

*На правах рукописи*

Краевская Наталия Стефановна

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ  
ОДНОСТОРОННЕЙ ПОЛНОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА НЕБА

14.01.14– стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Волгоград – 2017г.

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук

**Фоменко Ирина Валерьевна**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук,  
заведующий кафедрой стоматологии детского возраста  
Ставропольского государственного медицинского университета

**Водолацкий Виктор Михайлович**

доктор медицинских наук, профессор,  
профессор кафедры факультетской стоматологии  
Воронежского государственного медицинского  
университета им. Н.Н. Бурденко

**Каливраджиян Эдвард Саркисович**

**Ведущая организация:** ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Защита состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного Совета Д 208.008.03 по присуждению ученой степени кандидата (доктора) медицинских наук при ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России по адресу: 400131, г. Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-фундаментальной библиотеке Волгоградского государственного медицинского университета и на сайте <http://www.volgmed.ru>

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 года.

Ученый секретарь диссертационного Совета,  
доктор медицинских наук,  
профессор

**Вейсгейм Людмила Дмитриевна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Актуальность проблемы.**

Наличие у ребенка врожденной расщелины верхней губы и неба вызывает ряд серьезных эстетических и функциональных нарушений (Виссарионов В.А., 2012; Топольницкий О.З., 2016).

Эффективность реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба оценивается по результатам комплексного хирургического, ортодонтического и логопедического лечения (Фоменко И.В., 2011; Чуйкин С.В., 2016)..

Одним из важных компонентов комплексного лечения пациентов является раннее восстановление правильного взаимоотношения мышц мягкого неба и своевременное закрытие дефекта в пределах твердого неба (Мамедов Ад.А., 2016).

Тем не менее, до настоящего времени отсутствует единый подход к выбору возрастного срока и метода пластики расщелины неба.

Ряд челюстно-лицевых хирургов предпочитают проводить уранопластику в один этап (Вышпинский И.М., 2012; Цыплакова М.С., 2016). Есть данные, свидетельствующие о том, что пластика дефекта неба в раннем детском возрасте ведет к задержке роста верхней челюсти, требующей в дальнейшем сложной ортогнатической коррекции (Топольницкий О.З., 2012).

Другие авторы рекомендуют проводить пластику дефекта неба в два этапа (Ачилова Н.Г., 2015; Гончакова С.Г., 2016). Выполнение в качестве первого этапа пластики дефекта мягкого неба способствует уменьшению расщелины в пределах твердого неба, упрощению проведения второго этапа хирургического закрытия расщелины. Велоластика способствует ранней функциональной адаптации мышечного аппарата мягкого неба, создавая благоприятные условия для формирования речи. Недостатком проведения велоластики считается наличие дополнительного этапа операции (Цыплакова М.С., 2016).

Изучено влияние двухэтапного метода пластики расщелины неба на рост и развитие верхней челюсти в трансверсальной плоскости в начальный период сменного прикуса (Татаринцев М. М., 2007; Гончаков Г.В., 2009). Однако данные о закономерностях роста верхней челюсти в зависимости от метода и возраста проведения пластики дефекта неба, а также влияние метода пластики расщелины неба на формирование прикуса постоянных зубов, недостаточно представлены в исследованиях.

Недостаточно подробно рассмотрены вопросы реабилитации детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба, особенности формирования речи, изменения психологического состояния детей и их родителей в зависимости от метода пластики дефекта неба.

Все вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования.

#### **Цель исследования.**

Повышение эффективности реабилитации детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба за счет обоснованного подхода к выбору способа и срока проведения пластики дефекта неба.

#### **Задачи исследования.**

1. Изучить особенности строения зубочелюстных дуг и их взаимоотношений у пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба после одно- и двухэтапной пластики расщелины неба в период прикуса постоянных зубов.

2. Изучить функциональное состояние жевательных мышц у детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба с помощью электромиографии при одно- и двухэтапном методе пластики дефекта неба.

3. Изучить особенности формирования речи у детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в зависимости от включения этапа велоластики при оперативном устранении дефекта неба.

4. Оценить изменение психологического состояния детей с врождённой односторонней полной расщелиной верхней губы и нёба и их родителей в зависимости от метода пластики расщелины неба.

5. Провести сравнительный анализ отдаленных результатов комплексного лечения пациентов в возрасте 14-17 лет с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба при одно- и двухэтапной пластике дефекта неба.

#### **Новизна исследования.**

Впервые изучена степень выраженности окклюзионных нарушений у пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в период прикуса постоянных зубов после одно- и двухэтапной пластики расщелины неба.

На основании данных электромиографии впервые проведен сравнительный анализ степени мышечной дисфункции у детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики расщелины неба.

Впервые изучены особенности формирования и степень нарушения функции речи у детей с врождённой односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики дефекта неба.

Впервые проанализировано изменение психологического статуса детей и их родителей в зависимости от включения этапа велоластики при оперативном устранении расщелины неба у пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба.

#### **Практическая значимость.**

Результаты исследования могут быть использованы при составлении программы комплексной реабилитации детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в условиях региональных центров диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области,

отделений челюстно-лицевой хирургии, ортодонтических отделений стоматологических поликлиник.

### **Положения, выносимые на защиту.**

1. Двухэтапный метод пластики расщелины неба позитивно влияет на строение зубочелюстных дуг у пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба.

