

Порівняльна характеристика методів хірургічного лікування незрощень верхньої губи та піднебіння в дітей різного віку



І.М. Вишпінський

Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

Мета роботи — підвищити ефективність хірургічного лікування дітей із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння (ВНВГП) шляхом удосконалення раннього первинного симультанного хірургічного лікування.

Матеріали та методи. Здійснено аналіз результатів запропонованого одномоментного первинного хірургічного лікування (ОПХЛ) порівняно з традиційним багатоетапним первинним хірургічним лікуванням (БПХЛ) у 172 хворих із різними формами ВНВГП, оперованих на базі Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні у період із 1998 по 2009 р. Вік пацієнтів — від 2 міс до 14 років. З однобічними ВНВГП було 78 (45,3 %) хворих, із двобічними — 24 (14 %) та з ізольованими незрощеннями піднебіння (ІНТ) — 70 (40,7 %) пацієнтів. Для порівняльного аналізу результатів лікування в кожній із груп виокремлено по дві підгрупи хворих, яким проводили раннє ОПХЛ та раннє або пізнє БПХЛ. До року життя первинне хірургічне лікування виконали у 123 (71,51 %) хворих, після року життя — у 49 (28,49 %) пацієнтів. Загалом 172 дітям виконано 233 операції.

Результати та обговорення. За запропованою методикою раннє ОПХЛ в підгрупі із 45 хворих з наскрізними однобічними ВНВГП проведено у 21 хворого, раннє та пізнє БПХЛ — у 24 хворих. Порівнявши результати, виявили переваги раннього ОПХЛ над БПХЛ за всіма показниками. Так, за анатомічними та естетичними показниками післяопераційні дефекти при ранньому ОПХЛ виникли в 4,8 % випадків, а при БПХЛ — в 13,3 %, післяопераційні деформації структур верхньої губи та носа при ранньому ОПХЛ виникли в 4,8—28,6 % випадків, а при БПХЛ — в 44,4—93,3 % (раннє БПХЛ 44,4—88,9 %, пізнє БПХЛ 53,3—93,3 %), необхідні коригувальні операції після ОПХЛ виконували в 42,9 % хворих, після раннього БПХЛ — у 77,8 % пацієнтів, після пізнього БПХЛ — у 86,7 %. За функціональними показниками недостатнє відновлення функції верхньої губи при ОПХЛ виникло у 38,1 % випадках, при БПХЛ — у 55,6 %, недостатнє змикання м'якого піднебіння при ранньому ОПХЛ було лише у 4,8 % хворих, при ранньому БПХЛ — у 22,2 %, а при пізньому БПХЛ — у 66,7 %. За логопедичними показниками — мовлення розвивається відповідно до віку при ранньому ОПХЛ — у 95,2 % дітей, при ранньому БПХЛ — у 77,7 %, а при пізньому БПХЛ — у 33,3 %.

Передопераційне та післяопераційне ортодонтичне лікування застосовували у 34 (75,6 %) із 45 хворих із наскрізними однобічними незрощеннями. Це 16 (76,2 %) хворих із 21, яким виконали раннє ОПХЛ, та 18 (75 %) пацієнтів із 24, яким проводили БПХЛ. Порівняльний аналіз антропометричних вимірювань верхніх щелеп через рік після раннього ОПХЛ засвідчив незначні зменшення II, IV та V трансверзальних розмірів на 0,02—0,07 см, II та V сагітальних розмірів — на 0,05—0,08 см.

Стаття надійшла до редакції 16 жовтня 2014 р.

Вишпінський Ігор Манолійович, к. мед. н., зав. хірургічного відділення
12430, Житомирська обл., Житомирський р-н, с. Станишівка, Сквирське шосе, 6
E-mail: vyshpinskyu@bigmir.net

Висновки. Аналіз та порівняння результатів багатоетапного і одномоментного первинного хірургічного лікування (172 хворих із різними формами ВНВГП) свідчить про ефективність симультанних операцій у ранньому віці, їх високу результативність та значні анатомо-функціональні й естетичні результати: кількість післяопераційних дефектів зменшилась із 13,3 до 4,8 %, кількість післяопераційних деформацій верхньої губи та носа — із 44,4—93,3 % до 28,6—42,9 %, кількість хворих із недостатнім змиканням м'якого піднебіння — до 4,8 % порівняно із 22,2 % при ранньому і 66,7 % при пізньому БПХЛ.

Ключові слова: вроджені незрощення, одномоментна операція, секвенція Робіна, клініко-хірургічна класифікація.

Вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння (ВНВГП) — найпоширеніші вади розвитку голови та шиї. Вони становлять приблизно 86 % аномалій щелепно-лицьової ділянки та 11—30 % усіх вад розвитку людини і посідають 3 місце серед інших вроджених вад. Згідно з даними статистики спостерігається тенденція до збільшення кількості таких хворих. Якщо в 70-ті роки минулого століття на території європейських країн, зокрема і в Україні, пропорція сягала 1 : 1000 новонароджених, то зараз 1 : 800; 1 : 600, а у скандинавських країнах, Японії, Індонезії, США цей показник становить 1 : 300 [2, 10, 11, 19, 21].

Щорічно в Україні народжується 420—450 таких дітей, а якщо врахувати вроджені синдроми, складова частина яких — це різні форми ВНВГП, то взагалі налічують до 600 осіб [3, 9, 10, 14].

Клінічна картина ВНВГП різноманітна і характеризується неоднаковими за інтенсивністю виявами ураження незрощених структур верхньої губи, носа, альвеолярного відростка, твердого і м'якого піднебіння, їх величини, форми, поширеності, змін поряд розташованих органів і тканин, супутніми захворюваннями, стійким порушенням функцій ковтання, смоктання, дихання, мовлення [1, 4, 10, 20, 24].

