



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Азимов Мухамаджон Исмоилович,
Шомуродов Кахрамон Эркинович

Ташкентский государственный стоматологический институт,
Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К УРАНОПЛАСТИКЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЁБА



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-9>

АННОТАЦИЯ

В настоящее время 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 как перспективный.

Ключевые слова: врожденная расщелина нёба, уранопластика

Azimov Maxammadjon Ismoilovich,
Shomurodov Qaxramon Erkinovich

Tashkent state dental institute,
Samarkand state medical institute, Uzbekistan

MODERN SURGICAL APPROACH TO URANOPLASTY IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE

ANNOTATION

Currently, there are many methods of surgical treatment of children with congenital cleft palate. But despite this, children's maxillofacial surgeons are not always satisfied with the results of treatment. In the surgical treatment of a congenital cleft palate, surgeons must not only close the defect throughout its entire length, but also lengthen the palate so that it ensures complete separation of the oropharynx from the nasopharynx and ensures the purity of speech. The method of palatoplasty developed by us, which is carried out by a cross section of the soft palate with its elongation and longitudinal suturing of the wound, should be evaluated as promising.

Keywords: congenital cleft palate, uranoplasty

Азимов Мухамаджон Исмоилович,
Шомуродов Кахрамон Эркинович

Тошкент давлат стоматология институти,
Самарканд давлат тиббиёт институти, Узбекистон

ТУҒМА ТАНГЛАЙ КЕМТИГИ БИЛАН ТУҒИЛГАН БОЛАЛАРДА УРАНОПЛАСТИКАГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

АННОТАЦИЯ

Хозирги вақтда танглай тугма кемтикларни бўлган болаларни жаррохлик даволашининг кўплаб усуллари мавжуд. Аммо, шунга қарамай, болаларнинг юз-жағ жаррохлари ҳар доим ҳам даволаш натижаларидан қониқиш ҳосил қилмайди. Танглай тугма кемтикларини жаррохлик даволашда жаррохлар нуксонни нафақат унинг бутун узунлиги бўйлаб ёпишлари керак, балки танглайни шунчалик узайтириш кераки кейинчалик аниқ нутқни таъминлаш учун. Биз томонидан ишлаб чиқилган

юмшоқ танглайни кўндаланг кесиш орқали ярани бўйлама чоклари билан уранопластика усулини истиқболли деб ҳисоблаш мумкин.

Калит сўзлар: танглай тугма кемтиклари, уранопластика

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 ринолалией [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 сагиттали (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 уделяют серьезное внимание удлинению нёба при уранопластике. 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.

Далее приводим методику проведения операции с удлинением мягкого нёба:

1. Под эндотрахеальным наркозом устанавливаем рототрасширитель. Голова ребенка максимально запрокидывается.
2. После тщательной антисептической обработки носоротовой области медицинским фломастером чертим линию разреза и инфильтрируем мягкие ткани нёба анестетиками.
3. Захватив хирургическим пинцетом слизистую края дефекта на уровне соединения мышц с апоневрозом, поперечно рассекаем мягкое нёбо на обеих сторонах на всю его толщину до 8-12мм (не всегда фрагменты расщелины бывают симметричны, поэтому длина разреза может быть не одинаковой в зависимости от индивидуальности расщелины). Дефект приобретает форму ромба.
4. Срезаем полоску слизистой оболочки вдоль края расщелины мягкого нёба от нижнего края поперечного разреза до конца язычка с обеих сторон.
5. Отслаиваем слизисто-надкостничный лоскут (СНЛ), вытягиваем и препарируем 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.
6. Рассасывающейся нитью ушиваем слизистую носа от вершины до конца язычка выворотными швами, на мышцы мягкого нёба накладываем узловые 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 1.

