

менения разработанных ЛПК у детей основной группы наблюдалась нормализация показателей кровотока. Так, объемная и максимальная линейная систолическая скорость кровотока после проведенного лечения равнялась $0,017 \pm 0,001 - 0,018 \pm 0,001$ мм/с и $2,147 \pm 0,108 - 2,169 \pm 0,109$ мм/с соответственно через 6 месяцев наблюдения. Вместе с тем, в группе сравнения цифровые значения изучаемых показателей были большими – $0,069 \pm 0,003 - 0,077 \pm 0,004$ мм/с и $2,579 \pm 0,129 - 2,723 \pm 0,136$ мм/с соответственно, что свидетельствует об усилении линейных скоростей кровотока в тканях пародонта, которое характерно для воспалительных процессов в них. Обращает на себя внимание тот факт, что динамика индексов пульсации (PI) и резистентности (RI) при хроническом катаральном гингивите остается в пределах нормы как при здоровом пародонте, что может быть связано с сохранением компенсаторно-приспособительных механизмов регуляции тканевого кровотока за счет увеличения шунтирующего кровотока.

Выводы. По данным ультразвуковой доплерографии было установлено, что у детей 7 – 15 лет с ГХКГ, которые родились с врожденными расщелинами и были прооперированы, имело место усиление линейных скоростей кровотока в тканях пародонта в начале лечения ХКГ, что было обусловлено, по нашему мнению, компенсаторной реакцией тканевого кровотока в ответ на воспаление. При этом изменения скоростных характеристик тканевого кровотока в тканях пародонта у этих детей зависели от их степени воспаления. Однако цифровые данные индексов пульсации (PI) и резистентности (RI) при хроническом катаральном гингивите оставались в пределах нормы, несмотря на воспаление в десне, что может свидетельствовать о сохранении компенсаторно-приспособительных механизмов тканевого кровотока благодаря наличию множественных артериоло-веноулярных анастомозов, через которые происходит перераспределение тока крови в тканях пародонта.

Список литературы

1. Шунтикова Е. В. Изменение микроциркуляторного русла десны в норме и при экспериментальном пародонтите / Е.В. Шунтикова, П.Н. Александров, Л.А. Кожевникова // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 1998. – № 3. – С. 18-20.
2. Улитовский С. Б. Циркулярная зависимость развития заболеваний пародонта / С.Б. Улитовский // Новое в стоматологии. – 2000. – № 4. – С. 55–64.
3. Ультразвуковая доплерография сосудов макро- и микроциркуляторного русла тканей полости рта, лица и шеи: материалы международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов, 4-я. Ст-Петербург. – 1999. – 74 с.
4. Бородулина И. И. Особенности гемодинамики тканей пародонта у лиц с мелким преддверием полости рта. / И. И. Бородулина, С.Н. Ермолев // Российский стоматологический журнал. №1. – 2004. – С. 19-21.
5. Лаврентьева Ю. Э. Профилактика заболеваний пародонта у детей: Метод. рекомендации / Лаврентьева Ю. Э., Кондратов А. И., Простакова Т. Б. – Екатеринбург, 1994. – 20 с.

REFERENCES

1. Shuntikova E.V., Alexandrov P.N., Kozhevnikova L.A. Changing the microvasculature gums in normal and experimental periodontitis. *Patologicheskaya fiziologiya i eksperimental'naya terapiya*. 1998;3:18-20.
2. Ulitovskiy S. B. Circular dependence of the development of periodontal diseases. *New in stomatology*. 2000;4:55-64.
3. Kozlov V.A., Artyushenko N.K., Shalak O.V. *Ul'trazvukovaya dopplerografiya sosudov makro- i mikrotsirkulyatornogo rusla tkaney polosti rta, litsa i shei: materia-ly mezhdunarodnaya konferentsiya chelyustno-litsevykh khirurgov i stomatologov, 4-ya* [Doppler ultrasound vascular macro- and microvasculature oral tissues, face and neck. International conference of maxillo-facial surgeons and dentists, 4th: Materials]. *St-Petersburg*; 1999:74с.
4. Borodulina I. I., Ermoliev S. N. Features of periodontal tissue hemodynamics in patients with small vestibule of the oral cavity. *Rossiyskiy stomatologicheskiy zhurnal*. 2004;1:19-21.
5. Lavrenteva Y.E., Kondratov A.I., Prostakova T.B. *Profilaktika zabolevaniy parodontia u detey* [Prevention of periodontal disease in children]. *Method. rekomendatsii. Ekaterinburg*; 1994:20.

