

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

УДК: 616. 315-007. 254-053. 2-089

Ашуралиев Х.Г.

УСТРАНЕНИЕ ОСТАТОЧНЫХ ДЕФЕКТОВ НЕБА ПОСЛЕ ВЕЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Резюме. В статье представлены используемые методики ликвидации остаточного дефекта твердого неба после первичной велоластики на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста НМУ им. А. А. Богомольца с 2010 по 2012 год. Проведенные исследования позволили определить показания к применению каждого из различных способов ликвидации остаточного дефектов твердого неба и особенностей выполнения отдельных этапов хирургического вмешательства.

Актуальность

История многоэтапного хирургического лечения несращений неба связана, в первую очередь, с именами V. Veau, 1931; W. Schweckendick, C. Danzer, 1978; E.E. Фролова, 1977; Friede H, S. Lilija, B. Johanson, 1980. W. Schweckendick (1978) отметил, что после велоластики (266 больных) дефект твердого неба уменьшается на 60-70%. У 95% пациентов перед палатопластикой фрагменты альвеолярного отростка были в торцевом положении. Что касается развития речи, то на протяжении первых 4 лет (от 2 до 5 лет) дети с «остаточными» дефектами твердого неба встречаются со значительными трудностями. У большинства речь улучшается лишь в школьном возрасте. Не исключена также необходимость ортодонтического лечения [5].

Ряд специалистов считают необходимым вначале проводить велоластику (в возрасте 6-9 мес.), затем (в возрасте 12-18 мес.) выполнять уранопластику, обосновывая это тем, что раннее ушивание мягкого неба способствует развитию мышц мягкого неба, что в свою очередь улучшает речевую функцию у данной категории больных (Larson M. et al., 1998; Owman-Moll P. et al., 1998; Friede H., Elenmark H., 2001; Xu H. et al., 2001; de Mey A. et al., 2002; Savaci N. et al., 2005.)

Выбор способа закрытия остаточного дефекта, проводится с учетом площади дефекта, степени дефицита пластического материала, а также предусматривает такой раскрой тканей, при

котором площадь вторичного заживления на кости минимальна, что в дальнейшем определяет положительный исход лечения, в плане профилактики послеоперационных деформаций верхних челюстей.

В настоящее время для закрытия остаточного дефекта используются слизисто-надкостничные лоскуты, взятые с твердого неба, на одной или двух ножках – языкообразные и мостовидные, опрокинутые на 180°, сошниковые; костной ткани, трансплантация плацентарной ткани, слизисто-мышечные лоскуты, образованные из спинки языка [1,2,3,6], щечно-мышечные лоскуты, включающие лицевую артерию [7], с использованием материалов с памятью формы [4]. Однако предлагаемые технологии зачастую травматичны, далеки от совершенства, и, несмотря на проводимые мероприятия, результаты этих операций не всегда удовлетворяют пациентов и клиницистов ввиду повторно возникающих дефектов.

Местнопластические операции в ходе устранения таких дефектов зачастую неэффективны ввиду недостаточности пластического материала, «сокращения» лоскутов в ближайшем послеоперационном периоде и др. Применение лоскутов на питающей ножке с языка, щечных и других близлежащих областей, согласно известной технологии, ограничено к использованию размерами дефекта, так как в этом случае возникает необходимость создания внутренней носовой выстилки местными тканями, и неудобствами,

связанными с нарушениями функции языка и других органов полости рта.

Устранение остаточных дефектов твердого неба путем использования различного рода трансплантационных и имплантационных материалов ведет к неудовлетворительным результатам, так как последние резорбируются или ведут себя в ране подобно инородным телам. В последнее время с этой целью стебель Филатова у детей не используется, что связано прежде всего, с многоэтапностью, сложностью условий миграции стебля к дефекту на небе

Целью исследования явился анализ методик устранения остаточных дефектов твердого неба после первичной велоластики по материалам собственных исследований на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста НМУ имени А.А. Богомольца с 2010 по 2012 год.

