқ муддатли комплекс даволанишни талаб қилади. Биринчидан бу бола ҳаётининг биринчи кунидан бошлаб эрта ортопедик даволаш, массаж, ҳамда онаси иштирокида миогимнастика ўтказишдир. Иккинчидан бу операцияга тўлиқ тайёрлашга асосланган босқичли хирургик аралашувлар, ҳамда тўғри олиб борилган операциядан кейинги даврдан иборат. Операциядан кейинги даврда ҳар бир коррекция босқичидан кейин ортодонтик даволаш, логопедик ўқитиш, укалаш билан бирга даволовчи жисмоний тарбия ва педиатр, оториноларинголог, стоматолог иштирокида санацион муолажалар ўтказиш зарур.

Калит сўзлар: *Реабилитация, юқори лаб ва танглайнинг туғма ёриқлари.*

In the period from 2004 to 2014 in the Clinic itself 2- MI were treated 41 patients with CCLandP. Of those with unilateral cleft - 35, two - six patients; girls - 14, boys respectively - 27. For effective correction of congenital cleft lip and palate in children requires a long complex treatment involving many specialists. Firstly, this early orthopedic treatment with the first days of life, carrying out massage and myogymns mother's participation. Secondly, it is a careful preoperative preparation and reasonable tactic-stage surgery with a properly conducted postoperative period. Postoperatively, after each stage of correction should be prescribed orthodontic treatment, speech therapy training, physiotherapy massage, Improved sanitation activities pediatrician, otolaryngologist, dentist.

Keywords: *Rehabilitation, congenital cleft lip and palate.*

Актуальность. Врождённые расщелины верхней губы и нёба (ВРГиН) - тяжелый порок развития челюстно-лицевой области, протекающий с грубыми анатомическими и функциональными нарушениями, которые, несмотря на своевременно оказанную квалифицированную медицинскую помощь, нередко являются причиной инвалидизации детей на долгие годы. Занимая 3-4 место в структуре врождённых аномалий они одни из наиболее распространённых пороков развития челюстно-лицевой области. По данным ВОЗ частота рождения детей с ВРГиН в мире составляет 0,6-1,6 случаев на 1000 новорожденных [4].

Материалы и методы: В период с 2004 г. по 2014 г. во 2- Клинике Сам МИ находились на лечении 41 пациентов с ВРГиН. Из них с односторонней расщелиной – 35 (85,37%) , с двухсторонней – 6 (14,63%) пациентов; девочек – 14 (34,15%), мальчиков соответственно – 27 (65,85%). Все больные были подготовлены к оперативному вмешательству, то есть была про-

ведена амбулаторно коррекция анемии I степени – у 25 детей (60,98 %), II степени – у 12 детей (29,27%); коррекция гипотрофии I степени – у 17 детей (41,46 %), II степени – у 8 детей (19,51%) под контролем педиатра и гематолога. Всем больным проводилась хейлоринопластика по методу Лимберга-Обуховой. У 6 (14,63%) больных в раннем послеоперационном периоде отмечались различные осложнения, чаще в виде деформации крыла носа – у 3, нагноение послеоперационной раны – у 2 и полное расхождение швов – у 1 ребёнка. Осмотр при повторном поступлении через 6-8 месяцев на этап выполнения уранопластики показал, что проведение курса медикаментозной терапии (гель «Контракту-бекс», поливитамины) благоприятно влияло на косметические результаты оперативной коррекции. У всех детей с ВРГиН оценивались результаты клинического наблюдения в динамике, осуществлялось фотодокументирование порока до операции, послеоперационных швов и послеоперационного рубца как через 6-8 месяцев, так

и далее в катамнезе. В грудном и раннем детском возрасте до оперативной коррекции ортодонтом рекомендовалось изготовление obturatora - специального протеза, предназначенного для закрытия дефектов неба. Пользование obturatorом нормализовало функции дыхания, сосания, глотания, жевания и способствовало правильному развитию речи.

Всем детям проводилось поэтапное хирургическое лечение [1].

1 этап хирургического лечения - первичная хейлоринопластика по Лимбергу – Обуховой проводилась в первые 2-6 мес. жизни ребёнка и была направлена на устранение дефектов и деформаций верхней губы и носа.

