

REFERENCES

1. Pal'chun V.T., Kafarskaya L.I., Kunel'skaya N. L., Gurov A. V., Izotova G.N., Zakarieva A. N. The analysis of the effectiveness of the different antibacterial preparations at acute exudative highmorethmoiditis *Lechebnoe delo*. 2010;3:44-48.
2. Lyubaev V. L., Aydarbekova A. A. The effectiveness of the surgical intrusions at the treatment of regional metastasis in patients with cancer of mucous membrane of oral cavity and oropharynx. *Sibirskiy onkologicheskij zhurnal*. 2006;2:11-15.
3. Lyubaev V. L. *Khirurgicheskiy metod v lechenii mestno-rasprostranennogo raka slizistoy obolochki polosti rta i rotoglotki* [The surgical method in the treatment of locally advanced cancer of mucous membrane of oral cavity of mouth and oropharynx: doctoral thesis in medicine] Moskva, 1985. – 299 с.
4. Levitskiy A. P., Volyanskiy Yu. L., Skidan K. V. Prebiotiki i problema disbakterioza [Prebiotics and the problem of dysbacteriosis]. *Khar'kov: EDENA*; 2008:100.

Надійшла 22.02.16



УДК 616,315-018+616-007-053.1

О. І. ДемідДержавна установа «Інститут стоматології
Національної академії медичних наук України»

**СПОСІБ МОБІЛІЗАЦІЇ М'ЯКИХ ТКАНИН
ПО МЕЖІ ТВЕРДОГО ТА М'ЯКОГО
ПІДНЕБІННЯ НА ЕТАПАХ ЙОГО
РЕКОНСТРУКЦІЇ ПРИ ВРОДЖЕНИХ
РОЗЦІЛИНАХ М'ЯКОГО ТА ЧАСТКОВО
ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ**

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

Оперуючи пацієнтів з вродженою розцілиною м'якого та частково 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.

З метою скорочення кількості оперативних втручань, було удосконалено методіку первинного оперативного втручання, при ізольованій розцілинні м'якого піднебіння.

Ключові слова: піднебіння, вроджені розцілини губи та піднебіння, оперативне втручання.

А. І. ДемідГосударственное учреждение «Институт стоматологии
Национальной академии медицинских наук Украины»

**СПОСОБ МОБИЛИЗАЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ПО ЛИНИИ ТВЕРДОГО И МЯГКОГО НЕБА
НА ЭТАПАХ ЕГО РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ
ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИНАХ МЯГКОГО
И ЧАСТИЧНО ТВЕРДОГО НЕБА**

Мировой опыт хирургического лечения больных с расщелиной верхней губы и неба демонстрируют хорошие результаты устранения как первичных дефектов, так и исправ-

ленных вторичных деформаций, но результаты операции не всегда могут трактоваться как позитивные.

Оперируя пациентов с врожденной расщелиной мягкого и частично 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. С целью сокращения количества оперативных вмешательств, была усовершенствована методика первичного оперативного вмешательства, при изолированной расщелине мягкого неба.

Ключевые слова: небо, врожденные расщелины губы и неба, оперативное вмешательство.

А. І. ДемідState Establishment «The Institute of Stomatology
of the National academy of medical science of Ukraine»

**THE METHOD OF THE MOBILIZATION OF
SOFT TISSUES AT THE MARGIN OF HARD AND
SOFT PALATE AT THE STAGES OF ITS RECON-
STRUCTION AT INNATE CLEFTS OF SOFT AND
PARTIALLY HARD PALATE**

ABSTRACT

The international experience of surgical treatment of patients with cleft of upper lip and palate demonstrate good results of the elimination of the primary defects as well as the corrected secondary deformations, but the results of the surgery can not always be taken as positive ones.

While operating on the patient with the innate cleft of soft and partially hard palate the surgeon often faces the dilemma: to carry out the surgery according to the standard protocol of veloplasty and leave the partial defect of hard tissue or to carry out the surgery of both soft and hard tissue simultaneously.

