Ситуационный анализ заболеваемости врожденными несращениями губы и неба в Кировской области и организация Центра диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области

А.И. ЛАЛЕТИН, А.Р. ЯСТРЕМСКИЙ

Incidence of cleft lip and palate in Kirov region. Organization of multidisciplinary center for CLP infants rehabilitation

A.I. LALETIN, A.R. YASTREMSKIY

Кировская государственная медицинская академия; Кировская областная клиническая больница

Врожденные несращения губы и неба продолжают оставаться значительной медицинской и социальной проблемой. Авторами проведен ситуационный анализ заболеваемости различными вариантами данной патологии в Кировской области. Так, частота врожденных несращений верхней губы и (или) неба в нашем регионе — 1:1078 детей, родившихся живыми, причем более половины (52%) этих детей имеют сквозные несращения мягкого и твердого неба, что требует более длительного и сложного лечения. Разработаны также организационные принципы и схема медицинских мероприятий, осуществляемых в Центре диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: врожденные несращения губы и неба, ситуационный анализ заболеваемости, Центр диспансеризации детей с врожденной патологией.

The incidence of cleft lip and/or palate (CLP) in Kirov region is 1:1078 newborns. More than half of the patients (52%) have both cleft lip and palate thus requiring more complex and time consuming treatment. Multidisciplinary approach to CLP patients rehabilitation used in tertiary care center is described in the study.

Key words: cleft lip and palate, incidence, multidisciplinary center.

Врожденные несращения верхней губы и неба относятся к числу наиболее тяжелых пороков развития челюстно-лицевой области (ЧЛО). Большинство детей с этим пороком — инвалиды с момента рождения и нуждаются в длительном комплексном специализированном лечении, особом уходе и воспитании [1, 2]. Это связано со сложностью функциональных нарушений органов и тканей полости рта, а также со множеством нерешенных вопросов их профилактики и лечения, с дальнейшим становлением личности больных, их образовательным, профессиональным уровнем и социальной адаптацией [4].

В настоящее время рождение ребенка с несращениями губы и неба в разных странах варьирует в значительных пределах. В Российской Федерации (РФ) этот показатель колеблется от 1:630 до 1:1280. Среднестатистический показатель в Европе — 1:500—1000, в США — 1:600, в Японии — 1:588, на Африканском континенте — 1:2440. По данным ВОЗ (2006), частота рождения детей с несращениями губы и неба в мире — 1:800—2000.

За последние 100 лет врожденные несращения верхней губы и неба стали встречаться в 3 раза чаще, что связано с повышенным влиянием токсичных веществ на организм вследствие интенсивного развития промышленности, а также с увеличением числа носителей этого генетического признака благодаря медицинской реабилитации [3].

В настоящее время признанным является комплексный подход к лечению детей с врожденными несращениями верхней губы и (или) неба в условиях специализированных Центров реабилитации. Однако подходы к реабилитации таких больных значительно варьируют в разных Центрах. Разработанных и обязательных для Центров учетных и отчетных документов, позволяющих сравнивать результаты, не имеется [4].

В связи с этим задачей настоящей работы явилось изучение частоты и структуры врожденных несращений верхней губы и (или) неба у детского населения Кировской области и выявление особенностей их реабилитации в Центре диспансеризации детей с врожденной патологией ЧЛО.

Кировский областной центр диспансеризации детей с врожденной патологией ЧЛО был организован согласно распоряжению Департамента здравоохранения «Об организации на территории области медицинской помощи

© А.И. Лалетин, А.Р. Ястремский, 2012

Stomatologiia (Mosk) 2012; 2: 51

Тел.: +7 (912) 734-1133

детям, страдающим стоматологическими заболеваниями» (28.12.10); разработано Положение о Центре.

В Центре предусмотрены поэтапное консультирование, лечение, диспансеризация и реабилитация детей с пороками развития лица и челюстей до 17 лет включительно.

Цель Центра — снижение инвалидизации детей с врожденными пороками ЧЛО путем своевременной медицинской коррекции и реабилитации, повышение эффективности социальной адаптации данной категории больных.