Материал и методы исследования

За последних два года (2010–2011 г.г.) в клинике кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста было проведено 25 хирургических вмешательств по поводу остаточных дефектов твердого неба. Это были дети в возрасте 1–3 года, перенесших велоластику. У 16 таких больных дефекты сочетались с первичными дефектами альвеолярного отростка, из них 3 детей имели двустороннее, 13 одностороннее несращение. А у 9 детей было изолированное срединное несращение твердого неба (после велоластики). У 24 больных дефекты твердого неба закрывались с использованием местных тканей (разными видами слизисто-надкостничных лоскутов) и у 1 – лоскутом с языка в два этапа (табл. 1).

Результаты исследования и их обсуждение

Мостовидные лоскуты (3 операции) были использованы у больных с односторонними дефектами твердого неба без сочетания с дефектом альвеолярного отростка. Наличие двух

питающих ножек обеспечивало возможность закрытия щелевидных дефектов на значительном протяжении – передний, средний, задний отделы твердого неба. Следует учесть, что при использовании мостовидных лоскутов линия швов проходит по середине дефекта и не имеет под собой твердой основы. С этой целью для лучшей адаптации краев лоскутов их сшивали в «поцелуйном» положении П-образными швами.

В зависимости о ширины, дефекты ликвидировались одним или двумя языкообразными лоскутами на одной или двух ножках (4 операции). Важными этапами этого хирургического вмешательства является создание мобильности лоскута, особенно у основания ножки, т.к. перемещение его ограничено. Эффективное освежение краев дефекта для максимального контакта раневой поверхности лоскута и края дефекта – необходимое условие для заживления их в новом положении. При устранении дефектов кроме языкообразного лоскута, для образования носовой выстилки используются сошниковые лоскуты (11 операции).

При двустороннем дефекте, для закрытия переднего отдела твердого неба кроме языкообразного и мостовидного лоскута также пользовались лоскут по Дубова (4 операции). С этой целью, с переднего края дефекта выкроены Дубовский лоскут и опрокинуты в дефект.

Существует традиционный способ выкраивания сошникового лоскута в соответствии с «геттеборгской» методикой. Лоскут отсекается на уровне границы его с небным краем горизонтальной пластинки большого фрагмента, отсепаивается книзу, опрокидывается на 180° и вшивается в образованную межтканевую нишу на противоположном краю дефекта неба или к носовой слизистой. Таким образом, сошниковый лоскут, опрокидываясь на 180°, оказывается раневой поверхностью кнаружи.

При помощи сошникового и опрокинутого на 180° слизисто-надкостничного лоскута “подкла-

Таблица 1. Частота применения известных способов ликвидации дефектов твердого неба

Методы ликвидации дефектов твердого неба					
Двумя мостовидными лоскутами	языкообразным лоскутом	языкообразным + сошниковым	Два языкоб. + сошник. + лоскут по Дубову	Сошниковым + опрокинутым на 180°	Лоскутом с языка
3	4	11	4	2	1
Всего 25					



Рис. 1. Остаточный дефект твердого неба после первичной венопластики

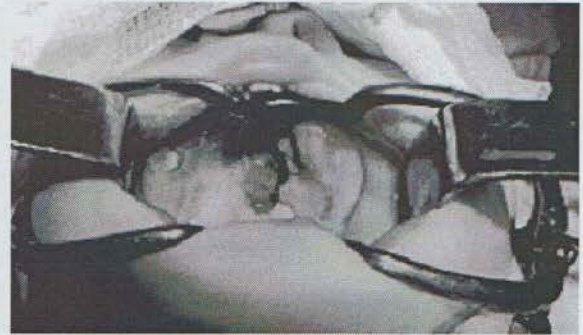


Рис. 2. Ликвидации дефекта сошниковым лоскутом по предлагаемой методике

дочного” с противоположной стороны, по предложенной проф. Харьковым Л.В. методике ликвидировался два остаточных дефекта неба.

