

УДК: 616.315-007.254-053.4/7-08-089-04

НЕОБХОДИМОСТЬ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА



**Пулатова Б.Ж.,
Муртазаев С.М.**

**Ташкентский
государственный
стоматологический
институт**

Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) занимает одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости и инвалидности практически во всех странах, представляя собой важнейшую медицинскую и социальную проблему. Проблема диагностики, лечения и реабилитации детей с ВРГН продолжает оставаться актуальной задачей детской стоматологии. Актуальность обусловлена, как сохраняющимся высоким уровнем частоты рождения, так и серьезностью прогноза (Н.Г.Негаметзянов, 2002; М.Э.Махкамов, 2002; Р.А.Амануллаев, 2005)

В Узбекистане, как и в других странах, увеличивается частота рождения детей с ВРГН. Она составляет от 0,1 до 5 на 1000 новорожденных. (Амануллаев Р.А., 2006).

Реабилитация детей с данной врожденной патологией является комплексной этапной, длительной, которая проводится с момента рождения до полного формирования постоянного прикуса (до 17 лет).

ВРГН относятся к порокам развития, приводящим к ранним с первых часов жизни ребенка нарушениям функции многих органов и систем. Анатомические и функциональные нарушения усугубляются по мере роста и развития ребенка (Р.К. Кипшакбаев 2000; С.М. Муртазаев 2004). Наличие несращения верхней губы и неба с первых дней жизни ребенка приводит к нарушению акта сосания, глотания, дыхания. Этот порок развития является главной причиной раннего перехода их на искусственное вскармливание почти у 100 % детей. Нарушение этих функций с первых дней жизни приводит к различным изменениям со стороны зубочелюстной представляя собой важнейшую медицинскую и социальную проблему. Проблема диагностики, лечения и реабилитации детей с ВРГН продолжает оставаться актуальной задачей детской стоматологии. Актуальность обусловлена, как сохраняющимся высоким уровнем частоты рождения, так и серьезностью прогноза (Н.Г.Негаметзянов, 2002; М.Э.Махкамов, 2002; Р.А.Амануллаев, 2005).

В Узбекистане, как и в других странах, увеличивается ча-

стота рождения детей с ВРГН. Она составляет от 0,1 до 5 на 1000 новорожденных. (Амануллаев Р.А., 2006).

Реабилитация детей с данной врожденной патологией является комплексной этапной, длительной, которая проводится с момента рождения до полного формирования постоянного прикуса (до 17 лет).

ВРГН относятся к порокам развития, приводящим к ранним с первых часов жизни ребенка нарушениям функции многих органов и систем. Анатомические и функциональные нарушения усугубляются по мере роста и развития ребенка (Р.К. Кипшакбаев 2000; С.М. Муртазаев 2004). Наличие несращения верхней губы и неба с первых дней жизни ребенка приводит к нарушению акта сосания, глотания, дыхания. Этот порок развития является главной причиной раннего перехода их на искусственное вскармливание почти у 100 % детей. Нарушение этих функций с первых дней жизни приводит к различным изменениям со стороны зубочелюстной системы, организма ребенка, частой подверженностью их к различным интеркуррентным заболеваниям и отставанию их физического развития.

Комплексное изучение проблемы патогенетически обоснованные мероприятия по коррекции нарушенных функциональных систем организма их комплексное использование в раннем постнатальном периоде жизни, разработка принципов преемственного ортодонтического и хирургического лечения позволить успешно решить проблему ранней реабилитации детей с ВРГН.

В связи с вышеизложенным целью нашей работы является:

Цель исследования

Изучить влияние ранней комплексной предоперационной подготовки на физическое развитие детей с врожденной сквозной расщелиной верхней губы и неба.

Материал и методы

Исследования проведены у 86 детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. В зависимости от проводимого лечения все обследованные делились на 2 группы: I (n=50), которым в возрасте 6-8 месяцев проводилась только хейлопластика, II (n=36) с первых дней рождения до проведения хейлопластики осуществлялась комплексная предоперационная подготовка по разработанному нами алгоритму (Муртазаев С.М., 2010). Детям в этой группе на верхнюю челюсть изготовили назоальвеолярный молдинг с носовым стеном и назначались пробиотики.

Для оценки физического развития детей с ВРГН нами взят один из их показателей: масса тела.