Широко застосовуваний традиційний багатоетапний підхід до первинного хірургічного лікування (ПХЛ) ВНВГП не завжди забезпечує бажаний результат. Пацієнти не позбуваються проблем, пов'язаних із деформаціями, післяопераційними дефектами, аномаліями оклюзії, дефектами зубного ряду, неприйнятними естетичними, функціональними результатами, не належним чином відновлюється мовлення, відповідно, суттєво ускладнена соціальна реабілітація. Крім того, розвиваються фонові хронічні захворювання. Такі діти у 4—5 разів частіше страждають на захворювання ЛОР-органів, у 25 % хворих виявляють порушення серцево-судинної системи, у 20 % — органів зору, у 15 % — сечовивідної системи, у 10 % — опорно-рухового апарату. В середньому 25—30 % дітей із ВНВГП мають поєднані аномалії, які виявляються, зокрема, синдромами Робіна, Кліпеля—Фейля, Апера тощо [5, 6, 12].

Під час виконання операцій у дітей старше 2 років відсоток ускладнень у вигляді вкорочення м'якого піднебіння сягає 19—62 %. Відсоток хворих, які потребують повторних коригувальних оперативних втручань, варіює від 76,7 до 84,6 %. Тому медична та соціальна реабілітація розтягується на тривалий період [6, 13, 16].

Вітчизняні та іноземні хірурги вказують на необхідність скорочення етапів лікування при високому анатомо-функціональному результаті [7, 10, 15, 17, 19, 22].

Досвід багатьох авторів свідчить про реальні досягнення оперативних втручань у ранньому віці [6, 10, 23]. Але й сьогодні відстоюють погляд, за яким хірургічне втручання рекомендують проводити після прорізування тимчасових зубів [8, 18]. Дискутабельні моменти, що виникають під час лікування таких дітей, потребують підтвердження як у теоретичному, так і в практичному аспекті. Недостатньо розробленими залишаються питання застосування симультанних операцій під час ПХЛ, індивідуального його планування з урахуванням важкості форми дефекту, віку дитини та соматичного стану.

Отже, окреслена проблема вимагає подальшого вдосконалення тактики ПХЛ, індивідуальної адаптації методик, обґрунтування, вдосконалення та впровадження одномоментних ранніх операцій, що дасть змогу покращити результати лікування і скоротити терміни реабілітації хворих.

Мета роботи — підвищити ефективність хірургічного лікування дітей із вродженим незрощенням верхньої губи та піднебіння шляхом удосконалення раннього первинного симультанного хірургічного лікування.

Матеріали та методи

Здійснено аналіз результатів запропонованого одномоментного первинного хірургічного лікування (ОПХЛ) порівняно з традиційним багатоетапним первинним хірургічним лікуванням (БПХЛ) у 172 хворих із різними формами ВНВГП, оперованих на базі Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні у період із 1998 по 2009 р. Вік пацієнтів — від 2 міс до 14 років. З одnobічними ВНВГП було 78 (45,3 %) хворих, із двобічними — 24 (14 %) та з ізольованими незрощеннями піднебіння (ІНП) — 70 (40,7 %) пацієнтів. Для порівняльного аналізу результатів лікування в кожній із груп виокремлено по дві підгрупи хворих, яким проводили ранне ОПХЛ та ранне або пізнє БПХЛ. До року життя первинне хірургічне лікування виконали у 123 (71,51 %) хворих, після року життя — у 49 (28,49 %) пацієнтів. Загалом 172 дітям виконано 233 операції.

Лікування хворих дітей. Симультанні операції у випадках ВНВГП проводили протягом усього періоду дослідження. Одномоментну пластику при наскрізних одnobічних, поєднаних одnobічних та двобічних ВНВГП із пошкоджен-

ням альвеолярної дуги почали застосовувати з 2004 р.

У групі з 78 хворих з однобічними незрощеннями виконали 111 операцій. ОПХЛ провели 53 (67,9 %) хворим (53 операції), БПХЛ — 25 (32,1 %) хворим (58 операцій). Найбільшу кількість операцій (77) виконали у 45 хворих з однобічними наскрізними незрощеннями. Із них ОПХЛ провели 21 дитині (21 операція), БПХЛ — 24 хворим (56 операцій). Із 33 хворих з поєднаними, неповними, прихованими формами однобічних незрощень 32 дітей прооперували одномоментно. Лише в одному випадку хірургічне лікування розділили на два етапи.

У групі з 24 хворих із двобічними незрощеннями в основному проводили БПХЛ. Раннє ОПХЛ виконали лише 2 (8,3 %) хворим (2 операції) з поєднаними двобічними незрощеннями, де альвеолярна дуга була пошкоджена лише з одного боку із незначною шириною і зміщенням між фрагментами до 5 мм. Решті дітей — 22 хворим — провели 51 операцію з поетапним закриттям вродженого дефекту.

У групі з 70 хворих з ІНП провели 69 (98,6 %) операцій. Пластику піднебіння всім дітям виконали одномоментно. До року життя раннє ОПХЛ провели у 38 хворих, після року життя — у 31 дитини, із них було хворих віком від 1 до 3 років — 21 дитина, після 3 років — 10. Одну дитину з прихованим незрощенням піднебіння і секвенцією Робіна (СР) не оперували через відмову батьків.

Із 124 (72,1 %) хворих, яким застосовано ОПХЛ, у 101 (81,5 %) випадку провели ранню одномоментну пластику (операцію виконали до року життя). Після року життя одномоментно оперували 23 (18,5 %) хворих, із них 20 — це діти з ІНП, яких прооперували у 1—3 роки. БПХЛ застосували в 47 (27,3 %) пацієнтів, із них раннє БПХЛ (до року життя) провели у 27 хворих і пізнє БПХЛ (після року життя) — у 20.

