

УДК 616.315-002; 616.28; 616.315-007.254
DOI: 10.20310/1810-0198-2016-21-2-567-570

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДНЕГО УША ПРИ ВРОЖДЕННОМ НЕСРАЩЕНИИ НЁБА

© А.Х. Шаймонов, Г.М. Ходжамуратов, А.В. Гулин, И.И. Хукуматшов

Представлены результаты исследования частоты возникновения и особенностей течения среднего отита у 168 больных с врожденной расщелиной нёба. Воспалительные заболевания выявлены у 72 (44,4 %) больных. Установлено, что устранение воспалительных заболеваний среднего уха зависит от возраста больного на момент проведения операции, восстановления мышц мягкого нёба и от наличия рецидивов в анамнезе больного.

Ключевые слова: врожденное несращение нёба; евстахииты; тугоухость.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Врожденное несращение нёба является одной из наиболее распространенных врожденных аномалий развития [1–2]. Согласно данным ВОЗ, распространенность данной патологии составляет 1:500–1000 новорожденных, при тенденции к увеличению [3–4]. Наличие дефекта при данной патологии приводит к развитию нарушений множества функций и систем, связанных с ротовой полостью, в т. ч. к нарушению вентиляционных и эвакуационных процессов среднего уха [5–7]. Несмотря на то, что экссудативный средний отит является самой распространенной отиатрической патологией в детском возрасте, та его разновидность, этиологическим фактором которой является врожденная расщелина нёба, остается наименее изученной [8–9]. Предполагается, что высокая распространенность хронических воспалительных заболеваний среднего уха у детей с ВРГН связана с патологическим прикреплением мышц, натягивающих нёбную занавеску (*m. tensorvelopalatini*), к слуховой трубе, что нарушает её открытие [10–12].

Цель исследования. Изучение влияния различных факторов на тяжесть и частоту развития воспалительных заболеваний среднего уха у больных с врожденным несращением нёба.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было проведено исследование частоты и тяжести воспалительного процесса среднего уха у 168 больных с врожденным несращением нёба, поступивших за хирургической помощью в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2009 по 2013 г. Возраст больных колебался в пределах от полугода до 32 лет. Средний возраст больных составил 7,4 года.

У 83 больных расщелина имела левостороннее расположение, у 47 – правостороннее, у 38 больных наблюдались двусторонние расщелины нёба. 29 больных имели расщелину мягкого нёба, 2 твердого, 137 – сочетанный вариант.

За первичной хирургической помощью обратилось 128 пациентов, 30 пациентов были оперированы повторно, 10 пациентов перенесли более 2-х операций.

Всем больным до проведения оперативного вмешательства выполнялась отоскопия, отомикроскопия, тональная пороговая аудиометрия и, по показаниям, тимпанометрия и измерение акустического рефлекса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было проведено сравнение влияния различных факторов на выраженность нарушения функции слуха и воспалительного процесса среднего уха у больных с врожденным несращением нёба. В табл. 1 представлена частота нарушения слуха в исследованной нами популяции. Как видно из табл. 1, наибольшее количество случаев нарушения слуха определялось у больных с двусторонней расщелиной.

В дооперационном периоде среди 168 пациентов снижение слуховой функции было выявлено нами у 72 (44,4 %) больных. При этом тугоухость II ст. отмечалась у 24 (14,8 %) больных, I ст. – у 48 (29,6 %) (табл. 2). Воспалительные явления наблюдались у 65 (40,1 %), из них у 26 (16,04 %) они были выражены, у 39 (24,07 %) – легкой степени выраженности.

В ходе исследования сравнивалось влияние различных факторов на степень восстановления слуха в послеоперационном периоде, в т. ч. таких, как возраст на момент проведения оперативного вмешательства, вид операции, наличие предыдущих неудачных оперативных вмешательств и т. д.

Было установлено, что степень восстановления слуховой функции зависела от трех факторов:

- 1) возраста на момент проведения оперативного вмешательства;
- 2) числа предыдущих неудавшихся оперативных вмешательств;
- 3) применения восстановления анатомической и физиологической структуры мышц мягкого нёба.