To shorten the surgical intrusions in number the technique of the primary surgical intrusion at isolated cleft of soft palate was perfected.

At general anesthesia (endotracheal anesthesia) and additional infiltration anesthesia (sol. Articaini 1% -15 ml) the vertical incisions of soft tissues by the inner edge of the cleft was made, also two lateral incisions of soft tissues at the area of upper jaw hump, modified according to the method by Ernst, are performed. The dissection of soft tissues by the posterior edge of hard palate was carried out with the separation of m. Levator veli palatine and palatal portion of m. Palatoglossus and m. Palatopharigeus. The nasal mucous membrane, muscular layer and oral mucous membrane were extracted. To mobilize the soft tissues by the margin of soft and hard palate the modified by Langenbeck lateral incisions were prolonged by dentogingival edge to 54 and 64 teeth.

To the author's opinion, the application of the prolonged lateral incisions of soft tissues by the margin of soft and hard palate at surgery allows their mobilization. This action reduces the tension of this part at layered closure of the wound, favoring the better adaptation of wound surface.

Key words: palate, innate clefts of lip and palate, surgical intrusion.

Актуальність теми. Світовий досвід хірургічного лікування хворих з розцілиною верхньої губи та піднебіння демонструють хороші результати усунення як первинних дефектів, так і виправлених вторинних деформацій, але результати операції не завжди можуть трактуватися як позитивні [2]. До те переш-

нього часу залишаються спірними та широко обговорюються в 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 розщілинами верхньої губи та піднебіння [1].

Оперуючи пацієнтів з вродженою розщілиною м'якого та частково 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 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 [3]. 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 деформацій. Ці питання стали предметом пошуку способу мобільності тканин проблемної зони, що і буде представлено в нашій роботі.

Мета. З метою скорочення кількості оперативних втручань, було удосконалено методику первинного оперативного втручання, при ізольованій розщілині м'якого піднебіння та незначній до 5 мм розщілині твердого піднебіння, шляхом додаткової мобілізації тканин на межі твердого та м'якого піднебіння [4].

Обґрунтування. Слизова оболонка твердого піднебіння вкрита багатошаровим неороговівачим плоским епітелієм. Підслизовий шар ущільнюється і утворює фіброзну пластинку, яка зростається з окістям. Особливо міцне зрощення в області швів і при переході в ясна, тому слизова оболонка твердого піднебіння нерухома, що ускладнює мобілізацію слизово-окісного клаптя по межі твердого та м'якого піднебіння. В інших місцях між власною пластинкою слизової оболонки і окістям локалізується тонкий шар жирової тканини, в якій розташовуються дрібні слизові піднебінні залози (gll. palatinae), що мають трубчасто-альвеолярну будову. Дане анатомо-топографічне утворення, використовуючи бокові модифіковані розрізи за Лангенбеком, дає можливість в адекватній і достатній мобілізації тканин для заміщення часткового дефекту твердого піднебіння.

М'яке піднебіння являє собою м'язово-апоневротичне утворення, покрите слизовою оболонкою. З боку ротової порожнини слизова оболонка

вкрита багатошаровим неороговівачим епітелієм, а з боку носоглотки – багаторядним війчастим епітелієм. Багатошаровий плоский епітелій розташовується на добре розвиненій базальній мембрані з великою кількістю еластичних волокон, а в товщі базальної мембрани слизової оболонки з війчастим епітелієм знаходяться численні слизові залози, секрет яких зволожує поверхню слизової. Така особливість м'якого піднебіння по межі піднебінного шва також дає можливість для латералізації слизово-м'язових клаптів.

Методика удосконаленого усунення вродженої розщілини м'якого піднебіння та частково твердого піднебіння (схема 1).

