

На правах рукописи

Матвеев Константин Александрович

**ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЛОР-
ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ.**

14.00.04 - болезни уха, горла, носа
14.00.21- стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург
2009

Работа выполнена в Федеральном государственном учреждении «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла носа и речи Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи РФ»

Научные руководители:

Заслуженный врач РФ доктор медицинских наук профессор

Янов Юрий Константинович,

доктор медицинских наук доцент **Васильев Алексей Викторович**

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук профессор **Вержбицкий Геннадий Вацлович**

Доктор медицинских наук доцент **Яременко Андрей Ильич**

Ведущая организация:

Государственное высшее образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова Министерства обороны РФ»

Защита состоится «24» сентября 2009 г. в 13 часов на заседании диссертационного совета Д.208.091.01 в ФГУ «СПб НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий РФ» (190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая д.9).

Автореферат разослан «_____» _____ 2009 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Дроздова Марина Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Проблема врожденных пороков развития человека всегда являлась актуальной в медицинском, педагогическом и социальном аспектах.

По мнению многих исследователей, занимающихся решением данной проблемы, частота пороков в популяции является важным показателем состояния здоровья населения, а эффективность их лечения и реабилитации – главным показателем развития государства [Грасманис Н.В., 1983; Блохина С.И., 1992; Корнев А.Н., 1994; Белякова С.В., Фролова Л.Е., 1995; Белякова С.В. с соавт., 1996; Мамедов Ад.А., 1998; Spriesterbach et al., 1962; Stewart, 1991; Kummer Ann W., 2007].

Дети, родившиеся с врожденными пороками развития, составляют в целом от 1 до 12 % всех новорожденных. Однако результаты исследований последних лет показывают, что их количество непрерывно растет. Многофакторность причин, разнообразие проявления порока, сложность причинно-следственных механизмов не позволяют однозначно решить вопросы, касающиеся методов и сроков проведения хирургического лечения и реабилитационных мероприятий [А.А. Лимберг, 1927; М.Д. Дубов, 1960; В.С. Дмитриева, Р.Л. Ландо, 1968; Г.И. Семенченко, В.И. Вакуленко, 1968; Е.В. Гоцко, 1985; Самар Э.Н., 1987., 1995; Л.В. Харьков, В.И. Куцевляк, 1997; Мамедов Ад.А., 1998; Леонов А.Г., 2006]. Несмотря на определенные достигнутые в данной области успехи, количество вновь родившихся детей с врожденными дефектами нёба и челюстно-лицевой области в значительной степени превышает количество реабилитированных.

Системный анализ всех аспектов существующей проблемы показал, что она еще далека от разрешения. И в данном случае речь уже идет не о лечении и реабилитации детей с врожденными расщелинами, а о лечении (последовательном и неоднократном), педагогической, психологической и социальной реабилитации больных с врожденными дефектами верхней губы и нёба и их последствиями.

Удачные решения в данном направлении возможны только в условиях проблемного, интегративного и системного подходов с учетом достижений современной биологии, медицины, педагогики, поиском новых методологических и методических подходов к решению актуальной медицинской, педагогической и социальной проблемы.

Цель исследования

Цель исследования - повышение эффективности реабилитационной работы у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба на основе изучения необходимости и объёма дополнительной коррекции

анатомо-функциональных дефектов верхних дыхательных путей и среднего уха после операции уранопластики.

Основные задачи исследования

1. Изучить особенности патологии носа и околоносовых пазух у больных после уранопластики и установить объём и структуру коррекционного лечения.
2. Изучить особенности патологии состояний системы среднего уха у больных после уранопластики.
3. Изучить состояние проблемы лечения больных с врожденными расщелинами губы и нёба. Определить основные принципы организации реабилитации больных с врождёнными расщелинами нёба.

Научная новизна исследования

Впервые получены данные о структуре анатомо-функциональных дефектов артикуляционно-резонаторного отдела речевой системы, сохраняющихся после проведенной у больных с врождёнными расщелинами нёба операции уранопластики.

