

УДК 616.315-007.254:617.52:616.89-008.434+616-036

© В.А. Кудинов, О.Д. Вальдес-Акоста, Е.С. Шуракова, 2012.

НЁБНО-ГЛОТОЧНОЕ РАССТОЯНИЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАСЩЕЛИНАМИ МЯГКОГО И ТВЁРДОГО НЁБА

В.А. Кудинов, О.Д. Вальдес-Акоста, Е.С. Шуракова*Кафедра детской стоматологии (зав. кафедрой – доц. К.А. Колесник), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», г. Симферополь.*

VELOPHARYNGEAL DISTANCE AS AN INDICATOR OF THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH PEECH THERAPY URANOSTAPHYLOSCHISIS

V.A. Kudinov, O.D. Valdes-Akosta, E.S. Shurakova

SUMMARY

The effectiveness of speech therapy rehabilitation of patients with cleft of soft and hard palate has been studied. We prove the dependence of the efficiency of recovery of speech on the value of the palato-pharyngeal distance.

ПІДНЕБІННО-ГЛОТКОВА ВІДСТАНЬ ЯК ПОКАЗНИК ЕФЕКТИВНОСТІ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З УЩЕЛИНАМИ М'ЯКОГО Й ТВЕРДОГО НЕБА

В.А. Кудінов, О.Д. Вальдес-Акоста, Є.С. Шуракова

РЕЗЮМЕ

Вивчено ефективність логопедичної реабілітації хворих з ущелинами м'якого й твердого неба. Доведено залежність ефективності відновлення мови від величини небно-глоткового відстані.

Ключевые слова: нёбно-глоточное расстояние, расщелины мягкого и твёрдого нёба, речь, реабилитация.

Врождённая расщелина мягкого и твёрдого нёба является одним из наиболее распространённых пороков челюстно-лицевой области. [2, 6, 7] В настоящее время в отечественной и зарубежной клинической практике применяется принцип ранней медицинской реабилитации детей с расщелинами мягкого и твёрдого нёба. Реабилитация данной категории больных относится к одной из сложных проблем медицины. Комплексный мультидисциплинарный подход к пациентам позволяет устранить имеющиеся анатомические и функциональные нарушения и достичь полной медикосоциальной реабилитации. [1, 3]

Исследования последних лет показывают, что всё больше внимания уделяется логопедической реабилитации больных. Однако нет чёткой концепции логопедической коррекции. [4, 5, 9] Отсутствие возможностей для смыкания мягкого нёба со структурами носоглотки у ребёнка с расщелиной нёба становится пусковым моментом для формирования патологических речевых механизмов. В связи с этим требуется проведение дальнейших исследований для установления наиболее оптимальных сроков логопедической коррекции, определения объёма работы в зависимости от вида врождённой патологии и сроков оперативного вмешательства.

Одной из причин нарушения речи приврождённых несращениях нёба является функциональная недостаточность мягкого нёба. [1, 8, 10]

Хирургические методики лечения расщелин мягкого и твёрдого нёба в различной степени позволяют удлинить мягкое нёбо и, соответственно, повлиять на качество формирования речи.

Исходя из концепции современной медицины, коррекцию речи у детей с расщелинами следует начинать в послеоперационном периоде. [3, 4, 7] Однако доказано, что речь ребёнка начинает формироваться уже в возрасте одного года, тогда как хирургическое лечение проводится в 2,5 – 3 года. Следовательно, операция ураностафилопластика выполняется в момент сформированных речевых стереотипов, и этот период часто проходит без участия логопеда. [1, 6, 8]

В связи с этим мы поставили задачу изучить влияние разных методик хирургического лечения расщелин нёба и определить оптимальные сроки для логопедической подготовки на различных этапах реабилитации детей с расщелинами.