2 этап оперативного лечения - пластика мягкого нёба при необходимости проводилась в 6 -9 мес.

3 этап-щадящая пластика твёрдого нёба проводилась в возрасте 12-16 мес. с минимальной мобилизацией слизистой-надкостничных лоскутов, что существенно снизило риск формирования грубых аномалий прикуса.

Таким образом, квалифицированное хирургическое лечение детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба завершалось в течение 12 – 16 мес. жизни, что обеспечивало их раннюю и полноценную реабилитацию в современном социуме [5]. После выписки из стационара проводились все мероприятия по предотвращению грубого рубцевания, а именно: массаж, миогимнастика губы и носа, использование индивидуальных вкладышей в носовые ходы, применение геля «Контрактубекс» [13]. Эти мероприятия предупреждали развитие послеоперационных рубцовых деформаций [6,7,9]. Послеоперационные и остаточные деформации, в нашем случае такие как рубцовая деформация верхней губы (у 1 ребёнка) и незначительная деформация крыла носа (у 2 детей) после хейлоринопластики были исправлены в раннем детском возрасте (5 - 6 лет) [10].

После 3 этапа коррекции детям назначалось ортодонтическое лечение с ношением плавающего obturatora [12]. Подготовка к уранопластике длилась ровно столько, сколько требовалось для нормализации прикуса. Рекомендовались установочные занятия с логопедом. Осуществлялся постоянный контроль хирургом и другими необходимыми специалистами.

4 этап. Уранопластика по Лимбергу проводилась в возрасте от 18 месяцев до 3 лет в зависимости от формы расщелины и соматического состояния ребёнка.

5 этап. Этап окончательной реабилитации включал в себя мероприятия по постановке звуков и речеобразованию. Занятия с логопедом мы начинали уже в стационаре с первых дней после

уранопластики. Мы обратили внимание, что чем меньше возраст оперированного ребёнка, тем больше перспектив для самопроизвольного становления речи.

Ортодонтическое лечение детей с ВРГиН начиналось с первых дней жизни и особенно активный контроль за состоянием прикуса проводился после уранопластики [12,13]. Рекомендовались посещения ортодонта 1 раз в 2-3 месяца.

Таким образом, до операции на твёрдом небе по возможности должно быть достигнуто правильное соотношение зубных рядов. В этом же периоде пациенты активно наблюдались отоларингологом и посещали занятия логопеда [3].

Перед пластикой твёрдого неба изготавливалась послеоперационная пластинка для формирования небного свода, что имело большое значение и для правильного развития речи. После операции больным пользовались ею 2-3 месяца. Затем формирующую пластинку заменяли съёмным протезом, которым пользовались ещё 2 месяца [9,11]. Формированием правильной речи у детей с расщелинами губы и неба занимался логопед. Главной задачей которого являлась тренировка внешнего дыхания и отработка ротового выдоха. Это достигалось с помощью гимнастики и игр, во время которых ребёнок приучался глубоко дышать (игра в паровоз, игра на дудке и т.д.). Занятия логопеда сочетались с работой врача по лечебной гимнастике. Соблюдение предложенных принципов реабилитации детей с ВРГиН значительно улучшает эстетические и функциональные результаты лечения и позволяет своевременно выявлять появляющиеся нарушения и проводить их тщательную коррекцию. Проводится индивидуальная работа с каждой семьёй по обучению особенностям выхаживания, кормления для обеспечения оптимального удовлетворительного развития ребёнка с врождённой расщелиной губы и нёба. При согласии родителей проводится амбулаторное консультирование медицинского психолога с момента рождения до окончания реабилитации. Психолог помогает родителям обрести самих себя как любящих своего ребёнка родителей. И как результат такой длительной работы - это уменьшение личностной патологии пациента, социализация ребёнка и абсолютная адаптация в обществе.

В последнее время отмечается значительное повышение требований пациентов к результатам операций и их осведомлённости о возможностях современной медицины. Выполнение данного алгоритма лечения больных с ВРГиН и тесное взаимодействие с родителями пациента ведет к ранней реабилитации ребёнка, устранению анатомо-функционально-эстетических недостатков, предотвращению патологического

рече- и голосообразования, профилактике и лечению сопутствующей патологии, социальной адаптации, психоэмоциональной стабильности ребенка и родителей, снижению медико-экономических затрат государства [8].