Впервые получены данные о структурных патологических изменениях в системе среднего уха, приводящих к нарушению слуховой функции и препятствующих нормализации голосовой и речевой функции. Выявлены особенности патологии со стороны ЛОР-органов у больных после уранопластики. На основе полученных данных определена наиболее оптимальная временная и организационная структура лечения и реабилитации больных с врождёнными расщелинами нёба.

Теоретическая и практическая значимость

Изучение анатомо-физиологических особенностей верхних дыхательных путей (голосового и артикуляционно-резонаторного отделов речевой системы), структур среднего уха после уранопластики у больных с врождёнными расщелинами нёба позволяет определять структуру и объём патологических дефектов с последующим и последовательным корригирующим лечением для создания наиболее оптимальных условий для проведения реабилитационных (педагогических и психологических) мероприятий.

Установлено, что после уранопластики сохраняются патологические изменения в системе среднего уха, что в последующем неблагоприятно сказывается на развитии речи.

Разработанная временная и организационная структура лечения больных с врождёнными расщелинами нёба позволяет создать наиболее оптимальные условия для их педагогической реабилитации.

Апробация и реализация результатов работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на конференции молодых ученых (Санкт-Петербург, 2004), на Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 150-летию со дня рождения Н.П. Симановского (Санкт-Петербург, 4-5 февраля 2004 года), на научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 2005), на 1 и 2 Всероссийских научно-практических конференциях «Комплексная реабилитация детей с врождёнными аномалиями головы и шеи». «Врождённая и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения» – 5 – 6 декабря 2002, 19-21 апреля 2006, Москва, МГМСУ.

Внедрение результатов в практику

Результаты исследования используются в научной и учебной работе в отделе патофизиологии верхних дыхательных путей и уха, отделе патофизиологии голоса и речи Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи, в клинической работе СПб НИИ ЛОР.

Материалы диссертационного исследования используются при чтении лекций, проведении практических занятий с клиническими ординаторами, слушателями циклов усовершенствования врачей, при проведении научно-практических и сертификационных семинаров для врачей и логопедов.

Объём и структура работы

Диссертация представлена на 118 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материалов и методов исследования, трех глав собственных результатов исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 190 источника отечественных (136) и иностранных (54) авторов. Материалы исследования представлены в 24 таблицах. Работа иллюстрирована 11 рисунками.

По теме диссертации опубликовано 11 печатных работ, 3 из них в издании, рекомендуемом ВАКом.

Положения, выносимые на защиту

1. Уранопластика, выполненная у больных с врождёнными расщелинами нёба, в полной мере восстанавливает основные витальные функции организма (питания и дыхания), но не устраняет

дефекты в артикуляционно-резонаторном отделе и в системе среднего уха.

2. Для повышения эффективности реабилитационной работы с больными врождёнными расщелинами нёба после уранопластики необходимо проведение корригирующего лечения, направленного на восстановление нарушений со стороны верхних дыхательных путей и среднего уха.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Организация и этапы исследования

Исследование проводилось в течение 2004-2009 гг. в отделе патофизиологии уха Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи.

Работа состояла из 3-х этапов.

На первом этапе изучались проблемы реабилитации и лечения больных с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба, изучение современных теоретических и методологических принципов и подходов к проведению исследования и лечения.

На втором этапе решались вопросы выбора наиболее оптимальных методов оценки проявлений патологических состояний ЛОР-органов у пациентов данной группы, решались задачи материально-технического обеспечения проведения констатирующего эксперимента и, соответственно, непосредственное его проведение, получения первичного материала для статистической обработки и разработки предложений по дальнейшему (корригирующему) лечению больных.

На третьем этапе параллельно проводились эксперименты, с помощью которых разрабатывались наиболее эффективные методики оценки состояния ЛОР-органов и проведения лечебных мероприятий после уранопластики и одновременно оценивалась их эффективность.

