

Затверджено
на засіданні кафедри
дитячої хірургічної стоматології
від “_____” _____ 2003 р.
протокол № _____
Зав. кафедрою _____ проф. Ткаченко П.І.

Дитяча хірургічна
стоматологія
стоматологічний
факультет IV курс

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ

ТЕМА: ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ОБЛИЧЧЯ:
НЕЗРОЩЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ.

1. МЕТА ЛЕКЦІЇ: а) навчальна;
б) виховна.

2. МЕТОДОЛОГІЧНА, ЗАГАЛЬНООСВІТНЯ І ПРОФЕСІЙНА
СПРЯМОВАНІСТЬ ЛЕКЦІЇ.

Незрощення верхньої губи і піднебіння відносяться до найбільш розповсюдженої патології щелепно-лицевої ділянки та складають 30% усіх вроджених вад людини. Частота народження хворих з розщілинами обличчя у світі, за даними ВООЗ, дорівнює 0,6 – 1,6 на 1000 новонароджених, у нас в країні – 1 на 600 - 1000 дітей. Велика кількість дітей, які народилися з цією патологією, потребує медичної допомоги з перших днів життя. Перед сучасною медициною стоїть завдання – профілактика захворювань людини. Тому знання цієї патології необхідні кожному майбутньому лікарю-стоматологу.

Лекційний матеріал спрямований ознайомити студентів з сучасним станом поширеності вроджених вад розвитку обличчя, визначити особливості перебігу захворювання в залежності від супутньої соматичної патології, розкрити питання етіології та патогенезу.

Лектором надаються сучасні класифікації вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння. Під час лекції необхідно показати студентам важливість клінічних та спеціальних методів обстеження хворих, визначити строки до проведення оперативних втручань та методику пластики верхньої губи і піднебіння, охарактеризувати особливості догляду за дітьми з вродженими вадами обличчя в післяопераційному періоді з метою запобігання та усунення ускладнень.

4. ХАРАКТЕР ЗВ'ЯЗКУ ЛЕКТОРА З СТУДЕНТАМИ:

- дати імпульс до формування у студентів основних принципів етики та деонтології на конкретному прикладі (демонстрування історії хвороби, малюнків, кодограм);
- дати зразок виховання у студентів особистості, самостійності та активності при вирішенні питань деонтологічного підходу до хворої дитини;
- на матеріалі лекції дати можливість розвинути у студентів почуття відповідальності за своєчасність та правильність професійних дій;
- розвинути у студентів уявлення про роль екологічних, соціально-економічних та професійних факторів у розвитку патології обличчя.

5. ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ, ВИНЕСЕНИХ НА ПІДСУМКОВИЙ КОНТРОЛЬ:

- 1) Ембріогенез обличчя та його порушення.
- 2) Етіологічні фактори і частота поширеності вроджених вад верхньої губи та піднебіння.
- 3) Анатомічні та функціональні порушення при даній патології.
- 4) Назвіть строки оперативних втручань при незрошеннях верхньої губи та піднебіння.
- 5) Методики пластики верхньої губи та піднебіння.
- 6) Ускладнення, що виникають після оперативних втручань при даній патології.

6. ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ:

№ п/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Тип лекції. Засоби активізації студентів. Матеріали методичного забезпечення.	Розподіл часу
1	2	3	4
1.	Підготовчий етап		5 хв.