Поступила 03.08.16



УДК 616-089.004.64:616.315

О. І. Демід

Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національної академії медичних наук України»

СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО УСУНЕННЯ ВРОДЖЕНОГО ДЕФЕКТУ М'ЯКОГО ПІДНЕБІННЯ

Світовий досвід хірургічного лікування хворих з розціліною верхньої губи та піднебіння демонструє хороші результати усунення як первинних дефектів, так і виправлених вторинних деформацій, але результати операції не завжди можуть трактуватися як позитивні.

Оперуючи пацієнтів з вродженою розціліною м'якого та твердого піднебіння хірург часто зустрічається з дилемою – оперувати пацієнта за типовим протоколом велоластики і залишити частковий залишковий дефект твердого піднебіння або оперувати м'яке і тверде піднебіння одразу. При проведенні оперативного втручання в два етапи незначний залишковий дефект твердого піднебіння не завжди вдається прооперувати вдало через його розміри та недостатню мобільність тканин повного дефекту, а також це додаткова операція і травма для дитини.

Ключові слова: піднебіння, вроджені дефекти, хірургічне лікування.

А. И. Демид

Государственное учреждение «Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Национальной академии медицинских наук Украины»

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ДЕФЕКТА МЯГКОГО НЕБА

Мировой опыт хирургического лечения больных с расщелиной верхней губы и неба демонстрирует хорошие резуль-

таты устранения как первичных дефектов, так и исправленных вторичных деформаций, но результаты операции не всегда могут трактоваться как позитивные.

Оперируя пациентов с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба хирург часто встречается с дилеммой - оперировать пациента за типичным протоколом велоластики и оставлять частичный остаточный дефект твердого неба или оперировать мягкое и твердое небо сразу.

При проведении оперативного вмешательства в два этапа незначительный остаточный дефект твердого неба не всегда удается прооперировать удачно из-за его размеров и недостаточной мобильности тканей полного дефекта, а также это дополнительная операция и травма для ребенка.

Ключевые слова: небо, врожденные дефекты, хирургическое лечение.

A. I. Demid

State Establishment “The Institute of Stomatology and Maxillo-Facial Surgery of the National Academy of Medical Science of Ukraine

THE METHOD OF THE SURGICAL REMOVAL OF THE SOFT PALATE'S INNATE DEFECT

ABSTRACT

World experience of surgical treatment of patients with cleft of the upper lip and palate demonstrate good results address as primary defects, and fixed the secondary deformations, but results may not always be interpreted as positive.

In patients with congenital cleft of the soft and hard palate surgeon often meets with a dilemma-to operate on a patient for a typical protocol plastic surgery and leave partial residual defect hard palate or manipulate the soft and hard palate immediately.

When conducting an operation in two stages a slight residual defect of the hard palate is not always possible to operate successfully through its size and lack of mobility of tissues full defect, as well as an additional surgery and trauma for the child.

Key words: sky, birth defects, surgical treatment.

Актуальність теми. Світовий досвід хірургічного лікування хворих з розщипиною верхньої губи та піднебіння демонструє хороші результати усунення як первинних дефектів, так і виправлених вторинних деформаций, та результати операції не завжди можуть трактуватися як позитивні [1, 2]. До теперешнього часу залишаються спірними та широко обговорюються у вітчизняній літературі такі питання, як: оптимальний вік дитини для виконання первинного хірургічного втручання: вибір найбільш оптимального, в функціональному відношенні, та найменш травматичного методу. Разом з тим очевидно, що своєчасне та правильне виконання першого етапу хірургічного лікування визначає успіх реабілітації пацієнтів з вродженими розщипинами верхньої губи та піднебіння [5].