Материалы и методы

За период с 2004 по 2009 год обследовано 50 детей с врождённой расщелиной нёба (таблица 1) и 20 детей без врождённой расщелины нёба в качестве контрольной группы (таблица 2) по единой стандартизированной схеме.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по возрасту и полу, абс. число (%)

Возрастные группы	Количество больных					
	Пол					
	Мужской		Женский		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
От 3 до 5 лет	3	6	2	4	5	10
От 5 до 10 лет	4	8	3	6	7	14
От 10 до 14 лет	13	26	10	20	23	46
Старше 14 лет	6	12	9	18	15	30
Итого	26	52	24	48	50	100

Таблица 2

Распределение обследованных лиц контрольной группы по возрасту и полу, абс. число (%)

Возрастные группы	Количество обследованных					
	Пол					
	Мужской		Женский		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
От 3 до 5 лет	5	10	5	10	10	20
От 5 до 10 лет	5	10	5	10	10	20
От 10 до 14 лет	5	10	5	10	10	20
Старше 14 лет	5	10	5	10	10	20
Итого	20	50	20	50	40	100

Распределение больных по особенностям врождённого дефекта нёба представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение обследованных детей по виду врождённой расщелины верхней губы и нёба.

Вид расщелины	Количество детей	
	Абс. кол-во	%
Полная односторонняя левосторонняя	17	34
Полная односторонняя правосторонняя	15	30
Полная двусторонняя	3	6
Неполная	4	8
Срединная	11	22
Всего	50	100,0

Методы обследования:

Общеклинические и специальные методы исследования:

1. Оториноларингологическое обследование (отоскопия; передняя и задняя риноскопии; эндоскопия носа, носоглотки, глотки и гортани).
2. Скрининговое логопедическое обследование.
3. Осмотр челюстно-лицевым хирургом (оценка прикуса, состояние зубочелюстной системы, нёбно-глочного механизма).
4. Аудиторский анализ речи.

Методы исследования функционального состояния верхних дыхательных путей:

1. Риноманометрия.
2. Сахаринный тест.

Методы исследования среднего уха и слуховой функции:

1. Отомикроскопия.
2. Пороговая тональная аудиометрия.
3. Игровая аудиометрия.
4. Импедансометрия (тимпанометрия, АМР).

Статистическая обработка полученных результатов исследования проводилась с помощью основных методов медицинской статистики. Проводился расчет числовых характеристик случайных величин, среднего арифметического значения (\bar{x}), границ 95%-го доверительного интервала; расчет среднего квадратичного отклонения (σ); расчет средней ошибки средней величины (m_x).

Проверка статистических гипотез о различии средних величин проводилась с помощью сравнения 95% доверительных интервалов, а также с помощью критериев Стьюдента, Мэнна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при уровне значимости (p) менее 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Больные с врождённой расщелиной нёба после проведённой уранопластики предъявляли жалобы на изменения голоса и речи. Согласно результатам эндоскопического обследования полости носа и носоглотки, выявлено, что у 14 больных после уранопластики наиболее часто встречается гипертрофия нижних носовых раковин (28% случаев).

Из таблицы 4 видно, что у больных после уранопластики в 70% случаев встречается деформация мягкого нёба различной степени выраженности, связанная с перенесённой операцией. Гипертрофия глоточной и нёбных миндалин встречалась у 36% больных, а гипертрофия тубарных валиков в 12% случаев. Таким образом, у больных после уранопластики выявлена высокая частота встречаемости гипертрофических процессов в области лимфоидного глоточного кольца, что, по-видимому, объясняется развитием компенсаторных процессов в ответ на существующий дефект.

Таблица 4

Частота и структура анатомических особенностей ротовой полости и глотки. (абс., %)

Эндоскопические признаки	Количество больных	
	абсолютное	%
Гипертрофия нёбных миндалин	18	36
Деформация мягкого нёба	35	70
Гипертрофия глоточной миндаины	17	34
Гипертрофия тубарных миндалин	6	12
«Глубокая глотка» - несоответствие размеров носоглотки при нормальной длине и подвижности мягкого нёба	4	8

Средние величины общего носового сопротивления у обследованных больных, отражающие состояние дыхательной функции носа, представлены в таблицах 5 и 6. Исследование общего носового

сопротивления проводилось до, и после анемизации слизистой оболочки полости носа.

