

УДК 611.31/32.01

DOI:10.24061/2413-0737/XXI.2.82.2.2017.80

*Т.В. Процак, О.С. Забродська, К.А. Панцюк, К.І. Яковець***ПРИРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ТА ГЛОТКИ  
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

**Резюме.** У статті подано сучасні погляди на етіопатогенез основних найпоширеніших природжених вад ротової порожнини та глотки. Наведені реальні випадки дефектів розвитку плода, а також методи їх профілактики, діагностики та лікування. Описані причини формування таких аномалій, як незрощення твердого і м'якого піднебіння та верхньої губи, аглосії, анкілоглосії та дивертикул Ценкера.

**Вступ.** Останніми роками набуває поширеності проблематика природжених вад (ПВ), зокрема, в Україні почастішали випадки народження дітей із вадами. Одними із найчастіших аномалій вважаються порушення розвитку травної системи, особливо ротової порожнини та глотки, оскільки такі патології можуть призводити якщо не до інвалідизації, то спричиняють косметичні дефекти [8, 10, 11]. Обговорення проблеми ПВ глотки та ротової порожнини є не тільки важливим для лікарів-гастроентерологів, стоматологів, а й для щелепно-лицевих хірургів. У наш час актуальним є вивчення анатомії травної системи, чинники формування тих чи інших аномалій, для подальшого успішного їх лікування. Особливо це стосується вдалого лікування комплексних вад, первинних і вторинних деформацій губ, піднебіння, дефектів ясен, зубів, язика та його вуздечок, порушення формування великих слинних залоз, а також вад глотки [9, 12, 13, 14, 21].

У медичній сфері надзвичайно популярною є тема вивчення порушень розвитку органів травної системи. Якщо торкнутись такого напрямку, як щелепно-лицева хірургія, то він не є осторонь від вад ротової порожнини, оскільки останні надзвичайно ускладнюють життя людям і вимагають удосконалення методів їх хірургічної корекції [11].

За даними Харькова Л. В. [18, 19, 20], з кожним роком в Україні зростає кількість народжуваних дітей із дефектами щелепно-лицевої ділянки (400-500 випадків на рік), особливої уваги автор звертає на незрощення піднебіння та губ новонароджених. Синонімом незрощення піднебіння є вовча паща, яка характеризується утворенням щілини піднебіння під час ембріонального розвитку в результаті неповного зрощення піднебінних відростків. Зазвичай, такий дефект несе за собою порушення розвитку верхньої губи, зубів та носової порожнини [1, 21, 22].

Розрізняють наскрізні і ненаскрізні розщиплині піднебіння. Вважається, що при наскрізних ураженнях симптоматика яскравіше виражена та передбачає лікування з ефективними оперативними методами усунення дефекту. У перші дні життя новонароджений погано дихає, спостерігається

Підкреслюється важливість дослідження морфологами будови щелепно-лицевої ділянки, передумови формування дефектів ротової порожнини та глотки. У свою чергу, лікарям слід докласти зусиль для виявлення природжених вад на перших етапах їх розвитку.

**Ключові слова:** природжені вади, внутрішньоутробний розвиток, ротова порожнина, глотка.

потрапляння їжі в носову порожнину. На пізніших етапах лікарі виявляють розлади ковтання та мови (гугнявість). Якщо не надати дитині належної допомоги після народження, то пізніше навіть найрадикальніший спосіб хірургічного лікування не усуне повністю усієї проблеми. Останніми роками хірурги практикують корекцію на 2-3-му році життя [14].

Існує гіпотеза, що такі вади формуються як наслідок дії екзогенних чи ендогенних чинників, а також під впливом генетичних особливостей. Василенко В.М. [23] стверджує, що зовнішніми факторами можуть бути невеличкі травми матері під час вагітності, раптове падіння, що передбачає удар у ділянку живота, надмірні напруження та тяжка праця, високий рівень радіаційного випромінювання, іноді навіть токсикоз. Зазвичай, консервативне лікування є недоречним, тому надають перевагу більш радикальним хірургічним методам, а саме уранопластиці та хейлопластиці. Ще Keplan I. [24] зазначив ряд позитивних моментів у використанні хейлоуранопластики. Серед таких описується неможливість впливу на психічний стан дитини і позитивний ефект на нормалізацію мовлення. Операція не вплинула на стан росту і функції щелепи. На меті у лікуванні незрощення піднебіння є збереження анатомічної цілісності піднебіння, його функціонування, правильний розвиток і ріст верхньої щелепи, а також відсутність дефекту мовлення [25].