Клінічні дослідження хворих обов'язково складалися з паспортної частини, детального вивчення загального та місцевого статусу, вивчення сімейного анамнезу та анамнезу вагітності, оцінки соматичного стану до та після операції, повного лабораторного та інструментального обстеження. Між незрощеними фрагментами до і після операції як на м'яких тканинах, так і на гіпсових моделях верхніх щелеп після нанесення орієнтаційних пунктів здійснювали антропометричні вимірювання за методикою J.L. Sillman. Визначали ширину незрощення та дефіцит тканин у ділянці верхньої губи, носа, альвеолярної дуги, між фрагментами твердого та м'якого піднебіння, відстань між м'яким піднебінням і задньою стінкою глотки, величину протрузії міжщелепної кістки, розташування незрощених фрагментів уздовж сагіталі і трансверзали. Залежно від результатів вимірювань хворих поділили на три групи: перша група — хворі з легкими формами незрощень, де ширина

і зміщення між фрагментами, протрузія міжщелепної кістки не перевищували 5 мм; друга група — хворі з формами незрощень середньої важкості, де вимірювані величини сягали від 6 до 10 мм; третя група — хворі з важкими формами незрощень, де ці величини перевищували 10 мм.

Згідно з рекомендаціями проекту Eurocleft-2000 проводили фотографування хворих: фас, профіль, вигляд знизу, — обличчя, під час вимови звуку «у».

Оцінку ефективності ПХЛ здійснювали за такими критеріями: анатомічні показники — анатомічна цілісність (післяопераційні дефекти, нагноєння післяопераційних ран, розходження країв ран, рубцеві деформації); естетичні показники — достатня висота верхньої губи (зменшення, збільшення), червона облямівка у формі «лука Купідона», надлишок або втягнутість червоної облямівки, достатня висота колумели, деформація колумели, відсутність гребінчастих складок на внутрішній поверхні крил носа, правильне положення крил носа у трьох напрямках, кінчик носа не розширений, ніздрі симетричні, звуження носових ходів; функціональні показники — достатня глибина присінка, відновлений по всій довжині коловий м'яз, під час вимовляння звуку «у» рухаються всі три фрагменти верхньої губи, достатнє змикання м'якого піднебіння; логопедичні показники — мовлення розвивається відповідно до віку, потреба в логопедичних заняттях; ортодонтичні показники — знаходження фрагментів верхньої щелепи в комірковій дузі, розміри вздовж трансверзали і сагіталі.

Результати хірургічного лікування оцінювали через 1, 3, 6 міс та 1, 2, 3 роки після операції за анатомічними та функціональними характеристиками, естетичним виглядом, висновками ортодонта, логопеда, ЛОР-лікаря, психолога та за іншими показниками.

Для полегшення роботи та аналізу результатів була розроблена нова клініко-хірургічна класифікація, яка дає змогу систематизувати дані про вроджені незрощення верхньої губи, носа, альвеолярного відростка, твердого і м'якого піднебіння. Класифікація базується на клінічних ознаках із використанням символів та анатомічних парафраз для чіткого запису форм ВНВП, для надання рекомендації термінів та методів лікування.

Стислий запис різних форм ВНВП у вигляді анатомічної парафрази або візуального символу наведено на рис. 1.

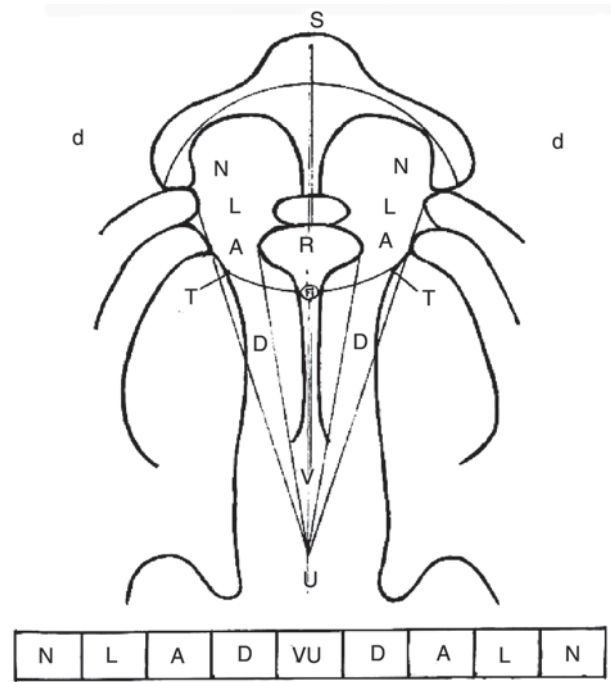
Ступінь важкості дефекту кожної незрощеної структури записують у вигляді анатомічної парафрази NLADVUDALN, де N — *nasus*, L — *labium*, A — *arcus alveolaris*, D — *palatum durum*, V — *velum palatinum*, U — *uvula*. Кожна літера має свою комірку. Великими літерами позначають повне незрощення, малими — неповне, приховані незрощення — малою літерою у відповідній комірці з доповненням зірочкою (*). Якщо дефект відсутній, ставлять прочерк. Бік незрощення визначають так

само, як і під час читання рентгенограм. Запропонована класифікація цілком відображає всі анатомічні форми ВНВГП, дає можливість планувати та оцінити результати хірургічного та комплексного лікування.

Методики ПХЛ. Застосовували як класичний порядок виконання багатоетапних операцій (1-й етап — хейлоринопластика з гнатопластикою або без неї, 2-й етап — ураностафілопластика), так і одномоментну операцію (хейлориносептогнатоураностафілопластика). Сутність техніки однобічної хейлориносептогнатоураностафілопластики полягає у виконанні щадної ураностафілопластики з повним закриттям дефекту в передньому відділі твердого піднебіння разом із формуванням дна порожнини носа і виконанням хейлориносептогнатопластики.

Базова методика пластики піднебіння — це щадна ураностафілопластика з ретротранспозицією та використанням у всіх можливих випадках клаптя з лемеша за Л.В. Харьковим (виконано в 68,4 % випадків). Бокові рани з медіального боку від альвеолярного відростка зашивали наглухо. До освоєння техніки ураностафілопластики за Л.В. Харьковим для ретротранспозиції піднебіння застосовували інтравелярну велопластику за Кріенсом. Відмінність цієї методики полягає в тому, що клапті не звільнюються від медіальної поверхні *hamulus pterigoideus*, і він ламається за Більротом.

