

УДК: 616.315.317-007

ТУҒМА ТАНГЛАЙ КЕМТИГИ БИЛАН ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРДА ЎТКАЗИЛАДИГАН УРАНОПЛАСТИКА ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ ЛОГОПЕДИК БАХОЛАШ.

Саидганиев Ю.С.

Алфраганус Университети ассистетти

АННОТАЦИЯ

ЮЛТК билан касалланган болаларни даволаш юз-жағ реконструктив жаррохлигининг энг қийин вазифаларидан биридир. Муаммо нафақат анатомик нуқсонни бартараф этиш, балки танглай-халқум соҳаси (ТХС) тузилмалари функциясини тўлиқ тиклашда ҳам. Ушбу соҳа мутахассисларининг фикрига кўра, анатомик ва функционал бузилишларнинг оғирлигини, беморларнинг индивидуал хусусиятларини мунтазам равишда кўриб чиқиш, даволанишни босқичма-босқич режалаштириш, функционал ва естетик натижаларни олиш ва реабилитация вақтини қисқартириш имконини беради. Жаррохлик даволашнинг самарадорлиги асосан жаррохлик аралашуви усулини тўғри танлаш билан белгиланади.

Шунинг учун биз Фролова ва Бриан Соммерлад уранодластика усулларининг самарадорлигини таҳлил қилишни, танглай кемтиги бўлган болаларда юмшоқ танглай кўтарувчи мушак ретротранспозициясидан кейин нутқ функциясининг сифатини баҳолашни мақсад қилиб қўйдик.

Калит сўзлар: Уранопластика, қаттиқ танглай ,юмшоқ танглай ,танглай халқум халқаси ,юмшоқ танглайни кўтарувчи мушак,юмшоқ танглайни тушурувчи мушак ,логопед .

ANNOTATION

One of the urgent problems of modern maxillofacial surgery and surgical pediatric dentistry is to help children with congenital cleft lip and palate (CCLP) In the structure of child morbidity and disability in almost all over the world CCLP occupies a leading position and represents an important medical... and social problem.

Optimal methods for eliminating CCLP depending on the form and severity of birth defects, in each case require a creative search correction conditions of anatomical and functional disorders, modernization of existing and development of new methods for surgical interventions and their timing Work is constantly going on this plan. Recent publications suggest an effort to improve the quality of surgical treatment of patients with CCLP. It has been proposed numerous new modification methods and tactics of treatment CCLP at stages of surgical rehabilitation.

Based on the above we stated the purpose of the present research to compare the effectiveness of cleft palate repair methods by LE Frolova and by Brian C. Sommerlad, to evaluate the quality of the function of speech after retrotransposition muscle levator veli palatini in children with cleft palate.

Keywords: Uranoplasty, hard palate, soft palate, palatopharyngeal ring, levator veli palatini muscle, depressor of the soft palate muscle, speech therapist.

АННОТАЦИЯ

Лечение детей с ВРГН является одной из наиболее сложных задач современной восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Проблема заключается не только в исправлении анатомического дефекта, но и в полноценном восстановлении функции структур небно-глоточной области (НГО). По мнению специалистов этого профиля, системный учёт тяжести анатомических и функциональных нарушений, индивидуальных особенностей больных, четкое поэтапное планирование лечения, постоянный клинический контроль позволит получить функциональные и эстетические результаты и сократить сроки реабилитации больных. Эффективность хирургического лечения определяется во многом правильностью выбора метода оперативного вмешательства, при котором учитываются размеры, форма расщелины, состояние структур небно-глоточного кольца, которое служит объективным критерием НГС и наличия НГН.

По этому мы поставили цель, провести анализ эффективности методов уранодластики по Фроловой и по Brian C. Sommerlad, оценить качество функции речи после ретротранспозиции мышцы поднимающей мягкое небо у детей с расщелиной неба.

Ключевые слова: Уранопластика, твёрдое нёбо, мягкое нёбо, нёбно-глоточное кольцо, мышца, поднимающая мягкое нёбо, мышца, опускающая мягкое нёбо, логопед.

