

УДК 616.315/.317.1-007.254-089-053.2  
DOI 10.11603/2415-8798.2016.4.7145

©Р. А. Шамсиев

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

## ПОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

ПОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА – Целью исследования было разработать программу реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. В период с 2005 по 2015 г. во Второй клинике СамМИ находились на лечении 41 пациент с врожденными расщелинами верхней губы и неба. Из них с односторонней расщелиной – 35, с двухсторонней – 6 пациентов; девочек – 14, мальчиков соответственно – 27. Все больные были подготовлены к оперативному вмешательству, то есть была проведена амбулаторно коррекция анемии I степени – у 25 детей (60,98 %), II степени – в 12 детей (29,27 %); коррекция гипотрофии I степени – у 17 детей (41,46 %), II степени – в 8 детей (19,51 %) под контролем педиатра и гематолога. Всем больным проводилась хейлоринопластика по методу Лимберга–Обуховой. Для эффективной коррекции врожденных расщелин губы и неба 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.

ПОЕТАПНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З УРОДЖЕНИМИ ЩІЛИНАМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ – Метою дослідження було розробити програму реабілітації дітей з уродженими щілинами верхньої губи та піднебіння. У період з 2005 до 2015 р. в Другій клініці СамМІ перебували на лікуванні 41 пацієнт із вродженими щілинами верхньої губи та піднебіння. З них з односторонньою щілиною – 35, з двосторонньою – 6 пацієнтів; дівчаток – 14, хлопчиків відповідно – 27. Усі хворі були підготовлені до операційного втручання, тобто була проведена амбулаторно корекція анемії I ступеня у 25 дітей (60,98 %), II ступеня – в 12 дітей (29,27 %); корекція гіпотрофії I ступеня – у 17 дітей (41,46 %), II ступеня – в 8 дітей (19,51 %) під контролем педіатра і гематолога. Всім хворим проводилася хейлоринопластика за методом Лімберга–Обухової. Для ефективної корекції вроджених щілин губи і піднебіння у дітей потрібне тривале комплексне лікування за участю багатьох фахівців. Перш за все це раннє ортопедичне лікування з перших днів життя дитини, проведення масажу і міогімнастика за участю матері. По-друге, це ретельна передопераційна підготовка й обґрунтована етапна тактика хірургічних втручань з правильно проведеним післяопераційним періодом. У післяопераційному періоді після кожного етапу корекції необхідно призначати ортодонтичне лікування, логопедичні навчання, лікувальну фізкультуру з массажем, санаційні заходи у педіатра, оториноларинголога, стоматолога.

PHASING SURGICAL TREATMENT CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE – The aim of the work was to develop a program of rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate. In the period from 2005 to 2015 in the clinic of Samarkand Medical Institute number 2 were treated 41 patients with congenital cleft lip and palate. Among them with unilateral cleft – 35, bilateral – six patients; girls – 14, boys respectively – 27. All patients were prepared for surgery that is performed on an outpatient basis was the correction of anemia I degree – in 25 children (60.98 %),

II degree – in 12 children (29.27 %); I degree of malnutrition correction – in 17 children (41.46 %), II degree – in 8 children (19.51 %) under the supervision of a pediatrician and hematologist. All patients received Limberg-Obukhov heylorinoplastics method. 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 by pediatrician, otolaryngologist, dentist.

**Ключевые слова:** реабилитация; врожденные расщелины верхней губы и неба.

**Ключові слова:** реабілітація; уроджені щілини верхньої губи та піднебіння.

**Key words:** rehabilitation; congenital cleft lip and palate.

**ВСТУПЛЕНИЕ** Врожденные расщелины верхней губы и неба (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 врожденных аномалий они одни из наиболее распространенных 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].

Целью исследования было разработать программу реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ** В период с 2005 по 2015 г. во Второй клинике СамМИ находились на лечении 41 пациент 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 %).

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ** Все больные были подготовлены к оперативному вмешательству, то есть была проведена амбулаторно коррекция анемии I степени – у 25 детей (60,98 %), II степени – в 12 детей (29,27 %); коррекция гипотрофии I степени – у 17 детей (41,46 %), II степени – в 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 – в 2 и полное расхождение швов – у 1 ребенка. Осмотр при повторном поступлении через 6–8 месяцев на этап выполнения уранопластики показал, что проведение курса медикаментозной терапии (гель “Контрактубекс”, 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 катанезе. В грудном и раннем детском возрасте до оперативной коррекции ортодонтотом рекомендовалось изготовление obturатора – специального протеза, предназначенного для закрытия дефектов неба. Пользование obturатором нормализовало функции дыхания, сосания, глотания, жевания и способствовало правильному развитию речи.

