

Vörös Krisztina  
Seper László

# ***Mosolyogj bátran!***

---

Útmutató az  
ajak- és száypadhasadékos  
gyermek kezeléséhez



## **Tartalom:**

Bevezető -----	2
Archasadékos fejlődési rendellenességek előfordulása-----	3
Archasadékok kialakulásának okai, a megelőzés lehetőségei-----	4
Archasadékok formái -----	5
A gyermek táplálása -----	7
Archasadékok kezelése -----	8
Ajakhasadékok kezelése -----	9
Szájpadhasadékok kezelése -----	9
Ajak- és szájpadhasadékok kezelése -----	10
Állcsonthasadékok kezelése-----	10
Középfül kezelése -----	11
Fogszabályozó kezelés -----	11
Logopédiai kezelés-----	13
Általános fogászati gondozás -----	13
Korrekciós műtétek -----	14
Beszédjavító műtétek -----	14
Orrsövényplasztika -----	14
Orrkorrekciók-----	15
Heg- és lágyrészkorrekciók -----	16
Csontkorrekciós műtétek -----	16
Hasadékos utógondozás - kontrollvizsgálatok -----	18
Fontos tudnivalók -----	19
Irodalom-----	20
Hasznos kiadványok -----	21
Impresszum -----	22

## **Bevezető**

Kedves Szülőtársaink!

A mi gyermekünk is archasadékkal született, és valamikor mi is éppen azokkal a kérdésekkel foglalkoztunk, amelyekkel most Önök kénytelenek szembenézni. Mi sem tudtuk, hogy mivel jár ez a fejlődési rendellenesség, és mi sem tudtuk elképzelni, hogy a kezelés mit jelent gyermekünknek. Visszagondolva erre az időszakra, a legnagyobb gondunk a megfelelő információ hiánya volt. Ezzel az útmutató füzettel a hiányt szeretnénk pótolni. A füzet nagy vonalakban bemutatja a nem titkoltan hosszadalmas kezelést, amelynek eredményeként az Önök együttműködésével elérhető, hogy gyermekük és az egészségesen született gyerekek között a későbbiekben sem beszédben, sem külsőben semmiféle feltűnő különbséget ne lehessen felfedezni.

Természetesen tudjuk, hogy a füzetben leírt tudnivalók nem elegendőek ahhoz, hogy a gyermekükkel kapcsolatos problémákkal sikeresen megbirkózzanak. Saját tapasztalataink alapján szeretnénk segíteni Önöknek a hétköznapiakat kísérő nehézségek leküzdésében. Mi is rengeteg segítséget kaptunk. Az egyesület azonban többet adott. Sorstársakra akadtunk. A megoldáshoz szükséges információkon túl mindnyájunknak segített a tudat, hogy nem lehetetlen úrrá lenni a problémákon és ez már másnak is sikerült. A kitartó keresgélés és próbálkozás vezetett mindnyájunkat saját, egyéni útunk megtalálásához. Közben barátok lettünk, és most ezt a barátságot ajánljuk fel Önöknek is!

Tisztelt Kollégáink!

Archasadékos gyermekek kezelésével foglalkozó gyermekgyógyászok, szoptatási tanácsadók, szájszabeszek, fogorvosok, fül-orr-gégészek és logopédusok vagyunk. Munkánk során gyakran tapasztaltuk a gyermekekkel kapcsolatba kerülő más gyógyító szakmák képviselőinek tanácsstalanságát. A kezelés összetett, több szakma összehangolt és állandó együttműködését igénylő feladat. Ezzel az útmutató füzettel összefoglalót szeretnénk átnyújtani, amely remélhetőleg segíti Önöket az archasadékos gyermekekkel kapcsolatos munkájukban.

## Archasadékos fejlődési rendellenességek előfordulása

Magyarországon évente 1000 újszülöttből kettő születik ajak-, áll- és szápadhasadékkal. Így ez a rendellenesség a szívvel kapcsolatos elváltozások után a második leggyakoribb a veleszületett fejlődési rendellenességek sorában. Gyakrabban fordul elő a bal oldalon, illetve fiúknál. Ha a családban már volt ilyen fejlődési rendellenesség, akkor annak ismételt fellépése valószínűbb, mint a nem érintett családokban (1. kép).

Az izolált szápadhasadékok előfordulása ritkább. Körülbelül minden 1500 újszülöttből egy születik izolált szápadha-



1 Archasadék egy családon belüli többszörös előfordulása

sadékkal. Gyakrabban fordul elő lányoknál. Az ismételt előfordulás valószínűsége nagyobb újbóli gyermekvállalás esetén, ha a családban már előfordult izolált szápadhasadék.

Rokonsági kapcsolat az újszülöttel	valószínűség
szülők hasadék nélkül születtek	
már egy gyermek hasadékkal született	4-5 %
már két gyermek hasadékkal született	9 %
<b>már egy szülő hasadékkal született</b>	
még egy gyermek sem született hasadékkal	4-5 %
már egy gyermek hasadékkal született	13-14 %
másodfokú rokon már hasadékkal született	< 1 %
harmadfokú rokon már hasadékkal született	< 0.5 %

**t1** Gyermekvállalás esetén az ajak-, állcsont- és szápadhasadék fellépésének valószínűsége

Rokonsági kapcsolat az újszülöttel	valószínűség
szülők hasadék nélkül születtek	
már egy gyermek hasadékkal született	2 %
<b>már egy szülő hasadékkal született</b>	
még egy gyermek sem született hasadékkal	6 %
már egy gyermek hasadékkal született	15 %
másodfokú rokon már hasadékkal született	< 1 %
harmadfokú rokon már hasadékkal született	< 0.5 %

**t2** Gyermekvállalás esetén az izolált szápadhasadék fellépésének valószínűsége

## **Archasadékok kialakulásának okai, a megelőzés lehetőségei**

Az archasadékok kialakulásának okai részleteiben ma még nem ismertek. A manapság leginkább elfogadott tudományos magyarázat szerint a meglévő öröklött hajlam és a külvilág kedvezőtlen hatásainak együttese felelős az archasadékok kialakulásáért. Több gén örökletes elváltozása okozza, hogy a fejlődést károsító hatásokkal szemben az elvárhatónál alacsonyabb lesz az embrió ellenállása. Ha az érintett gének hibásak, a kedvezőtlen környezeti hatások – gyógyszerek, röntgensugarak, fertőzések, lelki terhelés vagy akár erős zaj – archasadékok kialakulásához vezethetnek. Az arc anatómiai struktúráinak összeolvadása a méhen belüli fejlődéskor órákon belül végbemegy, a felsorolt környezeti ártalmak eközben hatnak, és a gyermekben relatív oxigénhiányos állapotot idéznek elő. Ez okozza az arc- és a szájüreg egyes részei összeolvadásának zavarát, és így a hasadékok kialakulását. Az örökletes komponensek befolyásának aránya mintegy 15-30% -ra tehető. Ez az oka annak, hogy az érintett családokban gyakrabban lép fel ismételt ten archasadék.