Муаммонинг долзарблиги. Замонавий юз-жағ жарроҳлиги ва болалар жарроҳлик стоматологиясининг долзарб муаммоларидан бири бу туғма лаб ва танглай кемтиги (ЮЛТК) бўлган болаларга ёрдам кўрсатишдир. Ўзбекистонда ЮЛТК билан касалланган болалар туғилишининг беш йиллик мониторинги проф. Р.А.Амануллаев томонидан ўтказилган (2005) бўлиб соҳамизда ушбу патологиянинг кўпайишини кўрсатади. Муаммо нафақат анатомик нуқсонни бартараф этиш, балки танглай-халқум соҳаси (ТХС) тузилмалари функциясини тўлиқ тиклашни ҳам ўз ичига олади. Туғма нуқсоннинг шакли ва оғирлигига қараб ЮЛТК ни бартараф қилишда мавжуд усулларни такомиллаштириш ҳар бир ҳолатда анатомик ва функционал бузилишлар ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик аралашувининг янги

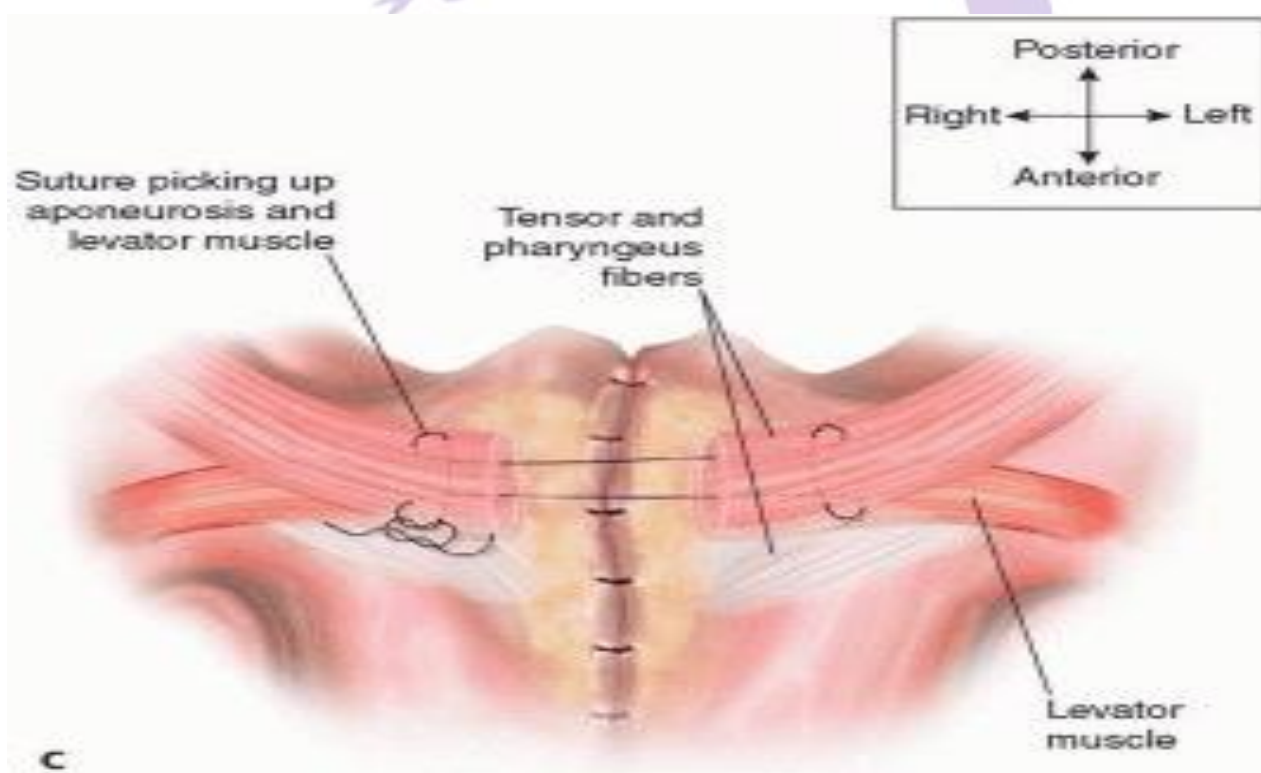
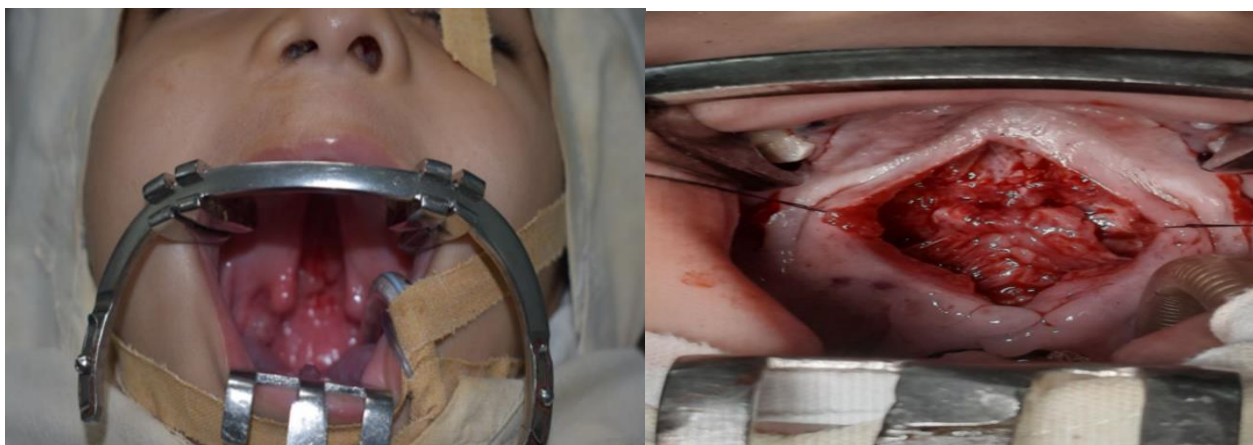
усулларини ишлаб чиқиш керак .Бу борадаги ишлар доимий равишда давом етмоқда.

