

Карагандинский Государственный Медицинский Университет
Кафедра стоматологии детского возраста с курсом хирургической
стоматологии

Лекция: Врожденные расщелины верхней губы и
неба. Классификация, этиология, патогенез,
клиника, диагностика.

Лектор Тулеутаева С.Т.

План лекции:

- Классификация врожденных расщелин верхней губы и неба
- Клиническая диагностика расщелин верхней губы и неба.
- Анатомические и функциональные нарушения при расщелинах губы и неба.

Классификация

Соотношение изолированных несращений верхней губы, сквозных несращений верхней губы и нёба и изолированных несращений нёба — 1:2:1. Различают такие виды врожденных несращений губы:

1. по глубине несращения (явные, скрытые):
2. в зависимости от локализации несращения в трансверзальной плоскости (боковые — 99 % и срединные — 1 %). Боковые, в свою очередь, делятся в зависимости от стороны несращения на односторонние — 82 % (левосторонние чаще, чем правосторонние) и двусторонние — 17 %; двусторонние несращения губы могут быть симметричными и асимметричными;
3. по высоте несращения в сагиттальной плоскости губы (частичные, полные или сквозные);
- 4) изолированные и сочетанные (с несращением альвеолярного отростка верхней челюсти, нёба).



Классификация врожденных расщелин губы и неба.

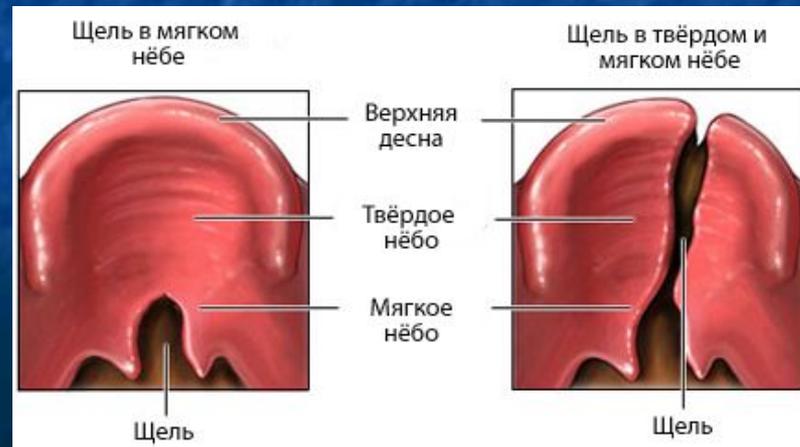
- Общепринятой является следующая классификация расщелин верхней губы.
- Классификация врожденных расщелин верхней губы.
- Скрытая расщелина верхней губы
- Неполная расщелина верхней губы
- Полная расщелина верхней губы
- Врожденная расщелина неба. Следующим важным вопросом является классификация расщелин губы и неба. Предложены многочисленные классификации. (С.Д. Терновский, А.А.Лимберг, М.Д.Дубов и др.).

- Наиболее полно требованиям клиники отвечает классификация Н.М.Михельсона, предложенная для расщелин неба (1962):
- Неполные расщелины.
 - 1. Язычок и мягкое небо - срединные
 - 2. Язычок и мягкое небо - срединные
 - 3. Скрытая расщелина - срединные
 - 4. Язычок, мягкое и твердое небо - односторонние
- Полные расщелины.
 - 1. Мягкое небо, твердое небо и альвеолярный отросток - односторонние
 - 2. Мягкое и твердое небо, альвеолярный отросток и губа – односторонние и двусторонние
 - Принято различать правосторонние, левосторонние, двусторонние, скрытые расщелины неба,

Классификация

Врожденные расщелины нёба классифицируют таким образом:

1. Явные (сквозные) и скрытые (несквозные).
2. Полные и неполные (частичные).
3. Односторонние, двусторонние и срединные.
4. Твёрдого и (или) мягкого нёба.
5. Сочетанные с несращением губы и (или) альвеолярного отростка.



Клиническая диагностика расщелин верхней губы и неба.

