

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Мирзаева Феруза Авазовна - Ассистент кафедры Хирургической
стоматологии, Бухарский государственный медицинский
Институт имени Абу Али ибн Сина
Узбекистан.

<https://orcid.org/0000-0003-0922-7503>

АННОТАЦИЯ. Врожденная расщелина губы и неба (ВРГН) - один из самых распространенных пороков развития челюстно-лицевой области, встречающийся у 90% детей. Неонатологи и педиатры- первые врачи, которые сталкиваются с таким ребенком, и их задача-правильно оценить физическое состояние новорожденных с расщелиной губы и неба, скорректировать питание с учетом этого врожденного порока и своевременно направить их к челюстно-лицевому хирургу. Однако важным моментом является комплексная реабилитация детей, с пороком в виде ВРГН, которая не ограничивается хирургическим лечением этой деформации. Неправильное прикрепление мышц мягкого неба способствует развитию дисфункции барабанной камеры у детей с этим пороком, что приводит к хроническому воспалительному процессу в полости барабанной камеры и в конечном итоге к потере слуха. Поэтому пациентов с ВРГН следует направлять на консультацию к отоларингологу каждые 2-3 месяца. Наблюдение стоматологом детей сВРГН надо начинать с первых дней жизни с целью коррекции верхней челюсти, альвеолярного отростка, в дальнейшем восстановления зубного ряда. Сразу после хирургического лечения данного врожденного порока необходимы занятия с логопедом, так как от полноценного нёбноглоточного смыкания зависит социально адекватная речь данных пациентов. Таким образом, реабилитация детей с ВРГН является комплексной междисциплинарной проблемой.

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и нёба, дети, комплексное лечение, реабилитация.

TACTICS OF TREATMENT OF CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT OF THE UPPER LIP AND PALATE: AN INTERDISCIPLINARY PROBLEM.

Mirzayeva Feruza Avazovna - Assistant of the Department of Surgical
Dentistry at the Abu Ali ibn Sino Bukhara State Medical Institute,
Bukhara, Uzbekistan.

<https://orcid.org/0000-0003-0922-7503>

ABSTRACT. Congenital cleft lip and palate (VGN) is one of the most common malformations of the maxillofacial region, occurring in 90% of children. Neonatologists and pediatricians are the first doctors to encounter such a child, and their task is to correctly assess the physical condition of newborns with cleft lip

and palate, adjust nutrition taking into account this congenital defect and promptly refer them to a maxillofacial surgeon. However, an important point is the comprehensive rehabilitation of children with a defect in the form of VGN, which is not limited to surgical treatment of this deformity. Improper attachment of the muscles of the soft palate contributes to the development of dysfunction of the tympanic chamber in children with this defect, which leads to a chronic inflammatory process in the cavity of the tympanic chamber and eventually to hearing loss. Therefore, patients with VGN should be referred to an otolaryngologist every 2-3 months. The dentist's supervision of children with sVRGN should begin from the first days of life in order to correct the upper jaw, alveolar process, and further restore the dentition. Immediately after surgical treatment of this congenital malformation, classes with a speech therapist are necessary, since the socially adequate speech of these patients depends on a full-fledged palatopharyngeal closure. Thus, the rehabilitation of children with VGN is a complex interdisciplinary problem.

Keywords: congenital cleft of the upper lip and palate, children, comprehensive treatment, rehabilitation.

Введение. Дети с ВРГН требуют активного наблюдения с самого рождения. Выраженные анатомические, функциональные и косметические проблемы, а также патологические осложнения требуют динамического наблюдения и лечения у разных специалистов: челюстно-лицевых хирургов, отоларингологов, стоматологов, педиатров и логопедов. Хороших результатов в лечении таких детей можно добиться только при объединении усилий врачей разных специальностей: психоневрологи играют важнейшую роль в формировании психосоциального развития детей с ВРГН и начинают работать с родителями с пренатального периода. Однако неонатологи и педиатры - первые врачи, которые сталкиваются с такими новорожденными, и именно они должны правильно оценить их состояние и своевременно направить к специалисту, учитывая особенности таких пациентов. Во многих случаях ВРГН является частью симптомокомплекса различных врожденных синдромов (например, синдрома Пьера Робина, синдрома Корнелии де Ланге, синдрома Гольденхара, синдрома Ван дер Вуда). Поэтому совместная подготовка генетиков и педиатров к проведению плановых хирургических вмешательств у детей с вышеперечисленными синдромами является залогом успешной послеоперационной реабилитации ребенка. Характерной особенностью развития пациентов с ВРГН является затрудненное кормление из-за широкого носо-ротового соединения и невозможности создания отрицательного давления в ротовой полости во время кормления. В связи с этим большинство детей находятся на искусственном вскармливании, что приводит к снижению защитной функции иммунной системы и в ряде случаев к развитию таких заболеваний, как железодефицитная анемия, рахит и дисбактериоз кишечника [2]. По этой же причине кормление сопровождается аспирацией жидкой пищи, что негативно сказывается на

состоянии слизистой оболочки носа (вызывая со временем патологические изменения в подвижности мезентериального эпителия).