Тадқиқот мақсади: Фролова Л. Э. ва Б.Соммерлад бўйича уранопластика усулларининг самарадорлигини қиёсий таҳлил қилиш, танглай кемтиги бўлган болаларда юмшоқ танглайни кўтарувчи мушакни ретропозициясидан кейинги нутқ ҳолатини баҳолаш.

Тадқиқот матераиллари ва усуллари. Тадқиқод объекти сифатида Тошкент Давлат Тиббиёт Университети Болалар юз-жағ жарроҳлиги бўлимида стационар даъволанаётган 30 та бола танлаб олинди. Барча беморларда танглай туғма кемтиги кузатилади. Танлаб олинган беморлар ўтказилган операция усулига кўра 2 та гуруҳга ажратилди. **1-гуруҳ** Фролова Л.Е. томонидан фарингеал халқанинг торайиши билан

уранопластикадан кейинги беморлар (Фролова Л.Е. 1977) (15 бемор) **2-гурух** Бриан Соммерлад томонидан уранопластикадан кейинги беморлар (15 бемор). В. С. Соммерлад усули бўйича қаттиқ танглайнинг минимал кесмаси ҳамда m.levator veli palatini радикал ретропозицияси ва m.tensor veli palatini тенотомияси "билан интравелар велоластикаси". Операция тартиби: Оғиз бўшлиғи ва бурун шиллик пардалари орасидаги туташган жойда (одатда оғиз томондан кемтик четидан) кемтик кирралари бўйлаб кесма қилинади. Юмшоқ танглай кемтикларида ҳам ўрта кесма қаттиқ танглайнинг орқа қисмига чўзилади ва шиллик-суяк усти пардали лахтакнинг орқа қисми қаттиқ танглайнинг орқа чегарасини очиш учун кўтарилади. Ён томондан скалпел ёки тўмтоқ йўл билан катта танглай томирлари орқасида ва қаттиқ танглайнинг орқа четидан ўтиб, шиллик қават ажратилади оғиз қатламининг ёпилишига эришиш учун катта танглай нейроваскуляр тўплами атрофида тўмтоқ йўл билан ўтиб, уни тешиқдан кўтариш ва периостеал мембранани мобилизация қилиш мумкин. Юмшоқ танглайни кўтарувчи мушак тендонининг оғиз қисми катта танглай томирлари орқасида кўринади ва сезилади. Кейин у мушаклардан скалпел билан ва тўмтоқ тарзда юмшоқ танглайнинг орқа чегарасига, ён томондан еса птеригоид илгагигача кесма ўтказилади. Бурун шиллик қавати танглай ўсимталаридан мобилизация қилинади ва ўрта чизик бўйлаб тикилади. Мушакларни кесишдан