2. У детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба после двухэтапной пластики расщелины неба асимметрия электрической активности жевательных мышц выражена в меньшей степени, чем после одноэтапной уранопластики.

3. Нарушения функции речи, соматического и психологического здоровья детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба носят более выраженный характер в случае реализации одноэтапного варианта операции, по сравнению с состоянием детей, которым проводилось двухэтапное оперативное вмешательство.

### **Апробация работы и публикации.**

Основные результаты исследования доложены и обсуждены на международных, всероссийских и региональных научно-практических конференциях (Москва, 2015, Санкт-Петербург, 2016, Москва, 2016, Волгоград, 2015, 2016гг.)

Апробация диссертации проведена на расширенном заседании кафедры стоматологии детского возраста совместно с сотрудниками кафедр терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии, пропедевтики стоматологических заболеваний, кафедры стоматологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета.

По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, из которых 8 работ в журналах из перечня изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ.

### **Внедрение в практику результатов исследования.**

Научные данные, полученные в процессе выполнения диссертационного исследования и предложенные при этом методы клинического стоматологического обследования и лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба внедрены в практику работы «Волгоградского областного центра диспансеризации детей с врожденной патологией лица», ГАУЗ «Детская клиническая стоматологическая поликлиника №2», клиники ВолгГМУ г. Волгограда. Материалы диссертационного исследования используются при проведении практических занятий со студентами, клиническими ординаторами кафедры стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России.

### **Объем и структура работы.**

Диссертация состоит из введения, главы обзора литературы, главы с указанием материала и методов исследования, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и приложения. Текст диссертации изложен на 134 страницах машинописного (компьютерного) текста, иллюстрирован 31 рисунком и 17 таблицами. Указатель литературы содержит 168 источников, из них 109 на русском языке и 59 на иностранных языках.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Материалом для исследования послужили данные клинического обследования и лечения 87 детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба в возрасте 14-17 лет, находящихся на учете в «Волгоградском областном центре диспансеризации детей с врожденной патологией лица». После стратификации детей на две группы был использован метод простой рандомизации. Пациентам первой (основной) группы (33 человека) было проведено закрытие дефекта неба в два этапа. Велоластика проводилась в возрасте 9-12 месяцев, уранопластика – в возрасте 2-3 лет. Во 2

группу (сравнения) вошли пациенты (32 человека), которым выполнялась одноэтапная пластика расщелины неба в 2-3 года.

Для определения эффективности ортодонтического лечения проводили морфометрическое исследование параметров лица, биометрическое измерение моделей челюстей, ортопантомографию, электромиографию.

В процессе анализа диагностических моделей челюстей производилось определение асимметрии зубных дуг, измерение глубины дуги, ширины дуги в области вторых моляров до средней линии на стороне расщелины и на здоровой стороне, ширины дуги в области клыков до средней линии на стороне расщелины и на здоровой стороне и определяли фронтально-дистальную диагональ (ФДД). Фронтально-дистальную диагональ проводили от точки между центральными резцами до вестибулярно-дистальной точки вторых постоянных моляров и до вестибулярного контура клыков на здоровой стороне и на стороне расщелины. Считали сумму 7 мезиально-дистальных диаметров коронок зубов на здоровой стороне и делили на коэффициент 1,06. Полученную величину принимали за норму. Затем сопоставляли с измеренной на модели фронтально-дистальной диагональю на здоровой стороне и на стороне расщелины (Рис. 1, а, б.)

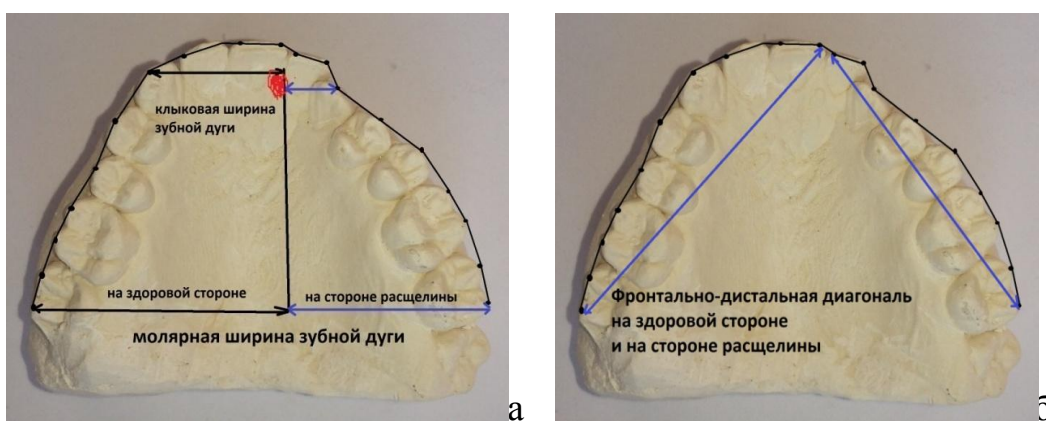


Рис. 1. Фотография гипсовой модели челюсти с определением ширины дуги в области вторых моляров до средней линии на стороне расщелины и на здоровой стороне, ширины дуги в области клыков до средней линии на стороне расщелины и на здоровой стороне (а) и определение фронтально-дистальной диагонали (ФДД) (б).



