

Л. В. Харьков, І. М. Вишпінський*

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України, 01133 Київ

**Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня МОЗ України, 12430 Житомир*

ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ОДНОМОМЕНТНОГО ТА БАГАТОЕТАПНОГО ПЕРВИННОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З НАСКРІЗНИМИ ОДНОБІЧНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ, НОСА, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА, ТВЕРДОГО ТА М'ЯКОГО ПІДНЕБІННЯ

За період від 1998 до 2013 рр. на базі Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні прооперовано 64 хворих з наскрізними однобічними вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння (ВНВГП). Із них одноментно прооперовано 40 (62,5 %) дітей, багатоетапно — 24 (37,5 %) дитини (56 операцій). Проведено сертифікацію методик пластики верхньої губи, носа, альвеолярного відростка, твердого і м'якого піднебіння і визначено, на наш погляд, найбільш оптимальні їх комбінації для виконання одноментної операції в залежності від ступеня тяжкості форм наскрізних однобічних ВНВГП. Порівняння результатів показало переваги раннього одноментного первинного хірургічного лікування над багатоетапним первинним хірургічним лікуванням.

Ключові слова: діти, наскрізні однобічні вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння, одноментне та багатоетапне первинне хірургічне лікування.

Вроджені незрощення верхньої губи та піднебіння (ВНВГП) є розповсюдженими вадами розвитку людини і становлять 11-30 % усіх вад. Щорічно в Україні народжується 420-450 таких дітей, а разом із синдромами — біля 600 [8-10].

Згідно з даними статистики, спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих з ВНВГП. Коли у 70-ті роки минулого століття пропорція становила 1:1000 новонароджених, то зараз — 1:800-1:600 [4, 7, 11, 12].

Аналіз стану соматичного здоров'я дітей з ВНВГП свідчить про його погіршення. Зростає загальна захворюваність. Такі діти у 4-5 разів частіше страждають на захворювання ЛОР-органів (синусити, отіти, тонзиліти), органів дихання (аспіраційні бронхіти, пневмонії), органів травлення (езофагіти, гастродуоденіти, карієс), у 25 % виявляються порушення серцево-судинної системи, у 20 % — органів зору, у 15 % — сечовивідної системи, у

10 % — опорно-рухового апарату. В середньому 25-30 % дітей з ВНВГП обтяжені іншими аномаліями, які проявляються у вигляді синдромів Робіна, Кліпеля — Фейля, Апера та ін. [3, 5, 6, 13, 14].

Широко застосовуваний традиційний багатоетапний підхід до первинного хірургічного лікування (ПХЛ) ВНВГП не завжди дає бажаний результат. Пацієнти не позбавляються від проблем, пов'язаних з деформаціями, післяопераційними дефектами, аномаліями оклюзії, дефектами зубного ряду, неприйнятними естетичними, функціональними результатами: неналежним чином відновлюється мова, а хронічна інфекція створює передумови для місцевих ускладнень після проведених операцій.

При проведенні операцій дітям старше 2 років відсоток ускладнень у вигляді укорочення м'якого піднебіння становить 19-62 %. Відсоток хворих, які потребують повторних коригуючих оперативних втручань, варіює від 76,7 % до 84,6 % [1, 2, 7, 15].

Л. В. Харьков — зав. кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії дитячого віку Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця МОЗ України, чл.-кор. НАМН України
І. М. Вишпінський — зав. хірургічним відділенням № 2 Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні МОЗ України, к.м.н. (vyshpinskyu@bigmir.net)

Незадовільна якість життя, розтягнута на три-чотири роки період, неповноцінна медична та соціальна реабілітація хворих з ВНВГП спонукають до пошуку нових шляхів вирішення цієї проблеми. Насамперед це стосується наскрізних, широких та комбінованих дефектів.

У зв'язку з цим метою нашого дослідження стала оцінка можливості та ефективності одномоментного первинного хірургічного лікування (ОПХЛ) дітей з вродженими однобічними незрощеннями верхньої губи, носа, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння.

Обстежувані та методи. За період від 1998 до 2013 рр. на базі Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні оперовано 64 хворих з наскрізними однобічними вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння (ВНВГП). Із них одномоментно прооперовано 40 (62,5 %) дітей, багатоетапно — 24 (37,5 %) дитини (56 операцій).