Поэтому одной из первых задач педиатров и неонатологов является: иметь разнообразные соски и ложки, адаптированные для новорожденных и детей с ГВЗ, которые можно использовать для нормализации процесса послеоперационного кормления и облегчения хирургической подготовки пациента. Другой особенностью является смешанный тип дыхания, в результате воздух недостаточно нагревается, увлажняется и очищается, носовая полость и ротоглотка оказываются менее защищенными [2] и нарушается нормальное состояние ротоглотки (т.е. преобладание грамотрицательной микрофлоры полости рта, такой как *Klebsiella pneumoniae*, *Neisseria* sp. и *E. coli*, *K. pneumoniae*, *S. aureus* и *Candida* spp.). Это приводит к более высокой заболеваемости инфекциями верхних дыхательных путей (включая оториноларингологические) и нижних дыхательных путей по сравнению со здоровыми детьми [3]. Это приводит к более высокой заболеваемости инфекциями верхних дыхательных путей (включая оториноларингологические) и нижних дыхательных путей по сравнению со здоровыми детьми [3]. Деформации носа почти всегда присутствуют у детей с ВРГН. Они включают уплощение крыльев носа с латеральной стороны носовой расщелины, деформацию верхушки носа и отклонение носовой перегородки [4-6]. Недостаточная проходимость носовых ходов, попадание пищи в полость носа, смешанное дыхание и плохая подвижность мезоэпителия приводят к затяжному риниту, острому/рецидивирующему тонзиллиту, аденоидиту и синуситу у этих детей. При недостаточном и неадекватном лечении инфекционный процесс может распространиться на нижние дыхательные пути, что приведет к ларингиту и бронхиту. При выборе препаратов для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных состояний оториноларингологических органов необходимо помнить о таких особенностях микрофлоры, встречающейся у детей. После реконструктивных операций по поводу ВРГН у детей старшего возраста происходит деформация переносицы и рецидив воспаления в полости носа и придаточных пазухах. В связи с этим могут развиваться вазомоторный ринит и гипертрофический ринит, в некоторых случаях приводящие к повышению давления воздуха в средних носовых протоках и затяжному воспалительному процессу. Также встречается патология лимфоидного кольца. Для детей с этим заболеванием характерны увеличенные небные миндалины, реже - увеличенные глоточные миндалины. Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей часто приводят к хроническому тонзиллиту. Хронический тонзиллит и/или аденоидит. Рецидивирующий или экссудативный средний отит нередко встречается у детей с ВРГН, вызывая кондуктивную тугоухость. Развитие экссудативного среднего отита обусловлено дисфункцией слухового прохода вследствие

аномального прикрепления мышц, которые тянут опускающееся нёбо (мышцы tensor palatini) и поднимают мягкое нёбо (мышцы levator palatini) [7].

Дети обычно рождаются с узелковой дисфункцией, которая со временем приводит к выпоту в полости уха и последующей потере слуха. Экссудативный средний отит протекает бессимптомно, и единственной жалобой является потеря слуха. Своевременная диагностика заболевания повышает шансы ребенка на выздоровление, так как длительное нахождение выпота в полости среднего уха может привести к необратимым изменениям и стойкой потере слуха [8, 12]. Помимо хирургического лечения этого дефекта, качество социально адекватной речи зависит от полного смыкания нёбно-глотки, что оказывает существенное влияние на полную реабилитацию пациентов с ВРГН [11]. В связи с этим необходимы исследования функции нёбо-глотки до, во время и после логопедических занятий у таких пациентов.

Заключение: Комплексная реабилитация пациентов с ВРГН невозможна без коррекции верхнечелюстного аппарата и формирования альвеолярной дуги. Поэтому наблюдение стоматологов за пациентами с этим пороком развития должно начинаться уже через несколько дней после рождения [9, 10]. Таким образом, лечение и реабилитация детей с ВРГН – сложная, мульти-дисциплинарная проблема, требующая участия многих специалистов: челюстно-лицевых хирургов (хирургическая коррекция ВНЧС), неонатологов, педиатров (правильное питание, выявление и коррекция различных физических патологий, профилактика ОРВИ, подготовка пациентов к оперативному вмешательству); стоматологов и ортодонтот (коррекция врожденной расщелины неба, при необходимости подготовка пациентов к оперативному вмешательству); стоматологи и ортодонты (коррекция врожденной расщелины неба, при необходимости; стоматологи и ортодонты (коррекция врожденной расщелины неба, вторичных пороков развития альвеолярного аппарата, восстановление зубов); отоларингологи (лечение и профилактика заболеваний носовой полости, глотки и среднего уха); логопеды и психологи (необходимые для полноценной социальной адаптации ребенка (мероприятия по психологической реабилитации).