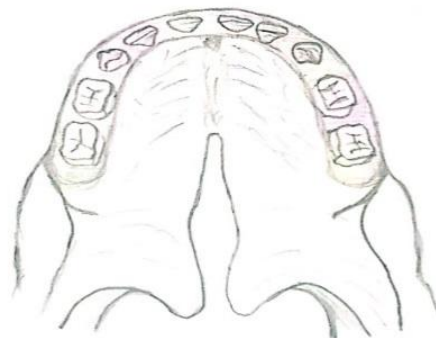


Схема 1. Вроджена ізольована розщілина м'якого та твердого піднебіння.

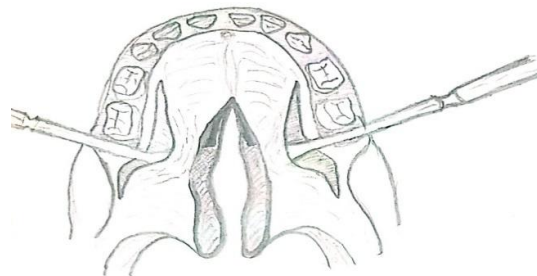


Схема 2. Модифіковані розрізи за Лангенбеком. Мобілізація м'яких тканин.

Під загальним знеболенням (ендотрахеальний наркоз) і додатково інфільтраційною анестезією (sol. Articaini 1 % -15 ml) проведено вертикальні розрізи м'яких тканин по внутрішньому краю розщілини, також проведені два бокових розрізи м'яких тканин в ділянці горба верхньої щелепи модифікованих за Ернстом. Проведена диссекція м'яких тканин по задньому краю твердого піднебіння з виділенням m. Levator veli palatinae та піднебінної порції m. Palatoglossus та m. Palatopharygeus. Виділено носову слизову, м'язовий шар і слизову порожнини рота. З метою мобілізації

м'яких тканин по межі м'якого та твердого піднебіння модифіковані бокові розрізи за Лангенбеком подовжено по зубоясенному краю до 54 та 64 зубів (схема 2).

Распатором виділено слизово-окісний клапоть зліва і справа. Проведено його мобілізацію з виходом распатора на внутрішній край розщілини. Також проведена мезофарингоконстрикція за рахунок зламвання крилоподібного гачка та медіального переміщення *m. Tensor veli palatine* (схема 3). Слизова оболонка зі сторони порожнини носа, *m. Levator veli palatini*, слизова оболонка порожнини рота. Рану пошарово ушито матеріалом Vicril 4/0 (схема 4-5).

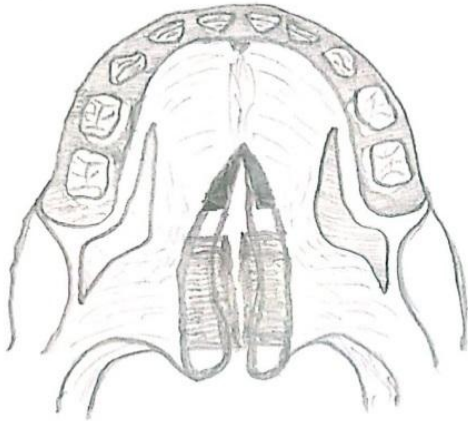


Схема 3. Виділення м'язового шару м'якого піднебіння.

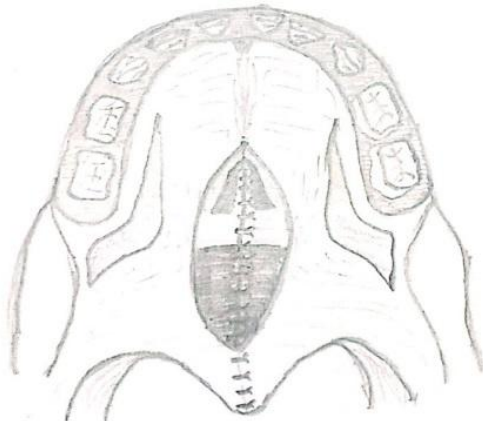


Схема 4. Пошарове ушивання рани.