Целью нашего исследования явилось изучение нёбно-глоточного расстояния как показателя эффективности логопедической реабилитации у больных с расщелинами мягкого и твёрдого нёба.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Мы обследовали 77 больных с расщелинами мягкого и твёрдого нёба, проходивших хирургическое лечение на базе РДКБ города Симферополя, распределив пациентов на четыре группы.

В первую группу вошли 9 детей с расщелинами мягкого и мягкого твёрдого нёба. В данной группе проведено только хирургическое лечение. Пластика нёба выполнена по методике радикальной уранопластики Лимберга. Пациенты данной группы к логопедам не обращались, коррекция речи им не проводилась.

Вторая группа – 19 человек; они были оперированы по методике щадящей ураностафилопластики. Пациенты данной группы к логопедам не обращались, коррекция речи им не проводилась.

Третья группа – 27 больных. Хирургическое лечение расщелин нёба проводили также по щадящей ураностафилопластике. Коррекцию речи осуществляли в ближайший и поздний послеоперационный периоды. Больные данной группы находились на лечении у врача-логопеда, проходили курс логопедического лечения.

Четвёртую группу составили 12 больных с расщелинами мягкого и твёрдого нёба, хирургическое лечение которым было проведено методикой щадящей ураностафилопластики с удлинением мягкого нёба при использовании треугольных слизисто-мышечных лоскутов на носовой поверхности мягкого нёба. Коррекцию речи осуществляли, в отличие от предыдущей группы, ещё и в дооперационный период, а также в ближайший и отдалённый послеоперационный периоды. Дооперационная логопедическая подготовка начиналась в один год и включала массаж мягкого нёба, ультразвуковое и лазерное воздействие с целью активизации функции мышц мягкого нёба.

Методика логопедической коррекции включала в себя комплекс упражнений для развития мышц нёбно-глоточного кольца, а именно: резкое, звонкое произношение звуков «а», «э» на выдохе; фиксация кончика языка на подбородке; «выдавливание» звука «и» на выдохе; фиксация кончика языка за молярами; покашливание с широко открытым ртом, имитация поперхивания.

Временные периоды, на которые мы ориентировались при проведении занятий по развитию речи, распределяли по следующим срокам. Ближайший ранний послеоперационный период – от 0 до 14 суток. Характеризуется наличием операционной раны, острыми послеоперационными проявлениями, нарушением общего состояния ребёнка. В этом периоде проводится лечение последствий операционной травмы. Мероприятия по развитию речи не проводятся.

Ближайший поздний послеоперационный период от 14 до 30 суток после хирургического вмешательства. К этому времени раны заживают, швы рассасываются, сохраняются незначительные остаточные явления на нёбе в виде инфильтратов. Рубцы свежие, эластичные. Общий статус ребёнка удовлетворительный. Ему назначали дыхательные упраж-

нения, направленные на нормализацию потоков воздуха через носо- и ротоглотку и щадящий массаж для мышц нёба с постепенным усилением нагрузки.

Период реабилитации, или поздний послеоперационный период, начинался по истечении одного месяца после лечения. К этому времени полностью ликвидируются как местные, так и общие явления послеоперационной травмы. Ребёнок переходит на лечение у врача логопеда, и назначается весь комплекс мероприятий по коррекции речи.

Всем больным проводилось изучение нёбно-глоточного расстояния. Измеряли расстояние «а» – от режущего края боковых резцов до основания язычка мягкого нёба; расстояние «б» – от режущей поверхности боковых резцов до задней стенки глотки. Разница результатов соответствовала нёбно-глоточному расстоянию. Ориентиром для сравнения являлась информация о показателях нормы у здоровых детей в возрасте 3-5 лет. По данным Боднарюк Т.Н., Нелюбина О.В., Мамедова А.А., при исследовании нёбно-глоточного расстояния оно колебалось в пределах 0,8-1,0 см.

