

# СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С НЕБНО-ГЛОТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

канд. пед. наук., доцент Гусейнова Н. Т.

Азербайджан, г. Баку, Азербайджанский Государственный Педагогический Университет, кафедра «Коррекционное обучение»

**Abstract.** *Velopharyngeal insufficiency is one of the main causes of speech disorders in children with congenital cleft palate, leading to social exclusion and disability of patients. This article describes an integrated approach to the treatment of velopharyngeal insufficiency, aimed in improving the anatomical and physiological function of velopharyngeal ring. Velopharyngeal ring is considered as the nervemuscle complex in the treatment of patients with this pathology. It is shown that a one-time complex treatment of velopharyngeal insufficiency, estimated with the program «Compare» in the below-described clinical example, increased velopharyngeal closure ring by 25 %, thus eliminating nasality and significantly improve the quality of speech.*

**Keywords:** *children, congenital cleft palate, velopharyngeal insufficiency, pharyngoplasty, nasopharyngoscopy, rhinolalia.*

**Введение.** Лечение детей с врожденными пороками развития, а именно с несращением неба насчитывает более 200 лет. Первые упоминания о нарушениях речи, обусловленных наличием подобного дефекта, обнаружены в древнеегипетских папирусах. Разобщающие носовую и ротовую полость 'обтураторы' главным образом препятствовали попаданию жидкости и пищи, способствовали некоторому улучшению речи. Ранние операции по устранению несращений неба проводились без анестезии, без контроля дыхательных путей и с опасностью развития кровотечения и асфиксии. В 1764 году французским дантистом проведено первое закрытие несращения неба. Суть ее состояла в послабляющих разрезах по краю альвеолярного отростка и за верхнечелюстной дугой, автор проводил отслойку и перемещение небных лоскутов к средней линии, чтобы преобразить мягкие ткани на любой стороне расщелины в лоскуты на ножках, а затем сшивал их между собой. В 1828 году автор дополнил к боковым послабляющим разрезам на твердом небе и остеотомию при закрытии сквозной расщелины неба. Толчком для расширения и внедрения новых способов хирургического лечения несращений неба стало применение анестезии и анестезиологического оборудования. Первым кто применил анестезию при оперативных вмешательствах на небе был М.Коллес в 1867г. Появления эндотрахеального наркоза позволили провести в 1920 году операцию в более безопасных условиях. Д.Масон (1843) сообщил об успехе в ликвидации 88 из 100 случаев несращения мягкого неба. Эти операции заключались в деэпителизации краев несращения и наложения швов. Эта техника использовалась при расщелине только мягкого неба. В 1861 году было предложено отслаивать слизисто-надкостничные лоскуты и перемещать их в область дефекта, что давало возможность восстановления не только с анатомической точки зрения, но и анатомо-функционального воссоздания небо-глоточного аппарата. С появлением и внедрением в практику методик уранопластик, произошло переосмысление роли мягкого неба в механизме небо-глоточного замыкания. Было предложено несколько видов оперативных вмешательств по удлинению укороченного мягкого неба и восстановлению функции небо-глоточного кольца. По его рекомендации свободные края задних небных дужек после препаровки сшивали на протяжении 1,5-2,5 см, затем кнаружи от дужек проводили небольшие продольные разрезы. Данный способ давал небольшое улучшение в речи, но назальность сохранялась. Тем не менее, этот способ впоследствии был использован рядом хирургов. Небно-глоточная недостаточность на сегодняшний день одна из главных причин формирования нарушения речи в виде ринолалии у детей с врожденной расщелиной неба. Нарушения речи в том или ином виде присутствуют у всех детей с расщеплением неба. Данные о частоте развития небо-глоточной недостаточности после первичной уранопластики разнятся, в частности, потому что разные специалисты по-разному определяют ее наличие. Однако практически все сходятся во мнении, что заметная гиперназальность выявляется у 20-50 % детей с незаращением неба в развитых странах, и до 50-90 % детей в развивающихся странах.