Оперуючи пацієнтів з вродженою розщипиною м'якого та твердого піднебіння хірург часто зустрічається з дилемою – оперувати пацієнта за типовим протоколом велоластики і залишати частковий залишковий дефект твердого піднебіння або оперувати м'яке і тверде піднебіння одразу. При проведенні оперативного втручання в два етапи не-

значний залишковий дефект твердого піднебіння не завжди вдається прооперувати вдало через його розміри та недостатню мобільність тканин повного дефекту, а також це додаткова операція і травма для дитини [3, 4]. Якщо оперувати дану патологію в один етап, враховуючи анатомо-функціональні особливості твердого та м'якого піднебіння, постає проблема дефіциту м'яких тканин по межі твердого та м'якого піднебіння, недостатня мобільність цих тканин, висока сила натягу даної ділянки, що інколи приводить до часткового розходження швів по межі твердого та м'якого піднебіння. Використовуючи бокові розрізи за Лангенбеком при радикальній ураностафілопластиці з подальшим відшаруванням і мобілізацією слизово-окісних клаптів піднебіння ми порушуємо росткові зони верхньої щелепи, що в ранньому віці веде до затримки її росту та значних післяопераційних деформаций. Також часто виникає контрактура слизової оболонки м'якого та твердого піднебіння при проведенні горизонтальних розрізів з метою кращої мобілізації. Ці питання стали предметом пошуку способу відновлення піднебіння з мінімальним травмуванням м'яких тканин даного анатомічного утворення, що і буде представлено в нашій роботі [6, 7].

Мета роботи. З метою попередження контрактури тканин м'якого піднебіння і подальшим порушенням функції піднебінно-глоткового комплексу, розріз слизової оболонки по межі твердого та м'якого піднебіння не проводиться.

Методика. Мобілізація тканин відбувається за рахунок проведення модифікованого розрізу по Ернсту в дистальному відділі піднебінної поверхні альвеолярного паростка і далі за горб верхньої щелепи, вздовж крило-щелепної складки не більше ніж на 5-7 мм. В подальшому мобілізація тканин відбувається шляхом сепарації по поверхні горба верхньої щелепи і дистального краю горизонтальної пластинки піднебінної кістки до гачка крилоподібного паростка основної кістки. Далі мобілізація тканин відбувається шляхом скидання сухожилля *m.tensor veli palatini* і медіальному зміщенні даного анатомічного утворення. Подальша мобілізація м'яких тканин відбувається за рахунок диссекції тканин по піднебінній поверхні горизонтальної пластинки піднебінної кістки в напрямку до середньої лінії піднебіння. *M.tensor veli palatini* і *m.levator veli palatini* відшарували від заднього краю горизонтальної пластинки і доповнювали мобілізацією слизово-окісного клаптя зі сторони носової поверхні горизонтальної пластинки. Мобілізоване м'язове утворення зміщували дистально за рахунок чого досягалась ретротранспозиція крайнього, без порушення цілісності слизової оболонки порожнини носа. В подальшому операційна рана ушивається пошарово шляхом накладання швів на слизову оболонку дна носового ходу. Мобілізовані ділянки *m.tensor veli palatini* і *m.levator veli palatini* таким чином щоб їхні волокна із сагітального положення були перенаправлені в трансверзальне положення. Дана маніпуляція здійснюється з метою зміни напрямку дії м'язів м'якого піднебіння для поліпшення функції піднебінно-глоткового комплексу.

Закінчували операцію накладанням швів по краю клаптів ротової поверхні м'якого піднебіння.

Клінічний приклад. 29.06.2016 р. в клініку щелепно-лицевої хірургії ДУ ІСНАМНУ госпіталізовано пацієнтку К., 2014 року народження з діагнозом: «Вроджена ізольована розщелина м'якого та твердого піднебіння» (рис. 1)

