

УДК 616.314-007-053.2-06:616.22-008.5]:362.147

ОРТОПЕДИЧНІ ЗАХОДИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ І ПІДНЕБІННЯ

*Львівський національний
медичний університет
мені Данила Галицького*

В.Ф.Макєєв

Статистичні й епідеміологічні дослідження частоти вроджених вад обличчя та ротової порожнини свідчать про те, що незрощення верхньої губи і піднебіння складають 1/3 або 30-40% усіх вроджених вад людини [1-5].

В Україні найдокладніші дані про частоту незрощень верхньої губи і піднебіння визначені по Львівській та Одеській областях. Так, частота народжень дітей із незрошеннями по Львівській області протягом 1970-1982 рр. склала в середньому 1:1005, або 0,99 на 1000 [6].

За даними Г.І.Семенченко і співавт. [7], по м. Одесі за 1953-1972 рр. частота народжень таких дітей склала від 1:888 до 1:987 у різні роки.

Дослідження динаміки частоти народження дітей з уродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння в Одеській області за 1992-1999 рр., здійснені Гулюком А.Г. [8], засвідчили, що, незважаючи на зниження загальної народжуваності в Одеській області, відмічається тенденція до щорічного збільшення частоти народження таких дітей. Так, кількість дітей із уродженими вадами обличчя становить 1:768 у 1992 р. та 1:624 – у 1999 р. – за сім років збільшення частоти вади становило 18,23%, при цьому збільшується кількість новонароджених із множинними вадами.

Унаслідок незрощення верхньої губи, альвеолярного відростка та піднебіння і наступних оперативних заходів розвивається цілий комплекс функціональних відхилень, які залежать від виду і ступеня анатомічних змін [9-18].

Метою роботи було напрацювання й узагальнення системного та комплексного лікування і реабілітації хворих з уродженими незрошеннями верхньої щелепи та піднебіння протягом їхнього життя.

Результати та їх обговорення. Наш тривалий досвід надання медичної допомоги хворим із незрошеннями верхньої щелепи і піднебіння засвідчив, що морфологічні та функціональні зміни, які виникають у зубо-щелепній системі, а також у цілому організмі таких хворих вимагають комплексного лікарського підходу до їх запобігання й усунення.

У зв'язку з тим, що до операції на піднебінні (незалежно від термінів її проведення) необхідно забезпечити дитині штучне роз'єднання ротової і носової порожнин для налагодження харчування і

запобігання аспіраційним ускладненням, а також у зв'язку з тим, що самі незрощення піднебіння та операції на ньому служать причиною розвитку деформацій зубних рядів і щелеп, значно зростає роль стоматолога-ортопеда в системі реабілітації хворих із зазначеною патологією.

Ортопедична допомога таким хворим мусить мати комплексний послідовний характер, здатний забезпечити високий ступінь готовності ротової порожнини до хірургічного закриття незрощення і логопедичного навчання, а також на всіх подальших етапах лікувально-реабілітаційного періоду протягом усього життя пацієнта.

Спираючись на власний досвід та узагальнюючи проведені нами дослідження, ми пропонуємо поділити лікувально-реабілітаційний період надання ортопедичної та ортодонтичної допомоги хворим з уродженими незрошеннями верхньої щелепи та піднебіння на три етапи:

– ортопедичні заходи у хворих з уродженими незрошеннями верхньої щелепи і піднебіння у перші 6 місяців після народження;

– ортопедичні заходи у хворих з уродженими незрошеннями верхньої щелепи і піднебіння у віці від 6 місяців до хірургічного закриття дефекту піднебіння;

– ортодонтична та ортопедична допомога хворим з уродженими незрошеннями верхньої щелепи і піднебіння від часу хірургічного закриття дефекту до протетичної корекції деформацій.

Для кожного з цих станів характерні свої особливості надання ортопедичної та ортодонтичної допомоги.