Для успешного начала работы Центра нами подготовлен следующий ситуационный анализ:

— ведущий сектор экономики области — обрабатывающее производство, в котором основное место занимает химическая промышленность; область является одним из основных в России производителей минеральных удобрений;

— основные проблемы здравоохранения области — отсутствие рациональной сети медицинской помощи; недостаточные уровень доступности, качество медицинской помощи, лекарственное обеспечение; низкая обеспеченность учреждений здравоохранения кадрами; неблагополучная ситуация с заболеваниями социального характера.

Ситуационный анализ заболеваемости детей с врожденной патологией: в области (анализ за последние 15 лет) общая частота всех морфологических пороков развития у детей — 23,5:1000; среди них орофациальные несращения составляют 0,92:1000, или 1:1078 (в РФ этот показатель — от 1:630 до 1:1280), т.е. около 4% всей врожденной патологии у детей, родившихся живыми в Кировской области (в РФ — от 1 до 12%).

С врожденными несращениями губы и неба в Кировской области рождается в разные годы от 9 (1996, 1997) до 19 (1994, 2008) детей.

По нозологическим формам эта патология распределяется так:

— изолированные несращения верхней губы — 16,5%;

— изолированные несращения мягкого неба — 7,3%;

— изолированные несращения мягкого и твердого неба — 24,2%;

— сквозные несращения мягкого и твердого неба — 52,0%;

— врожденные несращения губы и неба и сопутствующие поражения центральной нервной системы (ЦНС) — 16,0%.

1-я группа — дети с изолированными несращениями верхней губы, 16,5% (рис. 1—3, см. на цв. вклейке). Этим детям, кроме хирургических вмешательств, иногда требуется ортодонтическое лечение. Лечение этой группы детей сводится к раннему хирургическому закрытию несращений. При скрытом несращении верхней губы и неба и неполном несращении без деформации кожно-хрящевого отдела носа первичная хейлоринопластика с перемещением скользящего лоскута проводится с 3-месячного возраста. При всех видах двусторонних несращений верхней губы двусторонняя хейлопластика различных модификаций выполняется с 3—6-месячного возраста.

2-я группа — дети с изолированными несращениями мягкого неба, 7,3% (рис. 4, см. на цв. вклейке). Они нуждаются в хирургическом лечении и логопедическом обучении, в отдельных случаях — в ортодонтическом лечении. Если несращение мягкого неба сочетается с несращением верхней губы, операции на губе проводятся в 3—6 мес. С 1—2 лет с ребенком занимается логопед. Операции на мягком небе проводятся в возрасте старше 2 лет, когда только начинает формироваться сознательная речь, и создание полноценного мягкого неба способствует быстрому развитию правильной речи. После операции логопед занимается с ребенком 2,5—3 мес. Далее ребенок находится под наблюдением логопеда и ортодонта.

3-я группа — дети с изолированными несращениями мягкого и твердого неба, 24,2% (рис. 5—7, см. на цв. вклейке), нуждающиеся в хирургическом и логопедическом лечении и, как правило, — в ортодонтическом. В этой группе также возможно сочетание несращения неба и несращения верхней губы. Операция на губе проводится в те же сроки (3—6 мес). В зависимости от размеров несращения неба операция выполняется в 2,5—3—4 года. Ортодонтическое лечение проводится как в дооперационном периоде, так и после операции: пациенты подлежат диспансерному наблюдению — до 18 лет. В послеоперационном периоде показаны функциональная реабилитация физиотерапевтическими методами, лечение у логопеда.

В 4-ю группу входят дети со сквозными несращениями губы и неба, 52% (рис. 8—10, см. на цв. вклейке), нуждающиеся в хирургическом, логопедическом и ортодонтическом лечении, а также в зубопротезировании и санации ЛОР-органов. У детей этой группы — наибольшие анатомические дефекты в ЧЛО, вызывающие грубые функциональные изменения во всем организме, что требует сложных хирургических вмешательств и длительного лечения у ортодонта, логопеда и других специалистов. Во многом успех операции зависит от предварительной ортодонтической коррекции, которая должна проводиться с первых месяцев жизни.

5-я группа — дети с врожденными несращениями губы и неба и сопутствующими поражениями ЦНС, 16% от всех детей с врожденной патологией губы и неба (рис. 11—13, см. на цв. вклейке). Эти пациенты получают хирургическое лечение и по индивидуальным показаниям — другие виды терапии. Сопутствующими врожденными пороками развития нервной системы являются врожденная алалия, глухонемота, болезнь Дауна, болезнь Литтля. Большинство таких детей нуждается в лечении в специализированных дефектологических интернатах. Однако наличие несращений является препятствием для принятия их в интернат. Задача хирургов — вовремя осуществить пластику губы и неба. Хирургическое и ортодонтическое лечение в этой группе планируется индивидуально.

