

УДК 616.31-089-053.2(574.5)

ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ф.Т. Темуров, Б.А. Ерназарова, А.А. Бисеитова, Э.А. Кожамбекова

Пороки развития челюстно-лицевой области занимают 3-е место в мире среди других врожденных пороков. 70 % из них составляют врожденные несращения верхней губы и нёба, а 30 % – различные формы краниосиностозов и черепно-лицевых дизостозов. Дети с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области должны лечиться только стационарно, после чего можно говорить о получении положительных результатов. Эти дети являются инвалидами с детства и им должно уделяться должное внимание по вопросам их комплексной реабилитации. С рождения и до 15–17 лет они должны состоять на Д-учете.

Врачебная тактика планируется так, чтобы завершить все виды лечения и реабилитацию пациентов с врожденным незаращением верхней губы и нёба к 15–17-летнему возрасту. Несмотря на успехи в лечении, в регионах с экологической напряженностью отмечается их рост.

Ключевые слова: врожденные пороки развития у детей; врожденные расщелины верхней губы и нёба; комплексная реабилитация; неблагоприятная экология.

КАЗАКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ЭКОЛОГИЯЛЫК ЖАҚТАН ЖАҒЫМСЫЗ АЙМАҚТАРЫНДА БАЛДАРДЫН ТУБАСА ЖААҚ-БЕТ ООРУЛАРЫНЫН ӨРЧҮП КЕТҮҮ КӨЙГӨЙҮ, АНЫ ЧЕЧҮҮ ЖОЛДОРУ ЖАНА КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ

Ф.Т. Темуров, Б.А. Ерназарова, А.А. Бисеитова, Э.А. Кожамбекова

Дүйне жүзүндө жаак-бет оорулары башка тубаса оорулардын арасында 3-орунду ээлейт. Алардын 70%ын тубаса үстүңкү эрин менен таңдайдын бирикпөөсү түзөт, ал эми 30%ын – краниосиностоздордун жана жаак-бет дизостоздордун түрлөрү түзөт. Тубаса жаак-бет оорулары бар балдар стационарда гана дарыланышы керек, ошондон кийин гана оң натыйжа тууралуу сөз кылууга болот. Бул бала кезинен майыптык болуп саналат, жана аларды комплекстүү калыбына келтирүү боюнча жетишүү көңүл бурулушу керек. Алар төрөлгөндөн тартып 15-17 жашка чыкканга чейин атайын диспансердик каттоодо болушу керек. Врачтын тактикасы боюнча тубаса үстүңкү эрини менен таңдайды бирикпеген бейтаптарды дарылоонун бардык түрлөрүн жана калыбына келтирүүнү 15–17 жашка чыкканга чейин аяктоо пландаштырылат. Дарылоодогу ийгиликтерге карабастан, экологиялык жактан начар аймактарда алардын өсүшү байкалууда.

Түйүндүү сөздөр: балдардын тубаса ооруларынын өрчүшү; үстүңкү эрин менен таңдайдын тубаса жылчыгы; комплекстүү калыбына келтирүү; жагымсыз экология.

PROBLEMS, SOLUTIONS AND REHABILITATION OF CONGENITAL DEVELOPMENT DEFENDANTS OF THE MAXILLOFACIAL REGION OF CHILDREN IN ECOLOGICALLY UNFAVORABLE REGIONS OF KAZAKHSTAN REPUBLIC

F.T. Temurov, B.A. Yernazarova, A.A. Bisseitova, E.A. Kozhambekova

Malformations of the maxillofacial region occupy third place among other congenital malformations. 70 % of them are congenital nonunion of the upper lip and palate, and 30 % are various forms of craniosynostosis and craniofacial

dysostoses. Patients with congenital malformations of the maxillofacial region in children should only be treated permanently, after which positive results. These children have been disabled since childhood and were left without due attention on the issues of their comprehensive rehabilitation. From birth to 15–17 years old, they must be on the D-account.

Plan medical tactics in such a way as to complete all types of treatment and rehabilitation of patients with congenital failure of the upper lip and palate by 15–17 years of age. On the contrary, in regions with environmental tensions, their growth is noted.

Keywords: congenital malformations; congenital cleft lip and palate; complex rehabilitation; harmful environment.

Актуальность. Каждый год, по данным генетиков, в Казахстане рождается 4500 детей с врожденными пороками развития. Поэтому правильнее было бы считать, что в среднем в зависимости от экологической напряженности в различных регионах Казахстана частота ВРГН составляет от 1:450 до 1:700–800, что указывает на чрезвычайную актуальность этой проблемы для нашей республики. В Туркестанской области Республики Казахстан по официальным и неофициальным источникам каждый год рождается около 150–300 детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области [1, 2].