На ортопантомографических снимках челюстей анализировали аномалии количества зубов в области дефекта альвеолярного отростка. Также проводили анализ симметрии расположения центральных резцов относительно эстетической линии.

Поверхностная электромиография проводилась при помощи портативного электромиографа «Синапсис» «Нейротех» (Таганрог), адаптированного для стоматологических целей. Регистрировались биоэлектрические потенциалы жевательных и височных мышц. Определяли симметричность работы височных мышц (*m. Temporalis dextra*, *m. Temporalis sinistra*) и жевательных мышц (*m. Masseter dextra*, *m. Masseter sinistra*) в следующих пробах: проба «1» (Сжатие зубов на стороне расщелины), проба «2» (Сжатие зубов на здоровой стороне), проба «3» (Протрузия/Ретрузия), проба «4» (Открывание /Закрывание рта), проба «5» (Бруксизм), проба «6» (Ретрузия), проба «7» (Привычная окклюзия). Асимметричной работой мышц считали разницу в показателях 20% и более. Определяли максимальную амплитуду (МахА), среднюю амплитуду (Ср. А) и площадь мышц. За норму показателя максимальной амплитуды (МахА) принимали значения, не превышающие 2500 мкВ, показатели на правой и левой сторонах не должны различаться более, чем на 20%. С помощью программного обеспечения прибора автоматически рассчитывали индексы, которые позволили систематизировать определяемые параметры и сделать вывод по результатам проведенного исследования.

В ходе обследования детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба изучалась произносительная сторона речи: звукопроизношение и речевое дыхание. При изучении состояния звукопроизношения, проводили оценку произнесения гласных и согласных звуков. Оценивалось произнесение гласных и согласных звуков изолировано, в словах, во фразах, в тексте. При исследовании речевого дыхания нами были определены объем речевого выдоха, его длительность. На основании

полученных данных у пациентов обеих групп оценивалась степень тяжести ринолалии.

Для оценки психологического статуса детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба и их родителей был разработан и использован набор анкет с учётом принятых к анкетированию в социологии медицины требований. Анкета для подростков, которым проводилась пластика дефекта неба, включала 13 вопросов. С её помощью было опрошено 65 подростков в возрасте 14-17 лет, которым ранее осуществлялось данное вмешательство. Анкета для родителей подростков, которым проводилась двухэтапная уранопластика, без учета «паспортной части» включала 25 вопросов. Было проведено анкетирование 33 родителей (все они являлись матерями); они образовали первую группу родителей. Анкета для родителей подростков, оперированных одноэтапным методом, состояла из 18 вопросов (также без учета «паспортной части»). Было проанкетировано 32 родителя – 28 матерей (87,5%) и 4 отца (12,5%); они образовали 2-ю группу родителей.

#### **Методы статистической обработки результатов исследования.**

Статистическую обработку проводили из общей матрицы данных EXCEL 7.0 (Microsoft, USA) с привлечением возможностей программ STATGRAPH 5.1 (Microsoft, USA) АРКАДА (Диалог-МГУ, Россия). Определяли средние величины, считали среднеквадратичное отклонение и ошибку репрезентативности. Затем, проводили оценку достоверности различий выборок по критерию Стьюдента (t), и определяли показатель достоверности (p). В дальнейшем полученные цифровые данные обрабатывали методами статистического анализа.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.**

При исследовании особенностей строения зубочелюстных дуг и их взаимоотношений у пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба выявлено, что оптимальная функциональная окклюзия наблюдалась у 69,7% детей первой группы и у 46,8% второй группы ( $p \geq 0,05$ ).

Дистальную окклюзию имели 15,1% детей первой группы и 25% пациентов второй группы ( $p \geq 0,05$ ). Перекрестная окклюзия встречалась у 9,1% детей первой группы и 18,7% человек второй группы ( $p \geq 0,05$ ). Мезиальная окклюзия наблюдалась у 6,06% детей первой группы и у 9,4% пациентов второй группы ( $p \geq 0,05$ ).

Различия морфометрических параметров зубных дуг между группами исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Морфометрические параметры зубных дуг

| Параметр                                        | Среднее значение, $M \pm m$ , мм |                 |                      |                  |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------|----------------------|------------------|
|                                                 | На здоровой стороне              |                 | На стороне расщелины |                  |
|                                                 | 1 группа                         | 2 группа        | 1 группа             | 2 группа         |
| $\Sigma$ 7 зубов                                | 56,15 $\pm$ 1,58                 | 55,4 $\pm$ 2,93 | 54,15 $\pm$ 1,46     | 51,03 $\pm$ 4,26 |
| Диагональ 1/3                                   | 17,9 $\pm$ 1,01                  | 18,9 $\pm$ 1,64 | 15,5 $\pm$ 1,52      | 12,8 $\pm$ 1,06  |
| Диагональ 1/7                                   | 49,9 $\pm$ 3,04                  | 49 $\pm$ 0,84   | 49,4 $\pm$ 0,84      | 45,6 $\pm$ 0,94  |
| Расстояние от клыка до срединной линии          | 12,57 $\pm$ 1,19                 | 14,8 $\pm$ 0,82 | 10,93 $\pm$ 0,82     | 7,81 $\pm$ 1,06  |
| Расстояние от второго моляра до срединной линии | 30,9 $\pm$ 2,03                  | 32,6 $\pm$ 2,4  | 29,9 $\pm$ 2,03      | 27,9 $\pm$ 0,79  |

В норме, фронтально-дистальная диагональ, рассчитанная по формуле, у пациентов первой группы равна 52,17 $\pm$ 2,63 мм, у пациентов второй группы равна 50,1 $\pm$ 1,55 мм.