олдин бурун қатламини тикиб скалпел билан кесиш учун зарур бўлган кучланишни таъминлаб олиш зарур. Юмшоқ танглайни кўтарувчи ва тушурувчи мушак тўпламларини бурун шиллик қаватидан ўткир ва тўмтоқ йўллар билан ажратилди. Ажратиш мушак тўплами еркин ҳаракатланмагунча давом этади, аммо мушакнинг деваскуляризацияси ёки денервациясини олдини олиш учун имкон қадар этиёткорлик талаб қилинади. Онг ва чап мушаклар бирлаштириб бир-бирига тикилади. Бўшлиқнинг шиллик қаватидаги биринчи чок тўғридан-тўғри мушак олдида қўлланилади ва бурун шиллик қаватининг безларини учувчи матрас чоклар билан кўтарилади. Бўшлиқни ёпиш ва орқа тарафдаги мушакларнинг кучланишини сақлаб туриш учун оғиз-бурун қатламининг бир ёки иккита қўшимча сўриладиган иплар билан чоклар олд томонга қўйилади. Тикишда сўриладиган монофиламент ипларидан фойдаланилган 4-0 ёки 5-0, Сўнг оғиз бўшлиғи қиллик қаватига узлувли чоклар қўйилади. Лахтак сурилганда очилиб қолган жойга ёдаформли трунда қўйилади. Аввалдан махсус таййорланган химоя пластнкаси шиллик қаватга маҳкамланади. Операциядан сўнг чақалоқни шишадан овқатлантириш мумкин. 1.2- расм. В. С. Соммерлад усули бўйича қаттиқ танглайнинг минимал кесмаси ҳамда m.levator veli palatini радикал ретропозицияси ва m.tensor veli palatini тенотомияси "билан интравелар велоластикаси". операцияси схемаси.



Иккала усул бўйича операция қилинган беморларни опервциядан кейинги даврларда логопедик текширувлар ва кузатувлар амалга оширилди. Логопедик текшируви натижаларини батафсил рақамли белгилаш учун биз нутқ ҳолатини фоизларни баҳолаш жадвалидан фойдаландик (1-жадвал).

Нутқ ҳолатини баҳолаш (фоизларда)

БОЛЬНОЙ						
	ЗВУКИ	НАЛИЧИЕ	ПРОЦЕНТ	Через месяц	Через 6 месяц	Через год

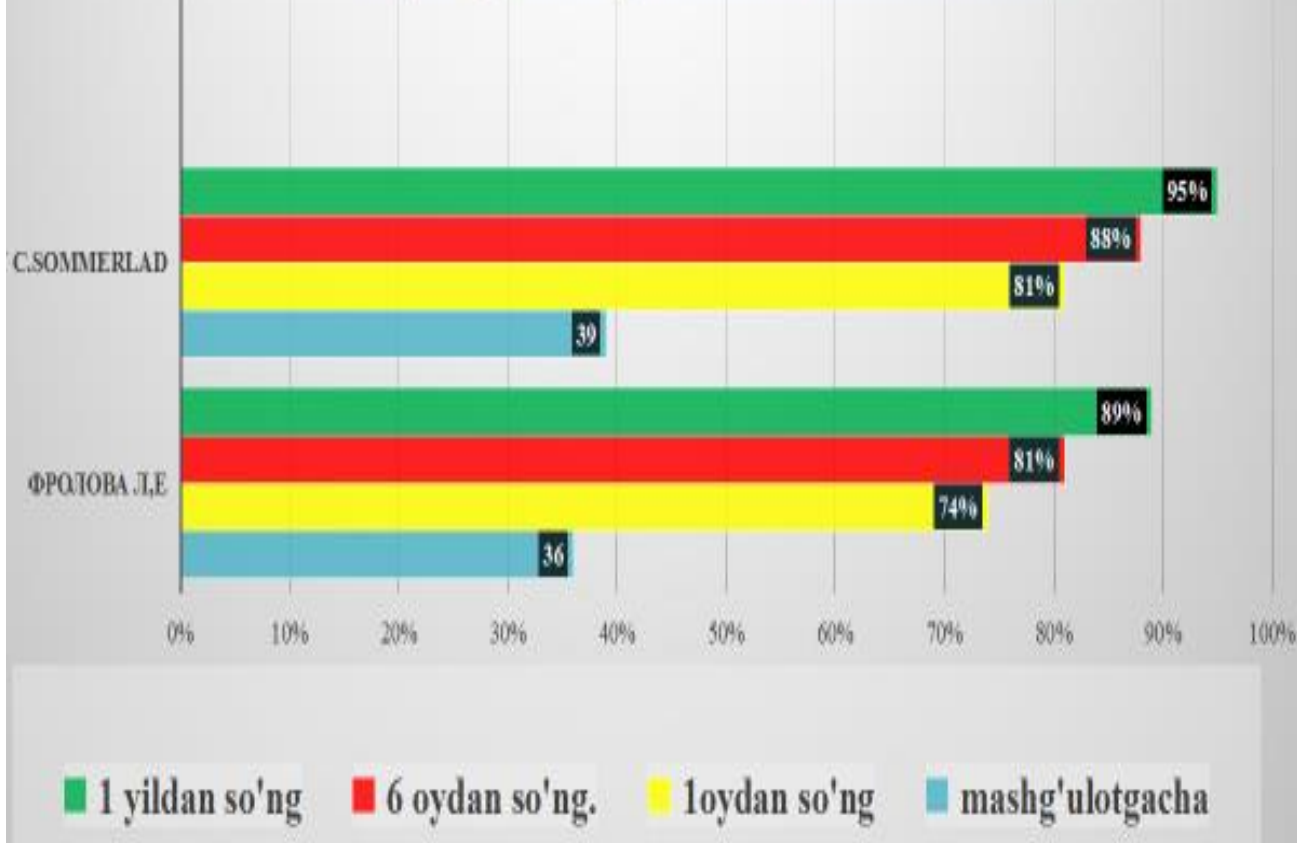
ГЛАСНЫЕ ЗВУКИ 18%	А		2%			
	О		2%			
	У		2%			
	И		2%			
	Э		2%			
	Е		2%			
	Ё		2%			
	Я		2%			
	Ю		2%			
СОГЛАСНЫЕ ЗВУКИ 72%	М		2%			
	Н		2%			
	К*		2%			
	Г*		3%			
	Х*		3%			
	Х		3%			
	Ф		3%			
	В		3%			
	Т		3%			
	П		3%			
	Б		4%			
	Т		3%			
	Д		4%			
	С		4%			
	З		4%			
	Ш		4%			
	Ж		4%			
	Ч		4%			