Линия разреза слизистой является область сошника в самом нижнем его полюсе, т.е. у его основания по всей его длине. Лоскут отсепааровывается кверху, мобилизуется от места прикрепления к горизонтальной пластинке и распластывается, имея питающую основу не в нижнем полюсе сошника (как в первом способе), а в верхнем, переходящем в большой фрагмент. Далее, на противоположном краю дефекта выкраивается, отсепааровывается и опрокидывается узкий слизисто-надкостничный «подкладочный» лоскут, на который укладывается сошниковый и фиксируется П-образными швами [5] (рис. 1, 2).

Для закрытия остаточного дефекта также пользовался лоскут с языка. Одним из наиболее важных и сложных моментов ликвидации дефекта на небе лоскутом с языка является создание полноценного воспринимающего ложа. С этой целью используется весь пластический материал вокруг дефекта (выкраиваются, отслаиваются и опрокидываются на 180° все слизисто-надкостничные и рубцово-слизистые лоскуты).

Однако без надлежащей фиксации их между собой и подлежащими тканями добиться ложа с достаточной площадью трудно, так как лоскуты стремятся вернуться в исходное положение, чем сокращается площадь соприкосновения их с язычным лоскутом. При выкраивании лоскута с языка важным является правильно рассчитать площадь его (длину и ширину – 2:1), а также расположение питающей ножки, чтобы минимизировать перегиб ее [3] (рис. 3–5).

Однако применяемые способы эффективны тогда, когда операции спланированы с учетом особенностей дефекта и окружающих его тканей.

Во всех случаях послеоперационный период протекал гладко, осложнений не наблюдали. Анализ отдаленных результатов не выявил признаков рецидивов заболеваний. Во всех случаях отмечено восстановление анатомических и функциональных особенностей твердого неба.

Важным слагаемым успеха пластики остаточных дефектов неба является правильное ведение послеоперационного периода. Йодоформный тампон или биологическая повязка, фиксированная защитной пластинкой, должны обеспечить оптимальные условия для заживления раны.

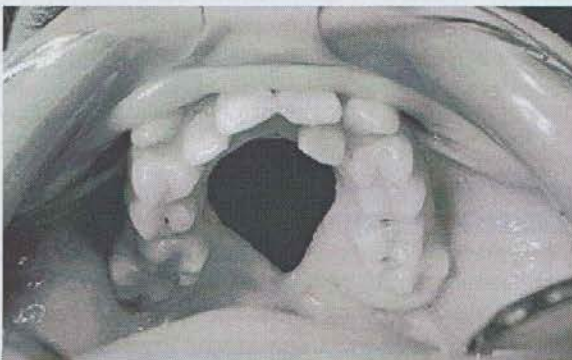


Рис. 3. Обширный дефект твердого неба



Рис. 4. Подготовка лоскута с языка

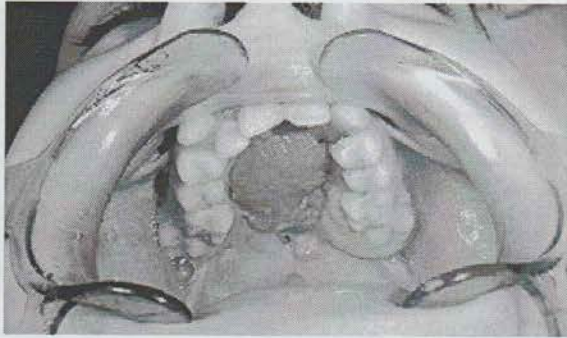


Рис. 5. Дефект ліквідований з допомогою лоскутам с язика

Заклучение

Несмотря на широкий арсенал существующих методик оперативного лечения, достигнуть восстановления анатомо-функциональных возможностей зубочелюстного аппарата у данной категории пациентов весьма сложно в силу часто возни-

кающих осложнений: в первом случае – в виде послеоперационных дефектов, во втором – рецидива заболевания.