Выводы. Для эффективной коррекции врождённых расщелин губы и нёба у детей требуется длительное комплексное лечение с участием многих специалистов.

Во-первых, это раннее ортопедическое лечение с первых дней жизни ребенка, проведение массажа и миогимнастики с участием матери.

Во-вторых, это тщательная предоперационная подготовка и обоснованная этапная тактика хирургических вмешательств с правильно проведенным послеоперационным периодом. В послеоперационном периоде после каждого этапа коррекции необходимо назначать ортодонтическое лечение, логопедическое обучение, лечебную физкультуру с массажем, санационные мероприятия у педиатра, оториноларинголога, стоматолога.

Литература:

1. Гончаков Г.В. Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба в НПЦ медицинской помощи детям. // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы II Всерос. науч.-практ. конф. — М., -2006. -С.48-49.
2. Дьякова С.В., Яковлева С.В., Першина М.А. Современный подход к диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. //Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы II Всерос. науч.-практ. конф. - М., -2006. -С.85-88.
3. Корсак А.К., Любецкий А.В., Лапковский В.И. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в раннем возрасте // Здоровоохранение Беларуси. — 2010. — №10. -С.43–45
4. Лавриков В.Г., Зернов А.В. Этапность устранения зубочелюстных деформаций в комплексе лечения врожденных расщелин лица // Стоматология. — 2004, - №2 (т. 83). -С. 44–48.
5. Медведевская Н.М. Актуальные проблемы комплексной реабилитации пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области». //Инстит. стоматол. - 2004. -№1. -С. 3–77.
6. Неробеева А.И., проф. Плотникова Н.А. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области (Руководство для врачей), - М. «Медицина» -1997. - С.218 – 240.
7. Токарев П.В., Шулаев А.В., Плаксина Л.В. Комплексный подход в лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба в Республике Татарстан.// «Вестник современной клинической медицины», -2015, -т.8, вып.3, -С. 52-56.
8. Чуйкин С.В., Довлетшин Н.А., Герасимова Л.П. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. -М., -2005. - 294 с.
9. Byrd H.S., Hobar P.C. Rhinoplasty: A practical guide for surgical planning // Plast. Reconstr. Surg. - 1993. - Vol. 91.,-N 4. - P.642-654.
- 10.Cho B.C. Correction of unilateral cleft lip nasal deformity in preschool and school-aged children with refined reverse-U incision and V-Y plasty: long-term follow-up results // Plast. Reconstr. Surg. -2007. - Vol.119, -N 1. -P.267-275.
- 11.Figueroa, A. Addus H. Ortodontic management for patients with cleft lip and palate // Mastery of plastic and reconstructive surgery New York-London: Little Brown, -1994. - Vol.1. - P.648-668.
- 12.Herber S., Lehman J. Orthognathic surgery in the cleft lip and palate patients // Clin. Plast. Surg. - 1993 - Vol. 20. -N 4. - P.755-768.
- 13.Kim H.-J., Y.-S. Jung, J.-W. Lee, Ch.-K. Yi Correction of nasal septum deviation after functional cheilorhinoplasty // 3rd Biennial conference of cleft lip and palate foundation. Halifax, Canada, -2004. - P.138.

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

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

В период с 2004 г. по 2014 г. во 2- Клинике Сам МИ находились на лечении 41 пациентов с ВРГиН. Из них с односторонней расщелиной – 35, с двухсторонней – 6 пациентов; девочек – 14, мальчиков соответственно – 27. Для эффективной коррекции врождённых расщелин губы и нёба у детей требуется длительное комплексное лечение с участием многих специалистов. Во-первых, это раннее ортопедическое лечение с первых дней жизни ребенка, проведение массажа и миогимнастики с участием матери. Во-вторых, это тщательная предоперационная подготовка и обоснованная этапная тактика хирургических вмешательств с правильно проведенным послеоперационным периодом. В послеоперационном периоде после каждого этапа коррекции необходимо назначать ортодонтическое лечение, логопедическое обучение, лечебную физкультуру с массажем, санационные мероприятия у педиатра, оториноларинголога, стоматолога.

Ключевые слова: Реабилитация, врожденные расщелины верхней губы и неба.