Хейлориносептопластика: частіше проводили Z-пластику та дубль-Z-пластику верхньої губи з обрахунком величини трикутних клаптів за Малеком (56,9 %). За величини сторони трикутного клаптя 3 мм і менше застосовували Z-пластику за Тенісоном—Обуховою, за величини більше 3 мм — дубль-Z-пластику за Траунером—Скугом. Застосовували також класичні методики Віктора Во III та Міларда. Міопластику кругового м'яза завжди проводили за Л.В. Харьковим: медіальну порцію м'яза вшивали між двома латеральними, що забезпечувало функціональний результат. Ринопластику в усіх випадках виконували за Бардахом—Харьковим. Її особливість полягає в поліпшенні відтворення задніх відділів дна носового ходу та підвищенні ефективності розташування крильного хряща. Хейлоринопластику доповнювали первинною септопластикою за Паві (вивільнення хрящового відділу перегородки носа і встановлення її вертикально по центру (55,1 %), що дає змогу відновити вплив перегородки на хворий бік та перервати коло асиметричного росту середньої ділянки обличчя); прийомом Делера (підокісне відшарування періостально-м'язевого губно-щічного клаптя в ділянці грушоподібного отвору (55,1 %) через розріз, проведений над перехідною складкою); прийомом Сельєра (подовження дна носового ходу поперековим пересіченням латерального клаптя в ділянці перед нижньою носовою раковиною (55,1 %)).



■ Рис. 1. Символи та схема класифікації NLADVU (Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, І.М. Вишпінський)

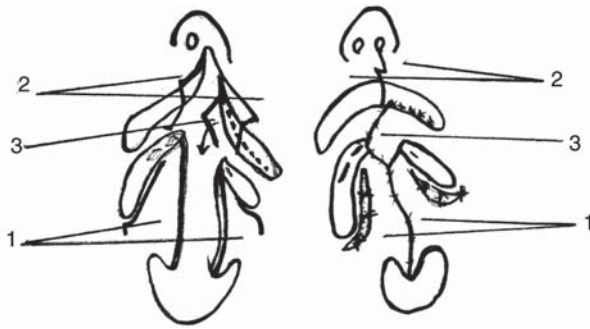
Гнатопластику та пластику переднього відділу твердого піднебіння проводили за 4 варіантами.

1. У разі дефекту альвеолярного відростка та зміщення фрагментів до 5 мм виконували періостеопластику (20 %), викроювали і мобілізували мукоперіостальні клапті по обидва боки незрощення, які зшивали між собою (це відновлює кісткоутворення в ділянці дефекту).
2. Трикутним клаптем із внутрішньої слизової малого фрагмента верхньої губи за Буріаном (16,7 %) при середніх розмірах зміщення і дефекту.
3. Прямокутним клаптем із внутрішньої слизової малого фрагмента верхньої губи за Буріаном (33,3 %) при значних розмірах зміщення і дефекту (обидва клапті дають змогу закрити дефект без натягу тканин і зменшити тиск відновленої губи на щелепу (рис. 2)).
4. Клаптем із лемеша (30 %) як доповнення попередніх (це зміцнює ділянку переднього відділу твердого піднебіння та альвеолярного відростка, чим перешкоджає звуженню верхньої щелепи в цій ділянці (рис. 3)).

Враховуючи ступінь важкості форм ВНВГП, пропонуємо оптимальні комбінації методик та хірургічних прийомів для проведення одномоментної пластики однобічних наскрізних ВНВГП (табл. 1).

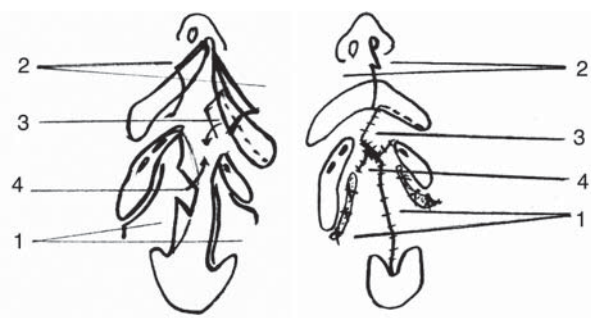
Оскільки незрощення піднебіння — це складова частина багатьох синдромів із порушенням функції дихання, ковтання, рухів нижньої щелепи, ми зосередились на методиках операцій, які допомагають їх відновити і сприяють покращанню умов для проведення пластики піднебіння. Найчастотніший із цих синдромів — секвенція Робіна (СР).

Починаючи з 2006 р., у випадках діагностування СР одномоментно з пластикою піднебіння (або



■ **Рис. 2.** Гнатопластика — формування клаптів Буріана на внутрішній слизовій малого фрагмента верхньої губи у випадку наскрізного однобічного незрощення

1 — клапті піднебіння; 2 — клапті верхньої губи, розкроєні за Тенісоном; 3 — прямокутний клапоть слизової малого фрагмента верхньої губи за Буріаном.



■ **Рис. 3.** Гнатопластика — формування клаптя Буріана на внутрішній слизовій малого фрагмента верхньої губи та додатково клаптя з лемеха у випадку наскрізного однобічного незрощення

1 — клапті піднебіння; 2 — клапті верхньої губи, розкроєні за Тенісоном; 3 — прямокутний клапоть слизової малого фрагмента верхньої губи за Буріаном; 4 — клапоть з лемеха.