Mindezek ellenére a klinikai megfigyeléseknek és a statisztikai vizsgálatoknak köszönhetően ismertek olyan módszerek, amelyek segítségével az érintett családokban az archasadékok ismételt fellépése megelőzhető. Ezek ugyan nem biztosítanak száz százalékos garanciát a hasadékok megelőzésére, de jelentősen csökkentik kialakulásuk valószínűségét. A preventív módszerek három területet érintenek: a leendő édesanya egészségi állapotának optimalizálását még a terhes-

ség előtt, az úgynevezett terhességi higiénia és a megfelelő preventív készítmények szedését.

Gyermekvállaláskor a leendő édesanya a terhesség előtt vegyen részt teljes körű orvosi kivizsgáláson. Az orvos egy ilyen kivizsgálás során felfedezhet és kezelhet meglévő betegségeket, mint például krónikus gyulladásokat, vérszegénységet. Az ajakhasadékok a terhesség első hónapjának végén, a szájpadasadékok a terhesség második hónapjának végén alakulnak ki. A gondos terhességi higiénia ezért különösen a terhesség első három hónapjában fontos. Ez magában foglalja a nikotin, az alkohol, a kábítószerek, a gyógyszerek kerülését, különös tekintettel a fájdalomcsillapító-, az altató- és nyugtatószerekre. Ezen felül a röntgensugarak, a fertőző betegségek, a vérátömlesztés és az általános testi és lelki túlterhelés elkerülését. A javasolt készítményeket az esetleges fejlődési rendellenességek megelőzésére a terhesség első három-négy hónapjában ajánlatos szedni. Ezek a készítmények javítják a gyermek oxigén felhasználását az anya véréből, és bizonyított módon mellékhatásoktól mentesek. Lehetnek multivitamin készítmények, mint például az Elevit®Pronatal, oxigén dúsító gyógyszerek, illetve különböző B-Vitamin készítmények (pl. a terhesség első négy hónapjában naponta 300 mg B1-Vitamin).

## **Archasadékok formái**

Az archasadékos fejlődési rendellenesség alatt az ajak, az állcsont és a szájpád területén lévő folytonossághiányt, más szóval hasadékot értjük. Az egyes hasadékformák a kezdetleges arcnyúlványok elégtelen egybeolvadásának következtében alakulnak ki a terhesség korai szakaszában. A hasadék korlátozódhat csak az ajakra (izolált ajakhasadék, 2.



**2** Jobboldali izolált ajakhasadék



**3** Jobboldali ajak- és állcsonthasadék

kép), illetve az ajakra és a mögötte fekvő állcsontra (ajak- és állcsonthasadék, 3. kép). Izolált állcsonthasadék nem létezik, csak ajakhasadékkal vagy ajak- és szájpádhasadékkal együttesen. A hasadék miatt az orrbemenet és a szájjüreg között közvetlen kapcsolat alakul ki, a száj körkörös izomgyűrűje nem alkot zárt gyűrűt, a fel-

ső ajak területén az izmok rendellenesen tapadnak az orrsövény illetve az érintett oldali orrszárnny tövében. A hibásan tapadó izmok húzása okozza a jellegzetes orrdeformitást. Az állcsont hasadék a fogmedernyúlvány (a fogmedernyúlvány az állcsontnak az a része, ahol a fogak ülnek) folytonosságának hiányát jelenti. Ritkán fordul elő inkomplett ajakhasadék. Ilyenkor a bőr intaktt marad, de az alatta húzódó izmok között a folytonossághiány fennáll. Inkomplett ajakhasadékoknál az ajak vagy az orr formája lehet rendellenes, sokszor azonban csak egy behúzóds jelzi a felső ajak bőrén vagy az ajakpíron az izmok folytonossághiányát (4. kép). A



**4/a,b** Inkomplett ajakhasadékok

szájpád hasadéká érintheti csak a lágyszájpádot (izolált lágyszájpád vagy inkomplett szájpádhasadék, 5. kép) vagy végighúzóds-



**5** Izolált lágyszájpádhasadék

hat az egész (lágý és kemény) szápadon (teljes szápadhasadék). A kemény szápad folytonossághiánya miatt az orrüreg és a száüreg közös üreget alkot. A lágý szápad hasadéká miatt annak izmai nem alkotnak zárt, jobbról balra teljes ívet, hanem hibásan tapadnak a jobb, illetve a bal oldalon. A kemény szápad izolált hasadéká a lágý szápad hasadéká nélkül nem létezik. A hasadék korlátozódhat csak a szápadra (izolált szápadhasadék, 6. kép),



6 Izolált szápadhasadék

vagy kombinálódhat ajak- és állcsonthasadékákkal (ajak-, állcsont- és szápadhasadék, 7. kép). Ajak-, állcsont- és szápadhasadék



7 Baloldali ajak-, állcsont- és szápadhasadék

együttes fellépésekor a szápadhasadék értelemszerűen lágýszápadig húzódik. A kemény szápadot is érintő hasadékok - noha úgy tűnik, hogy mindig a középvonalban futnak -, egy- vagy kétoldaliak. Attól függően jobb- vagy baloldaliak a hasadékok, hogy az orrsövény melyik oldalán helyezkednek el, azaz melyik orrüreg



8 Izolált lágýszápadhasadék nyálkahártyahíddal

alkot egy teret a száüreggel. Ha a szápad egyik oldalon sem nőtt össze az orrsövényvel, kétoldali szápadhasadékáról beszélünk. A lágýszápadhasadékok mindig középvonaliak (8. kép). Egyoldali ajak- és állcsonthasadék kombinálódhat azonos oldali vagy kétoldali szápadhasadékákkal. Kétoldali ajak- és állcsonthasadék rendszerint kétoldali szápadhasadékákkal kombinálódik. A lágý szápad izolált hasadéká lehet inkomplett. Ennek legenyhébb formája a nyelvcsap megkettözödése. Máskor a nyálkahártyán ugyan nem látszik hasadék, de az alatta húzódó izmok között a folytonossághiány fennáll (9. kép).



