

В основній групі (16 чоловік) проводилося лікування із додатковим введенням дилататорів із нікелід-титану в післяопераційну рану, а в контрольній групі (18 чоловік) – лікування із використанням традиційних методів.

Для оцінки клінічної ефективності застосування ми враховували наступні показники: зменшення набряку м'яких тканин (доба), припинення виділення з рани (доба), розсмоктування інфільтрату (доба), перші ознаки грануляції та епітелізації рани (до-

ба), рентгенологічні ознаки утворення первинної кісткової мозолі (доба) (табл.).

Отримані результати клінічних досліджень свідчать про достовірну ефективність використання дилататорів із нікелід-титану в комплексному лікуванні гнійно-запальних процесів, які виникають внаслідок ускладнення переломів нижньої щелепи. Лікування пацієнтів даним методом дає змогу попередити розвиток посттравматичного остеомієліту та нормалізувати процес регенерації кісткової тканини.

Таблиця. Результати лікування хворих основної та контрольної груп

Показник	Основна група (дилатаційний метод) (n=16)	Контрольна група (традиційний метод) (n=18)
Зникнення набряку	3,8±0,3	5,7±0,4
Припинення ексудації	5,1±0,4	7,3±0,7
Розсмоктування інфільтрату	5,3±0,4	8,3±0,9
Перші ознаки грануляції та епітелізації рани	7,8±0,5	10,6±0,8
Рентгенологічні ознаки утворення первинної кісткової мозолі	14,2±0,9	16,5±0,6

УДК 617.528-089.844-053.2

©Я. М. Ільницький

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Результати застосування нового методу ураноальвеолостеопластики у дітей

Уроджені незрощення верхньої губи, альвеолярного відростка та піднебіння залишаються найбільш розповсюдженими вадами розвитку обличчя у дітей. У таких пацієнтів розвиваються анатомічні та функціональні розлади, які сповільнюють їхній розвиток та ускладнюють соціальну адаптацію. Тому розробка нових способів лікування таких хворих є актуальною проблемою щелепно-лищевої хірургії.

Запропоновано багато способів оперативного відновлення піднебіння та їхніх модифікацій. Однак вони не завжди дають хороші анатомічні й функціональні результати лікування. Одним із шляхів вирішення вказаної проблеми можна вважати удосконалення існуючих та розробки нових методів хірургічного та постхірургічного

лікування уроджених незрощень із застосуванням кісткової трансплантації.

Метою роботи було провести оцінку запропонованого методу лікування уроджених незрощень верхньої губи, альвеолярного відростка та піднебіння одномоментною кістковою пластикою комплексним композиційним остеотрансплантатом.

Оперативні втручання було проведено 62 хворим у віці від 4-х до 6-ти років, що перебували на лікуванні у відділенні щелепно-лищевої хірургії Львівської обласної клінічної лікарні з уродженими наскрізними незрощеннями піднебіння та альвеолярного відростка (лівобічними – 44, правобічними – 18). У 32 з них (23 хлопчики, 9 дівчаток) проведено ураноальвеолосте-

опластику (основна група) і у 30 (22 хлопчики, 8 дівчаток) – уранопластику слизово-окісним клаптом (група порівняння).

Оперативне втручання в обох клінічних групах проводили за способом професора І. М. Готь та співавт. (авторське свідоцтво № 169943 А1 від 22.08.1991 р.). Цей метод передбачає одноетапне закриття дефектів м'якого, твердого піднебіння та альвеолярного відростка, з переміщенням слизово-окісного клаптя язикоподібної форми тільки з малого фрагменту, включаючи при цьому з типового варіанта уранопластики найбільш травматичні її етапи – інтерламінарну остеотомію та мезофарингоконстрикцію.

Моделювали остеотрансплантат із демінералізованого ребра за формою дефекту твердого піднебіння та його розміщення на поверхні дефекту. Кістковий трансплантат губчастою поверхнею розміщували до ротової порожнини, так як слизово-окісні клапті з оральної сторони кровопостачаються значно краще, ніж носові. Далі, накладаючи вузлові шви, ретельно зшивали піднебінні клапті, формуючи основу твердого піднебіння.

Наступним етапом була остеопластика уродженого дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи. Використовуючи залишки ребра, що залишилися після моделювання, здійснювали їх подрібнення за допомогою ножиць до дрібних часток та змішували їх у чашці Петрі з поліуретановим клеєм КЛ-3 у співвідношенні 1:1 та до його затвердіння заповнювали цією композицією дефект на альвеолярному відростку.

Запропонований спосіб оперативного відновлення піднебіння відрізняється від відомих тим, що забезпечує епітелізацію дна носової порожнини і склепіння рота, мобілізацію судинно-нервових пучків шляхом часткового їхнього відшарування від піднебінних слизово-окісних клаптів, усунення кісткового дефекту піднебіння консервованою алокісткою, резекції задньовнутрішнього краю великого піднебінного отвору. Крім цього, завдяки розробленому композиційному остеотрансплантату вдавалося повністю виповнити ділянку дефекту альвеолярного відростка.

У післяопераційному періоді визначали стан оточуючих м'яких тканин: колір слизової оболонки, наявність та ступінь вираження набряку тканин, стан швів, швидкість епітелізації оголених підне-

бінних пластинок, а увіддалені терміни – характер рубця в оперованій ділянці, герметичність закриття ороназального з'єднання, висоту та форму альвеолярного відростка в ділянці дефекту та у її порівнянні з сусідніми непошкодженими ділянками, положення зубів верхньої щелепи.

У результаті обстеження пацієнтів безпосередньо після загоєння рани було встановлено, що в 32 хворих основної групи, оперованих за запропонованою методикою, повне загоєння виявлено в 30 хворих, що складає 93,75 %. Післяопераційні ускладнення виявлено у 2 хворих (6,25 %), у котрих відмічалось розходження тканин у ділянці м'якого піднебіння та його язичка, некротичні зміни клаптів, розходження країв рани як в ділянці піднебіння, так і в ділянці альвеолярного відростка.

Серед 30 хворих групи порівняння, оперованих за методикою уранопластики, позитивний результат лікування було виявлено лише у 24 хворих, що склало 80 %. У 6 хворих (20 %) було виявлено післяопераційні дефекти: в 2 хворих у ділянці м'якого піднебіння, у 3 – в ділянці твердого піднебіння та у 1 дитини в ділянці альвеолярного відростка по перехідній складці.

У хворих основної групи, оперованих за методикою ураноостеопластики, формування піднебіння та альвеолярного відростка проходило без утворення грубих рубців, виявлення яких було відносно частим (в 10 хворих) у групі порівняння та становило близько 33,3 %.

Запропонований спосіб ураноостеопластики із застосуванням комбінованого алокісткового трансплантату з одномоментною пластикою уроджених дефектів альвеолярного відростка забезпечує позитивний результат лікування. Доведено, що його застосування сприяє кістковій регенерації у ділянці дефектів та відновлює анатомічну цілість щелепи, має малу травматичність, створює добрі умови для загоювання рани, а також не є технічно складним у виконанні.

Подальше удосконалення запропонованого методу ураноальвеолоостеопластики, розробка нових матеріалів, які б дозволили покращити показники регенерації в ділянці дефекту незрощення на всьому його протязі.