Таблиця 1

Комбінації методик операцій при різних формах незрощень

Легкі форми незрощень — ширина і зміщення між фрагментами до 5 мм	Середньої важкості — ширина і зміщення між фрагментами від 6 до 10 мм	Важкі форми незрощень — ширина і зміщення між фрагментами понад 10 мм
Щадна ураностафілопластика за Харьковим	Щадна ураностафілопластика за Харьковим	Щадна ураностафілопластика за Харьковим
Ринопластика за Бардахом—Харьковим	Ринопластика за Бардахом—Харьковим + септопластика за Паві + хірургічні прийоми Делера та Сельєра	Ринопластика за Бардахом—Харьковим + септопластика за Паві + хірургічні прийоми Делера та Сельєра
Гнатопластика — періостеопластика	Гнатопластика — трикутним або прямокутним клаптем Буріана і за можливості з доповненням клаптя з лемеха	Гнатопластика — прямокутним клаптем Буріана і за можливості з доповненням клаптя з лемеха
Хейлопластика за Тенісоном—Обуховою	Хейлопластика — дубль-Z-пластика за Скугом—Траунером—Малеком	Хейлопластика — дубль-Z-пластика за Скугом—Траунером—Малеком

окремо) виконували операцію Делорма — SRFM (Subperiosteal Release of the Floor of the Mouth musculature — субперіостальне звільнення м'язів дна рота). Ця операція значно зменшує вияви глосоптозу. Сутність — підокісне від'єднання фіксованих *m. genioglossus*, *m. geniohyoideus*. Відмовившись від від'єднання *m. mylohyoideus* по обидва боки тіла нижньої щелепи (за Делормом), досягаємо зменшення травматичності, не зменшуючи при цьому ефективності операції (патент України на корисну модель № 37950 від 10.12.2008 р.).

Результати та обговорення

За запропонованою методикою раннє ОПХЛ у підгрупі із 45 хворих з наскрізними однобічними ВНВП проведено у 21 хворого, раннє та пізнє БПХЛ — у 24 випадках. Порівнявши результати, помітно переваги раннього ОПХЛ над БПХЛ за всіма показниками. Так, за анатомічними та естетичними показниками післяопераційні дефекти при ранньому ОПХЛ виникли в 4,8 % випадків, а при БПХЛ — в 13,3 %, післяопераційні деформації структур верхньої губи та носа при ранньому ОПХЛ виникли в 4,8—28,6 % випадків, а при БПХЛ — в 44,4—93,3 % (раннє БПХЛ 44,4 — 88,9 %, пізнє БПХЛ 53,3—93,3 %), необхідні кори-

гувальні операції після ОПХЛ — 42,9 % хворих, після раннього БПХЛ — 77,8 % пацієнтів, після пізнього БПХЛ — 86,7 %; за функціональними показниками недостатнє відновлення функції верхньої губи при ОПХЛ було у 38,1 % випадків, при БПХЛ — у 55,6 %, недостатнє змикання м'якого піднебіння при ранньому ОПХЛ було лише у 4,8 % хворих, при ранньому БПХЛ — у 22,2 %, а при пізньому БПХЛ — у 66,7 %; за логопедичними показниками — мовлення розвивається відповідно до віку при ранньому ОПХЛ — у 95,2 % дітей, при ранньому БПХЛ — у 77,7 %, а при пізньому БПХЛ — у 33,3 %.

Передопераційне та післяопераційне ортодонтичне лікування застосовували у 34 (75,6 %) із 45 хворих із наскрізними однобічними незрощеннями. Це 16 (76,2 %) хворих із 21, яким виконали раннє ОПХЛ, та 18 (75 %) пацієнтів із 24, яким проводили БПХЛ. Порівняльний аналіз антропометричних вимірів верхніх щелеп через рік після раннього ОПХЛ засвідчив незначні зменшення II, IV та V трансверзальних розмірів на 0,02—0,07 см, II та V сагітальних розмірів — на 0,05—0,08 см.

Практично всім (32 із 33) хворим з ізольованими повними, неповними, прихованими, поєднаними

однобічними незрощеннями виконали ОПХЛ, досягнуто позитивних анатомічного, естетичного, ортодонтичного і функціонального результатів: післяопераційних дефектів та деформацій, недостатності змикання м'якого піднебіння не виявили в усіх оперованих цієї групи, коригувальних операцій діти не потребували.

Хворих із двобічними незрощеннями було 24. Нагноєнь та розходження країв рани не спостерігали в жодному випадку. Аналізуючи анатомічні, естетичні, функціональні, логопедичні та ортодонтичні результати ПХЛ в підгрупі з 18 дітей із двобічними наскрізними незрощеннями, слід зазначити, що найгірші результати були у 6 хворих зі значною протрузією міжщелепної кістки (понад 10 мм). Їм проводили класичне БПХЛ в три етапи: хейлоринопластика з вузького боку незрощення, хейлоринопластика з широкого боку незрощення і ураностафілопластика. Навмисно залишали дефекти в ділянці альвеолярної дуги та переднього відділу твердого піднебіння. Остеотомію міжщелепної кістки не проводили. У цих дітей ортодонтичне лікування дещо покращило співвідношення незрощених фрагментів, однак відновити коміркову дугу не вдалось. У 12 випадках наскрізних двобічних незрощень, де протрузія міжщелепної кістки була до 5 мм (5 хворих) та від 6 до 10 мм (7 хворих), результати були кращими. Усім хворим проводили БПХЛ. Із 6 дітей з поєднаними двобічними незрощеннями, з пошкодженням альвеолярної дуги лише з одного боку або без її пошкодження повне БПХЛ проводили у 4 випадках, неповне БПХЛ — у 2. Одномоментно в цій групі прооперували 2 дітей, у яких альвеолярна дуга була пошкоджена лише з одного боку з шириною та зміщенням між фрагментами до 5 мм. Найкращі результати в цій групі хворих отримано в 6 дітей, яким виконали повну пластику, тобто поетапне закриття всіх наявних дефектів у ранньому віці. Анатомічні, естетичні і функціональні результати цих операцій добрі.