9 Felnőttkorban a jellegzetes beszédhiba alapján véletlenül felfedezett szubmukózus szápadhasadék



## A gyermek táplálása

A szülést követő első probléma, amelylyel a szülők szembesülnek. Általában igaz, hogy az archasadékos gyermekek táplálása több időt vesz igénybe és nehezekebb. Türelemmel, megfelelő ismeretekkel és kellő figyelemmel azonban ez a gond áthidalható.

Az ajak- illetve ajak- és állcsonthasadék csak a mellbimbó bekapását nehezítheti. Ha ez sikerül, a gyermekek szoptatása többnyire problémamentes. Ajak-, állcsont- és szájpadhasadék, illetve izolált szájpadhasadék fenállásakor a száj és az orrüreg átjárhatósága folyamatos. Ezért a gyermek nyelvvel nem képes a mellbimbót a szájpadhoz szorítani, továbbá nem képes vákuum előállítására a szájüregben. Ez az oka, hogy a szoptatás komoly nehézséggel jár, vagy egyáltalán nem sikerül. Ennek ellenére javasoljuk, hogy folyamatosan próbálkozzanak vele. Vákuum kialakítása, azaz a mell megszívása a gyermek szájában csak a mellbimbó megfelelő elhelyezéséhez kell. Az a közismert nézet, hogy a vákuum a tej kiürítéséhez kell, nem igaz. A tejet a mellbimbó szájpadhoz szorításával szopják ki a csecsemők. Szájpadhasék fenállásakor a táplálási nehézség csak a szájpadhasadék zárása után szűnik meg. Az ajakhasadék zárása a táplálási nehézséget nem befolyásolja. Az anya megpróbálhatja az ajakhasadékot az emlő segítségével eldugaszolni, illetve nagy türelemmel szoptatás nélkül, üvegből is kielégítően tudja a gyermeket táplálni. Erre a célra a legalkalmasabb a lefejt anyatej. Megkönnyíti a gyermeknek a tej felvételét, ha a cumit nem a tetején, hanem az oldalán lyukasztjuk ki. Ezáltal a tej a szájüregben oldalt folyik le, és amikor

a gyermek lenyeli, lassan kerül a garaton keresztül a gyomorba. A kereskedelmi forgalomban kapható anyatej pótló szerek segítségével az anyatej besűríthető abban az esetben, ha a gyermek a túl heves nyelés hatására hányni kezdene. Nagyon ritka esetben, ajak- és szájpadhasadék együttes fenállása esetén előfordulhat, hogy a táplálás csak mesterségesen, szondán keresztül lehetséges. A szonda elhelyezését, és a táplálás módjának meghatározását ebben az esetben leghelyesebb gyermekorvosra bízni. További részletes tanácsokat találnak a gyermekek táplálásáról „Légy egy kis türelemmel!” című tájékoztató füzetünkben.

## **Archasadékok kezelése**

Az archasadékkal született gyermekek kezelésének célja, hogy az ötödik életév betöltésekor már helyesen tudjanak beszélni, és csupán az ajak alig látható hege „különböztesse meg” őket az egészségesen születettektől, így beiskolázásuk már zavartalan legyen.

Ennek feltétele, hogy a kezelés a születést követően megkezdődjék, és később is (végső soron a gyermek 18 éves koráig) következetesen folytatódjék. A siker alapja, hogy a szülők elfogadják, a rendellenesség egyetlen operációval többnyire nem „oldható” meg. Másrészt tudnunk kell, hogy a gyermek rendellenessége fejlődésének oly sok területét érinti, hogy a sikeres kezeléshez több szakterület orvosainak tartósan összehangolt együttműködésére van szükség. A gyógyító csapat általában gyermekorvosokból, szoptatási tanácsadókból, szájszabeszből, fogszályozó fogorvosokból, fül-orr-gégészekből és logopédusokból áll.

Az archasadékok kezelésének alapja a sebészeti zárás (10. kép). Fontos hangsúlyozni, hogy az archasadékos gyermekek-

nél a hasadék rémisztő látványa ellenére „semmi sem hiányzik”. A bőr és a nyálkahártya folytonossághiányán kívül, minden csontos sruktúra adott, csak az izmok tapadása és lefutása rendellenes. Ezért a hasadékzárás során elsődleges az izmok felszabadítása és megfelelő rekonstrukciója. A helyes műtéti koncepciót jellemzi, hogy a zárás során minden anatómiai egység (orralap, orrüreg alapja, száj körüli izomgyűrű, lágy szápad izmai stb.) teljes mértékben helyreállításra kerül. A lágyrészek működésének helyreállítása a csontos struktúrák és ezzel az arc egésze harmonikus fejlődésének alapjait teremti meg.

A különböző gyógyászati centrumokban a műtétek időpontja és sorrendje ugyan némiképp eltérhet, de a beavatkozásoknak alapjaikat tekintve azonosaknak kell(ene) lenniük. A mai modern sebészeti koncepciók az esetek többségében már a gyermek első életévének végére mind az ajak mind pedig a szápad (lágy és kemény) hasadékát zárják, biztosítva ezzel az arc harmonikus fejlődését és a beszéd zavartalan kialakulását.

10 Archasadék sebészeti zárása



## Ajakhasadékok kezelése

A műtéti kezelés alapja az összetartozó anatómiai struktúrák műtéti egyesítése, összevarrása. A modern műtéti technikák nemcsak az izmokat, a bőrt és az ajak nyálkahártyáját egyesítik, hanem magukba foglalnak egy plasztikai orrkorrekciót is. Ajak- és állcsonthasadéknál az orralap egyidejű kialakítását is el kell végezni. Csak a funkcionális egységek teljes helyreállításával lehet az arc harmónikus fejlődését biztosítani, és a hegkialakulás mértékét a felső ajak területén a minimumra csökkenteni. Ezért az első műtét sikere kiemelkedő jelentőségű. Eredménye meghatározza a gyermek későbbi sorsát.