На здоровой стороне существенные различия между параметрами первой и второй групп не выявлены. На стороне расщелины характерно уменьшение ФДД, проведенной до клыков ( $p \leq 0,005$ ), ФДД, проведенной до вторых моляров ( $p \leq 0,05$ ), расстояния от вестибулярной поверхности клыка до срединной линии ( $p \leq 0,05$ ). Кроме того, значимое уменьшение параметров на стороне расщелины, по сравнению со здоровой стороной у пациентов второй группы,

свидетельствует о деформациях: асимметрии зубной дуги, неравномерном сужении зубной дуги и укорочении зубной дуги.

При анализе ортопантограммы челюстей у пациентов выявлено, что смещение срединной линии в сторону расщелины наблюдалось у 45,4% детей первой группы и у 56,2% детей второй группы. Данная деформация сочеталась с адентией латерального резца на стороне расщелины.

Для оценки электрической активности жевательных и височных мышц проводили электромиографию. Для анализа показателей электрической активности височных и жевательных мышц на стороне расщелины и на здоровой стороне и оценки симметричности были зафиксированы показатели максимальной амплитуды отдельно справа и слева в пробах «Открывание\Закрывание», «Протрузия\Ретрузия» и «Бруксизм» Эти пробы наиболее четко позволяют выявить функциональные нарушения, так как в них работа правых и левых мышц в норме должна быть максимально сбалансированной.

Результаты исследования в пробе «Открывание\Закрывание» представлены на рис. 2 (а, б).

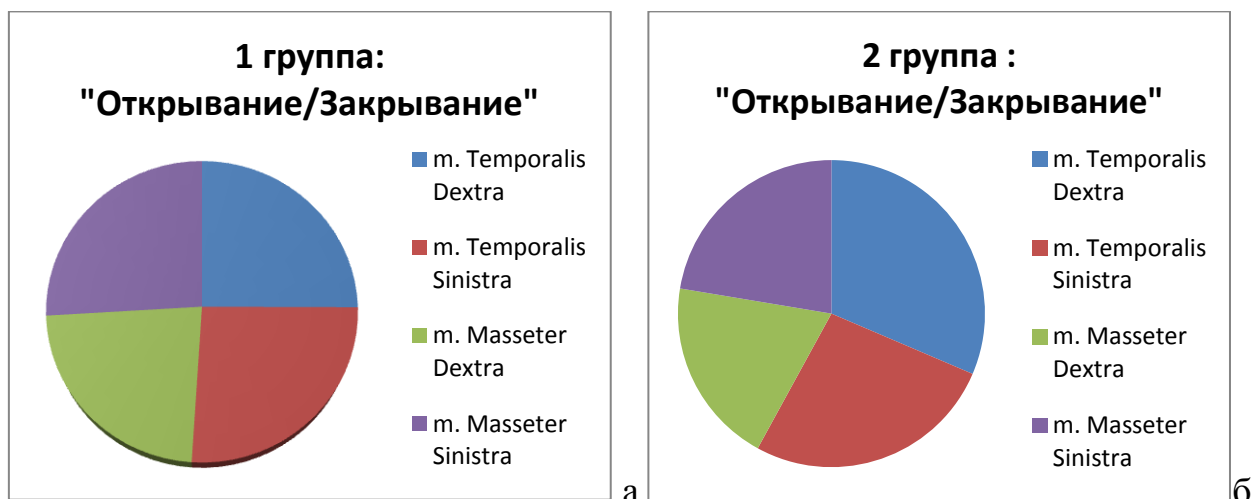


Рис. 2 (а, б). Показатели электрической активности мышц пациентов 1 и 2 группы.

Анализ результатов электромиографического исследования у пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и неба в пробе «Открывание/

Закрывание» показал более сбалансированную работу жевательных и височных мышц в группе детей, которым проводилась двухэтапная пластика расщелины неба.

Результаты исследования в пробе «Протрузия\Ретрузия» представлены на рис. 3 (а, б).