По нашему мнению, на рождение детей с ВПР губы и нёба большое влияние оказывает экологическая обстановка региона. Наша область относится к 6 экологический неблагоприятным регионам Республики Казахстан и внесена в реестр “Национального отчета по сохранению и сбалансированному использованию биологического разнообразия” (1997 г.), имеет статус 2-й группы риска.

Территория области разделена на 3 группы:

1. Экологически неблагоприятные регионы. Риск критический – г. Туркестан, районы Отырар, Арыс, Шардара, Созак.

2. Экологически неблагоприятные регионы. Риск менее критический – города Шымкент, Кентау.

3. Экологическая обстановка благоприятная. Регионы, города Сарыагаш, Ленгер, Жетысай.

Так как г. Туркестан получил статус областного центра, для улучшения оказания специализированной помощи детям приказом Областного департамента здравоохранения от 12 сентября 2019 года и благодаря авторам данной статьи в городской детской больнице открыто отделение челюстно-лицевой хирургии на 5 коек. Лечение детей с врожденным сквозным и изолированным незаращением нёба включает

хирургическую, ортодонтическую, логопедическую и психологическую реабилитацию [3, 4].

В зависимости от вида незаращения нёба, соматического состояния ребенка определяют сроки, последовательность проведения того или иного вида лечения, но на каждом этапе они взаимодействуют, имея свои особенности [5, 6]. В настоящее время в Европе решающей хирургической тактикой для 90 % детей со сквозными (редко – изолированными) незаращениями губы и нёба являются следующие причины:

- до 3 мес. ребенок пользуется obturatorом или специальной соской, обеспечивающей условия вскармливания, близкие к естественным;
- до 3–5 мес. при неправильном соотношении несросшихся фрагментов нёба (смещение малого фрагмента кзади, протрузия межчелюстной кости) проводится ортодонтическое лечение, направленное на коррекцию их положения;
- в возрасте 3–6 мес. оперируют неосложненные несращения верхней губы;
- в 6–9 мес. оперируют сквозные широкие несращения верхней губы (двусторонние, возможно, в два этапа), сочетая иногда хейлоринопластику с велопластикой. Некоторые хирурги проводят хейлопластику с ликвидацией дефекта альвеолярного отростка и переднего отдела твердого нёба;
- в 6–12 мес. (при первичной хейлопластике) – велоластика или щадящая ураностафилоластика;
- в 9–18 мес. одноэтапно по щадящей методике оперируют изолированные несращения нёба;
- в 18–24 мес. после первичной велоластики – ураноластика;
- в возрасте от 2–3 до 12–14 лет оперируют вторичные деформации верхней губы и носа, вторичные и остаточные дефекты нёба;

- в 8–10 лет проводят костную пластику альвеолярного отростка верхней челюсти;
- в 12–16 лет – завершающая ликвидация вторичных деформаций верхней губы, носа, при необходимости, верхней челюсти.

Смысл велоластики заключается в восстановлении анатомической формы мягкого нёба и его функции достаточного нёбно-глоточного замыкания, которое достигают эффективной ретротранспозицией.

Цель данной научной работы – усовершенствовать методы лечения больных с врожденными незаращениями губы и нёба применением инновационной технологии.

Материалы и методы исследования. В отделение челюстно-лицевой хирургии ОДБ обратились родители с жалобами на наличие у ребенка косметического дефекта тканей верхней губы, невозможность сосать грудь и питаться естественно.

За 2 года в отделение челюстно-лицевой хирургии ОДБ с врожденными пороками челюстно-лицевой области получили стационарное лечение 137 детей: их них 110 с врожденными пороками верхней губы и 27 с врожденными пороками нёба. Все больные, поступившие на стационарное лечение, тщательно обследованы клинически-лабораторно и проконсультированы врачами анестезиологом и педиатром.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина врожденных незаращений губы имеет характерные признаки и обычно не вызывает трудностей при постановке диагноза. При изолированных скрытых незаращениях губы дефект и деформация мягких тканей наименьшие, иногда это лишь втянутость кожи в проекции колонки верхней губы.

Первичная хейлопластика проводилась в таких сроках: при изолированных и односторонних сквозных несращениях – от 3 до 8 мес. (в зависимости от вида незаращения), двусторонних сквозных незаращениях – от 6 до 10 мес. (в один или два этапа).

По нашему мнению, самыми простыми и доступными методами являются способы А.А. Лимберга, Л.М. Обуховой, Д. Милларда, Л.В. Харькова, которые дают хорошие результаты.

Наш метод отличается от аналогичных методов двусторонней хейлоластики тем, что межчелюстная кость сохраняется и фиксируется в правильном положении и затем одномоментно производится двусторонняя хейлоластика.