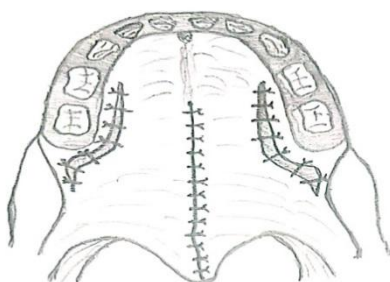


Схема 5. Повне закриття дефекту.

Клінічний приклад. 22.09.2014 в клініку щелепно-лицевої хірургії ДУ ІСНАМНУ госпіталізовано пацієнтку З., 2012 року народження з діагнозом: «Вроджена ізольована розщілина м'якого та частково твердого піднебіння» (рис. 1).

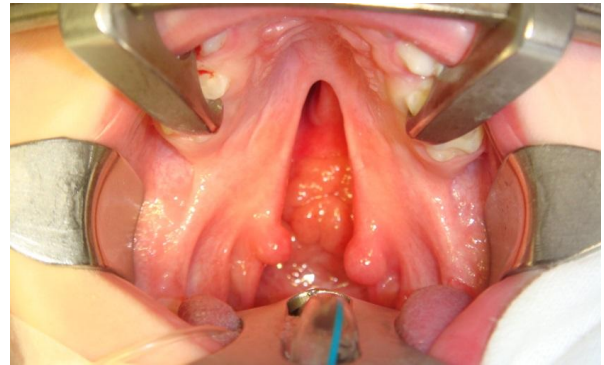


Рис. 1 Хвора З., 2012 р.н. д-з: Вроджена ізольована розщілина м'якого та частково твердого піднебіння.

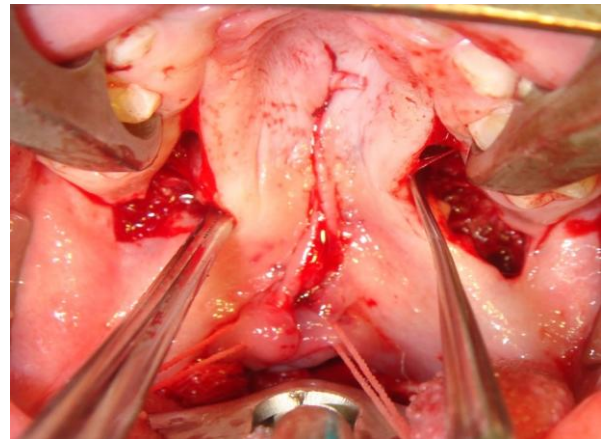


Рис. 2. Хвора З., 2012 р.н. Бокові розрізи в модифікації Ернста.

23.09.2014 під загальним знеболенням (ендотрахеальний наркоз) і додатково інфільтраційною анестезією (sol. Articaini 1 % – 15 ml) проведено вертикальні розрізи м'яких тканин по внутрішньому краю розщілини, також проведені два бокових розрізи м'яких тканин в ділянці горба верхньої щелепи модифікованих за Ернстом. Проведена диссекція м'яких тканин по задньому краю твердого піднебіння з виділенням *m. Levator veli palatine* та піднебінної порції *m. Palatoglossus* та *m. Palatopharigeus*. Виділено носову слизову, м'язевий шар і слизову порожнини рота. З метою мобілізації м'яких тканин по межі м'якого та твердого піднебіння модифіковані бокові розрізи за Лангенбеком подовжено по зубоясенному краю до 54 та 64 зубів. (рис. 2).

Распатором виділено слизово-окісний клапоть зліва і справа. Проведено його мобілізацію з виходом распатора на внутрішній край розщілини. Також проведена мезофарингоконстрикція за рахунок зламвання крилоподібного гачка та медіального переміщення *m. Tensor veli palatine*. 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).