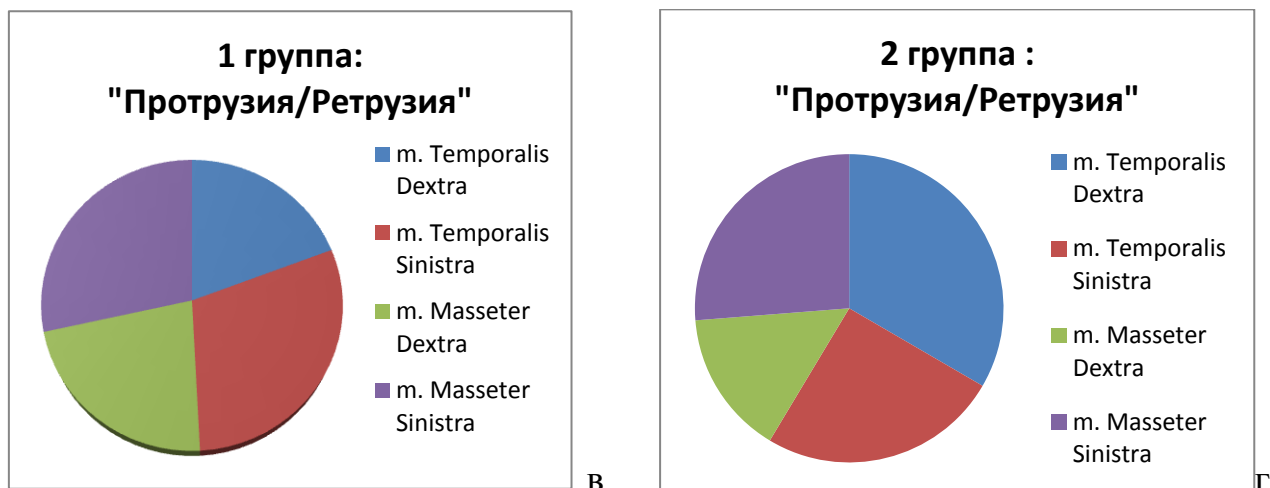


Рис. 3 (а, б). Показатели электрической активности мышц пациентов 1 и 2 группы.

Анализ электромиограммы показал, что более симметричная работа жевательных и височных мышц определяется у пациентов 1 группы.

Результаты исследования биоэлектрической активности жевательных и височных мышц в пробе «Бруксизм» представлены на рис.4 (а,б).

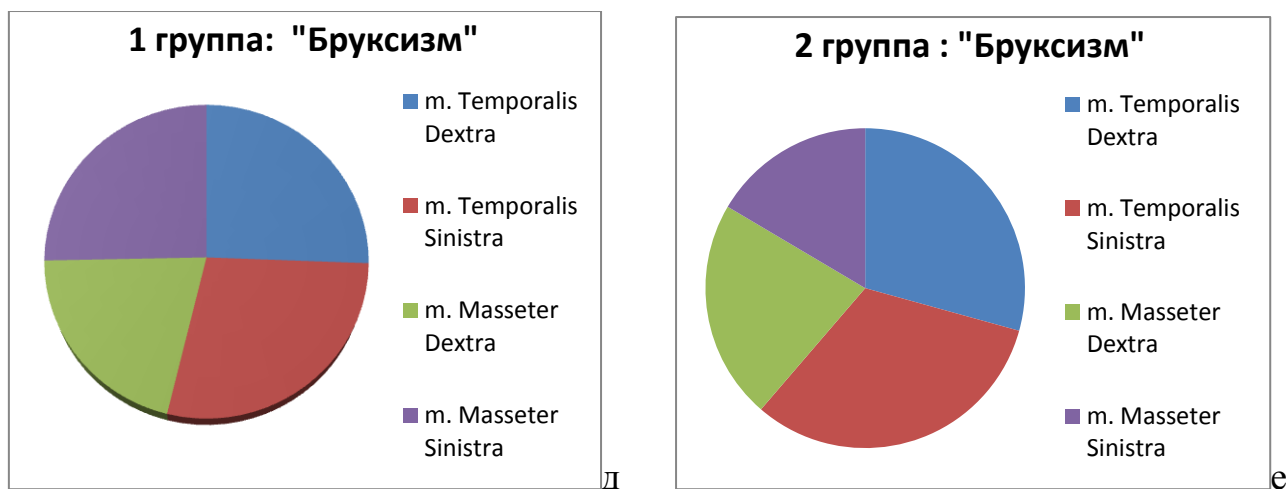


Рис. 4 (а, б) Показатели электрической активности мышц пациентов 1 и 2 группы.

Таким образом, в пробе «Бруксизм» показатели симметричности работы жевательных и височных мышц были лучше у пациентов после двухэтапной пластики расщелины неба.

Результаты оценки симметричности показателей электрической активности мышц в относительных величинах представлены в таблице 2.

Таблица 2

Разница между показателями электрической активности мышц слева и справа.

| <b>Открывание\закрывание</b>                                                   | 1 группа | 2 группа |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| Разница между показателями<br>М. Temporalis dextra и М. Temporalis sinistra, % | 3,6      | 16       |
| Разница между показателями<br>М. Masseter dextra и М. Masseter sinistra, %     | 12,6     | 13,9     |
| <b>Протрузия\ретрузия</b>                                                      |          |          |
| Разница между показателями<br>М. Temporalis dextra и М. Temporalis sinistra, % | 55       | 24,4     |
| Разница между показателями<br>М. Masseter dextra и М. Masseter sinistra, %     | 27,2     | 73,2     |
| <b>Бруксизм</b>                                                                |          |          |
| Разница между показателями<br>М. Temporalis dextra и М. Temporalis sinistra, % | 10,2     | 9,2      |
| Разница между показателями<br>М. Masseter dextra и М. Masseter sinistra,%      | 21,3     | 25,7     |

Результаты исследования свидетельствуют о том, что в первой группе детей разница между показателями максимальной амплитуды жевательных мышц слева и справа была либо меньше, чем во второй группе пациентов, либо отсутствовала. Разница между показателями максимальной амплитуды височных мышц слева и справа в пробе «Бруксизм» отсутствовала, в пробе «Открывание\Закрывание» была меньше в первой группе детей, чем во второй группе пациентов, а в пробе «Протрузия\Ретрузия» была меньше во второй группе детей. Наличие наиболее симметричных показателей в пробе «Протрузия\Ретрузия» у пациентов второй группы свидетельствовало о том, что нижняя челюсть у них чаще занимала вынужденное мезиальное положение

и при сагиттальных движениях реже встречала препятствия в виде блоков и суперконтактов. У пациентов первой группы нижняя челюсть занимала в сагиттальном направлении более правильное положение и из-за перекрестной окклюзии на стороне расщелины чаще встречала блоки и суперконтакты.