Из таблицы 5 видно, что имеются статистически достоверные отличия при всех видах расщелин по сравнению с показателями в контрольной группе. В 100% случаев наблюдались гипертрофические процессы со стороны слизистой оболочки полости носа, проведение анемизации слизистой оболочки не приводило к улучшению носового дыхания.

Таблица 5

Показатели дыхательной функции носа у больных до анемизации слизистой оболочки полости носа в зависимости от формы расщелины. (кПа*л⁻¹/с) (M ± m, p < 0,05)

Форма	Значение показателей
Полная левосторонняя	0,28 ± 0,01*
Полная правосторонняя	0,28 ± 0,01*
Полная двусторонняя	0,33 ± 0,02*
Неполная	0,28 ± 0,02*
Срединная	0,28 ± 0,015*
Контрольная группа	0,26 ± 0,005*

Примечание: * - различия со средними значениями нормы статистически значимы при p<0,05

Таблица 6

Показатели дыхательной функции носа у больных после анемизации слизистой оболочки полости носа. (кПа*л⁻¹/с) (M ± m, p < 0,05)

Форма	Значение показателей
Полная левосторонняя	0,27 ± 0,009*
Полная правосторонняя	0,27 ± 0,01*
Полная двусторонняя	0,32 ± 0,02*
Неполная	0,27 ± 0,02*
Срединная	0,27 ± 0,009*
Контрольная группа	0,23 ± 0,003*

Примечание: * - отличия достоверны от нормы при p<0,05

Средние величины, характеризующие состояние мукоцилиарной функции у обследованных больных, представлены в таблице 7.

Таблица 7

Усредненные показатели транспортной функции мерцательного эпителия у больных (мин) ($M \pm m$, $p < 0,05$)

Форма	Значение показателей
Полная односторонняя левосторонняя	$20,2 \pm 2,1$ *
Полная односторонняя правосторонняя	$21,34 \pm 2,2$ *
Полная двусторонняя	$22,24 \pm 2,2$ *
Неполная	$20,6 \pm 2,4$ *
Срединная	$22,14 \pm 2,6$ *
Контрольная группа	$16,2 \pm 1,4$

Примечание: * - отличия достоверны от нормы при $p < 0,05$

Как видно из данных, представленных в таблице, при всех формах врожденной расщелины нёба после уранопластики наблюдаются нарушения мукоцилиарной функции, которые отражаются, прежде всего, в резком угнетении двигательной функции мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа.

Структура и частота основных причин нёбно-глоточной недостаточности представлены в таблице 8.

Таблица 8

Структура и частота основных причин нёбно-глоточной недостаточности.
(абс.,%)

Причины	Количество больных	
	абсолютное	%
за счёт плохой подвижности нёбной занавески	9	18
за счёт плохой подвижности боковой стенки глотки (односторонней)	3	6
за счёт плохой подвижности боковой стенки глотки (двусторонней)	3	6
за счёт плохой подвижности всех структур нёбно-глоточного кольца	2	4
Итого	17	34

Таким образом, полученные результаты исследования, представленные в таблице 8, показывают, что у 17 больных (34%

наблюдений) уранопластика не достигла анатомического и функционального восстановления нёбно-глоточного кольца.

При этом у подавляющего большинства больных наличие нёбно-глоточной недостаточности связывается с функциональной недостаточностью мягкого неба как компонента смыкания.

Данные, характеризующие заболевания верхних дыхательных путей представлены в таблице 9.

Таблица 9

Распределение больных по основным нозологическим формам. (абс.,%)

Нозологические формы	Количество больных	
	абсолютное	%
Искривление перегородки полости носа	6	12
Вазомоторный ринит	12	24
Гипертрофический ринит	10	20
Аденоиды	7	14
Хронический тонзиллит (компенсированная форма)	1	2
Хронический фарингит	2	4
Хронический ларингит	1	2
Хронический рецидивирующий риносинусит	3	6
Полипозный риносинусит	7	4

Таким образом, у 76% больных выявлена патология носа и околоносовых пазух.

