

УДК: 616.315-007.254-089.844-053.2/5-092.6

НОВЫЙ СПОСОБ УРАНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА



**Азимов М.И.,
Шомуродов К.Э.**

**Ташкентский государственный
стоматологический институт**

Резюме

В сегодняшней день существует множество методик хирургического лечения детей с врожденной расщелиной нёба. Но, несмотря на это, детские челюстно-лицевые хирурги не всегда удовлетворены результатами лечения.

При хирургическом лечении врожденной расщелины нёба хирурги должны не только закрыть дефект на всем его протяжении, но при этом необходимо удлинить нёбо так, чтобы оно обеспечивало полное разобщение ротоглотки от носоглотки и обеспечивало чистоту речи. Разработанный нами способ уранопластики, проводимый поперечным рассечением мягкого нёба с его удлинением и продольным ушиванием раны следует оценить перспективный.

Summary

In today's a day exists great number of methodologies of surgical treatment of children with cleft palate. But, in spite of it, child's maxillifacial surgeons not always are satisfied with the results of treatment.

At surgical treatment of cleft palate surgeons must not only close a defect on all his extent, but it is here necessary to extend palate so that it provided the complete disconnect of guttur from an epipharynx and provided the cleanness of speech. Worked out by us method of palatoplasty conducted by the transversal section of soft palate with his lengthening and longitudinal taking in of wound it is necessary to estimate perspective.

В настоящее время существует множество методик хирургического лечения детей с врожденной расщелиной нёба. Но, несмотря на это, детские челюстно-лицевые хирурги и сами пациенты не всегда удовлетворены результатами лечения, так как у ряда детей речь остается невнятной, с выраженной ринолялией [1,2,5,8].

При хирургическом лечении врожденной расщелины нёба (ВРН) хирурги должны не только закрыть дефект на всем его протяжении, но при этом необходимо удлинить нёбо так, чтобы оно обеспечивало полное разобщение ротоглотки от носоглотки и обеспечивало чистоту речи [3].

V. Veau предпринял попытки удлинить мягкое нёбо, отделив при этом мышцы мягкого нёба от патологического прикрепления на задней части горизонтальной небной пластинки твердого нёба. Wardill и Kilner в 1937 г. разработали так называемую «Оксфордскую методику» одноэтапной уранопластики, которая представляет собой перемещение небных слизисто-надкостничных лоскутов (V-Y), которые дают существенный прирост длины нёба [9].

L.T. Furlow (1976) предложил способ удлинения мягкого нёба при помощи выкроенных и взаимно перемещаемых треугольных лоскутов на двух уровнях в противоположных направлениях. Медиальной стороной каждого из лоскутов является край несращения, окончанием латерального разреза – точка в области крючка крыловидного отростка. Лоскуты на передней ножке содержат только слизистую оболочку, лоскуты на задней ножке – слизистую оболочку и мышцы мягкого нёба. При взаимном перемещении мышечные слои дублируются и способствуют восстановлению функции нёбной занавески. Но при этом ориентация мышечных волокон не соответствует нормальной, а при широких расщелинах может возникать напряжение в области операционной раны на мягком нёбе и укорочение нёба по сагитали (В.С. Дмитриева и Р.Л. Ландо, 1968; Л.В. Харьков, 1982; А.Г. Гулюк, 2002) [4, 9].

K. Kobus (1984) удлинение нёба производил с помощью V-Y пластики на границе твердого нёба, а пластику мягкого нёба через 3 месяца после первого этапа [9].

Из многочисленных работ видно, что авторы удлинению нёба при уранопластике уделяют серьезное внимание. Наличие большого количества исследований, посвященных данной проблеме, подтверждает ее актуальность и необходимость дальнейшего поиска решения этого вопроса [2,3,5,6,7].

Цель работы: представить разработанный нами способ уранопластики, проводимый поперечным рассечением мягкого нёба с его удлинением и продольным ушиванием раны.

Материал и методы

Начиная с 2008 г. в отделении детской челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института проводится операция уранопластики при лечении детей с ВРН разработанным нами способом. Этот способ по легкости и техническим характеристикам оправдывает себя при восстановлении анатомо-функциональных качеств нёба у детей с данной патологией. (Регистрационный номер заявки по патенту по