Починаючи від 2004 р., з метою зменшення впливу негативних чинників вади на організм дитини при наскрізних однобічних ВНВГП ми проводимо одномоментні операції, не залишаючи навислих дефектів у ділянці альвеолярної дуги та передньому відділі твердого піднебіння. Так від 2004 по 2013 рр. з наскрізними однобічними ВНВГП госпіталізовано 42 дитини, з яких одномоментно прооперовано 40 (95,2 %) і лише у двох (4,8 %) випадках діти соматично були не готові до такого втручання: в одній дитини виявлено складну ваду серця, що потребувала хірургічного лікування, а в іншій — тяжке неврологічне захворювання. Всі одномоментні операції виконані дітям в ранньому віці (5-7 міс).

Для виконання одномоментної операції ми провели сертифікацію методик пластики верхньої губи, носа, альвеолярного відростка, твердого і м'якого піднебіння і визначили, на наш погляд, найбільш оптимальні. Сутністю техніки однобічної хейлорино-септогнатоураностафілопластики (ХРСГУСП) є виконання щадної ураностафілопластики з повним закриттям дефекту в передньому відділі твердого піднебіння разом з формуванням дна порожнини носа і виконанням хейлориносептогнатопластики.

Базовою методикою пластики піднебіння для виконання одномоментної ХРСГУСП є щадна ураностафілопластика з ретропозицією та використанням у всіх можливих випадках клаптя з лемеша за Л. В. Харьковим (виконана у 34 (85 %) хворих), а також інтравеллярної велоластики за Кріенсом (виконана у 6 (15 %) хворих). Бічні рани в ділянці альвеолярного відростка зашивали наглухо.

Ринопластику в усіх випадках проводили за Бардахом — Харьковим. Її особливість полягає в

покращанні відтворення задніх відділів дна носового ходу та підвищенні ефективності розташування крильного хряща. Ринопластику доповнювали первинною септопластикою за Паві (вивільнення хрящового відділу перегородки носа і встановлення її вертикально по центру (62,5 %), що дає змогу відновити вплив перегородки на хвору сторону та перервати коло асиметричного росту середньої зони обличчя), прийомом Делера (підокісне відшарування періостально-м'язевого губно-щічного клаптя в ділянці грушкоподібного отвору (62,5 %) через розріз, проведений над перехідною складкою), прийомом Сельера (подовження дна носового ходу поперековим пересіченням латерального клаптя в ділянці перед нижньою носовою раковиною (62,5 %)).

Гнатопластику та пластику переднього відділу твердого піднебіння проводили у чотирьох варіантах: 1) при дефекті альвеолярного відростка та зміщенні фрагментів до 5 мм проводили періосто-пластику (20 %) — викроювали і мобілізували мукоперіостальні клапті по обидва боки незрощення, яких зшивали між собою (відновлення кісткоутворення у 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. 1); 4) клаптем з лемеша (30 %) як доповнення попередніх (зміцнює ділянку переднього відділу твердого піднебіння та альвеолярного відростка, чим перешкоджає звуженню верхньої щелепи у цій ділянці, рис. 2).

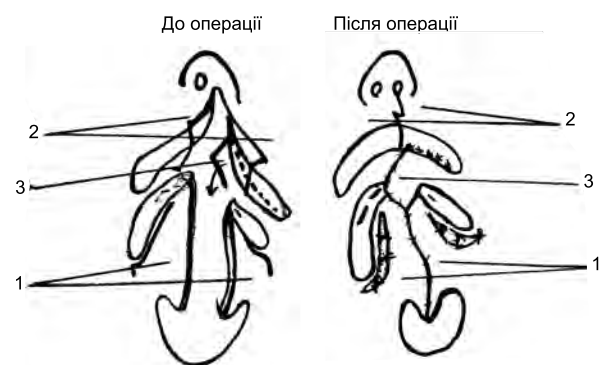


Рис. 1. Гнатопластика — формування клаптя Буріана на внутрішній слизовій малого фрагмента верхньої губи при наскрізному однобічному незрощенні: 1 — клапті піднебіння, 2 — клапті верхньої губи, розкриті за Тенісоном, 3 — прямокутний клапоть слизової малого фрагмента верхньої губи за Буріаном.