Таким образом, признаки мышечной дисфункции у пациентов первой группы выражены в меньшей степени, чем во второй группе детей.

Исследование функции речи показало, что в первой группе из 33 детей у 15 человек отмечалось нарушение речи, что составило 45,4%. Во второй группе нарушения речи встречались у 27 пациентов, что составило 84,3% ( $p \leq 0,05$ ).

Среди детей с нарушениями речи и в первой, и во второй группах (15 и 27 пациентов соответственно) отмечалась ринопалалия различной степени тяжести. Звучание голоса имело гиперназальный оттенок. Артикуляция сдвигалась назад вследствие атипичного расположения языка, в результате чего большинство согласных фонем образовывалась фарингеально-ларингеальным способом. Для детей с нарушением функции речт было характерно нарушение произносительной стороны губно-губных (П, Б, П', Б', М', М) и губно-зубных звуков (Ф, В, Ф, В'). У данных пациентов была выявлена дизартрия с фонетическими нарушениями. В первой группе снижение четкости артикуляции и незначительное ухудшение разборчивости речи встречалось у 66,6% детей, во второй группе - 25,9% человек ( $p \leq 0,05$ ). Нечеткость артикуляции и умеренно выраженное снижение разборчивости речи в первой группе было зафиксировано в 20% случаях, во второй группе - 33,3% случаях. Значительное нарушение разборчивости речи наблюдалось у 13,3% детей в первой группе и 40,7% детей второй группы ( $p \leq 0,05$ ).

При исследовании развития речевого дыхания была выявлена хорошая сформированность речевого выдоха у 53,3% детей первой группы и 29,6% детей второй группы ( $p \geq 0,05$ ). У 33,3% пациентов первой группы и 33,3% детей второй группы наблюдалась незначительная недостаточность речевого выдоха ( $p \geq 0,05$ ). Умеренно выраженная недостаточность речевого выдоха

наблюдалась у 13,3% детей первой группы и 33,3% человек второй группы ( $p \geq 0,05$ ). В 3,7% случаев во второй группе пациентов наблюдался слабый короткий речевой выдох, были нарушены голосообразование и артикуляция.

Таким образом, степень выраженности и частота речевых нарушений встречались чаще у детей второй группы. Это свидетельствует о положительном влиянии двухэтапной уранопластики на формирование и состояние речи у детей.

При определении изменений со стороны психологического состояния пациентов и их родителей было отмечено, что после проведения первого этапа операции 93,9% родителей отметили улучшение питания ребенка. 45,4% родителей отметили, что ребенок стал реже болеть. Кроме того 100% родителей первой группы отметили улучшение своего состояния. Родители детей второй группы достоверно чаще (относительно родителей первой группы;  $p < 0,001$ ) указывали на большую выраженность нарушений речи у своих детей (рис. 3.).

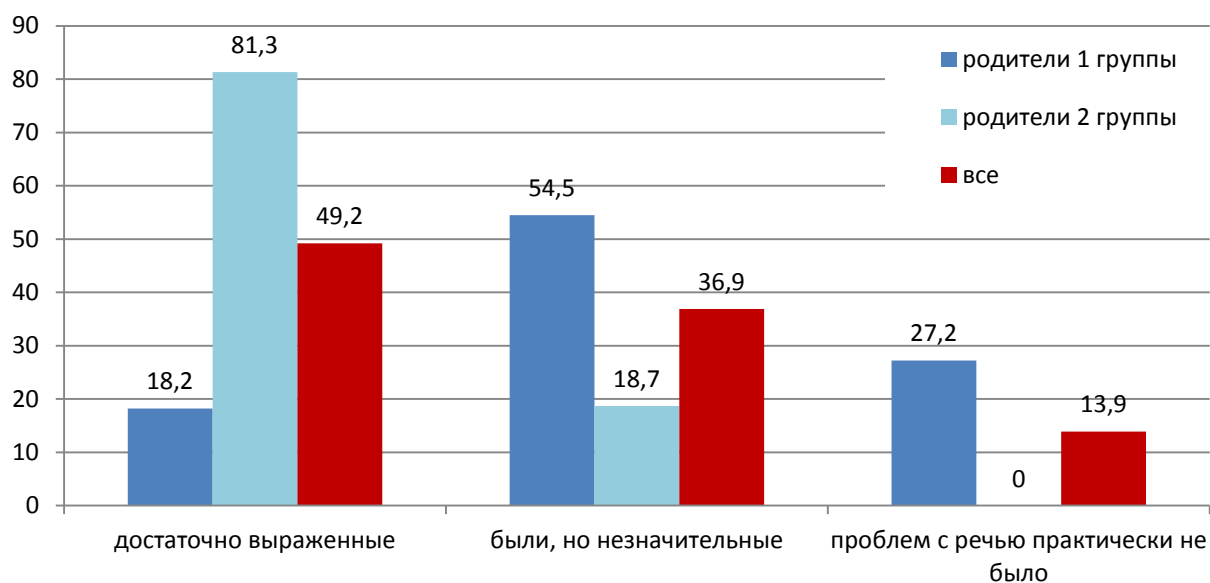


Рис. 3. Оценка родителями проблем с речью у их детей в школьном возрасте (в %).