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Ешиев А.М., Давыдова А.К. АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕНИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ И СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9-1. – С. 42-45; URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=32174> (дата обращения: 24.01.2023).

2. Мирзаева Ф.А. «КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРГН ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИСХОДАХ» Dec – 2022.

3. Мирзаева Ф.А. «Dec - 2022 ISSN: 2181-2608 www.sciencebox.uz СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА».

4. Mirzaeva F.A. Professional Comprehensive Rehabilitation of Children with Congenital Cleft Lip and Palate Volume 2 | Issue 12 | December - 2022 ISSN: 2795-8612

5. Ф.А.Мирзаева, Г.С.Ядгарова
<https://zienjournals.com/index.php/tjms/article/view/2036> A.C.

6. Mirzaeva F.A. "COMPLEX REHABILITATION OF CHILDREN WITH CCLP WITH ADVERSE POSTOPERATIVE OUTCOMES" Dec - 2022.

7. STRUCTURAL FEATURES OF THE DENTAL-JAW SYSTEM IN PATIENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE». Mirzaeva F.A. "Dec - 2022 ISSN: 2181-2608.

8. Mirzaeva F.A. Professional Comprehensive Rehabilitation of Children with Congenital Cleft Lip and Palate Volume 2 | Issue 12 | December - 2022 ISSN: 2795-8612

9. F.A. Mirzayeva, G.S.Yadgarova
<https://zienjournals.com/index.php/tjms/article/view/2036> A.C.

10. Mirzaeva F.A. "COMPLEX REHABILITATION OF CHILDREN WITH CCLP WITH ADVERSE POSTOPERATIVE OUTCOMES" Dec - 2022.

11. Mirzaeva F.A. "Dec - 2022 ISSN: 2181-2608 www.sciencebox.uz STRUCTURAL FEATURES OF THE DENTAL-JAW SYSTEM IN PATIENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE".

12. Mirzaeva F.A. Professional Comprehensive Rehabilitation of Children with Congenital Cleft Lip and Palate Volume 2 | Issue 12 | December - 2022 ISSN: 2795-8612.

REFERENCES

1. Yoshiev A.M., Davydova A.K. ANALYSIS OF THE DETECTION OF CONCOMITANT AND COMBINED PATHOLOGY IN CHILDREN WITH CLEFT LIP AND PALATE // Fundamental research. - 2013. – No. 9-1. – pp. 42-45; URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=32174> (date of reference: 01/24/2023).

2. Mirzayeva F.A. "IN CASE OF UNFAVORABLE POSTOPERATIVE OUTCOMES," COMPREHENSIVE REHABILITATION OF CHILDREN WITH IOP December – 2022.

3. Mirzayeva.A. "December - 2022 ISSN: 2181-2608 www.sciencebox.uz STRUCTURAL JOINTS OF THE MAXILLARY SYSTEM PEOPLE WITH SPLIT LIPS AND NECKS."

4. Mirzayeva F.A. Professional comprehensive rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate Volume 2 | Issue 12 | December - 2022 ISSN: 2795-8612

5. Mirzayeva E.A., Yagarova G.S.
<https://zienjournals.com/index.php/tjms/article/view/2036> A.S.

6. Mirzayeva F.A. "COMPREHENSIVE REHABILITATION OF CHILDREN WITH CLLP WITH UNFAVORABLE POSTOPERATIVE OUTCOMES" December - 2022.

7. STRUCTURAL FEATURES OF THE MAXILLARY SYSTEM IN PATIENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE». Mirzayeva F.A. "December - 2022 ISSN: 2181-2608.

8. Mirzayeva F.A. Professional comprehensive rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate Volume 2 | Issue 12 | December - 2022 ISSN: 2795-8612

9 F.A. Mirzayeva, G.S.Yadgarova
<https://zienjournals.com/index.php/tjms/article/view/2036> A.S.

10. Mirzayeva F.A. "COMPREHENSIVE REHABILITATION OF CHILDREN WITH CLL WITH UNFAVORABLE POSTOPERATIVE OUTCOMES" December - 2022.

11. Mirzayeva F.A. "December - 2022 ISSN: 2181-2608
www.sciencebox.uz STRUCTURAL FEATURES OF THE MAXILLARY SYSTEM IN PATIENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE".

12. Mirzayeva F.A. Professional comprehensive rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate Volume 2 | Issue 12 | December - 2022 ISSN: 2795-8612.