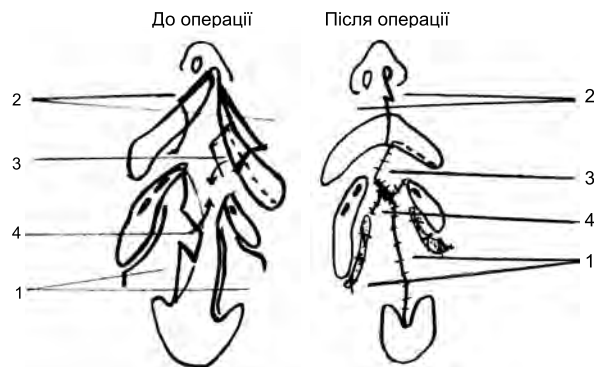


Рис. 2. Гнатопластика — формування клаптя Буріана на внутрішній слизовій малого фрагмента верхньої губи та додатково клаптя з лемеха при наскрізному однобічному незрощенні: 1 — клапті піднебіння, 2 — клапті верхньої губи, розкроєні за Тенісоном, 3 — прямокутний клапоть слизової малого фрагмента верхньої губи за Буріаном, 4 — клапоть з лемеха.

Хейлопластика — частіше проводимо 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 забезпечує функціональний результат.

Застосування комбінації методик та хірургічних прийомів залежало від вираженості змін місцевого статусу, в основному від зміщення фрагментів між собою по сагіталі і трансверсалі. Врахо-

вуючи ступінь тяжкості форм ВНВГП, пропонуємо оптимальні комбінації методик та хірургічних прийомів для проведення одномоментної пластики при однобічних наскрізних ВНВГП (таблиця).

Методики операцій в залежності від ступеня тяжкості форм наскрізних однобічних ВНВГП

Легкі форми незрошень (ширина і зміщення між фрагментами до 5 мм)	Незрошення середньої тяжкості (ширина і зміщення між фрагментами 6-10 мм)	Тяжкі форми незрошень (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 — періостеоластика	Гнатопластика трикутним або прямокутним клаптем Буріана і, по можливості, з доповненням клаптя з лемеха	Гнатопластика прямокутним клаптем Буріана і, по 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

Перед- та післяопераційне ортодонтичне лікування застосовано у 49 (76,6 %) із 64 хворих з наскрізними однобічними незрошеннями: у 31 (77,5 %) хворого із 40, яким проведено ранне ОПХЛ (рис. 3), та 18 (75 %) хворим із 24, яким про-

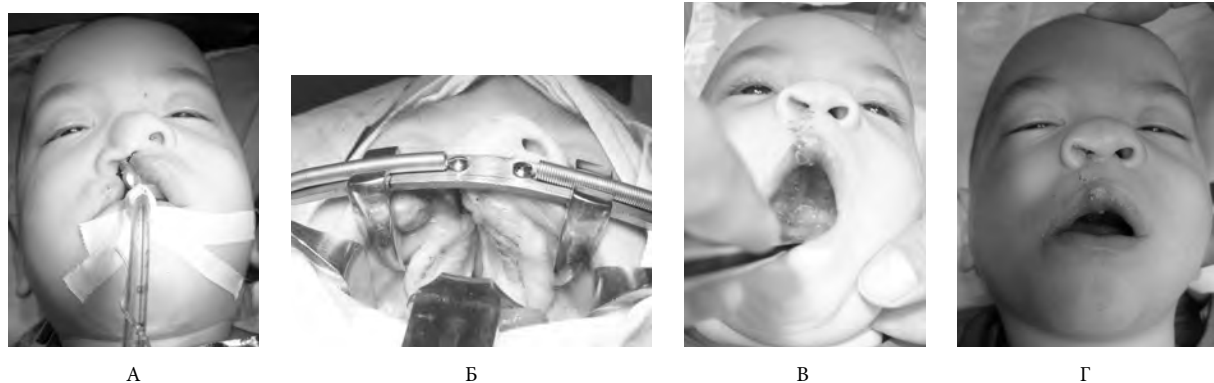


Рис. 3. Одномоментна первинна хейлориносептогнатоураностафілопластика при вродженому правобічному наскрізному незрощенні верхньої губи, носа, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння. А — вигляд хворого до операції, Б — вигляд незрощеного альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння до операції; В — одномоментна пластика із застосуванням дубль Z-пластику верхньої губи за Траунером — Скугом — Малеком, ринопластики за Бардахом — Харьковим — Делером — Паві — Сельєром, гнатопластики клаптем Буріана із внутрішньої слизової малого фрагмента верхньої губи та двохклаптевої щадної ураностафілопластика за Харьковим, Г — вигляд хворого після операції.