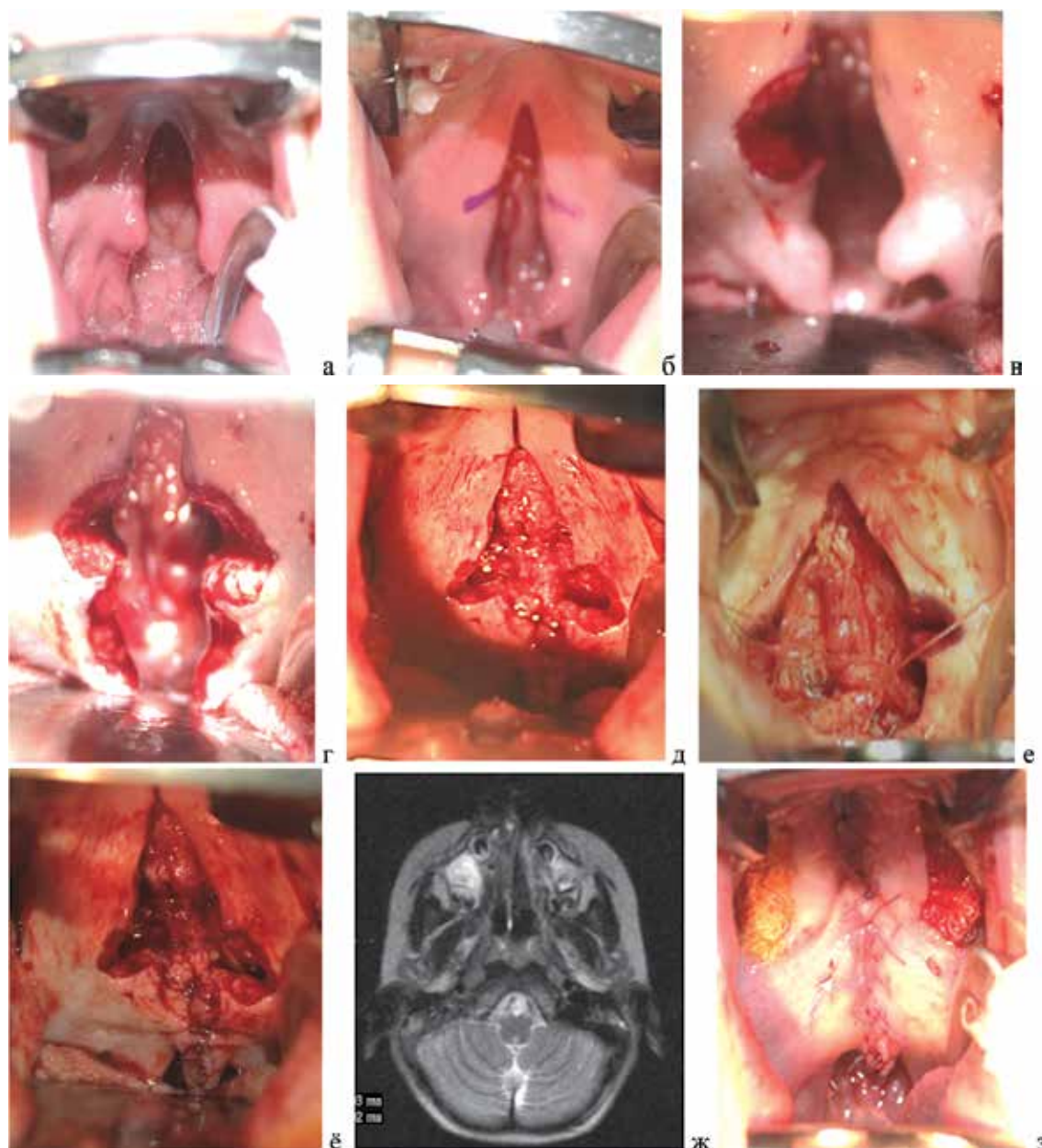


Рис.1. Клинический пример: а – вид до операции: расщелина нёба 3а степени; б – фломастером отмечаются линии разреза на мягком нёбе; в – проведены поперечные разрезы на мягком нёбе; г – поперечные разрезы обеих сторон и иссечение слизистой оболочки края мягкого нёба и язычка; д – сшивание слизистой носа с вершины до конца язычка выворотными швами; е – перестановка мышц *m. veli palatine* и *m. palotopharyngeus*, расположенных вдоль края расщелины и их ушивание «конец в конец»; ё – формирование язычка мягкого нёба; ж – сшивание слизистой оболочки рта; з – равномерная МРТ визуализация небно-глоточного кольца после операции на 14 сутки.

способу хирургического лечения врожденных расщелин нёба №1АР 20170221).

За последние 5 лет хирурги клиники института активно используют предложенный метод для лечения врожденной патологии нёба. Так, за период 2012 - 2016 гг. прооперировано 177 детей с ВРН, из них 92 (51,9%) были девочки и 85 (48%) – мальчики в возрасте от 9 месяцев до 14 лет. В послеоперационном периоде применяли антибактериальную и общеу-

крепляющую терапию. Через 2-3 недели после операции и далее в течение 3 месяцев был рекомендован комплекс физиотерапевтического лечения с массажем мягкого нёба.

Далее приводим методику проведения операции с удлинением мягкого неба:

1. Под интубационным наркозом устанавливаем ротодилататор. Голова ребенка максимально запрокидывается.