- Скрытая расщелина верхней губы – когда расщелина, как таковая не существует, а с боку от филтрума имеется вертикальное вдавление кожи, под которым определяется расхождение мышц. Наличие расщелин особенно видно при активных движениях (смехе, разговоре).
- Неполная расщелина верхней губы – при этом не срастаются ткани губы в нижних ее отделах, а у основания носа имеется правильно развитый участок или тонкий мостик, соединяющий оба отдела губы между собой. Иначе говоря, расщелину губы, не доходящую до ноздри, принято называть неполной.
- Полная расщелина верхней губы – может сопровождаться расщелиной альвеолярного отростка как с одной, так и с двух сторон. Кроме того, расщелина альвеолярного отростка может сопровождаться большим или меньшим выстоянием вперед межчелюстной кости. Иногда можно видеть неодинаковые двусторонние расщелины: на одной стороне неполная, на другой полная. Односторонние расщелины верхней губы чаще бывают левосторонними (75%). При всех формах расщелины наблюдаются более или менее выраженные изменения со стороны кожно-хрящевого отдела носа. Естественно, чем тяжелее расщелина губы, тем сильнее эти нарушения.

Жалобы родителей — на наличие у ребенка косметического дефекта тканей верхней губы, невозможность сосать грудь и питаться естественно.



Жалобы. При врожденных несращениях нёба родители ребенка жалуются на наличие дефекта тканей нёба и попадание еды в нос при кормлении, что вызывает кашель и поперхивание. В старшем возрасте ребенок гнусавит, нечетко произносит слова (*Rhinolalua aperta*).



Клиника. Клиническая картина врожденных несращений губы имеет характерные признаки и обычно не вызывает трудностей при постановке диагноза. При изолированных скрытых несращениях губы дефект и деформация мягких тканей наименьшая, иногда это лишь втянутость кожи в проекции колонки верхней губы. Несращение является частичным при наличии дна носового хода.

Клиника. В случаях срединных изолированных несращений при осмотре ротовой полости альвеолярный отросток цел, твердое и мягкое нёбо состоит из двух фрагментов, сошник расположен посередине



Односторонние изолированные несращения верхней губы выявляются в виде дефекта верхней губы с одной стороны. При этом красная кайма состоит из двух фрагментов, на большем фрагменте она поднимается на $1/3-1/2$ высоты верхней губы, а иногда и выше. Колонка верхней губы на стороне несращения разделена также на две части, высота колонки на большом фрагменте всегда уменьшена, а на малом — нормальная. Крыло носа на стороне несращения уплощено (мышцы верхней губы на малом фрагменте вплетены в основание крыла носа, что вызывает фиксацию его в патологическом положении), кончик носа также уплощен и вместе с перегородкой смещен в здоровую сторону, дно носового хода отсутствует — его "заменяет" дефект. Если несращение верхней губы сочетается с несращением альвеолярного отростка, то большой фрагмент последнего (благодаря росту сошника) перемещается вперед и кверху (будто выворачивается), уздечка верхней губы всегда короткая. Малый фрагмент при этом повернут медиально книзу и выглядит недоразвитым.

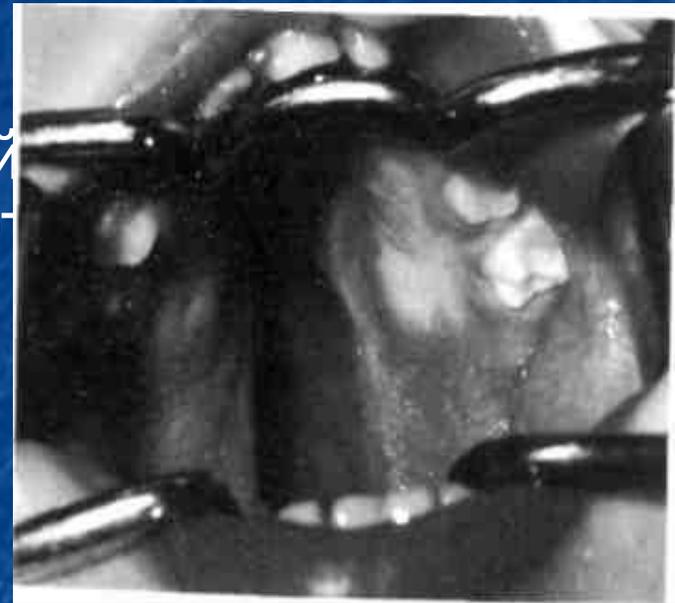
Двусторонние несращения губы представляют собой самый тяжелый порок челюстно-лицевой области как по клинической картине, так и при оказании врачебной помощи. Биомеханизм развития таких несращений значительно отличается от односторонних. При этом пороке верхняя губа разделена на три фрагмента, мягкие ткани на боковых фрагментах достаточно выражены, высота колонок несколько уменьшена, красная кайма и мышечный слой обычно хорошо выражены.