Речевую функцию оценивали по следующим параметрам: активный и пассивный словарь, грамматический строй речи, слоговая структура речи, состояние фонетико-фонематических операций, звукопроизношение, назальность речи. Показатели вносили в предложенную карту обследования. Оценка качества речи в I группе проводилась через 1-4 года после хирургического вмешательства, во II, III, IV группах – в дооперационный период, а также через 1 – 2 года после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из условий формирования правильной речи у детей с расщелинами является восстановление правильных топографо-анатомических взаимоотношений мягкого нёба и среднего отдела глотки. Удлинение укороченного мягкого нёба обеспечивает физиологическое замыкание нёбно-глоточного кольца и создаёт условия для нормальной циркуляции потоков воздуха и соответственно воспроизведения звуков.

Эффект удлинения мягкого нёба зависит от особенностей хирургического вмешательства. Так, при радикальной уранопластике и щадящей ураностафилопластике перемещение мягкого нёба осуществляется за счёт слизисто-надкостничных лоскутов с твёрдого нёба и мобилизации мышц мягкого нёба. При этом мышцы мягкого нёба, прилежащие к слизистой оболочке носа, ограничены в своём перемещении кзади за счёт фиксации последней к твёрдому нёбу. В связи с этим возможности перемещения мягкого нёба в целом в сторону глотки ограничены. Формирование в верхнем мышечном слое мягкого нёба слизисто-мышечных лоскутов способствует мобилизации всего мышечного объёма мягкого нёба и создаёт более оптимальные условия для его

удлинения.

Результаты измерения нёбно-глоточного расстояния показали, что в случае радикальной уранопластики и щадящей ураностафилопластики нёбно-глоточное расстояние равнялось в среднем 1,75 см до операции, 1,3 см – после операции (Таблица 1).

тики и щадящей ураностафилопластики нёбно-глоточное расстояние равнялось в среднем 1,75 см до операции, 1,3 см – после операции (Таблица 1).

Таблица 1

Показатели нёбно-глоточного расстояния в дооперационном и послеоперационном периодах.

Методика ураностафилопластики	Количество больных	Нёбно-глоточное расстояние			
		Расщелина мягкого нёба		Расщелина мягкого и твёрдого нёба	
		До операции	3 месяца после операции	До операции	3 месяца после операции
Радикальная уранопластика по Лимбергу	9	1,3-1,8	1,1-1,4	1,6-2,2	1,0-1,5
Щадящая ураностафилопластика	19	1,5-1,8	1,0-1,4	1,6-2,1	1,1-1,5
Щадящая ураностафилопластика	27	1,4-1,7	1,1-1,5	1,5-2,0	1,1-1,6
Щадящая уранопластика с удлинением мягкого нёба путём назальной Z-пластики	12	1,4-1,9	0,8-1,3	1,5-2,4	0,9-1,4

В группе больных, оперированных методикой радикальной уранопластики, послеоперационные показатели (1,6 см) значительно отличались от средних показателей нормы (1,0 см). Восстановить топографию нёбно-глоточного кольца удавалось в 35% случаев.

Ураностафилопластика, при которой для удлинения мягкого нёба формировали дополнительные слизисто-мышечные лоскуты носовой поверхности мягкого нёба, способствовала восстановлению нёбно-глоточного расстояния в 72% случаев. Таким образом,

щадящая ураностафилопластика и радикальная уранопластика позволяют удлинить мягкое нёбо, восстановить целостность нёба и создать условия для восстановления речевой функции. Ураностафилопластика с использованием слизисто-надкостничных лоскутов создаёт более оптимальные условия для восстановления нормальных топографо-анатомических взаимоотношений между мягким нёбом и глоткой и способствует более эффективному восстановлению речи. Результаты восстановления речевой функции после проведённых операций приведены в Таблице 2.