Проаналізовано результати ПХЛ у 70 хворих з ІНП, із них у 15 хворих ІНП було поєднано із СР. Усім дітям виконували одномоментну двоклаптеву пластику піднебіння. Таким чином, проведено аналіз результатів у 55 хворих з ІНП, яким виконано 55 операцій.

Анатомічні результати: у 7 дітей із незрощеннями м'якого піднебіння ускладнень не було, у 48 хворих із незрощеннями твердого і м'якого піднебіння післяопераційні ускладнення виникли в 5 випадках. Так, у групі із 27 дітей з U-подібними незрощеннями твердого і м'якого піднебіння у 3 (11,1 %) пацієнтів виникли післяопераційні ускладнення, зокрема розходження країв рани м'якого піднебіння — у 2 випадках, утворення фістули — в 1. Розходження країв рани м'якого піднебіння в 1 дитини виникло через наявність вродженої патології (анотії зліва), що спричинило виділення інфікованого вмісту на рану з евстахієвої труби, а в іншій дитини — через натяг тканин

після виконання пластики піднебіння за технікою Фарлоу. Після відповідної підготовки та проведеної репластики м'якого піднебіння повторних ускладнень не було. Достатньо широка фістула в ділянці твердого піднебіння утворилась у дитини з надшироким U-подібним незрощенням твердого і м'якого піднебіння (підкова) через натяг та брак пластичного матеріалу. У подальшому фістулу закрили клаптем, узятим із язика.

У групі із 21 дитини з V-подібними незрощеннями твердого і м'якого піднебіння у 2 (9,5 %) випадках виникли післяопераційні ускладнення — розходження країв рани м'якого піднебіння після виконання пластики піднебіння за технікою Фарлоу та утворення фістули на межі твердого і м'якого піднебіння через натяг тканин. Хворих реоперовано без ускладнень.

Таким чином, із 55 хворих з ІНП післяопераційні ускладнення виникли в 5 (9 %) випадках. Якщо до цих 55 хворих додати 15 хворих із СР, яким також проводили одномоментну двоклаптеву пластику піднебіння без виникнення післяопераційних дефектів, то відсоток післяопераційних ускладнень стане нижчим: 5 із 69 проведених операцій — 7,25 %. При цьому післяопераційних дефектів не виникало в жодному випадку після застосування двоклаптевої пластики твердого і м'якого піднебіння за методикою Л.В. Харькова, яку застосовано у 45 (65,2 %) хворих із 69, отримані найкращі функціональні та логопедичні результати. Так, у 37 (82,2 %) дітей із 45, яким проведено раннє ОПХЛ за Л.В. Харьковим, мова відповідає віковим нормам.

Із 15 хворих на СР вкрай важку форму спостерігали у 3 дітей, важку — у 8, середньої важкості — у 4. Операцію SRFM виконано у 15 дітей (13 із них віком до року) одномоментно з пластикою піднебіння — 11 випадків, поетапно — 4. Результат операції — значне покращення умов дихання, виголошення звуків, відновлення мовлення, ковтання і, відповідно, харчування в усіх дітей, оперованих до року — 13 (86,6 %) дітей (3 — з у край важкою формою; 7 — з важкою формою та 3 — середньої важкості). Помірне покращення в 1 (6,7 %) дитини з формою середньої важкості, прооперованої після року життя. Малу результативність виявили в 1 (6,7 %) дитини з важкою формою, прооперованої після року.

Отже, після проведення запропонованого раннього ОПХЛ в усіх групах хворих помітили поліпшення за всіма показниками.

За результатами проведеного дослідження функціонально виправдану ураностафілопластику варто визнати ефективним методом ретротранспозиції та реконструкції м'язів м'якого піднебіння. До таких методик належить спосіб, що забезпечить зміщення піднебіння назад і до середини, а також вивільнення м'якотканинного комплексу піднебіння від кісткових структур. Позитивний кінцевий естетичний та функціональний результат хейлоринопластики забезпечує раціональна комбінація хірургічних прийомів для формування

шкірної частини верхньої губи, присінка, червоної облямівки, корекції носа, проведення міопластики. Розроблено нову клініко-хірургічну класифікація ВНВГП у вигляді анатомічної парафрази «NLADVU», що дає можливість індивідуалізувати вид дефекту та визначити оптимальні способи його усунення. Відновлення у ранньому віці максимальної кількості незрощених структур під час симультанних операцій та запропонованого ОПХЛ створює умови для фізіологічної саморегуляції, нормалізації функцій харчування, дихання, мови, покращення розвитку і росту верхньої щелепи, для запобігання фоновим захворюванням. Оптимальна комбінація для виконання симультанних операцій на губі і піднебінні: ура-ностафілопластика — за Л.В. Харьковим; септопластика — за Паві; ринопластика — за Бардахом—Харьковим з доповненням (підокісне відшарування періостально-м'язево-губно-щічного клаптя за Делером та подовження дна порожнини носа за Сельером); гнатопластика — клаптем Буріана за можливості з доповненням його клаптем, сформованим на лемеші; хейлопластика — за Траунером—Скугом—Малеком.