Как видно из табл. 2, у группы больных, подвергшихся восстановлению мышц мягкого нёба отмечено значительное уменьшение частоты тугоухости и воспалительных процессов по сравнению с дооперационным

периодом и с группой больных, у которых мышцы мягкого неба после операции остались не восстановленными.

Из числа вышеуказанных 40 случаев рецидивов расщелин неба восстановительный период проходил более тяжело, который сопровождался многократными рецидивами тугоухости и выраженными воспалительными явлениями. К сожалению, среди больных с рецидивами лишь в 26 случаях (65 %) имелись местные условия для восстановления мышц мягкого неба. В остальных 14 случаях мышцы были либо сильно атрофированы, либо окружающая рубцовая ткань не позволила выделить их для восстановления. В табл. 3 представлена частота встречаемости тугоухости и воспалительных процессов уха в группе рецидивов.

Как видно из данных, приведенных в табл. 1–3, результаты лечения больных с восстановлением мышц мягкого неба значительно лучше таковых, у которых небажные мышцы остались не восстановленными. Однако у больных с рецидивами дефектов мягкого неба

акустическая система восстанавливалась хуже по сравнению с первичными больными.

При сравнении отдаленных функциональных результатов в разных возрастных группах наиболее благоприятные показатели отмечались у детей, восстановление мышц которым производилось в возрасте 4–8 лет. В группе до 4 лет показатели восстановления слуха и устранения воспалительных заболеваний уха были сравнимы с группой 4–8 лет, однако у данной категории лиц чаще возникали другие неблагоприятные осложнения в дальнейшем, как деформации лицевого черепа, а также натяжения мягких тканей лица за счет натяжения их рубцом.

Полученные данные подтвердили необходимость четкого планирования оперативного вмешательства у больных с врожденной расщелиной неба, с учетом возраста больного, наличия предыдущих неудачных операций. Наши данные совпадают с мнениями авторов [5; 9] о том, что достижение функционального восстановления органов и систем при данной аномалии (в т. ч. и

Таблица 1

Состояние слуховой функции у больных с врожденным несращением неба в зависимости от нозологической формы

Нозологическая форма	Число больных со слуховой функцией		Всего больных
	нормальной	нарушенной	
Двусторонняя полная расщелина неба	16	22	38
Односторонняя полная расщелина неба	70	29	99
Врожденная изолированная расщелина неба	10	21	31
Итого	96	72	168

Таблица 2

Оценка слуха и степени нарушения ВЗУ у больных с ВРН до и после проведения оперативного вмешательства ($n = 162^*$)

Группа		Без восстановления мышц мягкого неба ($n = 91$)		Восстановление мышц мягкого неба ($n = 71$)	
		до	после	до	после
Тугоухость	Выражена	12 (13,2 %)	3 (3,3 %)	12 (16,9 %)	–
	Легкая степень	25 (27,5 %)	18 (19,8 %)	23 (32,4 %)	5 (7,04 %)
	Отсутствует	54 (59,3 %)	70 (76,9 %)	36 (50,7 %)	66 (93 %)
Воспаление	Выражено	12 (13,2 %)	2 (2,2 %)	14 (19,7 %)	–
	Легкая степень	19 (20,9 %)	8 (8,8 %)	20 (28,2 %)	3 (4,2 %)
	Отсутствует	70 (76,9 %)	81 (89,01 %)	37 (52,1 %)	68 (95,8 %)

Примечание: *у 4 больных наблюдалось расхождение швов в первые сутки после проведения оперативного вмешательства, ввиду чего у данных больных оценка слуха и воспалительных процессов не проводилась.

Таблица 3

Нарушения слуха и воспалительные явления среднего уха в группе рецидивов

Группа	Тугоухость				Воспаление			
	Мышцы не восстановлены		Мышцы восстановлены		Мышцы не восстановлены		Мышцы восстановлены	
	до	после	до	после	до	после	до	после
Один рецидив	10	8	15	–	15	4	25	2
Несколько рецидивов	9	7	1	–	9	4	1	–
Итого	19	15	16	–	24	8	26	2

слуховой), зависит от восстановления мышц мягкого неба.