1.1	Визначення навчальних цілей	п.2	
1.2	Актуальність теми лекції	п.2	
1.3	Мотивація	п.2	
2.	<p>Основний етап викладання лекційного матеріалу за планом:</p> <p>1.Визначення понять: вроджені вади розвитку обличчя, незрощення верхньої губи та піднебіння, хейлопластика, ураностафілопластика.</p> <p>2.Сучасні погляди на етіологію, патогенез вроджених вад обличчя.</p> <p>3.Класифікація незрощень верхньої губи та піднебіння.</p> <p>4.Анатомо-функціональні порушення при вроджених вадах розвитку обличчя.</p> <p>5.Визначення строків оперативних втручань.</p> <p>6.Методики пластики верхньої губи та піднебіння.</p> <p>7.Особливості післяопераційного догляду за дітьми з вадами обличчя.</p> <p>8.Розробка програм запобігання та усунування післяопераційних ускладнень.</p>	<p>Тематично-клінічна лекція з елементами проблемності.</p> <p>Слайди.</p> <p>Графологічна структура лекції.</p> <p>Таблиця, кодограма.</p> <p>Слайди, кодограми.</p> <p>Питання.</p> <p>Демонстрація історій хвороби, кодограми.</p> <p>Проблемні ситуації.</p> <p>Питання.</p>	75 хв.
3.	Заключний етап Резюме лекції.		10 хв.
3.1	Загальні висновки		
3.2	Відповіді на можливі запитання.		
3.3	Завдання для самопідготовки студентів.	Перелік літератури: Гуцан А.Э. Врожденные	

		<p>расщелины верхней губы и неба.- Кишинев: Штиинца, 1980.-142 с.</p> <p>Колесов А.А. Стоматология детского возраста.- М.: Медицина, 1991.- С.90-113.</p> <p>Организация диспансеризации, лечения и реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба // Метод. Рекомендации. – Донецк, 2000.- 31 с.</p> <p>Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К.: Червона Рута – Турс, 2000. – Т. III .- С. 205-242.</p>	
--	--	--	--

7. ОСНАЩЕННЯ ЛЕКЦІЇ:

- слайди - 11
- кодограми - 7
- таблиці - 1

8. ТЕЗИ ЛЕКЦІЇ.

Вроджені незрощення верхньої губи і піднебіння відносять до числа найбільш розповсюджених вад розвитку обличчя та складають 1/3 усіх вад людини. Частота вроджених незрощень обличчя серед новонароджених – 1 випадок на 600-1000 народжень.

Дефекти верхньої губи та піднебіння спостерігаються в місцях ембріональних зрощень. Під впливом несприятливих факторів, екзо- і ендогенного характеру, в період 2-3-го місяців ембріонального розвитку плода дитина може народитися з вадами верхньої губи і піднебіння. До екзогенних чинників вроджених незрощень обличчя слід віднести

вплив вірусів, бактерій та їх токсинів на розвиток плоду. Встановлено, що однією з причин, які викликають вади, є інфекційне захворювання людини і тварин - токсоплазмоз.

В літературі мають місце дані, що неповноцінне харчування матері під час вагітності, особливо недолік вітамінів, психічні і механічні травми, іонізуюча радіація можуть також бути причиною вроджених незрощень обличчя. До ендогенних факторів відносять спадкоємність, яка виявляється у 10-15% випадках.

При діагностиці незрощень верхньої губи та піднебіння ми використовуємо класифікацію Давидова Б.М., Новосьолова Р.Д. (1997).

При прихованих розщілинах верхньої губи спостерігається розщеплення м'язового прошарку зі збереженням шкіри і слизової оболонки. При неповній формі тканини губ не зростаються тільки в її нижніх відділах, а у основи носа є правильно розвинута ділянка. При повній розщілині не зростаються всі тканини на всьому протязі губи, від червоної облямівки до дна носової порожнини. Не залежно від форми незрощення верхня губа укорочена.

При розщілині верхньої губи у дитини з перших днів життя має місце порушення функції смоктання та дихання.

Вікові показання до пластики верхньої губи (хейлопластика):

- 1) рання пластика проводиться у пологових будинках або спеціалізованих хірургічних відділеннях на 2-12 день життя дитини;
- 2) оптимальний термін – 6-8 місяців дитини.

Методики пластики губи, які використовують хірургістоматологи, можливо умовно розподілити на 3 групи в залежності від форми розтинів на шкірі губи:

- 1) лінійні методики (Євдокімова, Лімберга, Міро);
- 2) методики, в основу яких покладено пересування трикутних шкіряних клаптів з різною величиною кутів (Теннісона, Обухової);
- 3) методики, які дозволяють подовжити верхню губу пересуванням чотирикутних клаптів (Гагердона, Ле-Мезурье, Гоцко).