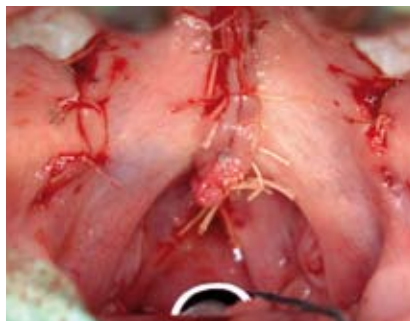
A műtét időpontját elsősorban a gyermek fejlődése határozza meg, rendszerint 3-6 hónapos korban kerül sor rá. Ekkorra az ajakizmok pár hónapig tartó használatuk miatt már sokkal jobban láthatók és tapinthatók, így sikeresebben zárhatók össze. Pár hónapos korban a kórházi kezelés és az altatás a gyermekeknek kevésbé megterhelő. Az operáló centrumok túlnyomó többsége szerint a beavatkozás szempontjából ideális a születési testsúly duplája, de legalább az 5-6 kg-os testsúly elérése. A gyermek általános állapota (pl. betegség, megfázás) vagy esetleges további fejlődési rendellenessége (pl. szívfejlődési rendellenesség) miatt a műtét időpontja eltolódhat.

A kétoldali ajakhasadékokat egyes gyógyászati centrumokban két műtéttel zárják, a beavatkozások között 6-8 hetes várakozási idővel. Ajak- és állcsonthasadéknál az állcsonthasadék zárására az ajakhasadék zárásától függetlenül a gyermek 8-12 éves korában kerül sor. Esetenként kisebb orr- és ajakkorrekciók a besikolázás előtt vagy később szükségesek

lehetnek. Ezekről részletesebben a korrekciós műtétek bemutatásakor írunk.

## Szájpadhasadékok kezelése

A szájpadhasadék eredményes kezelése rendkívül fontos, hogy a gyermek hangképzése, beszédének kialakulása, orrlégzése és táplálkozása zavartalan legyen. Az izmok rendellenes tapadásának felszabadításával és gondos újraegyesítésével, a lágy szájpad működésének teljes értékű helyreállításával az esetek túlnyomó többségében a fülkürtök szellőzése is helyreáll. A szájpadhasadékok zárása is az összetartozó anatómiai struktúrák műtéti egyesítését jelenti. Fontos minden szövetréteg (az orrüreg nyálkahártyájának, az izmoknak és a szájúregi nyálkahártyának) gondos összevarrása (II. kép). A gyer-



II Közvetlenül a szájpadhasadék záró műtét utáni állapot sebészeti fonalakkal

mekek zavartalan beszédfejlődésének alapja a szájpad teljes rekonstrukciója a hangképzés megkezdése (a gyermek körülbelül egyéves kora) előtt, ugyanakkor a korán elvégzett szájpad rekonstrukciónál a operációs hegek a csontok fejlődését előnytelenül befolyásolhatják. Ezt korábban a szájpad két lépcsőben történő zárásával próbálták meg áthidalni. Az új tudományos eredmények azonban egyér-

telműen bebizonyították, hogy a megfelelő operációs technikával elvégzett szájpadzárások a csontok növekedését nem befolyásolják hátrányosan. Ugyanakkor a beszédfejlődés hiányosságai, a hangképzés zavarai nagyon nehezen korrigálhatók. Ezért manapság egyre gyakoribb, hogy a lágy- és a keményszájpad zárása a gyermek egyéves kora körüli időszakra befejeződik. Ha a szájpadzárás nem tökéletes, vagy sebgyógyulási zavar következtében rés marad egy rövid szakaszon, ennek zárását későbbi időpontban el kell végezni. Amennyiben a gondosan elvégzett műtét és a rendszeres logopédiai gyakorlatok ellenére hangképzési és beszédzavarok állnak fenn, a gyermek hároméves kora körül, de legkésőbb a beiskolázásig szükség lehet egy úgynevezett beszédjavító műtetre.

## Ajak- és szájpadhasadékok kezelése

Ajak- és szájpadhasadék együttes fennállásakor a fenti műtétek kombinálódnak. A műtétek eredményeként a gyermek első életvének végére az ajak- és a szájpadhasadék bezárása, az anatómiai struktúrák rekonstrukciója megtörténik.

## Állcsonthasadékok kezelése

Az állcsonthasadék az egyedüli hasadék, amelyet a gyógyászati centrumok túlnyomó többségében a gyermek beiskolázásáig nem zárnak be (12. kép). Záraskor a fogmedernyúlvány folytonossághiányát, a fogak között a csonthiányt csípőből kivett csont beültetésével lehet pótolni. A pótlás eredményeként a fogsor szabályos íve kialakítható. A műtetre, a hasadék mellett előbújó maradó fogak fejlődésétől függően, a gyermek 8. és 12.

életéve között kerül sor. A beavatkozás időpontját a kezelést végző fogorvos és sebész közösen határozza meg. A műtét során, ha a fogszabályozó fogorvos javasolja, esetleges számféletti fogak eltávolítására is sor kerülhet, illetve a beavatkozással az előbújásban akadályozott fogak előtörését is lehetővé teszik.



**12a** Jobboldali ajak-, állcsont- és szájpadhasadék. Az állcsonthasadék képe a gyermek 5 éves korában az állcsonthasadék zárása előtt



**12b** A fogmeder és a fogak képe a gyermek 11 éves korában az állcsonthasadék zárását követően



**12c** A fogmeder és a fogak képe a gyermek 13 éves korában a fogszabályozó kezelés befejezésekor

## **Középfül kezelése**

A garat és a középfül egy csatornán (Eustach-kürt) keresztül áll egymással összeköttetésben. Ez a csatorna a középfül szellőztető járata is az orr-garat tájék felé. Ezen a járaton keresztül a középfülből folyadék is elfolyhat a garatba. A járat torkolata a légyszájpadlás szomszédságában van, és nyeléskor a szájpadizmok húzása révén nyílik. Légyszájpadhasadék esetén a izmok hibás tapadása miatt elégtelen a járat nyitása, és ezáltal akadályozott nyomáskiegyenlítő funkciója. Az elégtelen nyitás illetve a hiányzó nyomáskiegyenlítés miatt kialakuló „negatív nyomás” miatt a folyadék a középfülből nem tud a garatba elfolyni, felgyülemlik. A pangó folyadék kedvez a krónikus középfülgyulladás kialakulásának. A felgyülemlett folyadék idővel besűrűsödik és akadályozza a hang továbbvezetését. A lelassult és tompult hangvezetés nagyothallást okoz, illetve a felgyülemlett folyadék és a tartós gyulladás a középfül fejlődésének zavarához vezet, ami marandó halláskárosodást okozhat. A tartós halláskárosodás veszélye minden légyszájpadhasadékos gyermeknél fennáll. A tartós halláskárosodás a beszéd kiala-



14 Gyermek fül-orr-gégész behelyezi a tubacsövet

kulását is akadályozza. Mindezekből következően a szájpadhasadék zárása mellett különösen fontos a fül-orr-gégészeti kezelés mielőbbi megkezdése is. Ennek során a fül mikroszkópos vizsgálatát követően már csecsemőkorban megállapítható a középfül szellőzésének zavara. A kezeléskor a fül-orr-gégész a dobhártyát bemetszi („felszúrja”), és behelyez egy szellőző csövecskét az úgynevezett tubacsövet (14. kép), aminek segítségével tartósan biztosítja a fülnek a folyadékelhelyezési és szellőzési lehetőséget. A tubacsövet gyakran a hasadékzáró műtét során helyezik be. A szájpadhasadék zárását követően a középfül megfelelő szellőzésének helyreállása hosszabb időt is igénybe vehet, ezért fontos a további rendszeres fül-orr-gégészeti kontroll.