	К		4%			
	Г		4%			
	Л		4%			
	Р		4%			
	ОТСУТСТВИЕ ГНУСАВО- СТИ		10%			
	ИТОГО					

Ушбу жадвалда ҳар бир товуш, талаффузнинг қийинлигига қараб, 2 дан 4 баллгача (фоиз) берилади, бундан ташқари, агар кейинги текширув пайтида болада бурун товушлари бўлмаса, бу ҳолда 10 балл (фоиз) берилади. Жадвалда маълум ватиндан кейин (1 ой 6 ой ва 12 ой) товушлар мавжудлигини белгилаш у чун графикалар кўрсатилган. Агар маълум бир товуш бўлса, ушбу товушга тегишли устунга "+" белгиси қўйилади. Ва сўров охирида баллар (фоизлар) йиғилади ва устуннинг пастки қисмига киритилади. Тадқиқот давомида биз бирламчи жарроҳлик муолажадан сўнг танглай туғма кемтиги бўлган 8-10 ёшдаги 10 беморни логопед текширувини ўтказдик. Барча ҳолатларда логопед билан машғулотлар илгари ўтказилмаган. Барча текширилган беморларнинг эшитиш қобилияти ва ақл-

заковати нормал ҳолатда . Танглайнинг қолдиқ нуқсонлари аниқланмади. Барча беморлар амалга оширилган танглай операцияси усулига қараб 2 гуруҳга бўлинган. Жарроҳлик даволаш самарадорлиги ҳар бир гуруҳда ринолалия ёки ринофония билан туғилган беморларнинг пайдо бўлиш частотаси билан баҳоланди. Шу билан бирга, овознинг бурун резонансининг ошиши билан тавсифланган нутқ бузилиши очик ринофония ва шу жумладан бузилган товуш шаклланиши-ринолалия сифатида баҳоланди. Текширув натижасида аниқланган ринолалия ёки ринофония билан туғилган барча беморлар амбулатория ёки стационар шароитда логопед бўйича ўқув курслари билан марказнинг нутқ терапевти назорати остида бўлишди.