На першому етапі провідною метою є налагодження повноцінного харчування дитини, яке забезпечується ортопедичним роз'єднанням ротової і носової порожнин різними варіантами індивідуально виготовлених сосок-обтураторів. Можна також застосовувати елементи ортодонтичного лікування за рахунок виготовлення сосок-обтураторів за гіпсовими моделями з конструктивним переміщенням фрагментів альвеолярних відростків або з включенням активних елементів (ортодонтичних гвинтів) для переміщення, наприклад, міжщелепної кістки при двобічних незрошеннях губи і піднебіння, дозаду.

Для другого етапу характерні забезпечення умов для розвитку мовотворення і за можливості - ортодонтична підготовка ротової порожнини до хірургічного закриття незрощення, яке нині відбувається залежно від медичних показань до 5-

ОРТОДОНТІЯ

річного віку дитини. Ортопедичне забезпечення всього етапу здійснюється здебільшого за рахунок виготовлення "плаваючих обтураторів" з еластичними підкладками як найбільш функціональних апаратів для формування мовотворення. Тривають ортодонтичні заходи з метою запобігання розвитку зубо-щелепних деформацій, можливе ортодонтичне переміщення незрощених піднебінних пластинок у більш горизонтальне положення для створення сприятливіших умов для хірургічного закриття дефекту.

Третій етап розпочинається відразу після хірургічного закриття незрощення і є найбільш об'ємним у процесі реабілітації хворих.

Розпочинається від відразу після пластики піднебіння, й ортопедичні заходи мусять насамперед забезпечити формування купола піднебіння та рухомість відновленого м'якого піднебіння формувальним і формувально-стимулюючими апаратами.

Хірургічне втручання в цей період може завершитися тільки операцією велоластики із залишенням дефекту в ділянці твердого піднебіння або можуть виникнути післяопераційні ускладнення у вигляді післяопераційних дефектів. У таких випадках виготовляються ортопедичні обтуратори залишкових дефектів з еластичними підкладками до повторних оперативних втручань. Цей етап – етап активного формування зубо-щелепної системи, характеризується також активним ортодонтичним лікуванням. Ортодонтичне лікування з точки зору відповідної апаратури суттєво не відрізняється від апаратного забезпечення лікування інших деформацій. Акцент лікування зміщується в бік розширення щелеп, особливо верхньої та розв'язання проблеми із розміщенням фронтальної групи зубів верхньої щелепи на обмеженому просторі альвеолярного відростка з кістковим дефектом у місці незрощення та прорізаними в це незрощення зубами. У цей же період, який подовжений до зрілого віку пацієнта, вирішується питання щодо долі ретенуваних зубів та щодо оперативного вилучення надкомплектних зубів. Для прискорення ортодонтичного переміщення зубів можливе застосування компактстеотомії. У тяжких випадках мікрогнатії та "хибної" прогенії деякі автори рекомендують операцію горизонтальної остеотомії верхньої щелепи з переміщенням її допереду.

Враховуючи тяжкість деформацій, рубцево змінені після операції м'які тканини переддвер'я рота і піднебіння, брак кісткової тканини, западіння верхньої губи тощо, навіть неперервне довготривале ортодонтичне лікування може не забезпечити пристойних естетичних результатів. Особливо гостро ця проблема стоїть при звертанні пацієнтів за допомогою у пізній період (у віці 18-20 років), коли вже сформувалися надтяжкі деформації щелеп. У таких випадках продовженням реабілітації пацієнтів стає протетичне лікування – виготовлення різноманітних ортопедичних конструкцій, які забезпечують відновлення втрачених функцій та маскують дефекти і деформації зубощелепної системи.

Висновок. Отже, на підставі проведених дослід-

жень розпрацьована та впроваджена в медичну практику цільна структура надання ортопедичної та ортодонтичної допомоги в системі реабілітації хворих з уродженими вадами обличчя від новонародження до дорослого віку.