Солдатский Ю. Л. [7] наводить приклад новонародженого із додатковим язичком ротової порожнини. Даний випадок є складним для фахівців через обмежену видимість оглянутої ділянки і рідкість вади. Відзначається неспроможність ковтати тверду їжу. Науковці також описують ізольовані вади, часткове або повне подвоєння компонентів ротової порожнини [17, 19].

Аглосія – надзвичайно рідкісна природжена вада ротової порожнини, яка являє собою повну або часткову відсутність язика. Як правило, дефект поєднується з іншими вадами [1, 2, 3]. Ще задовго до створення основ хірургії, Джусей подає випадок відсутності язика 15-річної дівчини, яка навчилася прожувувати їжу без допомоги

язика, а ковтати, закидаючи голову назад. Наукові джерела свідчать, що подібна аномалія протягом усього розвитку хірургії траплялась не більше 35 випадків. Зазначається, що випадок пацієнтки з аглосією був у комплексі з патологією нижніх кінцівок. На даний момент етіологія аномалії не визначена, хоча є припущення, що посприяти порушенню могли деякі рецесивні гени батьків [2, 23].

Анкілоглосія – наявність короткої вуздечки язика, становить до 5 % серед природжених вад ротової порожнини. Патологію поділяють на анкілоглосію верхівки язика і прилеглих тканин дна ротової порожнини та анкілоглосію верхівки язика і альвеолярного відростка. Головними ознаками захворювання є неможливість грудного вигодовування через спричинення болю матері або випадіння соска із ротової порожнини немовляти. Спостерігається заковтування великої кількості повітря разом із грудним молоком або відмова від годування. У майбутньому очікується порушення функцій щелепи, неправильний прикус та часті кровотечі з ясен [2, 3].

Детального вивчення неонатологами заслуговують природжені вади глотки, які становлять всього 1 % від усієї маси природжених вад. Частіше всього трапляються незрощення твердого і м'якого піднебіння, незрощення другої зябрової дуги та хоан [5, 13, 14].

Дивертикул Ценкера [F.A. Zenker] – мішкоподібне утворення між глоткою і стравоходом, яке утворене внаслідок порушення функції верхнього стравохідного сфінктера [10]. Пацієнти відчувають наявність стороннього тіла, проявляється сухий кашель та надмірне слиновиділення. Якщо виявити ваду на ранніх етапах – можна використовувати дієти та промивання дивертикула. Зазвичай, пацієнти дізнаються про глотковий залишок пізно і тому консервативні методи лікування є малоефективні, тому показано хірургічне усунення. Корекція передбачає нескладне втручання, а саме – ендоскопічне розсічення рудимента або його видалення через просвіт стравоходу, що дає змогу нормальному просуванню їжі. Вперше виявив і зміг видалити дивертикул Ценкера Mosher В. Доведено, що успішність ендоскопічної хірургії в лікуванні вад глотки становить 90 % [11].

### Висновок

Таким чином, сучасна медицина повинна продовжувати детальне вивчення природжених вад розвитку плода. Науковцям слід досліджувати причини формування тих чи інших аномалій, з метою подальшої їх профілактики та успішного лікування.

**Перспективи подальших досліджень.** Перспективи полягають у розробленні нових ефективних методів лікування дефектів ротової порожнини та глотки. Питання природжених вад верхнього відділу травного тракту повинно привернути виняткову увагу гастроентерологів, неонатологів, стоматологів, лікарів хірургічного профілю та акушерів-гінекологів [4, 6].