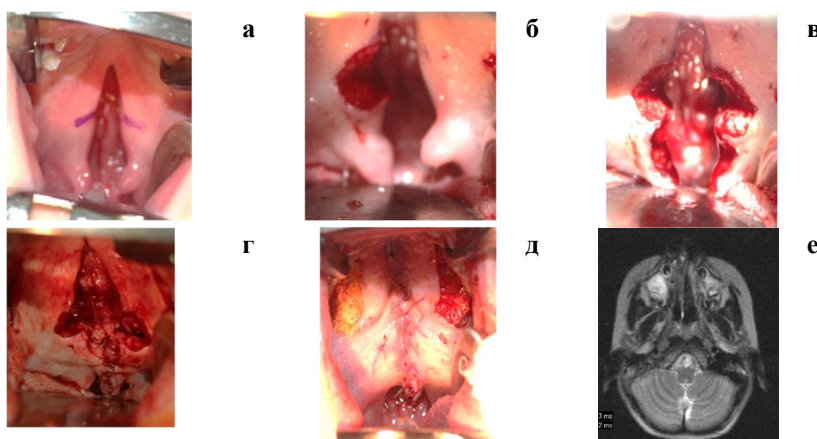


Рис-1. Клинический пример: а - вид до операции: расщелина нёба 3а степени, фломастером отмечены линии

разреза на мягком нёбе; б - проведены поперечные разрезы на мягком нёбе; в - поперечные разрезы обеих сторон и иссечение слизистой оболочки края мягкого нёба и язычка; г - сшивание слизистой носа с вершины до конца язычка выворотными швами с перестановкой мышцами. velopalatine и m. palatopharyngeus, расположенных вдоль края расщелины и их ушивание «конец в конец», с формированием язычка мягкого нёба; д - сшивание слизистой оболочки рта; з- равномерная МРТ визуализация небно-глоточного кольца после операции на 14 сутки.

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 1.

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.

Таблица 1.
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, $M \pm m$ (в мм)

Определяемые	Возрастная группа и число детей		
	8 мес.-3 года n=36	3 – 6 лет n=19	6 -14 лет n=21

параметры у детей (n=76)	До операции	После операции	До операции	После операции	До операции	После операции
Длина вершины расщелины до кончика язычка до и после операции	$68,7 \pm 0,71$	$79,3 \pm 0,61$	$75,9 \pm 1,5$	$84,2 \pm 0,8$	$80,2 \pm 1,2^*$	$93,4 \pm 1,1$
Расстояние краев боковых стенок глотки до и после операции	$28,7 \pm 0,9$	$22,3 \pm 1,2$	$36,5 \pm 1,5$	$30,3 \pm 1,2$	$41,3 \pm 1,6^*$	$32,1 \pm 0,9$

Примечание. * – $P < 0,05$ достоверно по сравнению с показателями возрастной группы 8 мес. –3 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 врожденными расщелинами нёба с последующим наблюдением 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

1. 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.
2. Давыдов Б.Н. Хирургическое лечение врожденных пороков лица. – Тверь: РИО ТГМА, 2000. - С.160-167.
3. 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.
4. Мкртумян Э.С., Шахматова Е.В., Лопатин А.В., Ясонов 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.
5. Ходжамуратов Г.М., Шаймонов А.Х., Тухтаев Ф.М. Восстановление нормальной анатомии мышц мягкого неба при его врожденной расщелине // Вестник Авиценны. – 2015. - №3 (64). – С.28-31.
6. Чуйкин С.В., Персин Л.С., Давлетшин Н.А. Врожденная расщелина верхней губы и неба. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2008. – 368 с.
7. Le T.M. Aesthetic rehabilitation involving a cleft lip and palate // Dent. Today. - 2008. – Vol. 27, N 10. – Pp. 124,126, 128.
8. Ommerlad B.C. A technique for Cleft Palate Repair // Plast Reconstr Sur, 2003. - Vol. 112(6). – Pp. 1542-1548.
9. Wyszynski D.F. Cleft lip and palate – from origin to treatment. – Oxford university press, 2002. - Pp. 326-331.