водили багатоетапне первинне хірургічне лікування (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 і на 0,05-0,08 см II та V сагітальних розмірів. Порівняння ортодонтичних результатів після одномоментного та багатоетапного хірургічного лікування представлено на рис. 4 і 5.

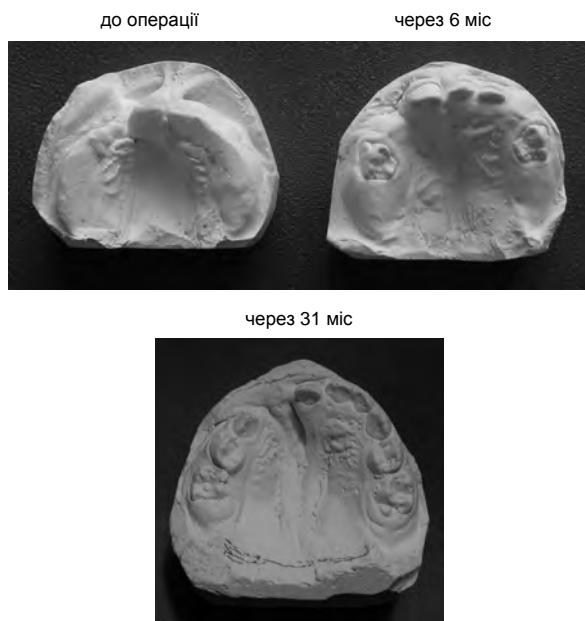


Рис. 4. Моделі верхньої щелепи дитини з правобічним наскрізним незрощенням верхньої губи, носа, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння до та після одномоментної пластики, проведеної у віці 5 міс.

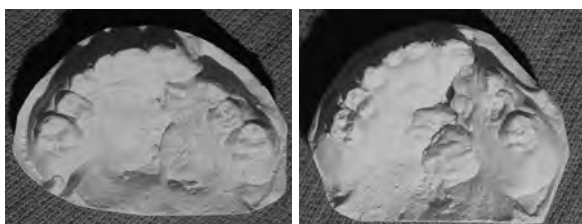


Рис. 5. Моделі верхньої щелепи дітей з лівобічними наскрізними незрощеннями верхньої губи, носа, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння після багатоетапних ортодонтичних операцій — в обох випадках відзначаються звуження та деформації у ділянці навмісно залишеного незакритим дефекту альвеолярної дуги та переднього відділу твердого піднебіння.

Результати та їх обговорення. Порівняння результатів лікування за всіма показниками показало переваги раннього ОПХЛ над БПХЛ. Так, за

анатомічними та естетичними показниками після операційні дефекти при ранньому ОПХЛ виникли у 4,8 % випадків, а при БПХЛ — у 13,3 %; післяопераційні деформації структур верхньої губи та носа при ранньому ОПХЛ виникли у 4,8-28,6 % випадків, а при БПХЛ — в 44,4-93,3 %; необхідність коригуючих операцій після ОПХЛ виникла у 42,9 % випадків, а після БПХЛ — у 77,8-86,7 %; за функціональними показниками недостатнє відновлення функції верхньої губи при ОПХЛ виникло у 38,1 % хворих, при БПХЛ — у 55,6 %; недостатнє змикання м'якого піднебіння при ранньому ОПХЛ виникло лише у 4,8 % хворих, при ранньому БПХЛ — у 22,2 %, а при пізньому БПХЛ — у 66,7 %; за логопедичними показниками мова розвивається відповідно до віку при ранньому ОПХЛ у 95,2 % хворих, при ранньому БПХЛ — у 77,7 %, а при пізньому БПХЛ — у 33,3 %.