Сопоставительный анализ сроков проведения операций с сопутствующими диагнозами показал, что после проведения уранопластики в более старшем возрасте, чаще встречаются такие патологические состояния, как гипертрофический ринит и аденоиды. Выявленную тенденцию следует связывать с процессами вакантной гипертрофии, то есть закрытие дефекта нёба естественным путём.

В соответствие с выявленной патологией ЛОР-органов, больным проведено соответствующее лечение, которое включало в себя хирургическое и консервативное (таблица 10).

Таблица 10

Структура и частота оперативных вмешательств. (абс., %)

Вид оперативного вмешательства	Количество больных	
	абсолютное	%
Подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, латероконхопексия	18	36
Аденотомия	7	14
Тонзиллотомия	1	2
Синусотомия	2	4
Полипотомия	5	10
Фарингопластика	17	34

Согласно данным таблицы 10, основной объем оперативных вмешательств пришёлся на восстановление дыхательной функции носа (подслизистая вазотомия, латероконхопексия), которым подверглись 18 больных (36%). Фарингопластика была проведена 17 пациентам (34 % наблюдений).

Анализ состояния слуховой трубы (её глоточного отверстия) по результатам эндоскопического исследования представлен в таблице 11.

У 80% обследованных детей с врождённой расщелиной нёба выявлены различные признаки патологического состояния слуховой трубы (ее глоточного отверстия). Наиболее часто (в 36 %) наблюдалась наружная обструкция, связанная с гипертрофией лимфоидной ткани глоточной миндалины и задних концов нижней носовой раковины. В 24 % наблюдений была зарегистрирована зияющая слуховая труба, из них в 4% случаев выявлен патологический рефлюкс.

Сопоставительный анализ частоты, структуры и клинических проявлений патологии среднего уха показал, что у больных с врожденными расщелинами неба после уранопластики в большей степени страдает среднее ухо, при этом основные патологические изменения связаны со слуховой трубой.

Таблица 11

Частота и структура эндоскопических признаков патологии слуховой трубы у обследованных больных. (абс.,%)

Особенности	Количество больных	
	абсолютное	%
Патологический рефлюкс в тимпанальное отверстие слуховой трубы (4), связанный с:		
2) зиянием слуховых труб	2	4
3) рефлюкс, связанный с переполнением тубарного отверстия секретом (воспалительного характера)	2	4
II – обструктивная дисфункция (20)		
1) врожденная гипо- и аплазия тубарного отверстия	1	2
2) наружная обструкция	18	36
3) внутренняя обструкция,	1	2
III – «зияющие» слуховые трубы (16)		
1) при атрофических риносальпингитах	2	4
3) у детей с пороками твердого и мягкого неба	12	24

В результате проведенного аудиологического обследования удалось установить, что у большинства больных с врожденными расщелинами нёба после проведенной операции уранопластики сохраняются изменения в структуре среднего уха. Анализ структуры и частоты форм патологии слуховой системы показывает, что в 88 % наблюдений после операции уранопластики врождённые дефекты нёба сопровождаются устойчивыми нарушениями структур среднего уха и проявляются кондуктивной тугоухостью.

Таблица 12

Распределение больных по основным нозологическим формам патологии слуховой системы. (абс., %)

Нозологические формы	Количество больных	
	абсолютное	%
Хронический мезотимпанит	2	4
Адгезивный средний отит	8	16
Экссудативный средний отит	10	20
Хронический тубоотит	22	44
Сенсоневральная тугоухость	2	4

В соответствие с установленными диагнозами, отражающими патологическое состояние слуховой системы всем больным было проведено соответствующее лечение, которое включало в себя медикаментозный и физиотерапевтический аспекты, при необходимости были произведены оперативные вмешательства (таблица 13).

Таблица 13

Структура и частота оперативных вмешательств на среднем ухе. (абс.,%)

Вид оперативного вмешательства	Количество больных	
	абсолютное	%
Аттикоантротомия	2	4
Тимпанопластика	2	4
Миригготомия с тимпаностомией	8	16

Как видно по данным, представленным в таблице, основной объем (10 случаев) оперативных вмешательств преследовал цель улучшения вентиляции барабанной полости (восстановление слуха). Однако в 2 случаях были проведены saniрующие операции на среднем ухе, связанные с необходимостью ликвидации хронического очага инфекции.