Хирургическое улучшение функции небно-глоточного клапана заключается в сужении небно-глоточного кольца и по существу в создании частичного носоглоточного сужения, достаточного, однако, для носового дыхания и сна.

**Результаты исследование.** Способы устранения небно-глоточной недостаточности активно обсуждаются в специальной литературе. Разработаны приводящие к восстановлению функции небно-глоточного затвора методики для обтурации среднего либо боковых участков небно-глоточного кольца. Небно-глоточная недостаточность это нарушение анатомо-физиологического взаимодействия структур небно-глоточного кольца (задней и боковых стенок глотки, небной занавески), которое характеризуется недостаточным смыканием небно-глоточных структур. Все это приводит к нарушению речи в виде ринолалии, к включению компенсаторных механизмов артикуляции. Небно-глоточная недостаточность развивается после проведения велоуранопластики по поводу врожденной расщелины неба. Одной из причин формирования небно-глоточной недостаточности в послеоперационном периоде является выбор необоснованных техник хирургического вмешательства. Ортодонтическое лечение, особенно при тяжелых формах расщелины, способствует уменьшению ширины диастаза, соответственно, уменьшает сложность проведения операции и способствует уменьшению выраженности послеоперационных осложнений, расхождению послеоперационного шва, грубому рубцеванию с укорочением мягкого неба и ограничению его подвижности. Надо отметить что, неоднократность хирургических вмешательств увеличивает риск развития небно-глоточной недостаточности и усложняет реабилитацию данной категории больных. Лечение детей с небно-глоточной недостаточностью — сложная задача реконструктивной хирургии. Целостность небно-глоточного кольца восстанавливают путем проведения различных пластических операций, однако в 15–20 % случаев они не обеспечивают полноценное восстановление анатомо-физиологической функции небно-глоточного кольца. Лечение небно-глоточной недостаточности, направленно на восстановление анатомо-физиологической функции небно-глоточного кольца именно как единого нервно-мышечного комплекса с обязательной единовременной неврологической реабилитацией, наряду с хирургическим, логопедическим лечением, с курсом массажа челюстно-лицевой области, физиотерапевтическим лечением. Немаловажная роль в оценке степени небно-глоточной недостаточности принадлежит назофарингоскопии. Идея поднятия задней стенки глотки с целью улучшения функции небно-глоточного кольца также остается в центре внимания по многим причинам. Процедуры относительно легки в выполнении и многих привлекает концепция простого выдвигания вперед задней стенки глотки. Однако на практике методики увеличения задней стенки с использованием различных имплантируемых и инъецируемых материалов оправдывают ожидания далеко не всегда. Тем не менее, поднятие задней стенки показано пациентам, имеющим относительно небольшую остаточную щель, когда закрытие небно-глоточного кольца может быть достигнуто путем простого поднятия рельефа задней стенки. Также может быть недостаточно герметичное небно-глоточное закрытие, когда стенки глотки соприкасаются, но не достигают достаточного смыкания из-за давления воздушной струи. Это состояние получило название «касательного смыкания».

При выборе оперативной тактике хирурги ссылаются на разные причины, не всегда при этом основываясь на оценке имеющихся анатомо-функциональных нарушений. Решающее значение в дифференциальной диагностике нарушений функций небно-глоточной занавески принадлежит эндоскопии и телерентгенографии в нескольких проекциях. При подозрении на наличие небно-глоточной недостаточности, независимо от ее причины, показано прямое обследование небно-глоточных структур. В соответствии с полученными данными в каждом конкретном случае определяется метод лечения, а также последовательность, объем и способ оперативного вмешательства. Назофарингоскопия с использованием гибкой волоконной оптики является наиболее эффективным способом осмотра структур небно-глоточного затвора и оценки их функционального состояния. При дисфункции небно-глоточного кольца назофарингоскопия включает дополнительное описательное исследование, т.е. определение типа смыкания и точный анализ имеющихся нарушений движения всех составляющих небно-глоточного затвора. Выделяют 4 основных типа смыкания небно-глоточного кольца, наблюдаемых, как в норме, так и в патологии.