Вирішальним чинником у комплексному лікуванні із ВНВП є якість первинної операції. Основною метою ПХЛ є відновлення нормальної анатомічної структури та функції вражених відділів верхньої губи та піднебіння. Завдання ПХЛ полягає у відновленні механізму функції мови, роз'єднанні порожнин рота і носа, естетичному відновленні верхньої губи і носа, забезпеченні адекватного розвитку лицевого скелета. Регламентація поетапного хірургічного лікування хворих з ВНВП має свою обґрунтованість і застосовується протягом усього розвитку удосконалення хірургічного лікування таких хворих.

Факт, що незрощення утворилося і триває під час росту має особливий характер і впливає на наші подальші дії. На стан незрощення впливають кісткові структури, дії м'язів, розвиток зубів, генетичні та статеві чинники. Поглиблення деформації підпорядковане тим частинам обличчя, які мають рухову перевагу, і обумовлене вадами діяльності дихання, ковтання, смокання, жування і мови. Всі "втягнуті у незрощення" лицеві структури взаємопов'язані, вправлення якоїсь однієї структури впливає на перебудову іншої. Наприклад: при наскрізному односторонньому незрощенні окремо виконана хейлопластика або велопластика, або комбінована хейло-вело-пластика ведуть до звуження щілини в ділянці твердого піднебіння. Безумовно, пластинки твердого піднебіння з вертикального розташування перебудовуються у горизонтальне, що приводить до зменшення щілини і полегшує виконання другого етапу — пластики піднебіння. Але паралельно також відбувається звуження і зменшення об'єму верхньої щелепи, тобто "запускається" механізм виникнення ретрогнатії. Тому багатоетапні операції ефективні в тому випадку, коли всі етапи проводяться до року життя дитини з інтервалом 1,5-2 міс.

Для покращення результатів лікування та скорочення термінів реабілітації ми об'єднали операції на верхній губі, носі, альвеолярній дузі та піднебінні в одну операцію та порівняли одержані результати з тими, які були отримані при традиційному лікуванні. Ідея не нова, її становлення проходило поступово протягом останніх 50 років. Починаючи від Швекендиків, які в 50-60-ті роки минулого століття одномоментно проводили пластику м'якого піднебіння і губи, Девіса, Каплана, Мак-Комба і Коглана, які проводили первинну хейлоринопластику протягом 18 років і довели, що це не шкодить розвитку і росту середньої зони обличчя. Харьков, Дудкевич, Паві починаючи із 80-х років проводять одномоментні хейлориноуранопластики. Ці та багато інших авторів довели, що симультанність хірургічного лікування дає анатомо-фізіологічну основу одночасного включення всіх адаптивних механізмів організму для ефективного відновлення функцій, а також можливість для успішної роботи ортодонтів та ортопедів.

Наша одномоментна пластика відрізняється тим, що закриваються всі дефекти, тобто обов'язково проводиться пластика переднього відділу твердого піднебіння і альвеолярного відростка, чого попередні автори не робили. Вони навмисне залишали дефект у ділянці переднього відділу твердого піднебіння і альвеолярного відростка. Ці дії небезпідставні. По-перше, у функціональному відношенні на розвиток мови альвеолярний відросток та передня частина твердого піднебіння не впливають. По-друге, навмисно залишений дефект у цій ділянці полегшує працю ортодонта. Але ороназальна фістула, що залишилася, є джерелом хронічних фонових захворювань. Крім того це призводить до значного збільшення кількості вторинних операцій, що пов'язано з рубцевою зміною мукоперіостальних клаптів, які оточують післяопераційний дефект; відповідно подовжується період реабілітації. Ми також виконуємо септопластику, тому що для створення симетричності та гармонії росту середньої зони обличчя перегородка має займати середнє положення.

Попри різноманітність локальних змін є принципи стратегії. Ми оперуємо на організмі, що росте. Необхідно відновити анатомічну безперервність і ембріологічну послідовність, щоб уникнути нерівномірності дії сил м'язової тяги та дії сил росту через середину обличчя. Дисбаланс дії цих сил організм прагне врівноважити і це йому вдається через утворення деформацій. Ембріональна поломка пройшла не на рівні губи, а значно глибше. Незрощення губи є наслідком цієї поломки. Тому патогенетично необхідно відновлення зв'яз-

ку між глибокими кістковими та сполучнотканинними структурами, перегородкою носа і альвеолярною дугою. Перегородка носа є основним, середнім мезоетмоїдальним центром росту, вона об'єднує первинне і вторинне піднебіння, стимулює ріст кісток у швах.