Таблица. Антропометрические параметры от вершины расщелины до расщепленного язычка и расстояние боковых стенок глотки до и после уранопластики с расщелинами неба у детей в возрастном аспекте, $M \pm m$ (мм)

Определяемые параметры у детей (n=76)	Возрастная группа и число детей					
	8 мес.-3 года n=36		3 – 6 лет n=19		6 -14 лет n=21	
	До операции	После операции	До операции	После операции	До операции	После операции
Длина вершины расщелины до кончика язычка до и после операции	68,7±0,71	79,3±0,61	75,9±1,5	84,2±0,8	80,2±1,2*	93,4±1,1
Расстояние краев боковых стенок глотки до и после операции	28,7±0,9	22,3±1,2	36,5±1,5	30,3±1,2	41,3±1,6*	32,1±0,9

Примечание. * – $P < 0,05$ достоверно по сравнению с показателями возрастной группы 8 мес. –3 лет.

- После тщательной антисептической обработки носоротовой области медицинским фломастером чертим линию разреза и инфильтрируем мягкие ткани нёба с анестетиками.
- Захватив хирургическим пинцетом слизистую края дефекта на уровне соединения мышц с апоневрозом, поперечно рассекаем мягкое нёбона обеих сторонах на всю его толщину до 8-12 мм (не всегда фрагменты расщелины бывают симметричны, поэтому длина разреза может быть не одинаковой в зависимости от индивидуальности расщелины). Дефект приобретает форму ромба.
- Срезаем полоску слизистой оболочки вдоль края расщелины мягкого нёба от нижнего края поперечного разреза до конца язычка с обеих сторон.
- Отслаиваем слизисто-надкостничный лоскут (СНЛ), вытягиваем и препарлируем сосудисто-нервные пучки (СНП) с обеих сторон так, чтобы СНЛ мог свободно перемещаться по плоскости к середине и кзади. Отделяем слизистую носа от твердого нёба.
- Рассасывающейся нитью ушиваем слизистую носа от вершины до конца язычка выворотными швами, на мышцы мягкого нёба накладываем узловыи швы. При наложении швов происходит перестановка мышцы *m.velopalatine* и *m.palatopharyngeus*, которые расположены вдоль края расщелины. Эти мышцы разворачиваются на 90 градусов относительно исходного положения, затем их ушиваем «конец в конец». Дефект, образованный после поперечного рассечения мягкого нёба, приобретает продольный вид, благодаря этому удлиняется нёбо. Завершаем операцию ушиванием ротовой слизистой.

Клинический пример представлен на рисунке.

У 76 детей с различными степенями расщелины нёба, оперированных предложенным нами способом, измерялось расстояние от вершины расщелины до расщепленного язычка и расстояние между боковыми стенками глотки до и после операции, полученные данные представлены в таблице.

Из показателей таблицы видно, что расстояние от вершины расщелины до кончика язычка после операции неба удлиняется до $79,3 \pm 0,61$ мм в возрасте от 8 месяцев до 3 лет; в возрасте 3-6 лет – до $84,2 \pm 0,8$ мм и до $93,4 \pm 1,1$ мм расстояние удлиняется у детей в возрасте 6-14 лет; расстояние

краев боковых стенок глотки составляет $22,3 \pm 1,2$ мм после операции в возрасте 8 мес.-3 года, $30,3 \pm 1,2$ мм - у детей 3-6 года, $32,1 \pm 0,9$ мм в возрасте 6-14 лет.

Анализ результатов проведенных операций показал, что после пластики поперечным рассечением мягкого нёба с продольным соединением раны у больных с ВРН, дефект полностью устранен. У всех больных заживление шло первичным натяжением. Рецидивов ротоносового соустья и дефектов твердого и мягкого нёба не отмечалось.

Таким образом, наш опыт хирургического лечения детей с врожденной расщелиной нёба с последующим наблюдением за детьми в течение 4-8 лет после операции, следует оценить как положительный и перспективный. Влияние разработанного способа уранопластики на развитие верхней челюсти и на качество речи будет представлено в следующих публикациях.

Список литературы

- Бессонов С.Н. Хирургическое лечение врожденных и вторичных деформаций лица при расщелинах верхней губы и неба // дис. ... д-ра мед.наук. – Смоленск, 2007. – 270 с.
- Давыдов Б.Н. Хирургическое лечение врожденных пороков лица. – Тверь: РИО ТГМА, 2000. – С.160-167.
- Мамедов Ад. А. Клинико-анатомическая классификация врожденной расщелины верхней губы и неба // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2002. – С.155 – 157.
- Мкртумян Э.С., Шахматова Е.В., Лопатин А.В., Яонов С.А. Небно-глоточная недостаточность и совершенствование методов по ее устранению // Врожденная и наследственная патология головы лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения. – Москва, 2002. – С. 162-163.
- Ходжамурадов 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.
- Чуйкин С.В., Персин Л.С., Давлетшин Н.А. Врожденная расщелина верхней губы и неба. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2008. – 368 с.
- Le T.M. Aesthetic rehabilitation involving a cleft lip and palate // Dent. Today. – 2008. – Vol. 27, N 10. – Pp. 124,126, 128.
- Ommerlad B.C. A technique for Cleft Palate Repair // Plast Reconstr Sur, 2003. - Vol. 112(6). – Pp. 1542-1548.
- Wyszynski D.F. Cleft lip and palate – from origin to treatment. – Oxford university press, 2002. - Pp. 326-331.