Результаты и обсуждение

Наши клинические наблюдения показывают, что 70% детей родившихся с ВРГН в различных регионах Республики обращаются в клинику челюстно-лицевой хирургической стоматологии в поздние сроки с различными сопутствующими заболеваниями и прогрессирующей деформацией зубочелюстной системы, которым в течении длительного времени питание осуществляется при помощи желудочного зонда.

Масса тела обследуемых детей с ВРГН, в момент рождения достоверно не различалась от таковой, у здоровых детей, родившихся без каких-либо дефектов (табл.1)

Таблица 1. Показатель частоты массы тела новорожденных детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба (M+m, %)

Вес при рождении (грамм)	Дети с ВРГН (n=60)	Здоровые дети (n=70)	P
1000-2000	3,2±2,2	3,0±1,7	>0,05
2001-3000	35,5±6,0	32,0±4,6	>0,05
3001-4000	56,5±6,2	58,0±4,9	>0,05
Больше 4001	4,8±1,7	7,0±2,5	>0,05
	100%	100%	

Сообщение полости рта и носа новорожденных детей с ВРГН с первых дней жизни приводит к нарушению акта сосания груди у 15 % детей с ВРГН вскармливание грудным сцеженным молоком осуществлялось до 1 недели, у 10 % до 2-х недель и более, после чего они переходили на искусственное из-за прекращения лактации у матери. С первых дней жизни 75 % новорожденных детей с ВРГН получали искусственное вскармливание (С.М. Муртазаев, 2010).

Сопоставляя изначальную массу тела новорожденных детей с ВРГН и в динамике возраста перед хейлопластикой можно отметить ее отставание (табл.2)

Таблица 2. Степень физического развития детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в динамике возраста до хейлопластики (M+m, %)

Показатели физического развития	Новорожденный с ВРГН (n=60)	В динамике возраста перед хейлопластикой (n=60)	P
Средняя	66,6±6,0	14,6±4,5	<0,001
Выше среднего	12,9±4,2	3,2±2,2	<0,05
Высокое	8,0±3,4	3,2±2,2	>0,05
Ниже среднего	6,5±3,1	30,6±5,8	<0,001
Низкое	6,5±3,1	48,4±6,3	<0,001
	100%	100%	

Как видно из таблицы, у детей с ВРГН в динамике возраста в сравнении с исходной в 4 раза уменьшается доля больных со средней и выше среднего степенью физического развития. Одновременно по отношению к исходной в 5 и 8 раз соответственно увеличивается доля больных детей с средней и низкой степенью физического развития, т.е. гипотрофичных детей.

Сравнивая показатели физического развития у здоровых новорожденных детей и в динамике через 6-8 мес. после рождения не выявлено существенных различий (P>0,05) табл.3

Таблица 3. Степень физического развития здоровых детей в динамике возраста (M+m %)

Показатели физического развития	Новорожденный (n=50)	В динамике возраста (через 6-8 месяцев) (n=50)	P
Средняя	50,4±5,09	60,0±4,77	>0,05
Выше среднего	16,7±3,87	10,2±3,1	>0,05
Высокое	4,2±2,06	1,9±1,42	>0,05
Ниже среднего	10,4±3,8	13,1±3,5	>0,05
Низкое	8,3±2,87	4,8±2,2	>0,05
	100%	100%	

У детей с ВОРВГН перед хейлопластикой сравнивали показатели физического развития детей, получавших и не получавших пробиотики. Контролем служили показатели физического развития одновозрастных здоровых детей (табл.4)

Таблица 4. Показатели физического развития детей с ВОРВГН после коррекции пробиотиками до хейлопластики (M+m, %)

Показатели физического развития	Здоровые дети (n=50)	Дети с ВОРВГН без ранней подготовки (n=50)	Дети с ВОРВГН после комплексной подготовки (n=36)	P
Средняя	70,0±4,7	14,6±4,5	64,4±6,7	<0,001 <0,001
Выше сред	10,2±3,1	3,2±2,2	13,3±3,5	>0,05 <0,05
Высокая	1,9±1,42	3,2±2,2	11,1±3,2	>0,05 <0,05
Ниже сред	13,1±3,5	30,6±5,8	8,9±2,92	<0,001 <0,001
Низкая	4,8±2,2	48,4±6,3	2,2±1,47	<0,001 <0,001
	100%	100%	100%	

Таким образом, раннее с первых дней жизни детей с врожденной расщелиной губы и неба коррекция пробиотиками нарушений кишечного микробиоценоза способствует нормализации состава кишечной микрофлоры, показателей клеточного и гуморального иммунитета и обмена железа, которое, в свою очередь, снижает частоту сопутствующих осложнений, тем самым способствует их ранней реабилитации.