Таблица 2

Результаты логопедической коррекции

Группы больных	Коррекция речи		Кол-во больных	Плохие	Удовлетворительные	Хорошие
	До операции	После операции				
1 группа	–	–	9	4(44,44%)	4(44,44%)	1(11,11%)
2 группа	–	–	19	8(42,1%)	9(47,36%)	2(10,52%)
3 группа	–	+	27	2(7,4%)	9(33,33%)	16(50,26%)
4 группа	+	+	12	1(8,33%)	2(16,66%)	9(75%)

В I группе при радикальной уранопластике, которая сопровождается более значительной травмой – остеотомией крыловидных отростков, результаты восстановления речи были в большей степени плохими (44%) и удовлетворительными (44%). Незначительно от них отличаются показатели во II и III группах. В IV группе, где проводилась коррекция речи до и после операции, с более благоприятными результатами удлинения нёба хорошие показатели отмечались в 75% случаев.

Результаты оценки речи у больных исследуемой и контрольной групп указывают на необходимость речевой коррекции, как в дооперационном периоде, так и в ближайшем и позднем послеоперационном периодах.

ВЫВОДЫ

1. Оперативное лечение методикой радикальной уранопластики в сравнении с методикой щадящей уранопластики не даёт различий в величине удлинения мягкого нёба. Эффект удлинения мягкого нёба при указанных операциях не позволяет полноценно восстановить нёбно-глоточное кольцо.

2. При одинаковом удлинении мягкого нёба методом щадящей ураностафилопластики эффект восстановления речи более выражен в случае логопедической реабилитации, которая проводится в ближайший и поздний послеоперационный периоды.

3. Ураностафилопластика, которая предусматривает удлинение мягкого нёба путём формирования треугольных мышечно-слизистых лоскутов на носовой поверхности мягкого нёба, позволяет более эффективно перемещать весь комплекс тканей мягкого нёба кзади, в сторону глотки, и восстановить нёбно-глоточное кольцо в соответствии с физиологической нормой.

4. Включение в комплекс занятий с логопедом в дооперационный период, начиная с одного года, комплекса упражнений по восстановлению речи, позволяет провести полноценную логопедическую реабилитацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохина С.И. Медико-социальная реабилитация больных с врождёнными расщелинами лица и нёба в условиях специализированного центра: Автореферат дисс. .докт. мед. наук. – М., 1992. – 49 с.

2. Геллер Н.Б., Полякова А.П., Дударов В.О. Анализ результатов развития речи у детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба. Врождённая и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, М.: 2002: 54-55.

3. Гончаков Г.В., Притыко А.Г., Рубцова Н.В. Анализ результатов развития речи у детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба. Врождённая и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, М.: 2002: 64-65.

4. Доста А.Н. Этиология и лечение деформаций верхней челюсти у взрослых пациентов, перенесших хейло- и уранопластику по поводу врождённого несращения губы и нёба. Военная медицина, 2011. – N 1. – С. 120-124.

5. Иванов А.Л., Воробьев Р.О., Короленкова М.В. Стандартизация алгоритма лечения детей с расщелиной губы и нёба с применением компьютерных методов учёта данных. Стоматология, 2008. – N 1. – С. 77-78.

6. Кугушев А.Ю., Лопатин А.В., Синякович Н.Б., Дубовик Л.Г., Неудахин Е.В. Микроциркуляторные и гематологические нарушения у детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба на этапах оперативной коррекции. Детская хирургия, 2012. – N 3. – С. 47-51.

7. Мамедов Ад.А. Алгоритм реабилитации детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба / Врождённая и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2002. С. 151-155.

8. Нелюбина О.В., Мамедов А.А. Назофаринго-эндоскопическое исследование функции нёбно-глоточного кольца. Педиатрическая фармакология, 2012. – N 2. – С. 20-21.

9. Abramovicz S, Cooper ME, Bardi K, Weyant RJ, Marazita ML, Demographic and prenatal factors of patients with cleft lip and cleft palate. AmDentAssoc, 2003, Vol 134, No 10, 1371-1376.