TTK mavjud bolalarda uranoplastikadan keyingi nutq holatini solishtirish



Кейинги кузатув давомида, иккинчи гуруҳда, барча ҳолатларда, 1 ёшу 1 ойлик танглай пластик жарроҳлигидан сўнг танглай туғма кемтиги бўлган болаларда нормал нутқнинг мустақил ривожланиши амалга оширилганлиги аниқланди. Олинган маълумотлар беморларнинг йиллик логопед текширувлари натижалари билан тасдиқланади. 1 йил 2 ой - 1 йил 9 ойлик кичик гуруҳлардаги беморларнинг нутқини тиклаш БЮЖЖ клиникасининг логопед хонаси шароитида 3-4 курс логопед машғулоти натижасида амалга оширилди.

Хулоса.1. Бизнинг фикримизча, шиллик-суяк усти пардали лахтакларнинг

юмшоқ танглай соҳасига ҳаракати ТХД функциясини тўлиқ тиклашга олиб келмайди ва ТХД тузилмаларининг тўлиқ функция билан ишлаши паст бўлади, бунинг натижасида нормал нутқни тиклаш қийин. Шунга қарамай, уранопластиканинг аксарият замонавий усуллари шиллик-суяк усти пардалилахтакларни (ўнга, чапга,петага,пастга) ҳаракатлантир принципига асосланади. Бундай ҳолда, ёмон ишлайдиган ТХД қолади, чунки юмшоқ танглайни ташкил етувчи патологик бириккан мушаклар тикланмаган ва уларнинг танглай халқум деворини ёпиш механизмидаги иштироки жуда кам. 2. ТХД нинг функционал етишмовчилигининг асосий сабабларидан

бири бу м.ЛВП параметрлари (узунлиги, кенглиги, бирикиш бурчаги ва ўнг ва чап томондаги мушакларнинг) ассиметрияси ҳисобланади. 3. Б. Соммерлад усули билан уранопластика, анъанавий Фролова усулидан фарқли ўлароқ, юмшоқ танглайни кўтарувчи мушакнинг ретротранспозицияси амалга оширилади ва шу билан юмшоқ

танглайнинг функционал ҳаракатчанлиги яхшиланади, шунингдек, танглай-ҳалқум ҳалқанинг қаттиқроқ ёпилиши кузатилади.

4. Юқоридаги усулни қўллаш натижасида танглай кемтиги кемтиги бўлган болаларда нутқ функциясида сезиларли яхшиланиш кузатилди.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Азимов М.И., Шокиров Ш.Т. Основные принципы лечения больных с прусторонной расщелиной верхней тубы Рининты печи межчелюстной костью // Стоматология.- Ташкент, 2001 - Н. 1. - С.69-74.выступающей
2. Амануллаев Р. А. Совершенствование медицинской реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Узбекистан: Автореф. дис. ... Д-ра мед. наук. - Ташкент: ТМА, 2005. - 27 с.
3. Амануллаев Р. А. Тактика лечения врожденной расщелины верхней губы и неба на этапах хирургической реабилитации // Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии. - Москва, 2005-162. - С 22-24.
4. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана и Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей // Актуальные вопросы комплексного лечения. - М., 2006. - С. 14-15.
5. Дусмухамедов М.З. Состояние речи и проблемы логопедического обучения детей с врожденной расщелиной неба // Патология.- Ташкент, 2005.-Н3. - С.48-50.
6. Махкамов М.Э., Дусмухамедов М.З., Амануллаев Р.А., Алимжонов К.Х. Сайдалиев Н.С. Сравнительная оценка результатов пластики врожденных расщелин неба // Стоматология. Ташкент, 2003. №3.-С.20-22
7. Махкамов М.Э., Усманов А.Т., Холматова М.А., Махкамова Н.Этапное оперативное лечение детей с врожденными двусторонними расщелинами губы и неба // Стоматология.- Ташкент, 1999.-№3. - С.33-34
8. Муртазаев С.М. Влияние ранней нейлонтастики по Л.Е. Фроловой на поперечные размеры верхней челюсти у детей при односторонних сх расщелинах // ДЕНТИСТ Казакстан.- 2006. - №2 (4). - С. 14-68.
9. Фролова Л.Е. Классификация расщелин верхней губы и неба. // Актуал. пробл. стоматологии детского возраста.-Москва, 1974.- С.153-156.
10. Фролова Л.Е. Махкамов Э.У. Щадящий метод уранопластики // Мед. журн. Узбекистана.- Ташкент, 1982.-№1 С. 57-58.
11. Sommerlad, B.C. (2021). Cleft Palate Repair: Early Anterior Palatal Closure and Intravelar Veloplasty Techniques. In: Swanson, J.W. (Ed.), Global Cleft Care in Low-Resource Settings. Springer, Cham.