Література

1. Агеева Л.В. Первичная ринохейлопериостеопластика в реабилитации детей с врожденным односторонним расщеплением верхней губы и неба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1999.— С. 21 с.
2. Бессонов С.Н. Хирургическое лечение врожденных скрытых и неполных расщелин неба // Материалы III Всерос. науч.-практ. конф. «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения».— М., 2009.— С. 80—83.
3. Борбель Л. Хирургическое лечение расщелин верхней губы и неба // Хирургия полости рта и челюстно-лицевой области.— К.: Книга плюс, 2005.— С. 203—218.
4. Боровицкая Н.Н., Топольницкий О.З., Васильев А.Ю. и др. Новые аспекты диагностики и лечения расщелины альвеолярного отростка // Материалы III Всерос. науч.-практ. конф. «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения».— М., 2009.— С. 57—58.
5. Виссарионов В.А., Карякина Т.А., Мохова Э.П. Комплексный подход в лечении больных с односторонней расщелиной верхней губы и неба // Актуальные вопросы пластической, эстетической хирургии и дерматокосметологии: Сб. науч. трудов.— М., 2004.— С. 142—147.
6. Гончаков Г.В. Основные принципы реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в НПЦ медицинской помощи детям // Материалы III Всерос. науч.-практ. конф. «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения».— М., 2009.— С.104—105.
7. Гулюк А.Г., Крикляс Г.Г., Крикляс В.Г., Дмитрієва Н.Б. Эффективность метода поэтапного хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы та піднебіння // Матеріали І-го з'їзду черепно-щелепно-лицевих хірургів України.— К., 2009.— С. 207—208.
8. Лилья Я. Лечение врожденных расщелин верхней губы и неба в Гетеборге, Швеция // Материалы I Всерос. науч.-практ. конф. «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения».— М., 2002.— С. 150—155.
9. Маланчук В.О., Борисенко А.В., Харьков Л.В. та ін. Основи стоматології: Підручник / За ред. В.О. Маланчука.— К.: Медицина, 2009.— 592 с.
10. Тетруєва Н.А., Тимошенко А.В., Проноза А.В. Опыт применения первичной хейлоинопластики по Delaire у детей с одно- и двусторонними несращениями верхней губы // Матеріали І-го з'їзду черепно-щелепно-лицевих хірургів України.— К., 2009.— С. 218—223.
11. Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Супрун О.В., Вишпінський І.М. Досвід роботи та напрямки розвитку українського центру лікування дітей з вродженими та набутими захворюваннями щелепо-лицевої ділянки // Науковий вісник національного медичного університету ім. О.О. Богомольця.— 2008.— № 1 (16).— С. 202—211.
12. Цыплакова М.С., Степанова Ю.В. Пути достижения оптимального результата при лечении расщелин верхней губы // Клиническая имплантология и стоматология.— 2001.— № 3/4 (17/18).— С. 36—39.
13. Шарова Т.В., Рогожина Г.И. Ортопедическая стоматология детского возраста.— М.: Медицина, 1991.— 288 с.
14. Яковенко Л.М. Передопераційна корекція положення міжщелепної кістки у дітей з вродженим двобічним незрощенням верхньої губи та піднебіння // Вісн. стоматол.— 2003.— № 3.— С. 35—38.
15. Anderl H., Hussl H., Ninkovic M. Primary simultaneous lip and nose repair in the unilateral cleft lip and palate // Plast. Reconstr. Surg.— 2008.— Vol. 121.— P. 959.
16. Argamaso R.V. Glossopexy for upper airway obstruction in Robin sequence // Cleft. Palate Craniofac. J.— 1992.— Vol. 29.— P. 232—238.
17. Bardach J., Morris H.L. Cleft palate repair: two-flap palatoplasty // Multidisciplinary management of cleft lip and palate.— Philadelphia: WB Saunders, 1990.— P. 352—366.
18. Barillas I., Dec W., Warren S.M. et al. Nasoalveolar molding improves long-term nasal symmetry in complete unilateral cleft lip-cleft palate patients // Plast. Reconstr. Surg.— 2009.— Vol. 123.— P. 1002—1006.
19. Dudkiewicz Z. Technika operacji jednoetapowej rozszczepu wargi i podniebienia // Atlas chirurgii dziecięcej.— Pelnin, 2008.— P. 7—10.
20. Grayson B.H., Cutting C.B. Presurgical nasoalveolar orthopedic molding in primary correction nose, lip and alveolus of infants born with unilateral and bilateral clefts // Cleft. Palate Craniofac. J.— 2001.— Vol. 38.— P. 193.
21. Pfeifer G. Craniofacial abnormalities and cleft of the lip, alveolus and palate // Interdisciplinary teamwork principles of treatment: Long term results: 4th Hamburg International Symp.— New York: Georg Thieme Stuttgart., Med. Publ., Inc., 1991.— 490 p.
22. Shaw B., Semb G., Nelson P. et al. The Eurocleft project 1996—

2000. Standards of care for cleft lip and palate in Europe // European commission directorate general XII, Science, Research and Development.— Amsterdam: IOS Press, 2000.
23. Sykes J.M. Диагностика и лечение незарощений губы и неба // Пластическая и реконструктивная хирургия лица / Под ред. А.Д. Пейпла.— М.: БИНОМ; Лаборатория знаний, 2007.— С. 860—876.
24. Taylor M.R.G. Sekwencja Pierre'a Robina-zwizly przeglad tematu dla praktykujacego pediatry // Padiatria po Dyplomie.— 2001.— Vol. 5/5.— P. 78—88.

Сравнительная характеристика методов хирургического лечения несращения верхней губы и неба у пациентов разного возраста

И.М. Вышпінський

Житомирская областная детская клиническая больница

Цель работы — повысить эффективность хирургического лечения детей с врожденными несращениями верхней губы и неба (ВНВГН) путем усовершенствования раннего первичного симультанного хирургического лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов предложенного одномоментного первичного хирургического лечения (ОПХЛ) по сравнению с традиционным многоэтапным первичным хирургическим лечением (МПХЛ) у 172 больных с различными формами ВНВГН, оперированных на базе Житомирской областной детской клинической больницы в период с 1998 по 2009 г. в возрасте от 2 мес до 14 лет. С односторонними ВНВГН было 78 (45,3 %) больных, с двусторонними — 24 (14 %) и с изолированными несращениями неба — 70 (40,7 %) пациентов. Для сравнительного анализа результатов лечения в каждой из групп выделены по две подгруппы больных, которым проводили раннее ОПХЛ и раннее или позднее МПХЛ. До года жизни первичное хирургическое лечение выполнили у 123 (71,51 %) больных, после года жизни — у 49 (28,49 %) детей. Всего 172 больным выполнили 233 операции.