При скрытом изолированном несращении твердого и мягкого нёба определяется: на твердом — участок втянутости тканей посередине, просвечивающийся синеватым цветом, а при пальпации в нем определяется отсутствие костной ткани; на мягком — такая втянутость тканей хорошо видна при произношении ребенком гласной "А" или крике. Часто изолированные несращения сопровождаются пороками развития опорно-двигательного аппарата и других систем.



При одностороннем сквозном несращении альвеолярного отростка твердое и мягкое нёбо состоит из двух фрагментов, один из них больший, второй — меньший; сошник сращён всегда с большим на всем протяжении или частично (на $1/3$, $2/3$ длины). Ротовая полость сообщается с носовой на стороне несращения. Обычно малый фрагмент недоразвит, короче, западает внутрь, а большой вывернут наружу. Если ребенка с таким видом несращения определенное время (2-3 мес) кормят через соску, врожденная деформация фрагментов становится более выраженной. Расстояние между фрагментами по протяжению разное, но наибольшее — на границе твердого и мягкого нёба.



При двусторонних сквозных несращениях альвеолярный отросток состоит из трех фрагментов — двух боковых и срединного. Последний представлен межчелюстной (резцовой) костью, частью альвеолярного отростка с резцами и сошником, расположенным между боковыми фрагментами посередине. В остальных случаях межчелюстная кость выступает вперед — это так называемая протрузия, которая может быть врожденной или приобретенной в результате неправильного кормления ребенка. Значительная протрузия межчелюстной кости требует ортодонтического предоперационного лечения.



При всех видах несращений фрагменты мягкого нёба обычно короткие, могут быть асимметричными. Средний отдел глотки — мезофарингс — широкий. У детей старшего возраста определяются гипертрофированные миндалины и аденоидные вегетации на задней стенке глотки.

Таким образом, постановка диагноза "врожденное несращение нёба" не вызывает трудностей. Последние начинаются после рождения ребенка с решения вопросов организации вскармливания и продолжаются весь период комплексного лечения и реабилитации.

Естественное вскармливание новорожденного снижает смертность среди малышей, удовлетворяет сосательный рефлекс, усиливает мышечную активность ребенка.

Дефицит питания на 1-м году жизни не может быть компенсирован ни в какие последующие периоды. Поэтому обеспечение качественным по составу питанием и выбор правильного способа вскармливания являются основополагающими для гармоничного развития детей с несращением нёба, у которых с первых дней жизни нарушены функции сосания, глотания, дыхания, что затрудняет их вскармливание и создает условия для развития различных воспалительных заболеваний дыхательной системы, пищеварительного тракта и т.п. У малышек сосание влияет на секреторную и моторную функции органов пищеварения, обмен веществ, гармоничный рост челюстей и лицевого скелета в целом. Нарушение одной из цепей функциональной системы сосания (дефект твердого и мягкого нёба, мягких тканей верхней губы) вызывает несогласованные действия всех ее составляющих и создает условия, делающие невозможным естественное вскармливание такого ребенка.



Вскармливание детей с врождёнными расщелинами нёба

Существует несколько искусственных способов кормления детей с несращениями нёба: с использованием зонда, ложечки, соски и obturаторов. Первые два способствуют угасанию одного из важнейших рефлексов младенца — сосания, под действием которого укрепляются мышцы околочелюстных тканей, нижняя челюсть растёт, благодаря чему нивелируется физиологическая микрогения. При зондовом кормлении травмируется слизистая оболочка глотки, пищевода, возникает ее отек, воспаление, а в дальнейшем возможно формирование пролежней, стриктур. Поэтому эти способы кормления детей с врожденными несращениями губы и нёба должны быть исключены, если не существует других показаний (например, синдром Пьера-Робена, 1923).



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