Література

1. Дербалюк Л.Я. Частота вроджених незаращених верхньої губи і неба среди новонароджених г. Одессы // В кн.: Вопросы стоматологии.-Одесса, 1969. - С.53-54.
2. Дубов М.Д. Врожденные расщелины неба. - М.: Медгиз, 1960. - 145 с.
3. Немчинова Е.М. О частоте и вероятных причинах вроджених незаращених губи и неба // В кн.: Проблемы ортопедической стоматологии. - К., 1970. - Вып.4. - С.192-195.
4. Семенченко Г.И., Вакуленко В.И. Врожденные незаращания верхней губы и неба. - К.: Здоров'я, 1968. - 228 с.
5. Bardach J. Rosszery wargi górnej i podniebienia. - Warszawa, 1967. - 347 s.
6. Гоцко Е.В. Сравнительная оценка хирургического лечения вроджених расщелин верхней губы и неба: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - Львов, 1985. - 26 с.
7. Семенченко Г.И., Вакуленко В.И., Дербалюк Л.Я. Нарушение слуха и речи при вроджених незаращаниях неба. - К.: Здоров'я, 1977. - 150 с.
8. Гулюк А.Г. Методи поетапного хірургічного лікування хворих з вродженою розщипиною верхньої губи і піднебіння: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Полтава, 2002. - 37 с.
9. Бабов Е.Д. Хирургическо-ортодонтическое лечение сужения верхней челюсти у больных с вродженими расщелинами верхней губы и неба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Киев. мед. ин-т им. А.А. Богомольца. - К., 1992. - 21 с.
10. Блохина С.И. Медико-социальная реабилитация больных с вродженими расщелинами лица и неба в условиях специализированного центра: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21, 14.00.33 / Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н.А. Семашко. - М., 1992. - С.50.
11. Водолацкий М.П., Бабанина Б.Г. Организация лечения и наблюдения больных с вродженими расщелинами лица в межобластном центре // Стоматология.- 1993. - № 1. - С.58-60.
12. Волова Е.Д. Зависимость степени деформаций челюстно-лицевой области от срока оперативного вмешательства при вроджених расщелинах губы и неба // Труды ЛСГМИ "Вопросы ортодонтической стоматологии". - М.: Медгиз, 1960. - Т. 63. - С. 43-46.
13. Герасимова Л.П. Сравнительный анализ эффективности различных методов комплексной терапии детей с вродженими расщелинами губы и неба: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Перм. гос. мед. ин-т.-Пермь, 1991. - 21 с.
14. Гулюк А.Г., Крыкляс В.Г., Дмитриева Н.Б. Антропометрические особенности верхней челюсти у детей с вродженими двусторонними сочетанными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба в предоперационном периоде и отдаленные сроки после поэтапного восстановления верхней губы //Дентальные технологии, 2006. - №3-6(28-31). - С.25-30.
15. Гуцан А.Э. Актуальные аспекты проблемы вроджених расщелины губы и неба: Автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. - М., 1981. - 33 с.
16. Макеев В.Ф. Ортопедические мероприятия в комплексном лечении и реабилитации больных с вродженими незаращаниями неба /Метод. реком. Одобрены бюро Президиума ученого совета МОЗ Украины, пр. "12 от 26.05.1981 г.-Львов, 1981. - 15 с.

ОРТОДОНТІЯ

17. Макеев В.Ф. Применение вестибуло-нёбных пластинок при ортопедическом лечении новорожденных с несращением нёба // Стоматология. - 1977. - №4. - С. 61-63.
18. Макеев В.Ф. Развитие деформаций верхней челюсти у лиц с врожденными расщелинами неба // Ортопедическая стоматология. - К., 1975. - Вып.5. - С. 113-116.

Стаття надійшла
25.02.2008 р.

Резюме

На підставі довготривалих спостережень розпрацьована та впроваджена в практику послідовна система ортопедичного й ортодонтичного лікування та реабілітації хворих з уродженими незрощеннями верхньої щелепи та піднебіння протягом їхнього життя.

Ключові слова: незрощення піднебіння, лікування, реабілітація.

Summary

On the basis of long-term observations we have worked out and implemented into practice the sequential system of prosthetic and orthodontic treatment and rehabilitation of the patients with congenital cleft maxilla and palate during their life.

Key words: cleft palate, treatment, rehabilitation.