Таким образом, проведение коррекционного хирургического лечения, связанного с патологией среднего уха, после уранопластики потребовалось 24 % обследованных больных. При этом, более чем 80 % больных нуждались в проведении консервативного лечения, направленного на восстановление функций слуховых труб.

Проведение корреляционного анализа показало, что имеется высокая обратная корреляционная связь ($r = 0,5$) между сроками проведения уранопластики и частотой поражения слуховой трубы.

При проведении тональной пороговой аудиометрии установлено снижение слуха у 88% обследованных. При этом, наименьшая встречаемость понижения слуха наблюдалась при неполной расщелине (50 % наблюдений) и срединной расщелине (72,73 %) а максимальная – при полной двусторонней (100 % наблюдений). Полученные результаты подтверждены данными объективного исследования - импедансометрией с регистрацией тимпанограммы типов «В» и «С».

Средняя величина повышения порогов восприятия звуков по воздушному типу проводимости составила $19,9 \pm 0,8$ ($p < 0,05$), что о первой степени кондуктивной тугоухости.

Таким образом, результаты исследования показали, что основная роль в обеспечении формирования и восстановления голоса и речи у больных с врождёнными расщелинами нёба принадлежит оториноларингологическому обеспечению, направленному на восстановление нормальной слуховой функции. Однако последнее невозможно без полноценного восстановления анатомических структур полости носа, глотки и их функций.

Результаты проведенного исследования еще раз подтвердили, что решать определенные проблемы в области диагностики, лечения и реабилитации больных с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба возможно только в рамках интегративного, системного подхода, основанного на положениях теории функциональных систем академика П.К. Анохина, К.В. Судакова, на положениях концепции самоорганизации.

ВЫВОДЫ

1. У больных с врождёнными расщелинами нёба после операции уранопластики отсутствуют проблемы, связанные с нарушением витальных функций - дыхания и глотания, однако операция не может обеспечить полное восстановление нормальной анатомической структуры и физиологической функции такого отдела речевой системы, как артикуляционно-резонаторного.

2. В артикуляционно-резонаторном отделе превалируют гипертрофические процессы, физиологическая сущность которых при наличии расщелины заключается в стремлении компенсаторных механизмов обеспечить полное или частичное закрытие имеющегося врожденного дефекта. При искусственной ликвидации сообщения между носовой и ротовой полостью данные последствия физиологических компенсаторных процессов превращаются в патологические явления, приводящие к нарушению воздушной проходимости носовых ходов.

3. У больных с врождённой расщелиной нёба наблюдаются патологические изменения дыхательной и двигательной функции мерцательного эпителия.

4. У больных с врождёнными расщелинами нёба после уранопластики сохраняются нарушения эквивалентной функции слуховой трубы (80 % наблюдений) и снижение слуха по кондуктивному типу у 84% больных.

5. Больные после операции уранопластики нуждаются в 80% в консервативном и хирургическом лечении гипертрофических процессов верхних дыхательных путей. При этом основными видами хирургического лечения являются нижняя подслизистая вазотомия с латероконхопексией, аденотомия и фарингопластика.

6. Больным с врождёнными расщелинами нёба после операции уранопластики необходима реабилитация (консервативная и хирургическая) хронического тубоотита, секреторного и адгезивного среднего отита.

7. В коррекционном хирургическом и консервативном лечении после операции уранопластики нуждаются 80 % больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Операция уранопластика должна проводиться в максимально короткие сроки, что позволит предотвратить развитие компенсаторных гипертрофических процессов в полости носа и глотке.

2. До проведения операции уранопластики больные с врождёнными расщелинами неба должны находиться под наблюдением оториноларинголога для проведения лечебных мероприятий, обеспечивающих предотвращение развития или купирование адгезивных явлений в структурах среднего уха.