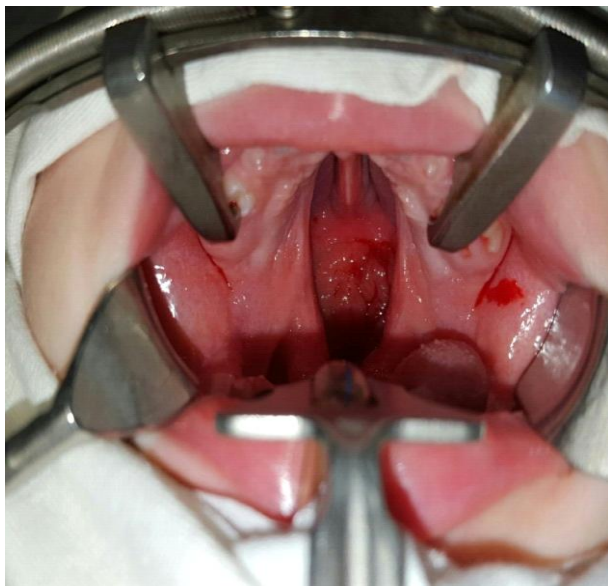


Рис. 1. Хвора К., 2014 р.н. д-з: Вроджена ізольована розщелина м'якого та твердого піднебіння.

30.06.2016 р. під загальним знеболенням (ендотрахеальний наркоз) і додатково інфільтраційною анестезією (sol. Articaini 1 % -15 ml) проведені вертикальні розрізи м'яких тканин по внутрішньому краю розщелини, також проведені два бокових розрізи м'яких тканин в ділянці горба верхньої щелепи, модифікованих за Ернстом, з виходом на крилощелепну складку, але не більше 5-7 мм. Проведена диссекція м'яких тканин по задньому краю твердого піднебіння з виділенням m. Levator veli palatine та піднебінної порції m. Palatoglossus та m. Palatopharyngeus. Виділено носову слизову, в'язевий шар і слизову порожнини рота (рис. 2).

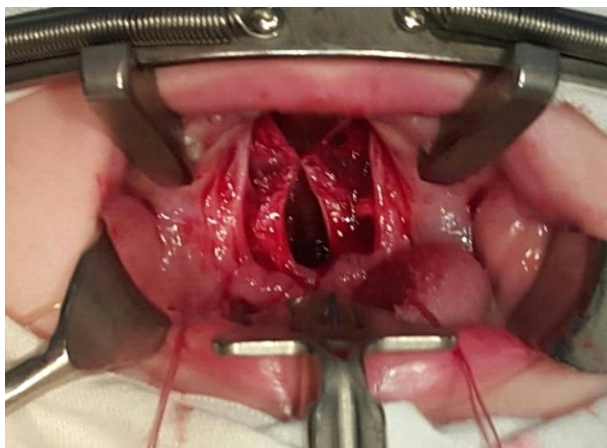


Рис. 2. Хвора К., 2014 р. Відновлення носової слизової.

Також проведена мезофаринго конструкція за рахунок зламвання крилоподібного гачка та медіального переміщення m. Tensor veli palatini. Слизова оболонка зі сторони порожнини носа, m. Levator veli palatini, слизова оболонка порожнини рота. Рану пошарово ушито матеріалом Vicril 4/0. Бокові модифіковані розрізи ушито матеріалом Vicril 4/0 (рис. 3, 4).



Рис. 3. Хвора, 2013 р.н. Ушивання м'язів м'якого піднебіння.

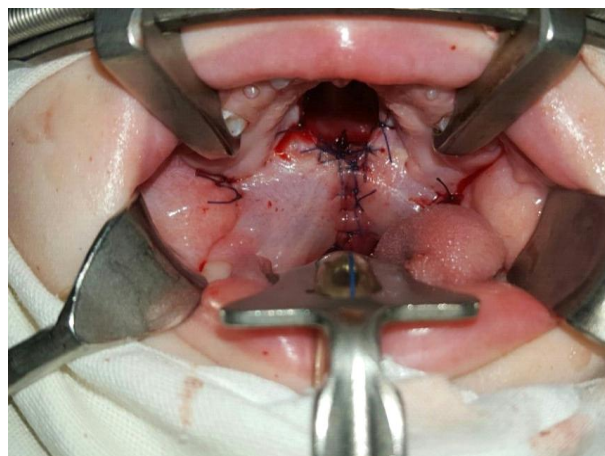


Рис. 4. Хвора, 2013 р.н. Відновлене м'яке піднебіння. Залишковий дефект твердого піднебіння.