Основним тактичним моментом стратегії лікування є цілісність альвеолярної дуги, тобто наявний чи відсутній кістковий зв'язок у цій ділянці. Коли він є, то можна виконувати як багатоетапні, так і одномоментні операції. У цьому випадку важливий вік, в якому проведені операції, а не кількість етапів. При наскрізних однібочних незрощеннях, коли такий зв'язок відсутній, рекомендується виконання одномоментної пластики, але обов'язково враховується соматичний стан дитини та інші можливості її виконання. Якщо виникає потреба розділення етапів, важливе індивідуальне планування, але, на наш погляд, раціонально першим етапом виконати хейлориносептогнатопластику, а другим — ураностафілопластику.

Які переваги ранніх одномоментних операцій над багатоетапними? Перш за все, фізіологічність та анатомічність операції: одночасне відновлення та об'єднання всіх незрощених структур, одномоментна ліквідація дефекту, який об'єднує ротову і носову порожнину, веде до одночасного росту. В дію включаються всі життєво важливі функції і механізми дихання, ковтання, смоктання, харчування, слуху, мови, мимічної мускулатури. Проходить колапс всіх негативних ознак вади, починається зворотній розвиток патологічних змін, що вже виникли. Починає діяти синдром "доганяючого" росту, тобто ріст верхньої щелепи прискорюється в такий спосіб, який дозволяє їй досягти розмірів до відповідного віку. На ранніх етапах росту лицевого скелету присутні висока ефективність компенсаторно-приспосувальних механізмів. Дитина швидко пристосовується до всіх нових умов, проходить саморегуляція пов'язаних між собою структур, що обумовлює їх одночасний гармонійний ріст і значне покращення естетичного вигляду. Крім того, в ранньому віці немає передумов для ускладнень — відсутня тривала хронічна інфекція. Технічно немає проблеми натягу, браку тканини, тому що переривається їх патологічне прикріплення і вивільняються вони в комплексі. Утворюються ніжні рубці, які значно в меншій мірі дають деформації щелеп. Скорочується медична реабілітація, покращується соціальна адаптація, дитина вчасно починає розмовляти, краще чує, не має домінант неправильного мовлення, до мінімуму зводяться перешкоди фізичного та психічного розвитку. Має місце позитивний економічний ефект.