3. После проведения операции уранопластики больным целесообразно проводить оториноларингологическое обследование, по результатам которого - соответствующее консервативное или хирургическое лечение патологии верхних дыхательных путей и среднего уха.

4. Все больные с врождёнными расщелинами неба после операции уранопластики нуждаются в постоянном динамическом наблюдении оториноларинголога для своевременного выявления возможной возрастной патологии верхних дыхательных путей (лимфоидного кольца глотки, околоносовых пазух) с целью профилактики развития вторичной кондуктивной тугоухости.

5. Устранение возможной нёбно-глоточной недостаточности необходимо проводить после восстановления анатомических и физиологических нарушений среднего уха.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Матвеев К.А. Критерии диагностики анкилоглоссии у детей и их значение для речевой реабилитации артикуляционных нарушений./К.А.Матвеев, А.С.Герасимова.//Новости оторинолар. и логопатол. 2002.-№1(29).-С.78-80.
2. Матвеев К.А. К вопросу о выборе тактики логопедической коррекции нарушений речи у детей с анкилоглоссией./К.А.Матвеев, А.С.Герасимова./ Мат. конф. “6-ые Царскосельские чтения”. СПб.:2002.-С.108-109
3. Матвеев К.А. Значение восстановления слуха для речевой терапии у детей с врождёнными расщелинами нёба./ К.А.Матвеев, М.Б.Самотокин, А.С.Герасимова, Мат. Всерос. конф., Комплексная реабилитация детей с врождёнными аномалиями головы и шеи, М.:, 2002, МГМСУ.-С.231-233.
4. Матвеев К.А. Слухо – речевая реабилитация детей с врождёнными расщелинами нёба в условиях стационара./ К.А.Матвеев, М.Б.Самотокин, А.С.Герасимова. // Новости оторинолар. и логопатол. 2002.-№ 4.-С.114-116.
5. Матвеев К.А. Хирургическое лечение и речевая терапия в структуре комплексной реабилитации детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба./ К.А.Матвеев, М.Б.Самотокин, А.С.Герасимова, Мат. науч. – практ. конф., каф. , посвящённой 10 – летию коррекционной педагогики и специальной психологии ЧГПУ. – Череповец, 2002, -С.91-93
6. Матвеев К.А. Клиническая диагностика и логопедическое обследование детей с врождёнными расщелинами нёба./К.А.Матвеев, А.С.Герасимова, Пособие для врачей,СПб.:, 2002,Спб НИИ ЛОР.-40с.
7. Матвеев К.А. Эндоскопическое исследование нёбно-глоточного смыкания у детей с врождёнными расщелинами нёба после уранопластики./К.А.Матвеев./ Мат. 7-го конгр. «Человек и здоровье».СПб.:2002.-С.23-25
8. Матвеев К.А. Хирургическое лечение и речевая терапия нёбно – глоточной недостаточности./ К.А.Матвеев, А.С.Герасимова, А.Ю.Юрков, Мат. 8-го конгр. «Человек и здоровье».СПб.:2003.-С.19-20
9. Матвеев К.А. Фарингопластика в структуре комплексной реабилитации пациентов с нёбно-глоточной недостаточностью./К.А.Матвеев./Мат. 8-го конгр. «Человек и здоровье».СПб.:2003.-С.21-22
10. Матвеев К.А. Феномен храпа у пациентов с врождённой расщелиной нёба./ К.А.Матвеев, Н.Н.Науменко./Мат. конф. к юбилею ВМедА им. Кирова,СПб.:, 2005,ВМедА им. Кирова. –С.65-67
11. Матвеев К.А.Хирургическое и речетерапевтическое лечение пациентов разного возраста с нёбно-глоточной

недостаточностью./К.А.Матвеев,А.С.Матвеева//Рос.оторинолар.,2009,приложение №2.-С.229-232

Подписано в печать с оригинал-макета 00.00.09
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная. Печать ризография.
Печ. л. 1,25. Тираж 100 экз.
Заказ 374.
Типография ПГУПС. 190031, СПб., Московский пр.,9.