Висновки: на нашу думку, використовуючи під час операції бокові модифіковані розрізи по Ернсту м'яких тканин в ділянці горба верхньої щелепи з виходом на крило-щелепну складку не більш ніж 5-7 мм., без використання горизонтальних розрізів слизової, маємо можливість достатньо мобілізувати м'яко тканинні клапті, що під час пошарового ушивання рани зменшує натяг даної ділянки, сприяючи умови для кращої адаптації ранової поверхні. В післяопераційному періоді зменшується ризик розвитку контрактури м'яких тканин піднебіння. Це в підсумку приводить до кращої реабілітації пацієнта в післяопераційному періоді, (менша фізична та психічна травма для дитини), заживання тканин первинним натягом. По даній методиці подано заявку про отримання патенту на корисну модель.

Список літератури

1. Гулюк А. Г. Анатомічні особливості піднебінного апоневрозу при природжених щілинах / А. Г. Гулюк // Одеський медичний журнал. – 1999. – № 6 (56) – С. 50-51.
2. Гулюк А. Г. Методи поетапного хірургічного лікування вродженої розщиплини верхньої губи та піднебіння / А. Г. Гулюк, Г. Г. Крикляс // Український нейрохірургічний журнал. – 2001. – № 2. – С. 148-149.
3. Гулюк А. Г. Методи поетапного хірургічного лікування хворих з вродженою розщипиною верхньої губи і піднебіння : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / А. Г. Гулюк. – Полтава, 2003. – 37 с.
4. Харьков Л. В. Вроджені захворювання щелепно-лицевої ділянки у дітей. Сучасна стратегія лікування / Л. В. Харьков // Науковий вісник національного медичного університету ім. О. О. Богомольця. – 2004. – № 1-2, С. 45-48.1.
5. Кугушев О. Ю Оптимизация хирургического лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.19 «Детская хирургия» / А. Ю. Кугушев. — Москва, 2012. — 25 с.
6. Косымов М.М. Реконструктивная хейлоринопластика у больных с односторонней расщелиной верхней губы : дис... канд. мед. наук : 14.01.17 / Косымов М.М. – Душанбе, 2012. – 87с.
7. Нелюбина О. В. Клініко-анатомічне обґрунтування хірургічного лікування дітей з вродженою розщипиною губи і піднебіння: дисертація кандидата медичних наук : 14.01.14 / О. Ю. Нелюбина. – Москва, 2012. – 92 с

REFERENCES

1. Guljuk A. G. Anatomical features of pidnebinnoho Aponeurosis with congenital clefts. *Odes'kyj medychnyj zhurnal*. 1999;6(56):50-51.

2. Guljuk A. G., Krykljas G. G. Methods of phase of surgical treatment of congenital palatoschisiss upper lip and palate *Ukrai'ns'kyj nejrohirurgichnyj zhurnal*. 2001; 2:148-149.

3. Guljuk A. G. *Metody poetapnogo hirurgichnogo likuvannja hvoryh z vrodzhenomu rozshhilynoju verhn'oi' guby i pidnebinnja* xMethods of phasing in the surgical treatment of patients with congenital palatoschisiss the top of the lip and palate: avtorеф. Abstract of a doctoral thesis of medical sciences. SPb., *Poltava*; 2003:37.

4. Har'kov L. V. Congenital diseases of maxillary-facial malformations in children. Modern treatment strategy. *Naukovyj visnyk nacional'nogo medychnogo univversytetu im. O. O. Bogomol'cja*. 2004;1-2:45-48.1.

5. Kugushev O. Yu. *Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya detey s vrozhdennoy rasshchelinoy verkhney guby i nyeba* [Optimization of the surgical treatment of children with congenital cleft of the upper lip and palate] Abstract of a candidate's thesis of medical sciences. *Moskva*, 2012:25 с.

6. Kosymov M.M. *Rekonstruktivnaya kheylorinoplastika u bol'nykh s odnostoronney rasshchelinoy verkhney guby* [Reconstructive hejlorinoplastika in patients with unilateral cleft of the upper lip] Dissertation of candidate of medical sciences. *Dushanbe*, 2012:87.

7. Nelyubina O. V. *Kliniko-anatomicheskoe obosnovanie khirurgicheskogo lecheniya detey s vrozhdennoy rasshchelinoy guby i neba* [Clinical-anatomical rationale for surgical treatment of children with congenital cleft lip and palate]. Dissertation of candidate of medical sciences. *Moskva*, 2012:92.

Надійшла 23.08.16