Наряду с отставанием физического развития у детей с ВРГН отмечена частая подверженность их различным интеркуррентным заболеваниями. Наиболее часто встречались такие заболевания как ОРВИ, рахит, гипотрофия, анемия, экссудативный диатез и глистная инвазия.

На основании вышеизложенного следует, что при ВРГН с первых дней жизни вынужденное искусственное вскармливание отрицательно влияет на физическое развитие ребенка, способствует их подверженности различным интеркуррентным заболеваниям. Они становятся причиной отсрочки хирургических вмешательств на более длительные сроки и

образования послеоперационных осложнений, тем самым задерживают их раннюю реабилитацию.

Анализ собственных результатов позволяет сделать следующие выводы:

Таким образом, наблюдение за массой тела у детей с ВРГН в динамике возраста до хейлопластики показало отрицательное влияние врожденной расщелины губы и неба на физическое развитие ребенка, что выражается в снижении прироста их массы тела.

У детей с ВОРВГН в результате искусственного вскармливания дисбиотические изменения кишечной микрофлоры, дискординированный сдвиг иммунной системы, снижение метаболизма железа и высокая частота интеркуррентных заболеваний наряду с задержкой физического развития являются одной из причин задержки генетически детерминированного роста верхней челюсти, формирования пищеварительно-всасывательной и иммунной систем.

Таким образом, для оказания своевременной ранней комплексной медицинской помощи и реабилитации детей с ВРГН необходимо проведение раннего ортодонтического лечения у детей с односторонней сквозной расщелиной губы и неба. Это в свою очередь способствует росту боковых фрагментов верхней челюсти и установлению их в контакт со средним фрагментом после хейлопластики, а в последующем создает условия для проведения костной пластики альвеолярного отростка.



Литература

1. Абаимов О.И., Николаев Д.Л. Частота рождения детей с расщелинами губы и неба в зависимости от числа беременностей и сезонности // *Стоматология*. – 2006. – №3. – С. 21–23.
2. Алимова М.Я. Врожденные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба: диагностика и лечение у ортодонта // *Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы 3-й Всерос. науч.-практ. конф.* – М., 2009. – С. 16–19.
3. Амануллаев Р.А. Речевая реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // *Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2005. – №3. – С. 44–46.
4. Амануллаев Р.А. Совершенствование медицинской реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Узбекистан: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2005. – 190 с.
5. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Зайченко Н.М., Гудкова Р.Г. Врожденные аномалии (пороки развития) в Российской Федерации // *Организация здравоохранения*. – 2003. – №1. – С. 7–14.
6. Долгополова Г.В., Блохина С.И., Долгополова Н.В. Специализированная диспансеризация как основа реабилитационного процесса по устранению зуба челюстной патологии у детей с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба // *Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации*. – Екатеринбург, 2005. – 352 с.
7. Gzeizel A.E. The primary prevention of birth defects: multivitamin sorfolic acid // *Int. G. Med. Sci.* – 2004. – №1. – P. 50–61.

Резюме

Врожденная расщелина верхней губы и неба занимает одно из ведущих мест в структуре детской заболеваемости и инвалидности во всех странах мираи поэтому является важнейшей медицинской и социальной проблемой. Комплексное изучение этой проблемы, патогенетически обоснованные мероприятия по коррекции нарушенных функциональных систем организма, их комплексное использование в раннем постнатальном периоде жизни, разработка принципов преемственного ортодонтического и хирургического лечения позволит успешно решить проблему ранней реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Summary

The congenital cleft of the upper lip and palate occupies one of the leading places in the

Structure of childhood morbidity and disability in all countries, representing a major medical and social problem. Complex investigation of the problem, pathogenetically approved measures to correct damaged functional systems of the body, their complex use of the post-natal period of life, development of the principles of successive orthodontic and surgical treatment will successfully solve the problem of early rehabilitation of children with the congenital cleft of the upper lip and palate.