### Література

1. Алимova М.Я. Стоматологическая помощь пациентам с врожденными несращениями верхней губы, альвеолярного отростка и неба / М.Я. Алимova, М.К. Макеева, А.В. Алимova // *Анналы хирургии.* – 2006. – № 4. – С. 43-46.
2. Андриянова О.Ю. Патология прикуса та ураження губ у дітей / О.Ю. Андриянова // *Вопр. експерим. и клин. стоматол.: Сб. науч. трудов.* – 2003. – Вып. 6. – С. 65-66.
3. Бережний В.В. Мікроаномалії розвитку ротової порожнини: патологія вуздечки язика / В.В. Бережний, І.В. Романкевич // *Соврем. педиатрия.* – 2011. – № 1 (35). – С. 81-83.
4. Беліков О.Б. Частота дефектів піднебіння і верхньої щелепи та фактори, які спонукають хворих ортопедичного лікування / О.Б. Беліков // *Вісн. пробл. біол. і мед.* – 2002. – Вып. 3. – С. 92-94.
5. Бондаренко М.В. Поширеність і спектр природжених вад розвитку в Івано-Франківській області / М.В. Бондаренко // *Гал. лікар. вісник.* – 2003. – Т. 10, № 4. – С. 96-97.
6. Гатальський В.В. Физиологическая атрезия как ключевой момент в формировании полости носа и неба / В.В. Гатальський // *Вестн. оториноларингол.* – 2005. – № 3. – С. 25-28.
7. Гиоева Ю.А. Анализ размеров и положения языка у пациентов с сагитальными аномалиями окклюзии / Ю.А. Гиоева, М.А. Цветкова, Е.В. Порохина // *Ортодонтия.* – 2010. – № 2 (50). – С. 28-31.
8. Гоппе В.И. Способ ураностафилофарингопластики врожденной расщелины неба / В.И. Гоппе // *Изобретательство и рационализация в медицине.* – 1990. – С. 124-126.
9. Дмитрієва Н.Б. Метод поетапного відновлення верхньої губи при двобічній поєднаній щілині та результати його застосування / Н.Б. Дмитрієва, А.Г. Гулюк, В.Г. Крикляс // *Одес. мед. ж.* – 2006. – № 4 (96). – С. 77-82.
10. Карпищенко С.А. Эндоскопическая хирургия дивертикула Ценкера с помощью полупроводникового лазера / С.А. Карпищенко, М.Я. Рябова, М.Ю. Улупов // *Вестн. оториноларингол.* – 2011. – № 4. – С. 11-14.
11. Луковский Р.В. Аномальное расположение крупного артериального сосуда в задней стенке глотки / Р.В. Луковский, Д.В. Бреусенко // *Вестн. оториноларингол.* – 1991. – № 4. – С. 59.
12. Маланчук В.О. Спосіб усунення дефектів м'якого піднебіння / В.О. Маланчук, Г.Д. Кучер // *Вісн. стоматол.* – 2003. – № 2. – С. 35-37.
13. Мирза А.И. Патологические изменения в полости рта, обусловленные нарушением иннервации тройничного нерва / А.И. Мирза, В.И. Цимбалюк, В.И. Дмитерко // *Хирургич. стоматол.* – 2007. – № 3. – С. 98-100.
14. Олійник І.Ю. Структура природжених вад на Буковині у 2001-2008 рр. (за даними Чернівецької обласної комунальної медичної установи «Патолого-анатомічне бюро») / І.Ю. Олійник, Ю.Т. Ахтемічук, Ю.І. Коваль // *Вісн. морфол.* – 2008. – № 14 (2). – С. 415-418.
15. Прохвятилов Г.И. Совершенствование вестибулопластики с целью ортопедической реабилитации пациентов с мелким преддверием полости рта и полной резорбцией альвеолярной части нижней челюсти / Г.И. Прохвятилов, В.Ф. Черныш, Г.С. Чепик // *Пародонтология.* – 2007. – № 3 (44). – С. 39-43.
16. Рябоконт Е.Н. Врожденные расщелины лица (статистический анализ за 1 год) / Е.Н. Рябоконт // *Вопр. експерим. и клин. стоматол.* – 2004. – Вып. 7. – С. 172-174.
17. Солдатский Ю.Л. Наблюдение добавочного языка / Ю.Л. Солдатский, А.А. Седых, В.Г. Солониченко // *Вестн. оториноларингол.* – 2002. – № 3. – С. 54-55.
18. Харьков Л.В. Хирургическое лечение врожденных несращений неба. – К.: Здоровье, 1992. – С. 200.