1-ый тип смыкания — коронарный, который образуется за счет хорошей подвижности мягкого неба и минимальной подвижности боковых стенок глотки.

2-ой тип смыкания — сагиттальный, который образуется за счет хорошей подвижности боковых стенок глотки и минимальной подвижности мягкого неба.

3-ий тип смыкания — циркулярный, образующийся за счет равномерной активности мягкого неба и боковых стенок глотки.

4-ый тип смыкания — циркулярный с валиком Пассава, при котором в работу небо-глоточного кольца включаются ткани задней стенки глотки.

Дефекты речи соответствуют той или иной степени недостаточности смыкания структур небо-глоточного кольца и возникают в результате нарушения их подвижности. Следует отметить, что подвижность задней стенки глотки весьма незначительна. В то же время подвижность боковых стенок глотки и небной занавески могут широко варьировать. Установление причин возникновения небо-глоточной недостаточности и ее тип, позволяет выбрать тактику хирургического лечения, направленную на восстановление наименее подвижных структур небо-глоточного кольца. Принцип использования реконструктивно-восстановительных операции на наименее подвижных структурах небо-глоточного кольца, направленный на восстановление их функции обеспечивает довольно высокий клинической эффект. Это было бы невозможно при эмпирическом подборе оперативной техники. Таким образом, можно констатировать, что применение назофарингоскопии в практике работы челюстно-лицевого хирурга позволяет избежать составления неадекватного плана лечения и неоправданных оперативных вмешательств. Назофарингоскопия во всем мире признана стандартным методом осмотра небо-глоточного кольца при небо-глоточной недостаточности и должна выполняться при отсутствии противопоказаний в челюстно-лицевом стационаре всем больным после уранопластики при наличии жалоб на гиперназальность речи, а также для оценки эффективности оперативного пособия в определенные сроки послеоперационного периода. Исследование проводится под местной анестезией. Как правило, не требует сложной специальной подготовки больного, присутствия врача анестезиолога и хорошо переносится детьми. Трудности, возникающие при обследовании пациентов с задержкой психоречевого развития, решаются индивидуально. Эндоскопический инструмент обеспечивает довольно простой доступ для осмотра структур небо-глоточного кольца и не является препятствием для речевых тестов, позволяет вести контроль небо-глоточного смыкания, который можно многократно повторять, избегая воздействия ионизирующего излучения на организм ребенка. Широкое применение назофарингоскопии позволяет существенно улучшить результат лечения детей с расщелиной неба в виде уменьшения гиперназальности речи и в конечном итоге способствует улучшению их социальной реабилитации и интеграции в общество.

**Выводы.** Таким образом, выбор типа хирургического вмешательства зависит от модели смыкания и степени небо-глоточной недостаточности. Широкое применение назофарингоскопии позволяет избежать составления неадекватного плана лечения и неоправданных оперативных вмешательств. Это было бы невозможно при эмпирическом подборе оперативной техники.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бессонов С. Н. Хирургическое лечение врожденных и вторичных деформаций лица при расщеленах верхней губы и неба Дисс. Докт.мед.наук.– Смоленск, 2007.-270 С.
2. Давыдов Б. Н. Хирургическое лечение врожденных пороков лица – Тверь: РИО ТГМА, 2000.-160-167.
3. Соболева Е. А. Ринолалия / Е. А. Соболева. – М.: АСТ; Астрель, 2006.
4. Чуйкин С. В., Персин Л. С., Давлетшин Н. Д. Врожденная расщелина губы и неба. М.: Медицинское информационное агентство, 2008. 386 с.
5. Чиркина Г. В. Нарушение речи при ринолалии и пути их коррекции: автореф. дис. д-ра пед. наук. Москва, 1987. 34 с.
6. Чекусова Ю. Г. Психолого-педагогические условия коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с открытой органической ринолалией.