## **Fogszabályozó kezelés**

Egyes gyógyászati centrumokban a szájpadhasadékos újszülöttek egybenyíló orr- és szájüregét egy műanyag lemezzel, egy úgynevezett szájpadlemez behelyezésével már újszülöttkorban elválasztják. Ezzel próbálják meg könnyíteni az egybenyíló orr- és szájüreg miatt nehéz szopást illetve nyelést, és próbálják normalizálni a nyelv helyzetét. Széles hasadék esetén a lemezzel megpróbálhatják elérni a hasadék „szűkítését” is. Az első héten a szájüregbe behelyezett szájpadlemez alapvetően mobilis marad, ezért a hozzászoktatás alatt rögzítőkrém használatát segíthet. Más gyógyászati centrumok nem tartják indokoltnak a szájpadlemez használatát. Fő érvek, hogy a szoptatásban és a táplálásban lemez viselése nélkül is jó eredmények érhetők el. Ha a lemez alkalmazására sor kerül, azt fogszabályo-



**13a-c** Baloldali ajak-, állcsont- és szájpadhasadékos kislány fogzatának képe a fogszabályozás megindításakor a gyermek 5 éves korában



**13d-f** A kislány fogzatának képe a fogszabályozás befejezésekor a gyermek 13 éves korában

zó fogorvosnak állandó rendszerességgel ellenőriznie és - ha szükséges - korrigálnia kell.

A maradandó fogak kibújásával kezdődik meg a fogszabályozó kezelés fő szakasza, ami rendszerint folyamatos a gyermek növekedésének lezárulásáig (13. kép). Ennek során kivethető vagy fogakra erősített állandó fogszabályozó készülékeket alkalmaznak. Különösen fontos a gyermek 8. és 12. életéve között a még be nem zárt állcsonthasadékok szomszédságában lévő fogak előbújásának időbeni felismerése, amely az állcsonthasadék zárásának időpontját jelzi. Így az operá-

ló szájsebész és a fogszabályozó fogorvos rendszeres konzultációjával kijelölhető az állcsonthasadék zárásának megfelelő időpontja. A fogszabályozó kezelés célja a szabályos és jól illeszkedő fogsorok kialakítása, valamint az arc harmonikus fejlődésének elősegítése.

Ha a gyermek arcának fejlődése nem harmonikus, és csontkorrekciós műtétre van szüksége, a beavatkozást megint csak az operáló szájsebész és a fogszabályozó fogorvos közös előkészítő munkája előzi meg.

## **Logopédiai kezelés**

Az archasadékos gyermekek összetett kezelésének kiemelt része a logopédiai gondozás.

Az ajak- és a szájpadhasadék illetve a lágyszájpad renyhe funkciója közvetetten érintheti a hallást, táplálkozási, nyelési nehézségeket is okozhat, de mindenekelőtt a beszéd kialakulását befolyásolja. Jellemzi a megkésett beszédfejlődés, az orrhangzós hangszín és a hibás artikuláció. Ideális esetben a műtétek tökéletesen helyreállítják a rendes anatómiai viszonyokat a hang- és beszédképzésért felelős száj, orr és gége régióiban. Ezt követően a gyermeknek a funkciók helyes működését kell megtanulnia és begyakorolnia. Ez szakszerű logopédiai kezeléssel lehetséges. Eltérően más beszédhibáktól, melyek néhány hónapos kezeléssel rendeződnek, orrhangzós beszéd esetében a logopédus a gyermek első életévétől kezdve az elérhető legesztétikusabb beszéd kialakításáig gondozza a gyermeket. Az első szakaszban a logopédus külső támogatást nyújt és felkészíti a szülőket a későbbi feladatokra. Ezt követően indulhat a logopédus által végzett rendszeres beszédterápia. Megkezdésének nincs

meghatározott ideje. Amikor a gyermek képes a játékos foglalkozásokon részt venni, és elfogadja a logopédus irányítását, a kezelést megindítható (15. kép). A gyermek zavartalan beszédfejlődéséhez fontos a kiegyensúlyozott, nyugodt otthoni környezet, a szülők lassú, jól érthető beszéde is. A hasadék időben elvégzett, eredményes műtéti zárásával és a rendszeres logopédiai kezelésekkal elérhető a gyermek korának megfelelő beszéde.

## **Általános fogászati gondozás**

Az archasadékos gyermekek fokozott fogászati gondozást igényelnek. Egyrészt, mert gyakoribb a hasadék mellett kibújó fogak zománcának elváltozása, másrészt a fogak gyakran rossz irányban vagy rossz helyen nőhetnek ki, ami fogszabályozó kezelést tesz szükségessé. Az eredményes fogszabályozáshoz fontos az erős, ellenálló fogazat, amelynek kialakulását segíti, ha a gyermek kevés cukrot eszik, nem iszik édes üdítőitalokat, illetve cukormentes gyógyszereket és vitaminokat kap. Az elválasztás során igyekezzünk változatos és kiegyensúlyozott étrendet biztosítani gyermekünk számára.



15 Logopédiai terápia



16 Baloldali ajak-, állcsont- és szájpadhasadékos kislány szuvas tejfogainak képe a gyermek 4 éves korában

Fogorvostól kérjünk tanácsot a fluorid pótlásra vonatkozóan. A pótlás mértéke elsősorban a vezetékes víz fluortartalmától függ. Magas szintű szájhigiéne, fluorid-tartalmú fogkrém (pl. Elmex) rendszeres használata elengedhetetlen.

Leggyakrabban a hasadék oldalán elhelyezkedő oldalsó metszőfogak károsodhatnak (16. kép). Ezek a fogak hiányozhatnak is, de előfordulhat megkettőződésük is. Máskor csak a fog formája vagy zomán-cának minősége tér el.