Необходимость ранней и двусторонней хейлоластики диктуется следующими причинами. Анализ историй болезней, беседа с родителями, динамика наблюдений за неоперированными детьми показали, что в период с 2–3 до 6–7 лет у ребенка с неоперируемым незаращением возникают социальные проблемы и чаще не из-за деформации зубного ряда после уранопластики, а в первую очередь из-за непонятной для собеседника речи. Уже в детском саду, где словесное общение со своими сверстниками является наибольшей радостью и привилегией, такой ребенок вызывает улыбки, его дразнят, не берут играть и т. п. Все это формирует негативные черты характера, замкнутость, нерешительность, приносит ребенку тяжелые страдания. Эти годы влияют на формирование характера уже взрослого человека, о чем свидетельствует анализ последующего профессионального становления таких детей. В связи с большим значением коммуникабельности, словесное общение является главным фактором в становлении человека в его социальном, гражданском понимании.

Одна из главных причин того, что детей с незаращением оперируют в ранние сроки – увеличение с каждым годом фоновых заболеваний у ребенка с таким пороком (т. е. осложнений соматического состояния), что задерживает его медицинскую реабилитацию.

Проведенные иммунологические, антропометрические, биохимические исследования свидетельствуют о том, что соматическое состояние ребенка, а также местные условия для проведения ураностафилоластики наиболее благоприятны в возрасте 1–3-х лет, что отвечает времени формирования основных речевых механизмов. Это не значит, что каждый ребенок с незаращением в этом возрасте готов к операции и может быть прооперирован, однако следует стремиться к этому периоду закончить подготовку ребенка к хирургическому вмешательству.

У практически здоровых детей те или иные деформации челюстей или зубных рядов

наблюдаются в 68–79 % случаев, поэтому деформации челюстей у детей с незаращениями нёба в послеоперационный период, сведенные к минимуму за счет пред- и послеоперационного ортодонтического лечения и щадящих методик ураностафилопластики, не являются доминирующими среди всей популяции больных. В послеоперационный период возникают деформации, требующие ортопедического лечения, но для ребенка будет лучше, если их устранять на фоне правильной речи.

Основным принципом щадящей ураностафилопластики является эффективная ретропозиция мягкого нёба, позволяющая оптимально сузить глоточное кольцо, чем достигается необходимое нёбно-глоточное замыкание, т. е. восстановление функции нёба. В своей практике мы доказали, что дети больные с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области должны лечиться стационарно и только при этом можно получить положительные результаты.

К сожалению, без государственной поддержки невозможно создание республиканского или областного центра реабилитации детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области. Это требует колоссального труда и многочисленных смежных специалистов. Большинство детей из сельской местности лишены возможности получить своевременную комплексную терапию при дефектах и деформациях челюстно-лицевой области.

Заключение. Таким образом, больные дети с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области должны получать лечение в стационарах. Пациенты данной категории являются инвалидами с детства и на сегодняшний день остаются без должного внимания

в вопросах комплексной реабилитации детей. Необходимо планировать врачебную тактику таким образом, чтобы завершить все виды лечения и реабилитации пациентов с врожденным несращением верхней губы и нёба к 15–17-летнему возрасту.

Литература

1. Скрипкина Г.И. Оценка уровня стоматологического здоровья населения / Г.И. Скрипкина, А.Ж. Гарифуллина, Е.В. Екимов [и др.]. Омск, Изд-во ООО "Образование Информ", 2018. 208 с.
2. Шакирова Р.Р. Научное обоснование организации республиканского центра лечебно-профилактической помощи детям с челюстно-лицевой патологией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Р.Р. Шакирова. М., 2011. 48 с.
3. Блиндер Ж.А. Междисциплинарный подход к лечению детей с двусторонней расщелиной губы и неба: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ж.А. Блиндер. М., 2017. 23 с.
4. Васильев Ю.А. Социально-экономическое положение семей, имеющих детей-инвалидов / Ю.А. Васильев // Сборник материалов V Всероссийской науч.-практ. конф. "Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения". М., 2016. С. 34–36.
5. Гвоздѣва Ю.В. Оценка гармоничности профиля лица у детей при различных видах миофункциональных нарушений / Ю.В. Гвоздѣва, О.А. Царькова, М.А. Данилова // Казанский медицинский журнал. 2010. № 2. С. 173–176.
6. Данилова М.А. Современные методы диагностики морфологических и функциональных нарушений при зубочелюстно-лицевых аномалиях: учебное пособие / М.А. Данилова, П.В. Ишмурзин; ГОУ ВПО ПГМА им. Е.А. Вагнера акад. Росздрава. Пермь, 2011.