

Шаропов С.Г.,
Иноятов А.Ш.,
Якубов Ш.Н.,
Акрамова М.В.,
Давлетова С.Б.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЫ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Бухарский государственный медицинский институт

Врожденные расщелины верхней губы и неба занимают стойко 2–3-е место среди всех видов врожденной патологии. Они нередко сочетаются с другими видами врожденных пороков развития (сердечно-сосудистой, ЦНС и др.). Медико-социальная реабилитация таких детей – инвалидов детства занимает период от 0 до 18 лет, является многокомпонентной, междисциплинарной, требующей участия специалистов различных медицинских специальностей. Хирургическое вмешательство является базовым для эффективного выполнения других реабилитационных мероприятий, но не приносит успеха, если лечение этого контингента детей ограничивается только хирургическими мероприятиями. Лечение детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба может быть эффективно при выполнении двух условий: соблюдения алгоритма и его выполнения в условиях специализированного челюстно-лицевого отделения. Начинается оно ранним ортодонтическим лечением в первые сутки жизни ребенка и в условиях родильного дома. Современные методы пренатальной диагностики позволяют заранее спланировать лечение и дать информацию неонатологам и родителям о предстоящем лечении. Наш лечебно-диагностический алгоритм по медико-социальной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба предусматривает совместную деятельность специалистов в области акушерства, неонатологии, педиатрии и челюстно-лицевой хирургии. Это создает наиболее благоприятные условия для реализации алгоритма лечения и реабилитации этой группы детей. Нами установлено, что реализация алгоритма лечения в период до окончательного формирования кортиковисцеральных связей, т.е. до 4–5 летнего возраста, обеспечивает максимально высокий уровень реабилитации. Приказ МЗРУз № 291 от 25 сентября 2009г. «О порядке медицинского освидетельствования детей инвалидов до 16 лет и улучшения оказания им медицинской помощи» и разработанная концепция реабилитации детей являются важными документами и требуют помощи и финансового обеспечения работы челюстно-лицевых отделений для диспансеризации и лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области с участием неонатолога, педиатра, челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, логопеда, эндоскописта, оториноларинголога, психолога и др.

Деятельность челюстно-лицевого отделения Бухарской областной клинической больницы за 35 лет работы (Шодыев М.Ш) и анализ лечения более 800 детей свидетельствует о том, что соблюдение алгоритма является основным условием улучшения качества их жизни.

Использованная литература:

1. Хлобыстова Т.В. Этиопатогенетические аспекты классификации врожденных расщелин челюстно-лицевой области // Врожденная и наследственная патология головы, шеи и лица у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. Материалы 2 научно-практической конференции: – М: МГМСУ.- 2006. – С.174-175.
2. Касаткина А.Л. Клинико-эпидемиологическая характеристика врожденных пороков развития челюстно-лицевой области на территории Волгограда и Волгоградской области // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. -Волгоград. 2000. – 17 с.
3. Чуйкин С.В., Андрианова Ю.В., Давлетшин Н.А. Экологические факторы в этиологии, патогенезе и реабилитации врожденной расщелины губы и неба у детей в республике Башкортостан // Врожденная и наследственная патология головы, шеи и лица у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. Материалы 2 научно-практической конференции: – М: МГМСУ.- 2006. – С. 303-305.