ВЫВОДЫ

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что на развитие отитов и тугоухости у детей с несращением неба влияют возраст больного на момент проведения операции, наличие предыдущих неудачных хирургических вмешательств на небе, а также степень восстановления мышц мягкого неба. Вышеуказанные факторы должны быть учтены при планировании оперативного вмешательства, для достижения оптимальных функциональных результатов и нормального психического развития ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артюшкевич А.С. и др. Ранняя уранопластика // Хирургия. Восточная Европа: тез. докл. Минск, 2013. С. 411-413.
2. Давлетшин Н.И. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Башкортостан: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009. 25 с.
3. Ешиев А.М., Давыдова А.К. Обзор эффективности оперативного лечения больных с врожденными расщелинами верхней губы, твердого и мягкого неба, получивших лечение в челюстно-лицевом отделении Ошской межобластной объединенной клини-

- ческой больницы за период с 2010 по 2012 г. // Фундаментальные исследования. 2013. № 5. С. 276-278.
4. Завьялов Ф.Н. и др. Особенности строения полости носа у детей с экссудативным средним отитом и врожденной несквозной расщелиной неба // Российская ринология. 2009. № 2. С. 107.
 5. Сутиев Т.К., Мамедов А.А., Негаметзянов Н.Г. Врожденная расщелина верхней губы и неба. Алматы, 2013. 122 с.
 6. Freeman A.K., Mercer N.S., Roberts L.M. Nasal asymmetry in unilateral cleft lip and palate // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. 2013. № 4 (66). P. 506-512.
 7. Lam D.J. et al. Impact of Cleft Width in Clefts of Secondary Palate on the Risk of Velopharyngeal Insufficiency // Arch. Facial. Plast. Surg. 2012. P. 34.
 8. Adenekan A.D. et al. Perioperative adverse airway events in cleft lip and palate repair // South Africa Journal Anaesthesia Analog. 2011. № 6 (17). P. 370-373.
 9. Sheahan P. et al. Incidence and outcome of middle ear disease in cleft lip and/or cleft palate // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2003. № 7 (67). P. 785-793.
 10. Moreira N.C. et al. Visualization of the Fetal Lip and Palate: Is Brain-Targeted MRI Reliable? // Cleft palate – craniofacial Journal. 2013. № 2. P. 133-144.
 11. Ходжамуратов Г.М., Шаймонов А.Х., Тухтаев Ф.М. Восстановление нормальной анатомии мышц мягкого неба при его врожденной расщелине // Вестник Авиценны. 2015. № 3 (64). С. 28-31.
 12. Шаймонов А.Х., Ходжамуратов Г.М., Кадыров М.Х. Применение фаренгиального лоскута для закрытия врожденных расщелин неба // Вестник Авиценны. 2015. № 4 (65). С. 28-32.

Поступила в редакцию 29 января 2016 г.

УДК 616.315-002; 616.28; 616.315-007.254
DOI: 10.20310/1810-0198-2016-21-2-567-570

MIDDLE EAR INFLAMMATORY DISEASES IN CONGENITAL CLEFT PALATE NONUNION

© A.K. Shaymonov, G.M. Khodzhamuradov, A.V. Gulin, I.I. Khukumatshoev

The article presents the results of the study of the incidence and characteristics of the course of otitis media in 168 patients with congenital cleft palate. Inflammatory diseases were detected in 72 (44.4 %) patients. It was found that the removal of inflammatory diseases of the middle ear depends on the patient's age at the time of surgery, recovery of muscles of the soft palate and the availability of relapse history of the patient.

Key words: congenital nonunion palate; eustachitis, deafness.