Abban az esetben, ha az oldalsó metszőfog hiányzik, a gyermek növekedésének befejeztével műfoggyökér (implantátum) beültetésével és porcelánkorona elkészítésével pótolható (17. kép).

Fontos az általános kezelést végző fogorvos és a fogszabályozó fogorvos állandó kapcsolattartása.



**17** Baloldali ajak-, állcsont- és szájpadhasadékos fiú fogainak képe és röntgenképe 16 éves korban a hiányzó baloldali kismetszőfog helyére beültetett műfoggyökérrel és koronával

## **Korrektív műtétek**

Az utóbbi évek korszerű operációs technikáinak köszönhetően az archasadékok sikeres műtéti zárását követően ma már csak ritkán van szükség úgynevezett korrektív műtétekre. A kezelés illetve az interdiszciplináris hasadékos utógondozás célja, hogy mire a gyermek iskolaérett korba ér, fejlődési rendellenesség nélkül született társaihoz hasonló beszédképességgel és külsővel rendelkezzen.

### **Beszédjavító műtétek (velopharyngoplastikák)**

A gyermekek kis hányadában a szájpadzárás illetve a szájpadizmok rekonstrukciója és az ezt követő intenzív logopédiai kezelés sem elegendő a normális beszédképesség eléréséhez. Ilyen esetekben a légyszájpad többnyire nem képes megfelelő módon elválasztani az orrüreget a garatüregtől. Ennek eredménye az úgynevezett orrhangzós beszéd. Ha műtetre kerül sor, akkor leggyakrabban a garat hátsó falához húzzák a légyszájpadot, szűkítve ezzel a garat átmérőjét és javítva a légyszájpad funkcióját. A műtetre, ha szükséges, még a beiskolázás előtt sort kell keríteni, hogy a gyermek iskolai fejlődése zavartalan lehessen.

### **Orrsövényplasztika (columellaplastika)**

A mai fejlett műtéti technikák ellenére kétoldali ajakhasadékoknál előfordulhat, hogy az orrsövény megrövidül, az orrcsúca a felső ajakhoz húzott. Ilyen esetek-

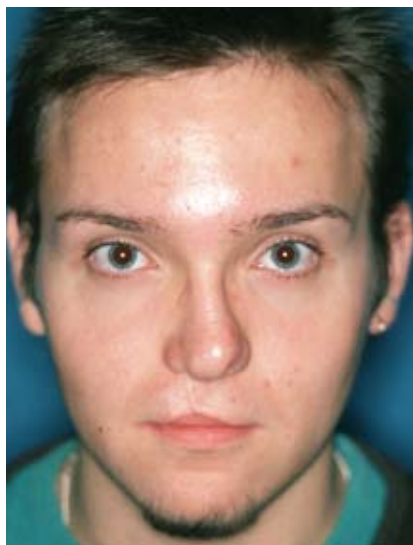


ben egy úgynevezett columellaplasztika elvégzése szükséges, amely érinti a felső ajak hegét is. A beavatkozás a orrsövény kifejezett megrövidülésekor már beiskolázás előtt javasolt.

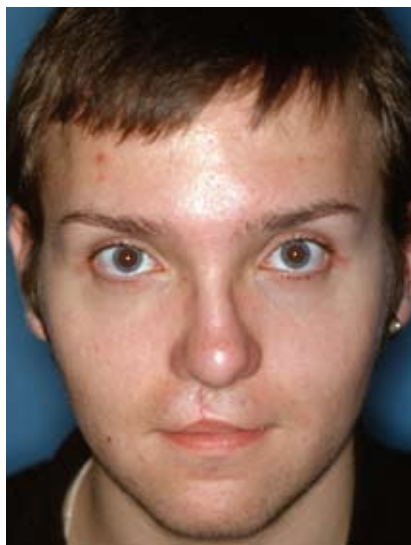
### **Orrkorrekciók (septhorhinoplastikák)**

Az ajak struktúráinak elégtelen egyesítése és az orralap rekonstrukciójának elmaradása okozza leggyakrabban, hogy egyoldali ajakhasadékoknál a gyermek nö-

vekedésével az orr aszimmetrikussá válik. Ez ritkán jól sikerült funkcionális hasadékszárás ellenére is előfordulhat. Ezekben az esetekben az orr porcos és az orrsövény orron belüli része deformált. Az elferdült orrsövény és az egyik oldalon lelaposodott orrbemenet esztétikailag előnytelen, és akadályozza a levegő szabad áramlását (18. kép). A korrekciós műtéti beavatkozás általában nem javasolt a gyermek növekedésének befejezése előtt, hogy a további növekedésből adódó esetleges orrdeformálódásokat elkerüljük.



**18ab** Jobboldali ajak-, állcsont és szájpadhasadékos fiú képe 17 éves korban orrkorrekció előtt



**18cd** A fiú a képe az orrkorrekció után

## Heg- és lágyrészkorrekciók

Egyes gyermekeknél a hasadékszáró műtétek után a sebgyógyulás zavara miatt illetve a növekedés során a hegek zavaró elváltozásait figyelhetjük meg a felső ajkon és az orrbemenetnél. Ezek az elváltozások természetesen korrigálhatók (19. kép). A legjobb eredményt a növekedés befejeződése után lehet elérni, de egyes funkcionálisan és esztétikailag különösen zavaró esetben korábbi beavatkozás is indokolt lehet.



**19a** Kétoldali ajak-, állcsont- és szájpadhasadékos kisfiú ajkának képe az ajakzárást követően



**19b** A kisfiú ajkának a képe az ajak heglasztikáját követően

## Csontkorrekciós műtétek (orthognat sebészeti beavatkozások)

Ritkán előfordulhat, hogy az archasadék – a hasadék gondos zárása és a több éven át tartó fogszabályozó kezelés ellenére – előnytelenül befolyásolja az arc csontjainak növekedését. Ilyen esetekben a gyermekek növekedésének befejeztével úgynevezett csontkorrekciós műtetre lehet szükség. Ezzel a beavatkozással az arcközép vagy az állkapocs pozíciója korrigálható, amellyel a fogsorok tökéletes illeszkedése és harmonikus arcprofil érhető el (20. kép). A korábbi klasszikus műtéti eljárások mellett az utóbbi években gyakori a csontkorrekciós műtét és az úgynevezett disztrakció kombinálása, amikor a műtétet követően egy beültetett csavar segítségével tolják a megfelelő csontot a kívánt pozícióba. Csontkorrekciós műtétek esetén elengedhetetlen az operáló szájsebész és a fogszabályozó fogorvos közötti állandó konzultáció.