19. Харьков Л.В. Обзор состояний помощи детям с несращениями верхней губы и нёба в европейских странах / Л.В. Харьков, В. Шоу, Г. Семб // Вісн. стоматол. – 2001. – № 3. – С. 55-59.
20. Харьков Л.В. Акушерам-гінекологам про природжені незрошення верхньої губи та піднебіння / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко // Педіатрія, акуш. та гінекол. – 2004. – № 4. – С. 29-32.
21. Харьков Л.В. Класифікація вроджених незрошень верхньої губи і піднебіння / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, І.М. Вишпінський // Вісн. стоматол. – 2009. – № 3. – С. 107-112.
22. Харьков Л.В. Клініко-хірургічна класифікація вроджених незрошень верхньої губи та піднебіння / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, І.М. Вишпінський // Вісн. стоматол. – 2009. – № 2. – С. 36-40.
23. Шакирова Р.Р. Виды аномалий уздечек языка у детей с врожденными расщелинами губы и/или неба как фактор риска развития вторичных деформаций окклюзии / Р.Р. Шакирова, Т.В. Бибики // Ортодонтия. – 2010. – № 1 (49). – С. 6-7.
24. Шевченко Е.А. Ранняя пренатальная диагностика двусторонней расщелины лица / Е.А. Шевченко, Н.П. Марченко, А.Ч. Хертек // Пренат. диагност. – 2011. – Т. 10, № 2. – С. 170-176.
25. Шевырева М.П. Изучение врожденных пороков развития как важный элемент системы социально-гигиенического мониторинга / М.П. Шевырева // Гигиена и сан. – 2000. – № 3. – С. 73-75.

## ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ГЛОТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*Т.В. Процак, О.С. Забродская, К.А. Панцюк, К.И. Яковец*

**Резюме.** В статье представлены основные наиболее распространенные врожденные дефекты ротовой полости и глотки. Приведены реальные случаи дефектов развития плода, а также методы их профилактики, диагностики и лечения. Описаны аспекты формирования таких аномалий, как несращения твердого и мягкого неба и верхней губы, аглоссия, анкилоглоссия и дивертикул Ценкера.

Данная работа подчеркивает значимость изучения морфологами основ строения челюстно-лицевой области и предпосылок формирования аномалий развития ротовой полости и глотки. В свою очередь, врачам следует прилагать усилия по выявлению врожденных пороков на первых этапах их развития.

**Ключевые слова:** врожденные аномалии, внутриутробное развитие, ротовая полость, глотка.

## CONGENITAL ANOMALIES OF ORAL CAVITY AND PHARYNX (REVIEW OF LITERATURE)

*T.V. Protsak, O.S. Zabrodska, K.A. Pantiuk, K.I. Yakovets*

**Abstract.** The article describes the most common basic congenital anomalies of the oral cavity and pharynx. There are real cases of in the fetal development defects and methods of their prevention, diagnosis and treatment. We described the aspects of developing such anomalies as cleft of hard and soft palate and upper lip, aglossia, ankyloglossia and Zenker's diverticulum.

This work highlights the importance of studying the basic structure by morphologists of oral and maxillofacial regions and prerequisites for the formation of defects of the oral cavity and pharynx. In turn, doctors should make efforts to identify congenital defects in the early stages of their development.

**Key words:** congenital anomalies, intrauterine development, oral cavity, pharynx.

Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovinian State Medical University" (Chernivtsi)

Рецензент – д. мед. н. О.В. Цигикало

Buk. Med. Herald. – 2017. – Vol. 21, № 2 (82), part 2. – P. 153-155

Надійшла до редакції 10.05.2017 року