60% подростков обеих групп (36,4% - первой группы и 84,3% второй группы;  $p < 0,001$ ) считали, что наличие врожденной патологии повлияло на них. При этом им было труднее учиться в школе.



В целом отмечалась близость позиций подростков и их родителей, исключение только составляла оценка частоты общесоматических заболеваний (55,4% родителей и 15,4% детей соответственно). Проведенное исследование показало, что родители, дети которых были оперированы двухэтапным методом уранопластики, позитивно оценивали эффективность проведения первого этапа. При этом нарушения «общего» и психологического здоровья носили более выраженный характер в случае выполнения одноэтапного метода.

Таким образом, результаты комплексного лечения детей первой группы показали более высокую эффективность выполнения двухэтапного метода пластики дефекта неба у детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба.

### **Выводы.**

1. Признаки асимметрии зубной дуги верхней челюсти у детей, которым уранопластика выполнялась в один этап более выражены, чем у детей, которым пластика неба проводилась в два этапа. Отмечается существенное уменьшение параметра ФДД на стороне расщелины, по сравнению с нормой ( $45,6 \pm 0,94$ ,  $50,1 \pm 1,5$  мм,  $p \leq 0,05$ ), ФДД до клыков на стороне расщелины, по сравнению со здоровой стороной ( $12,8 \pm 1,06$ ,  $18,9 \pm 1,64$  мм,  $p \leq 0,005$ ), ФДД до вторых моляров на стороне расщелины, по сравнению со здоровой стороной ( $45,6 \pm 0,94$ ,  $49 \pm 0,84$  мм,  $p \leq 0,05$ ), расстояния от вестибулярной поверхности клыка до средней линии на стороне расщелины, по сравнению со здоровой стороной ( $7,81 \pm 1,06$ ,  $14,8 \pm 0,82$  мм,  $p \leq 0,05$ ).

2. Признаки мышечной дисфункции чаще встречались у пациентов, которым выполнялась одноэтапная уранопластика: асимметричные показатели электрической активности жевательных и височных мышц за счет увеличения амплитуды на стороне расщелины в пробах «1», «2» - у 25,75% детей, в пробе «3» - у 12,1% детей, в пробах «5», «7» у 15,1% человек. У пациентов, которым проведена двухэтапная уранопластика, признаки асимметрии наблюдали только в пробах «1» и «6» (у 15,2 % и 27,3% соответственно). Признаки мышечной

дисфункции, выявленные в обеих группах, были обусловлены окклюзионными нарушениями. Наиболее ярко дисфункция проявлялась при протрузионно-ретрузионных движениях нижней челюсти.

3. У детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба, которым пластика расщелины неба проводилась в один этап, нарушения речи были выявлены значительно чаще, по сравнению с группой детей, которым выполнялась двухэтапная пластика дефекта неба (84,3% и 45,4% пациентов соответственно,  $p \leq 0,05$ ).

4. Результаты анкетирования пациентов и их родителей показали позитивное влияние двухэтапной уранопластики, по сравнению с одноэтапным методом, на состояние общего и психологического здоровья детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба.

5. Сравнительный анализ отдаленных результатов комплексного лечения пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба показал, что в результате проведения пластики дефекта неба двухэтапным методом, у детей были созданы более благоприятные условия для нормализации формы и размеров зубных дуг, окклюзионных взаимоотношений, функционирования жевательных мышц, а также формирования речи и психологического статуса, чем у детей, которым уранопластика проводилась в один этап.

#### **Практические рекомендации.**

1. В алгоритме хирургического лечения в программе комплексной реабилитации детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба методом выбора считать двухэтапный метод пластики расщелины неба.

2. На этапах диспансеризации и планирования хирургического лечения своевременно и полно информировать родителей о целесообразности проведения уранопластики в два этапа.

3. При планировании ортодонтического лечения и оценки его результатов для определения формы, симметрии и размеров зубных дуг следует учитывать фронтально-дистальную диагональ, проведенную до клыков, до вторых моляров, и делать сравнительный анализ параметров на стороне расщелины и здоровой стороне.

4. В динамике ортодонтического лечения учитывать состояние мышечной активности височных и жевательных мышц с целью выявления доклинических признаков мышечной дисфункции и оценки качества проводимой терапии.

5. Включать в программу реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба индивидуальный подход к планированию и проведению логопедической коррекции, а также проведение психологического сопровождения детей и их родителей на всех этапах комплексного лечения.

#### **Список работ опубликованных по теме диссертации.**

1. Фоменко, И. В. Комплексный подход в лечении пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба (описание клинического случая) / И. В. Фоменко, Е. В. Филимонова, М. В. Вологина, А. Л. Касаткина, **Н. С. Краевская** // Вестн. Волгоградского гос. мед. ун-та.- 2014. - № 4.- С. 94-97.

2. Фоменко, И. В. Особенности строения зубочелюстных дуг у пациентов с врождённой односторонней расщелиной верхней губы и неба после одно- и двухэтапной пластики расщелины неба в период постоянного прикуса / И. В. Фоменко, Е. В. Филимонова, А. Л. Касаткина, **Н. С. Краевская** // Ортодонтия. – 2015. - № 4. – С. 2-6.