Таким образом, согласно полученным нами данным, ликвидация остаточных дефектов наиболее эффективна слизисто-надкостничными лоскутами на одной или двух ножках (языкообразными и мостовидными) и сошниковыми лоскутами, а при больших дефектах для закрытия переднего отдела твердого неба часто пользуются лоскутом по Дубова. Значительные по размерам дефекты твердого неба наиболее рационально ликвидировать в два этапа лоскутом, выкроенным с языка. Создание полноценного воспринимающего ложа на небе и правильное выкраивание лоскута с языка определяет успех хирургического вмешательства. Рациональное послеоперационное ведение таких больных также способствует этому.

УСУНЕННЯ ЗАЛИШКОВИХ ДЕФЕКТІВ ПІДНЕБІННЯ ПІСЛЯ ВЕЛОПЛАСТИКИ У ДІТЕЙ

Ашуралієв Х.Г.

Резюме. У статті представлені використовувані методики ліквідація залишкового дефекту твердого піднебіння після первинної велоластики на базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку НМУ імені О.О. Богомольця з 2010 по 2012 рік. Проведені дослідження дозволили визначити показання до застосування кожного з різних способів ліквідації залишкового дефектів твердого піднебіння і особливостей виконання окремих етапів хірургічного втручання.

REMOVAL OF RESIDUAL DEFECTS PALATE AFTER VELOPLAST IN CHILDREN

Ashuraliev H.

Abstract. The used liquidation techniques of residual defect of a hard palate after primary veloplasty are presented in article on the basis of chair of surgical stomatology and maxillofacial surgery of children's age of Bogomolets National Medical University beginning from 2010 to 2012 are presented. The conducted researches have allowed to define indications for applying of each of various ways of liquidation residual defects of a hard palate and features of performance of separate stages of surgical intervention.

Список використаної літератури

1. Водолацкий М.П., Мухорамов Ф.С. Пластика лоскутом с языка дефекта переднего отдела твёрдого нёба при врождённой расщелине верхней губы и нёба. // Материалы II Всероссийской научно-практической конференции Врождённая и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - Москва.-2006.-с.190-191.
2. Гончарова Е.А., Бельченко В.А., Гончаков Г.В. К вопросу о тактике оперативного лечения пациентов с дефектами нёба и альвеолярного отростка верхней челюсти. // Материалы II Всероссийской научно-практической конференции Врождённая и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - Москва.-2006.-с.50-51.
3. Пат. №41045UA, МПК А61В17/00. Спосіб формування ложа для клаптя з язика при ліквідації дефекту твердого піднебіння / Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Кисельова Н.В.; Національний медичний університет імені О.О.Богомольця. - №200900824; опубл. 27.04.2009; заявл. 04.02.2009, бюл.№8.
4. Пат. №2240062 РФ. МПК 7 А61В17/24. Способ реконструкции дефектов твердого нёба/ Радкевич А.А., Понтер В.Э., Юшков М.Ю.- №2003124263/14; опубл. 01.08.2003; заявл. 10.11.2004
5. Харьков Л.В. Двухэтапная операция ликвидации дефекта неба при односторонних несращениях по собственной методике/ Л.В.Харьков// Современная стоматология. – 2005. - № 4. – С. 90-94.
6. Guzel M. Z. Repair of large, anterior palatal fistulas using thin tongue flaps: Long-term follow-up of 10 patients / M. Z. Guzel, F. Altintas // Ann. Plast. Surg. - 2000. - V. 45, № 2. - P. 109-114.
7. Zhao Z. The buccal musculomucosal reversed flow arterial island flap: Clinical application / Z. Zhao, S. Li, Y. Li // Zhonghua. Kou. Qiang. Yi. Xue. Za. Zhi. -2001. - V. 36, № 3. -P. 199-201.