**20a,b** Ajak- és szájpadhasadékos fiú képe 14 és 16 éves korban, csontkorrekciós műtét előtt



**20c,d** A fiú a képe 18 éves korban a csontkorrekciós műtét után



## ***Hasadékos utógondozás - kontrollvizsgálatok***

Végezetül szeretnénk nyomatékosan felhívni a figyelmet arra, hogy az összetett rendellenesség miatt elengedhetetlen az archasadékkal született gyermekek rendszeres hasadékos utógondozó kezelése. A rendszeresség betartására javasoljuk, hogy a gyermek 18. életévéig minden évben (legalább) egyszer keressék fel a gyógyító csapat erre a célra kialakított rendelését. Itt a gondozásban résztvevő összes szakma képviselőjével közösen dönthetnek a gyermek további kezeléséről, illetve felvilágosítást kaphatnak az esetleges utólagos korrekciós beavatkozásokról is (19. kép).



**19a** A sikeres kezelés és utógondozás alapja a folyamatos együttműködés a társszakmák között valamint a szakemberek és a szülők között

**19b** Az archasadékos utógondozó rendelés jó alkalom a családok közti személyes kapcsolatteremtésre



## **Fontos tudnivalók a magyarországi szociális juttatásokról, törvényekről, jogszabályokról**

Az archasadékkal született gyermekek emelt szintű családi pótlékban részesülnek. Az emelt szintű családi pótlék igénylésének alapja a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 2. fejezetében olvasható. Jogosultságát a kezelő szakorvos igazolja a Társadalmi Főigazgatás formanyomtatványán keresztül.

Az archasadékkal született gyermekek közgyógyellátásra jogosultak. Jogosultságát ugyanúgy a kezelő szakorvos igazolja az előbb említett formanyomtatvány kitöltésével. A gyermek a nevére kiállított közgyógyellátásra jogosító igazolvány felmutatásával bizonyos gyógyszereket térítésmentesen kaphat meg.

Az archasadékkal született gyermekeket pozitív diszkriminációs jogok illetik meg a közoktatásban. A 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról, a logopédiai ellátást az alpellátások körébe sorolja és azt az önkormányzatok kötelező feladatává teszi a 0-18 éves korú beszédhibás, beszéd fogyatékos, „sajátos nevelési igényű” populáció esetében. 1993. évi LXXIX. törvény módosítása megalkotta a „sajátos nevelési igényű” gyermek fogalmát (121. § 29. pont), amelybe súlyos esetben az ajak- és szájpadhasadékos gyermek is besorolható, „aki a szakértői és rehabilitációs bizottság véleménye alapján: testi, érzékszervi, értelmi, beszéd fogyatékos, autista, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, pszichés

fejlődés zavarai miatt a nevelési, tanulási folyamatban tartósan és súlyosan akadályozott (pl. diszlexia, dyszgraphia, dyscalculia, mutizmus, kóros hiperaktivitás vagy kóros aktivitászavar)...”.

A törvény ezeknek a gyermekeknek pozitív diszkriminációs jogokat biztosít a közoktatásban. Az integrált oktatásban-nevelésben résztvevő beszéd fogyatékosnak, sajátos nevelési igényűnek minősített tanuló mentességet kaphat egyes tantárgyak, tantárgyrészek értékelése és minősítése alól! A törvény lehetőséget ad egyéni foglalkozások szervezésére, egyéni fejlesztési terv alapján. Biztosítja számonkéréskor a hosszabb felkészülési időt, a segédeszközök (írógép, számológép, számítógép, értelmező, szinonima szótár, helyesírási javító szoftver, stb.) és oktatási segédanyagok (vázlat, táblázatok) használatát. Felválthatja az írásbeli beszámolót szóbelire és fordítva valamint az alpműveltségi és az érettségi vizsgán az érintett tantárgyakat más tantárgyakkal válthatja ki.

A felsőoktatási intézményekben jelentkezéskor ezek a jogok ugyancsak érvényesíthetők a felvételi eljárásban és a felsőfokú tanulmányok során egyaránt (lásd a Felsőoktatási Törvényben és a vonatkozó jogszabályokban valamint az Oktatási Minisztérium honlapján: [www.om.hu](http://www.om.hu)).

## Irodalom

Válogatás az archasadékok kezelésével kapcsolatban megjelent nemzetközi szakirodalomból. Az itt felsorolt szakirodalmi hivatkozások a szövegben bemutatott összefoglaló kezelési útmutatónak csak egyes részleteit illetve egyes lépéseit vizsgáló tudományos munkák.