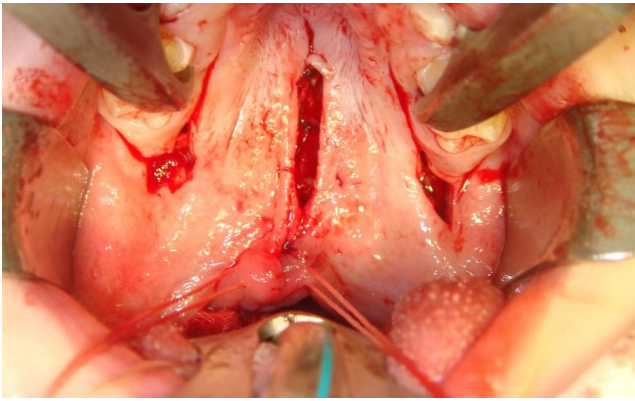


Рис. 3. Хвора З., 2012 р.н. Сформована носова слизова.

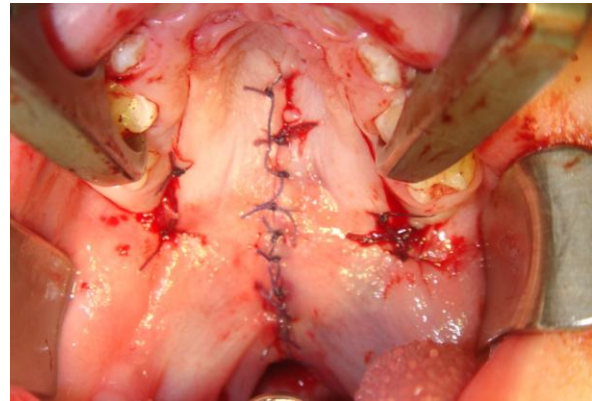


Рис. 4. Хвора З. 2012 р.н. Повне відновлення піднебіння.

Висновки. На нашу думку, використовуючи під час операції подовжені бокові розрізи м'яких тканин по межі м'якого та твердого піднебіння маємо можливість їх мобілізувати, що під час пошарового ушивання рани зменшує натяг даної ділянки, сприяючи умови для кращої адаптації ранової поверхні. Це в підсумку приводить до скорочення етапів хірургічного лікування (менша фізична та психічна травма для дитини), кращої реабілітації пацієнта в післяопераційному періоді, заживання тканин первинним натягом.

Список літератури

1. Кугушев А. Ю. Оптимизация хирургического лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.19. «Детская хирургия» / А. Ю. Кугушев. – Москва, 2012. – 25 с.
2. Косимов М. М. Реконструктивная хейлоринопластика у больных с односторонней расщелиной верхней губы : дис... канд. мед. наук : спец. 14.01.17 / Косимов Махмадулло Махмадиевич. – Душанбе, 2012. – 87 с.
3. Нелюбина О. В. Клинико-анатомическое обоснование хирургического лечения детей с врожденной расщелиной губы и

неба : дис... канд. мед. наук : спец. 14.01.14 / Нелюбина Ольга Валерьевна. – Москва, 2012. – 92 с

4. Заявка на патент № u201602505 від 15.03.2016 р.

REFERENCES

1. **Kugushev A. Yu.** *Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya detey s vrozhdennoy rasshchelinoy verkhney guby i nyeba* [The optimization of the surgical treatment of children with innate cleft of upper lip and palate: the author's abstract of candidate's thesis in medicine] : Abstract of a candidate's thesis of medical sciences. *Moskva*, 2012:25.
2. **Kosimov M. M.** *Rekonstruktivnaya kheylorinoplastika u bol'nykh s odnostoronney rasshchelinoy verkhney guby* [The reconstructive cheilorhinoplasty in patients with unilateral cleft of upper lip: candidate's thesis in medicine].Dissertation of candidate of medical sciences. *Dushanbe*; 2012:87.
3. **Nelyubina O. V.** *Kliniko-anatomicheskoe obosnovanie khirurgicheskogo lecheniya detey s vrozhdennoy rasshchelinoy guby i neba* [The clinical-anatomical substantiation of the surgical treatment of children with innate cleft of lip and palate: candidate's thesis in medicine]. Dissertation of candidate of medical sciences. *Moskva*; 2012:92.
4. Patent application № u201602505 dated on 15.03.2016.

Надійшла 22.02.16