Успіх відновлювального лікування деформацій верхньої губи в значній мірі визначається додержуванням вимог до ведення післяопераційного періоду. Вони спрямовані переважно на профілактику трофічних порушень з боку оперованих тканин, ускладнень запального характеру в ранні терміни після операції, а також на корекцію послідуєчого процесу рубцювання, який продовжується до року.

При незрощенні піднебіння має місце щілинний дефект, укорочення м'якого піднебіння, розширення середнього відділу глотки, різнобічні зубощелепні деформації. Виникають функціональні порушення смоктання, дихання, ковтання, а в подальшому і мовлення. У цих дітей виявляються захворювання верхніх дихальних шляхів і ЛОР-органів, у 10% хворих виникають порушення зору, психічні розлади, затримка фізичного розвитку.

Класичною операцією, яка забезпечує закриття щілини на всьому протязі, подовження піднебіння (ретротранспозиція), звуження середнього відділу глотки (мезофарінгоконстрикція) є радикальна ураностафілопластика за методом Лімберга.

При плануванні уранопластики необхідно враховувати індивідуальні особливості розщипленого піднебіння та достатність пластичного матеріалу.

Сучасні способи радикальної уранопластики застосовують у дітей в віці від 3 до 6 років.

Після виписки хворих направляють на логопедичне лікування і під нагляд ортодонтів обласного центру диспансеризації хворих з вродженими вадами обличчя.

Треба пам'ятати, що цей контингент хворих потребує підвищеної уваги практичних лікарів та органів охорони здоров'я, тому що ці діти є інвалідами дитинства.

ЛІТЕРАТУРА:

А) навчальна:

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – К.: Вища школа, 1985. – С. 173-200.
2. Гуцан А.Э. Врожденные расщелины верхней губы и неба. – Кишинев: Штиинца, 1980. – 142 с.
3. Колесов А.А. Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 1991. – С. 98-104.
4. Кручинский Г.В. Редкие врожденные синдромы лица и челюстей. – Минск, 1974. – 52 с.
5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К.: Червона Рута – Турс, 2000. – Т.ІІІ.- С. 205-242.
6. Харьков Л.В. Хирургическое лечение врожденных несращений неба. – К.: Здоровья, 1992. – С. 3-64.

Б) методична:

1. Мілержан В.Є. Методичні основи підготовки та проведення занять у медичних вузах. – Метод. рекомендації. – Київ, 1999. –68 с.

Методичну розробку лекції
підготувала
доц. Гуржій О.В.

Дата “ _____ ” _____ 2003 р.

СТРУКТУРНО-ЛОГІЧНА СХЕМА ЗМІСТУ ТЕМИ

ВАДИ РОЗВИТКУ ОБЛИЧЧЯ

Розщілина верхньої губи

Розщілина піднебіння

ЕТИОЛОГІЯ

Мультифакторіальна вада

фактор, який наслідується

екзогенні фактори :

- іонізуюча радіація;
- патогенна мікрофлора;
- стрес та інше .

ендогенні фактори:

- інфекційне захворювання;
- діабет;
- гінекологічні захворювання та інше.

КЛАСИФІКАЦІЯ

- 1) прихована;
- 2) неповна;
- 3) повна

- 1) комбінована;
- 2) ізольована;

- 1) одностороння;
- 2) двостороння;

Анатомічні порушення:
- наявність щілини

КЛІНІКА

- 1) прихована;
- 2) неповна;
- 3) повна;

- 1) м'якого піднебіння;
- 2) м'якого та твердого піднебіння;
- 3) альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння

- 1) одностороння
- 2) двостороння

- 1) комбінована;
- 2) ізольована;

Анатомічні порушення:
- наявність щілини;

- укорочення верхньої губи;
- деформація шкірно-хрящового відділу носа



Функціональні порушення:

- смоктання ;
- дихання.

- укорочення м'якого піднебіння;
- розширення середнього відділу глотки



Функціональні порушення:

- смоктання;
- дихання;
- ковтання;
- мовлення.

ЛІКУВАННЯ



Хейлопластика



Рінохейлопластика



Рінохейлогнатопластика



Ураностафілопластика