Результаты и обсуждение. По предложенной методике раннее ОПХЛ в подгруппе из 45 больных со сквозными односторонними ВНВГН выполнили в 21 случае, раннее и позднее МПХЛ — в 24. Сравнение результатов показало преимущества раннего ОПХЛ над МПХЛ по всем показателям. Так, по анатомическим и эстетическим показателям послеоперационные дефекты при раннем ОПХЛ возникли в 4,8 % случаев, а при МПХЛ — в 13,3 %, послеоперационные деформации структур верхней губы и носа при раннем ОПХЛ были у 4,8—28,6 % случаев, а при МПХЛ — в 44,4—93,3 % (раннее МПХЛ 44,4—88,9 %, позднее МПХЛ 53,3—93,3 %), необходимые корректирующие операции после ОПХЛ выполняли у 42,9 % пациентов, после раннего МПХЛ — у 77,8 %, после позднего МПХЛ — у 86,7 %. По функциональным показателям недостаточное восстановление функции верхней губы при ОПХЛ было в 38,1 % случаев, при МПХЛ — в 55,6 %, недостаточное смыкание мягкого неба при раннем ОПХЛ возникло лишь у 4,8 % больных, при раннем МПХЛ у 22,2 %, а при позднем МПХЛ — у 66,7 %. По логопедическим показателям — речь развивается согласно возрасту при раннем ОПХЛ в 95,2 % случаев, при раннем МПХЛ — в 77,7 %, а при позднем МПХЛ — в 33,3 %. Предоперационное и послеоперационное ортодонтическое лечение применяли у 34 (75,6 %) больных из 45 со сквозными односторонними несращениями. Это 16 (76,2 %) пациентов из 21, которым проводили раннее ОПХЛ, и 18 (75 %) больных из 24, которым совершали МПХЛ. Сравнительный анализ антропометрических измерений верхних челюстей через год после раннего ОПХЛ показал незначительные уменьшения II, IV и V трансверзальных размеров на 0,02—0,07 см, II и V сагиттальных размеров — на 0,05—0,08 см.

Выводы. Анализ и сравнение результатов многоэтапного и одномоментного первичного хирургического лечения (172 больных с различными формами ВНВГН) свидетельствует об эффективности симультанных операций в раннем возрасте, их высокой результативности, значительных анатомо-функциональных и эстетических результатах: количество послеоперационных дефектов уменьшилось с 13,3 до 4,8 %, количество послеоперационных деформаций верхней губы и носа — с 44,4—93,3 % до 28,6—42,9 %, количество больных с недостаточным смыканием мягкого неба — до 4,8 % по сравнению с 22,2 % при раннем и 66,7 % при позднем многоэтапном первичном хирургическом лечении.

Ключевые слова: врожденные несращения, одномоментная операция, секвенция Робина, клиничко-хирургическая классификация.

The comparative characteristics of surgical treatment management of the upper lip and palate clefts at various age

I.M. Vyshpinsky

Zhytomyr Regional Children's Clinical Hospital

The aim — to improve the surgical treatment of children with congenital clefts of upper lip and palate (CCIP) by improving early primary simultaneous surgical treatment.

Materials and methods. The thesis is based on the results of the proposed one-time primary surgery (OPS) compared with traditional multistage primary surgery (MPS) in 172 patients with various forms VNVHP CCLP operated at the age 2 months to 14 years at the Zhytomyr Regional Children's Clinical Hospital during the period from 1998 to 2009. With one-side CCPL VNVHP there were 78 (45.3 %) patients, with bilateral — 24 (14 %) and isolated cleft palate — 70 (40.7 %) patients. For a comparative analysis of the treatment results each group was divided into two subgroups of patients who underwent early OPS and early or late MPS. OPS was performed for 123 patients (71.51 %) aged under one year and 49 patients (28.49 %) aged over one year underwent OPS. Total number of surgery is 233 operations for 172 patients.

Results and discussion. According to the proposed method in the subgroup of 45 patients the early OPS was performed with unilateral cross CCLP for 21 patients, and MPS — for 24 patients. Comparison of the results evidenced the benefits of early OPS over MPS. So, anatomical and aesthetic indicators postoperative defects in early OPS encountered in 4.8 % of cases, while MPS — in 13.3 %, postoperative deformation structures of the upper lip and nose in early OPS encountered in 4.8—28.6 % cases and at MPS — in 44.4—93.3 % (early MPS 44.4—88.9 %, late MPS 53.3—93.3 %), the need for corrective operations after OPS set to 42.9 %, after an early MPS — in 77.8 %, after a late MPS — in 86.7 %; by functional indicators insufficient restoration of the upper lip functioning at OPS appeared in 38.1 %, with MPS — 55.6 %, insufficient closure of the soft palate at an early OPS was only in 4.8 %, in early MPS — in 22.2 %, and when late MPS — in 66.7 %. Speech performance indicators: speech develops at an early age after OPS at 95.2 % after

early MPS — in 77.7 %, while late MPS — in 33.3 %. Preoperative and postoperative orthodontic treatment was given in 34 (75.6 %) of 45 patients with unilateral cleft cross. These were 16 patients (76.2 %) of 21 who underwent early OPS and 18 patients (75 %) of 24 who underwent MPS. Comparative analysis of anthropometric measurements of the upper jaw year after early OPS showed slight reduction II, IV and V transversal dimensions for 0,02—0,07 cm and 0,05—0,08 cm for II and V sagittal dimensions.

Conclusions. Analysis and comparison of the multi-stage primary surgical treatment results (172 patients with various forms CCLP) evidences the effectiveness of simultaneous operations at an early age, their high efficiency in significant anatomical and functional and esthetic results: the number of postoperative defects decreased from 13.3 to 4.8 %, the number of postoperative deformities of the upper lip and nose decreased from 44.4—93.3 % to 28.6—42.9 %, the number of patients with inadequate closing the soft palate decreased to 4.8 compared with 22.2 % in early MPS and 66.7 % in late MPS.

Key words: congenital clefts, universal surgery, Robin sequence, clinical and surgical classification.