REFERENCES

1. Artyushkevich A.S. et al. Rannaya uranoplastika. *Tezisy dokladov "Khirurgiya. Vostochnaya Evropa"*. Minsk, 2013. pp. 411-413.
2. Davletshin N.I. *Reabilitatsiya detey s vrozhdennoy rasshchelinoy verkhney guby i neba v Respublike Bashkortostan*. Avtoreferat dissertatsii ... doktora meditsinskikh nauk. Moscow, 2009. 25 p.
3. Eshiev A.M., Davydova A.K. Obzor effektivnosti operativnogo lecheniya bol'nykh s vrozhdennymi rasshcheliniami verkhney guby, tverdogo i myagkogo neba, poluchivshikh lechenie v chelyustno-litsevom otdelenii Oshskoy mezhoblastnoy ob'edinennoy klinicheskoy bol'nitsy za period s 2010 po 2012 g. *Fundamental'nye issledovaniya*, 2013, no. 5, pp. 276-278.
4. Zav'yalov F.N. et al. Osobennosti stroeniya polosti nosa u detey s ekssudativnym srednim otitom i vrozhdennoy neskvoznoy rasshchelinoy neba. *Rossiyskaya rinologiya*, 2009, no. 2, p. 107.
5. Supiev T.K., Mamedov A.A., Negametzyanov N.G. *Vrozhden'naya rasshchelina verkhney guby i neba*. Almaty, 2013. 122 p.
6. Freeman A.K., Mercer N.S., Roberts L.M. Nasal asymmetry in unilateral cleft lip and palate. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.*, 2013, no. 4 (66), pp. 506-512.
7. Lam D.J. et al. Impact of Cleft Width in Clefts of Secondary Palate on the Risk of Velopharyngeal Insufficiency. *Arch. Facial. Plast. Surg.*, 2012, p. 34.
8. Adenekan A.D. et al. Perioperative adverse airway events in cleft lip and palate repair. *South Africa Journal Anaesthesia Analog*, 2011, no. 6 (17), pp. 370-373.
9. Sheahan P. et al. Incidence and outcome of middle ear disease in cleft lip and/or cleft palate. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2003, no. 7 (67), pp. 785-793.

10. Moreira N.C. et al. Visualization of the Fetal Lip and Palate: Is Brain-Targeted MRI Reliable? *Cleft palate – craniofacial Journal*, 2013, no. 2, pp. 133-144.
11. Khodzhamuradov G.M., Shaymonov A.Kh., Tukhtaev F.M. Vosstanovlenie normal'noy anatomii myshts myagkogo neba pri ego vrozhdennoy rasshcheline. *Vestnik Avitsenny*, 2015, no. 3 (64), pp. 28-31.
12. Shaymonov A.Kh., Khodzhamuradov G.M., Kadyrov M.Kh. Primenenie farengial'nogo loskuta dlya ukrytiya vrozhdenn-nykh rasshchelin neba. *Vestnik Avitsenny*, 2015, no. 4 (65), pp. 28-32.

Received 29 January 2016

Шаймонов Азиз Хусенович, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Душанбе, Республика Таджикистан, научный сотрудник отделения восстановительной хирургии, e-mail: scorpio-as@list.ru

Shaymonov Aziz Khusenovich, Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Dushanbe, The Republic of Tajikistan, Research Worker of Reconstructive Surgery Department, e-mail: scorpio-as@list.ru

Ходжамуратов Гафур Мухаммадмухсинович, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Душанбе, Республика Таджикистан, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отделения восстановительной хирургии, e-mail: gafur@tojikiston.com

Khodzhamuradov Gafur Mukhammadmukhsinovich, Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Dushanbe, The Republic of Tajikistan, Doctor of Medicine, Senior Research Worker of Reconstructive Surgery Department, e-mail: gafur@tojikiston.com

Гулин Александр Владимирович, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой биохимии и фармакологии, почетный работник науки и техники РФ, e-mail: gulin49@yandex.ru

Gulin Aleksander Vladimirovich, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Doctor of Medicine, Professor, Head of Biochemistry and Pharmacology Department, Honored Worker of Science and Technics of Russian Federation, e-mail: gulin49@yandex.ru

Хукуматшоев Ильхомуддин Исламович, Республиканский лечебный центр г. Душанбе, г. Душанбе, Республика Таджикистан, врач высшей категории отделения хирургии лор-органов № 2, e-mail: scorpio-as@list.ru

Khukumatshoev Ilkhomuddin Islamovich, Republican Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Dushanbe, The Republic of Tajikistan, High Level Certificate Physician of Ear Nose Throat Surgery Department no. 2, e-mail: scorpio-as@list.ru