Список використаної літератури

1. Гончаков Г. В. К вопросу о тактике хирургического лечения детей с врожденными односторонними сквозными расщелинами верхней губы и нёба // Мат-лы I Всерос. науч.-практ. конф. "Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения" (Москва, 5-6 декабря 2002 г.). — М., 2002. — С. 60-62.
2. Гончаков Г. В., Притыко А. Г., Рубцова Н. В. и др. Влияние сроков пластики неба на развитие речи детей с врожденными расщелинами нёба // Мат-лы I Всерос. науч.-практ. конф. "Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения" (Москва, 5-6 декабря 2002 г.). — М., 2002. — С. 65.
3. Давыдов Б. Н. Хирургическое лечение врожденных пороков развития лица. — Тверь: РИЦ ТГМА, 2000. — 222 с.
4. Давыдов Б. Н., Бессонов С. Н. Патогенез врожденных и вторичных деформаций среднего отдела лица у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба и их коррекция первичной хейло-рино-гнатопластикой // Мат-лы I Всерос. науч.-практ. конф. "Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения" (Москва, 5-6 декабря 2002 г.). — М., 2002. — С. 76-79.
5. Дмитриева В. С., Ландо Р. Д. Хирургическое лечение врожденных и послеоперационных дефектов нёба. — М.: Медицина, 1968. — 209 с.
6. Рогинский В. В. Ранняя реабилитация детей с врожденной патологией черепно-челюстно-лицевой области // Современные технологии лечения и реабилитации детей с врожденными, наследственными заболеваниями челюстно-лицевой области и сопутствующей патологией: сб. науч. материалов. — Екатеринбург: РПНЦ "Бонум", 1999. — С. 16-18.
7. Харьков Л. В. Хирургическое лечение врожденных несращений нёба. — К.: Здоровья, 1992. — 198 с.
8. Харьков Л. В., Горовенко Н. Г., Яковенко Л. Н. и др. Врожденные несращения верхней губы и нёба: метод. пособие для врачей стоматологов, педиатров, ЛОР-специалистов, психологов, логопедов. — К.: Четверта хвиля, 2004. — 82 с.
9. Харьков Л. В., Яковенко Л. М. Способи хірургічного лікування вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння (аналіз існуючих методик та власних інновацій) // Журн. АМН України. — 12, № 4. — С. 684-704.
10. Харьков Л. В., Яковенко Л. М. Хірургічне та комплексне лікування вроджених деформацій щелепно-лицевої ділянки у дітей (огляд літератури та власних досліджень) // Журн. АМН України. — 2005. — 11, № 3. — С. 481-498.
11. Харьков Л. В., Яковенко Л. Н., Чехова И. Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста. — М.: Книга плюс, 2005. — 471 с.
12. Dudkiewicz Z. Rozszczerz wargi i podniebienia. Wspolczesne poglady i leczenie chirurgiczne // Glowa i Szyja — wybrane techniki operacyjne. — Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2003. — P. 5-10.
13. Sadewitz V. L. Robin Sequence: changes in thinking leading to changes in patient care // Cleft Palate-Craniofacial J. — 1992. — 29, № 3. — P. 246-253.
14. Shprintzen R. J. Pierre Robin, micrognathia, and airway obstruction: the dependency of treatment on accurate diagnosis // Int. Anesthesiol. Clin. — 1988. — 26. — P. 84-91.
15. Thaller S. R. Staged repair of secondary cleft palate deformities // J. Craniofac. Surg. — 1995. — 6, № 5. — P. 375-380.

Одержано 21.06.2014

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОДНОМОМЕНТНОГО И МНОГОЭТАПНОГО ПЕРВИЧНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СКВОЗНЫМИ ОДНОСТОРОННИМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, НОСА, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА, ТВЕРДОГО И МЯГКОГО НЁБА

Л. В. Харьков, И. М. Вышпінський*

Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца МЗ Украины, 01133 Киев

*Житомирская областная детская клиническая больница МЗ Украины, 12430 Житомир

За период с 1998 по 2013 гг. на базе Житомирской областной детской клинической больницы прооперировано 64 больных со сквозными односторонними врожденными несращениями верхней губы и нёба (ВНВГН). Из них одномоментно прооперировано 40 (62,5 %) детей, многоэтапно — 24 (37,5 %) ребенка (56 операций). Проведено сертификацию методик пластики верхней губы, носа, альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба и установлены, на наш взгляд, наиболее оптимальные их комбинации для выполнения одномоментной операции в зависимости от степени тяжести форм сквозных односторонних ВНВГН. Сравнение результатов показало преимущества раннего одномоментного первичного хирургического лечения над многоэтапным первичным хирургическим лечением.

**COMPARISON OF RESULTS RELATED TO THE SINGLE- AND MULTI-STAGE
PRIMARY SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH THE THROUGH
UNILATERAL CLEFTS OF THE UPPER LIP, NOSE, ALVEOLAR PROCESSUS,
HARD AND SOFT PALATE**

L. V. Kharkov, I. M. Vyshpinsky

A. A. Bogomolets National Medical University Ministry of Health Ukraine, 01133 Kyiv

*Zhytomyr Oblast Children's Clinical Hospital Ministry of Health Ukraine, 12430 Zhytomyr

Within 1998-2013 64 patients suffering from the through unilateral inborn clefts of the upper lip and palate (ICULP) were operated on at Zhytomyr Oblast Children's Clinical Hospital. Out of them 40 children (62.5 %) underwent single-stage treatment and 24 (37.5 %, 56 surgeries) children were operated on through the multi-stage surgeries. The plasty techniques of the upper lip, nose, alveolar processus, hard and soft palate have been certified and most optimal combinations for performing single-stage surgery depending on the severity level of various forms of the through unilateral ICULP established. The comparison of results showed advantages of early single-stage primary surgical treatment over multi-stage primary surgical treatment.