Диспансеризация и реабилитация детей с врожденными несращениями должны быть направлены на:

— раннее хирургическое лечение;

— комплексную терапию с ориентацией на социальную реабилитацию и воспитание ребенка в детских дошкольных учреждениях вместе со здоровыми детьми.

Раннее обращение в специализированный Центр в городе Кирове поможет решить многие проблемы, получить лучший результат лечения.

Вышеизложенное позволяет заключить, что:

— частота врожденных несращений верхней губы и (или) неба в Кировской области составляет 1:1078 детей, родившихся живыми; более чем у половины (52%) этих детей — сквозные несращения мягкого и твердого неба, требующие более длительного и сложного лечения;

Структура организационно-консультативных и лечебных мероприятий, рекомендуемых для Кировского областного Центра диспансеризации детей с врожденной патологией ЧЛО

Дети	Характер организационных мероприятий	Характер консультативной и лечебной помощи
Новорожденные (0—1 мес)	Первичный осмотр и постановка на учет в Кировский областной Центр диспансеризации детей с врожденной патологией ЧЛО	1. Раннее ортодонтическое лечение 2. Консультация и лечение у педиатра и других специалистов Центра 3. Социально-гигиеническое исследование структуры семьи 4. Направление в медико-генетическую консультацию 5. Заключение специалистов Центра для оформления инвалидности
Грудные (до 1 года)	Первичный осмотр и постановка на учет в Центр диспансеризации детей с врожденной патологией ЧЛО	1. Ортопедическое и ортодонтическое лечение 2. Консультация и лечение у специалистов Центра и других специалистов 3. Первичная хейло- или хейлоринопластика (с 2 мес) 4. Велопластика (с 4 мес или одновременно с хейлопластикой) 5. Логопедическая подготовка 6. Заключение специалистов Центра для оформления инвалидности
Дошкольники (3—6 лет)	Консультация в Центре диспансеризации детей с врожденной патологией ЧЛО	1. Уранопластика по показаниям 2. Ортодонтическое лечение 3. Консультация и логопедическое обучение 4. Реконструктивная хейлоринопластика или коррекция верхней губы и носа по показаниям 5. Консультация логопеда 6. Заключение специалистов Центра для продления инвалидности
Школьники (6—14 лет)	Консультация в областном Центре диспансеризации детей с врожденной патологией ЧЛО	1. Ринохейлопластика и другие реконструктивные операции по показаниям 2. Пластика дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти и носо-ротового соустья 3. Ортодонтическое и ортопедическое лечение 4. Внутрикостная дентальная имплантация и протезирование 5. Комплексная помощь специалистов Центра 6. Логопедическое обучение 7. Заключение специалистов Центра для оформления инвалидности
Школьники и учащиеся (15—17 лет)	Консультация в областном Центре диспансеризации детей с врожденной патологией ЧЛО. Профессиональная информация. Снятие с учета	1. Ринохейлопластика и другие реконструктивные операции 2. Ортодонтическое и ортопедическое лечение 3. Комплексная помощь специалистов Центра 4. Внутрикостная дентальная имплантация и протезирование

— необходимо формирование единой базы данных о детях с врожденной патологией орофациальной области в Центре с целью приведения системы реабилитации таких детей в Кировской области в соответствие с современными требованиями;

— для оптимизации профилактических и реабилитационных мероприятий у детей с врожденными несращениями верхней губы и (или) неба следует разработать:

— схему и алгоритм ориентировочной основы действий специалистов и участников на этапах медико-социальной адаптации; рекомендации по профилактике врожденных аномалий, специфичных для Кировской области;

— подготовить клинико-ситуационный анализ уровня реабилитации детей с врожденными несращениями губы и неба, проживающих в регионе;