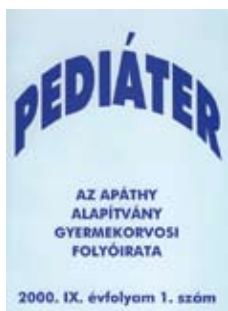
- 1 Anand KJ, Johnston CC, Oberlander TF, Taddio A, Lehr VT, Walco GA. Analgesia and local anesthesia during invasive procedures in the neonate. *Clin Ther.* 2005 Jun;27(6):844-76.
- 2 Anand KJ, Aranda JV, Berde CB, Buckman S, Capparelli EV, Carlo WA, Hummel P, Lantos J, Johnston CC, Lehr VT, Lynn AM, Maxwell LG, Oberlander TF, Raju TN, Soriano SG, Taddio A, Walco GA. Analgesia and anesthesia for neonates: study design and ethical issues. *Clin Ther.* 2005 Jun;27(6):814-43.
- 3 Berkowitz S, Duncan R, Evans C, Friede H, Kuijpers-Jagtman AM, Prah-Anderson B, Rosenstein S. Timing of cleft palate closure should be based on the ratio of the area of the cleft to that of the palatal segments and not on age alone. *Plast Reconstr Surg.* 2005 May;115(6):1483-99.
- 4 Delaire J, Precious D. Influence of the nasal septum on maxillonasal growth in patients with congenital labiomaxillary cleft. *Cleft Palate J.* 1986 Oct;23(4):270-7.
- 5 Joos U. Skeletal growth after muscular reconstruction for cleft lip, alveolus and palate. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995 Jun;33(3):139-44.
- 6 Joos U. Muscle reconstruction in primary cleft lip surgery. *J Craniomaxillofac Surg.* 1989 Dec;17 Suppl 1:8-10.
- 7 Joos U. Evaluation of the result of surgery on cleft lip and palate and skeletal growth determinants of the cranial base. *J Craniomaxillofac Surg.* 1989 Dec;17 Suppl 1:23-5.
- 8 Joos U. The importance of muscular reconstruction in the treatment of cleft lip and palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 1987;21(1):109-13.
- 9 Machotta A. Anesthetic management of pediatric cleft lip and cleft palate repair] *Anesthesist.* 2005 May;54(5):455-66. Review German
- 10 Markus AF, Precious DS. Effect of primary surgery for cleft lip and palate on mid-facial growth. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1997 Feb;35(1):6-10.
- 11 Markus AF, Delaire J. Functional primary closure of cleft lip. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1993 Oct;31(5):281-91. Review
- 12 Markus AF, Delaire J, Smith WP. Facial balance in cleft lip and palate. II. Cleft lip and palate and secondary deformities. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1992 Oct;30(5):296-304. Review
- 13 Markus AF, Delaire J, Smith WP. Facial balance in cleft lip and palate. I. Normal development and cleft palate. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1992 Oct;30(5):287-95. Review
- 14 Precious DS, Goodday RH, Morrison AD, Davis BR. Cleft lip and palate: a review for dentists. *J Can Dent Assoc.* 2001 Dec;67(11):668-73. Review
- 15 Precious D, Delaire J. Balanced facial growth: a schematic interpretation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987 Jun;63(6):637-44. Review
- 16 Piffko J, Meyer U, Joos U. [Possibilities and limitations in evaluating treatment concepts in lip-jaw-palate clefts] *Mund Kiefer Gesichtschir.* 2002 Jan;6(1):49-52. Review German
- 17 Rullo R, Carinci F, Mazzarella N, Festa VM, Farina A, Morano D, Carls F, Gombos F. Delaire's cheilorhinoplasty: Unilateral cleft aesthetic outcome scored according to the EUROCLEFT guidelines. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005 Sep 9;
- 18 Smith WP, Markus AF, Delaire J. Primary closure of the cleft alveolus: a functional approach. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995 Jun;33(3):156-65. Review

## Hasznos kiadványok



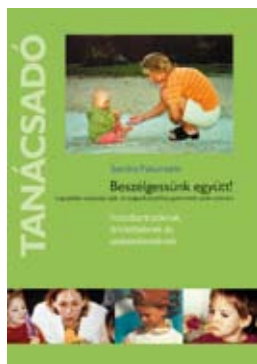
Christa Herzog-Isler, Klaus Honigmann  
„Kérlek, légy egy kis türelemmel!”  
Útmutató az ajak- és szápadhasadékos gyermekek szoptatásához

„...A kimerítő szülés után az édesanyák egy kis meleg testet éreznek a bőrükön. A szülőket éppen úgy megdöbbeníti az arcocska nem várt látványa, mint a szülészorvost. Egy egészséges, erős, hasadékos ajakkal vagy hasadékos szájjal született gyermek minden más újszülötthöz hasonlóan igényli az édesanya közelségét, az érintését, az illatát...”  
Megrendelhető a „Mosolyogj bátran!” egyesülettől.



Joos Ulrich, Végh András, Piffkó József  
„Arc- és szápadhasadékos gyermekek funkció orientált primer műtéti ellátása”  
Pediáter, az Apáthy Alapítvány gyermekorvosi folyóirata 2000, IX. évfolyam 1. szám

„...Ez a felismerés az elvi alapja az új terápiás módszernek. ...A sebészeti technika kialakítása során, nem csak kozmetikai szempontokat veszünk figyelembe, hanem az arc mucoperiosteális apparátusának a rekonstrukcióját is elvégezzük, mert véleményünk szerint csak így lehet annak normális fejlődését biztosítani...”  
Megrendelhető az Apáthy Alapítványtól.



Sandra Neumann  
„Beszéljünk együtt!”  
Tanácsadó füzet ajak- és szápadhasadékos gyermekek szülei számára

A kiadvány azzal a céllal íródott, hogy ismereteket, felvilágosítást nyújtson, elsősorban annak érdekében, hogy a szülők e tudás birtokában már „felvértezve” tudjanak gyermekeikkel értően, de játékosan foglalkozni. Így válnak képessé arra, hogy tudatosan, a mindennapi tevékenységekbe ágyazottan segíthessék, támogathassák, fejleszthessék gyermekük beszédfejlődését, miközben ebben a folyamatban ők maguk is „formálódnak, épülnek”, nem csak ismeretekben, hanem érzelmileg is. A közös együttlét, a sikerek és természetesen az átmeneti kudarcok lehetővé teszik egymás jobb megismerését, elfogadását, ennek hatására kapcsolatuk szeretetteljes elmélyülését.  
Megrendelhető a „Mosolyogj bátran!” egyesülettől.

## Impresszum

„Mosolyogj bátran!”

Útmutató az ajak- és szájpadasadékos gyermekek kezeléséhez

A Heim Pál Gyermekkórház Fejlesztéséért Alapítvány és a

„Mosolyogj bátran!” Egyesület kiadványa 2006

Füzetterv és szöveg:	Vörös Krisztina
Orvosi szaktanácsadás és szöveg:	Dr. Seper László
Grafikai terv:	Nautilus Grafikai Stúdió
Szaklektorálás:	Cser Emese, Ungváry W. Renáta, Prof. Piffkó József, Dr. Végh András
Kiadás munkái:	Gäber Pharma

ISBN 963 06 0852 9

Minden jog fenttartva! Utánnomás, részletekben is, csak a szerző, Vörös Krisztina és Dr. Seper László hozzájárulásával lehetséges. A füzetben látható képek a Weszfáliai-Wilhelms-Egyetem, Münster valamint a képen látható személyek illetve azok gondviselőinek hozzájárulásával kerülnek bemutatásra. További példányok a „Mosolyogj bátran!” egyesülettől rendelhetők.

„Mosolyogj bátran!”

Közhasznú Egyesület a Magyar Ajak- és Szájpadasadékos Gyermekekért

Székhely: Böszörményi út 13-15  
1126 Budapest  
Telefon: 06-1-3561-061

Bejelentkezés az archasadékos utógondozó rendelésre:

Telefon: 06-70-33-26-221 vagy 06-20-325-82-62  
E-mail: [info@hasadek.hu](mailto:info@hasadek.hu)  
Honlap: [www.hasadek.hu](http://www.hasadek.hu)

A kötet megjelenését támogatta az Európai Unió és a Magyar Köztársaság.  
Phare Acces 2003 program (2003/004-347.02.02)  
Szerződésszám: 2003/004-02-02-005