Всем детям проводилось поэтапное хирургическое лечение [1]:

– 1 этап хирургического лечения – первичная хейло-ринопластика по Лимберг–Обуховой проводилась в первые 2–6 месяцев 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 месяцев.

– 3 этап – щадящая пластика твёрдого нёба проводилась в возрасте 12–16 месяцев с минимальной мобилизацией слизисто-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 месяцев 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 (в 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 obturатора [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 ребенка.

– 5 этап – окончательная реабилитация включала 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 нёбе по возможности должно быть достигнуто правильное соотношение зубных рядов. В этом же периоде пациенты активно наблюдались оториноларингологом и посещали занятия логопеда [3].

Перед пластикой твёрдого нёба изготавливалась послеоперационная пластинка для формирования нёбного свода, что имело большое значение и для правильного развития речи. После операции больной пользовался ею 2–3 месяца. Затем формирующую пластинку заменяли

съёмным протезом, которым пользовались еще 2 месяца [9, 11]. Формированием правильной речи у детей с расщелинами губы и нёба занимался логопед. Главной задачей его была тренировка внешнего дыхания и отработка ротового выдоха. Это достигалось с помощью гимнастики и игр, во время которых ребенок 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 семьей по обучению особенностям выхаживания, кормления для обеспечения оптимального удовлетворительного развития ребенка с врожденной 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 ребенка родителей. И как результат такой длительной работы – это уменьшение личностной патологии пациента, социализация ребенка и абсолютная адаптация в обществе.

В последнее время отмечается значительное повышение требований пациентов к результатам операций и их осведомленности о возможностях современной медицины. Выполнение данного алгоритма лечения больных с ВРГИН и тесное взаимодействие с родителями пациента ведет к ранней реабилитации ребенка, 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.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гончаков Г. В. Комплексная реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба в НПЦ медицинской помощи детям / Г. В. Гончаков // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: материалы II Всерос. науч.-практ. конф. “Актуальные вопросы комплексного лечения”. – М., 2006. – С. 48–49.
2. Дьякова С. В. Современный подход к диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области / С. В. Дьякова, С. В. Яковлева, М. А. Першина // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей : материалы II Всерос. науч.-практ. конф. “Актуальные вопросы комплексного лечения”. – М., 2006. – С. 85–88.
3. Корсак А. К. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба в раннем возрасте / А. К. Корсак, А. В. Любецкий, В. И. Лапковский // Здоровье Беларуси. – 2010. – № 10. – С. 43–45.

4. Лавриков В. Г. Этапность устранения зубочелюстных деформаций в комплексе лечения врожденных расщелин лица / В. Г. Лавриков, А. В. Зернов // *Стоматология*. – 2004. – № 2, т. 83. – С. 44–48.
5. Медведовская Н. М. Актуальные проблемы комплексной реабилитации пациентов с врожденной патологией челюстно-лицевой области» / Н. М. Медведовская // *Инстит. стоматол.* – 2004. – № 1. – С. 3–77.
6. Неробеева А. И. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области : руководство для врачей / А. И. Неробеева, Н. А. Плотникова. – М. : Медицина, 1997. – С. 218–240.
7. Токарев П. В. Комплексный подход в лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба в Республике Татарстан / П. В. Токарев, А. В. Шулаев, Л. В. Плаксина // *Вестник современной клинической медицины*. – 2015. – Т. 8, вып. 3. – С. 52–56.
8. Чуйкин С. В. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба / С. В. Чуйкин, Н. А. Довлетшин, Л. П. Герасимова. – М., 2005. – 294 с.
9. Byrd H. S. Rhinoplasty: A practical guide for surgical planning / H. S. Byrd, P. C. Hobar // *Plast. Reconstr. – Surg.* – 1993. – Vol. 91, No. 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 / B. C. Cho // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2007. – Vol. 119. – No 1. – P. 267–275.
11. Figueroa A. Ortodontic management for patients with cleft lip and palate / A. Figueroa, H. Addus // *Mastery of plastic and reconstructive surgery New York-London: Little Brown.* – 1994. – Vol. 1. – P. 648–668.
12. Herber S. Orthognathic surgery in the cleft lip and palate patients / S. Herber, J. Lehman // *Clin. Plast. Surg.* – 1993. – Vol. 20, No 4. – P. 755–768.
13. Correction of nasal septum deviation after functional cheilorrhinoplasty / H.-J. Kim, Y.-S. Jung, J.-W. Lee, Ch.-K. Yi // *3rd Biennial conference of cleft lip and palate foundation: Halifax, Canada, 2004.* – P. 138.

Получено 06.10.16