— хирургическое лечение должно проводиться по строгим регламентам и только сертифицированными специалистами — детскими челюстно-лицевыми хирургами, с фиксацией этапных результатов лечения по стандартной схеме.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Виссарионов В.А., Блохина С.А., Мальчикова Л.П., Леонов А.Г.* Пути оптимизации лечебной программы для детей с врожденными расщелинами лица и неба. Материалы 2-го съезда стоматологической ассоциации, Волгоград, 1994. Екатеринбург 1995; 152—153.
2. *Рогинский В.В.* Ранняя реабилитация детей с врожденной патологией черепно-челюстно-лицевой области. Сборник научных материалов. Екатеринбург: РПНЦ «Бонум» 1999; 16—18.
3. *Симановская Е.Ю., Щеглова А.П.* Ограничение жизнедеятельности у детей, имеющих врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица и челюстей. М 2002; 233—235.
4. *Чуйкин С.В.* Врожденная расщелина верхней губы и неба. Под ред. С.В. Чуйкина. М: ООО «Медицинское информационное агентство» 2008; 368.

К статье *К.В. Имбрякова и В.Ю. Никольского* «Оценка заболеваемости и варианты стационарного лечения больных с фурункулами и карбункулами лица» *(продолжение)*



***Рис. 7*. Установка резиновых дренажей (больной *В.*, 20 лет).**



***Рис. 8.* Асептическая повязка (больной В., *20* лет).**

К статье *А.И. Лалетина и А.Р. Ястремского* «Ситуационный анализ заболеваемости врожденными несращениями губы и неба в Кировской области и организация Центра диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области»



***Рис. 1.* Больной *К.*, 3,5 мес.**
Диагноз: врожденное скрытое двустороннее несращение верхней губы.



***Рис. 2.* Больной *П.*, 3 мес.**
Диагноз: врожденное неполное несращение верхней губы справа.

К статье *А.И. Лалетина и А.Р. Ястремского* «Ситуационный анализ заболеваемости врожденными несращениями губы и неба в Кировской области и организация Центра диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области» *(продолжение)*



***Рис. 3*. Больной *С.*, 4 мес.**
Диагноз: врожденное двухстороннее несращение верхней губы.



***Рис. 4*. Больной *Н.*, 5 мес.**
Диагноз: врожденное полное несращение мягкого неба



***Рис. 5.* Больной *Г.*, 5лет.**
Диагноз: врожденное несращение мягкого и частично твердого неба.



***Рис. 6*. Больной *О.*, 5 лет 6 мес.**
Диагноз: врожденное несращение мягкого и частично твердого неба.



***Рис. 7.* Больной *Ш.*, 5лет 9 мес.**
Диагноз: врожденное полное несращение мягкого и твердого неба.



***Рис. 8*. Больной *Ш.*, 4года 7 мес.**
Диагноз: врожденное сквозное несращение справа.

К статье *А.И. Лалетина и А.Р. Ястремского* «Ситуационный анализ заболеваемости врожденными несращениями губы и неба в Кировской области и организация Центра диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области» *(продолжение)*

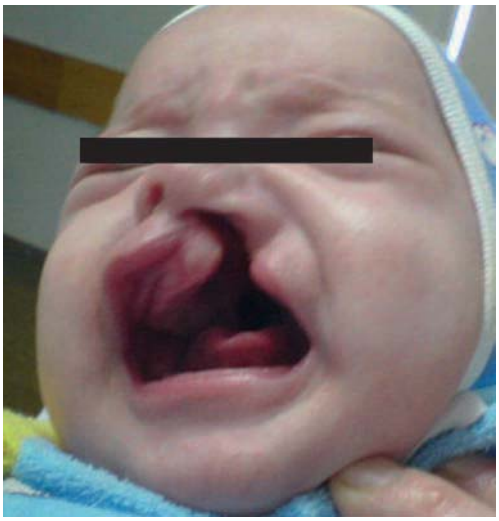

***Рис. 9*. Больной *В.*, 3 года 4 мес.**
Диагноз: врожденное сквозное несращение слева.



***Рис. 10*. Больной *З.*, 4 года 2 мес.**
Диагноз: врожденное сквозное несращение слева.



***Рис. 11*. Больной *З.*, 5 мес.**
Диагноз: врожденное неполное двухстороннее несращение верхней губы, глухонемота.



***Рис. 12*. Больной *О.*, 5 мес.**
Диагноз: врожденное несращение верхней губы и переднего отдела твердого неба слева, болезнь Дауна.



***Рис. 13*. Больной *Л.*, 11 мес.**
Диагноз: врожденное сквозное несращение слева, болезнь Дауна.