3. Фоменко, И. В. Результаты электрической активности жевательной группы мышц у детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба / И. В. Фоменко, Е. В. Филимонова, **Н. С. Краевская** // Наука в современном информационном обществе: сборник материалов VI международной научно-практической конференции, 13-14 июля 2015 г. – NorthCharleston, USA, 2015. – С. 28-30.

4. Краевская, Н. С. Характеристика параметров кранио-фациального комплекса у детей с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба после уранопластики / Н. С. Краевская // *Стоматология: наука и практика, перспективы развития: сборник материалов научно-практической конференции в рамках VI Всероссийской олимпиады по стоматологии с международным участием, посвященной 80-летию ВолгГМУ, 1-2 октября 2015 г.* – Волгоград, 2015. – С. 63-66.

5. Краевская, Н. С. Комплексная реабилитация пациентов с врожденной односторонней расщелиной губы и неба / Н. С. Краевская // *Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины [Текст] : материалы 73-й открытой науч.-практ. конф. молодых учёных и студентов ВолгГМУ с междунар. участием, посвящ. 80-летию ВолгГМУ, 22-25 апр. 2015 г.* - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2015. – С. 176.

6. Фоменко, И. В. Результаты оценки качества жизни детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба после одно- и двухэтапной уранопластики / И. В. Фоменко, Е. В. Филимонова, Е. В. **Краевская Н. С.** // *Фундаментальные и прикладные науки сегодня : сборник материалов VII международной научно-практической конференции, 21-22 декабря 2015 г.* – North Charleston, USA, 2015. – С. 50-51.

7. Фоменко, И. В. Сравнительная характеристика результатов комплексного лечения пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики дефекта неба / И. В. Фоменко, Е. В. Филимонова, **Н. С. Краевская** // IX Конгресс Международного Фонда «Расщелина губы и неба», 31 августа - 4 сентября 2015 г. - Москва, 2015. – С. 60-61.

8. Фоменко, И. В. Изучение электрической активности мышц у детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в период постоянного прикуса / И. В. Фоменко, Е. В. Филимонова, А. Л. Касаткина, **Н. С. Краевская** // *Ортодонтия.* – 2016. - № 1. – С. 6-10.

9. Фоменко, И. В. Сравнение некоторых показателей развития ребенка с врожденной расщелиной губы и неба в зависимости от метода лечения / И. В. Фоменко, **Н. С. Краевская**, А. Л. Касаткина, Ш. С. Зарбалиева // Здоровье и образование в XXI веке. - 2016. - № 2. – С. 102-103.

10. Фоменко, И. В. Анализ результатов комплексного лечения детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики дефекта неба / И. В. Фоменко, Е. В. Филимонова, А. Л. Касаткина, **Н. С. Краевская** // Клиническая стоматология. - 2016. - № 1. – С. 16-21.

11. Фоменко, И. В. Оценка качества жизни детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики дефекта неба по результатам анкетирования родителей пациентов / И. В. Фоменко, Е. В. Филимонова, А. Л. Касаткина, **Н. С. Краевская** // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2016. - № 1. – С. 20-22.

12. Фоменко, И. В. Особенности психологического состояния и самооценки детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба / И. В. Фоменко, **Н. С. Краевская**, М. В. Вологина, А. Л. Касаткина // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2016. - № 1. - С. 91-93.

13. Фоменко, И. В. Комплексный анализ результатов реабилитации детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики дефекта неба / И. В. Фоменко, Е. В.

Филимонова, **Н. С. Краевская**, И. Е. Тимаков // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2016. - № 4. – С. 70-72.

14. Краевская, Н. С. Обоснование выбора метода пластики дефекта неба у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области / Н. С. Краевская // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Сборник материалов 74-й открытой научно-практической

конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием, 20-23 апреля 2016 г. – Волгоград, 2016. – С. 151.

15. Фоменко, И. В. Тридцатипятилетний опыт работы центра диспансеризации детей с врожденной патологией лица в Волгоградском регионе / И. В. Фоменко, А. Л. Касаткина, Е. В. Филимонова, **Н. С. Краевская** // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 319-322.

16. Фоменко, И. В. Современные особенности диспансеризации и лечения детей с врожденной патологией лица в Волгограде / И. В. Фоменко, А. Л. Касаткина, Е. В. Филимонова, **Н. С. Краевская**, М. Л. Яновская, В. И. Шишкина, Я. П. Боловина, И. Е. Тимаков // Сборник материалов V Всероссийской научно-практической конференции: Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения, 24-25 ноября 2016 г. – Москва, 2016. – С. 318.

17. Фоменко, И. В. Клинико-рентгенологические особенности зубочелюстно-лицевой системы у больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба / И. В. Фоменко, Е. В. Филимонова, **Н. С. Краевская**, И. Е. Тимаков // 21 век: Фундаментальная наука и технологии: сборник материалов XI международной научно-практической конференции, 23-24 января 2017 г. – North Charleston, USA, 2017. – С. 25-29.

18. Краевская, Н. С. Анализ результатов дополнительных методов исследования, проводимых детям с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба при ортодонтическом лечении / Н. С. Краевская // 21 век: Фундаментальная наука и технологии: сборник материалов XI международной научно-практической конференции, 23-24 января 2017 г. – North Charleston, USA, 2017. – С. 30-32.

