

Егоров Р.И.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК ПЕРВИЧНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ НЕБА ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ДЕТСКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ НМУ ИМ. А.А. БОГОМОЛЬЦА ЗА 1980–2010 ГГ.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

Резюме. В статье проанализировано развитие методик хирургического лечения врожденных несращений неба на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста НМУ им. А. А. Богомольца с 1980 по 2010 год. Проведенные исследования позволили определить тенденцию к широкому применению щадящих методик хирургического лечения врожденных несращений неба в раннем возрасте.

Актуальность

Проблема врожденных несращений губы и неба сложная, многокомпонентная. Она требует длительного наблюдения пациентов, а самое главное — анализа этих наблюдений. Архив клиники — это настоящее эльдорадо для научного работника, в котором он находит и закономерности и случайности, тенденции и основания для дальнейших исследований. Для того чтобы это было так, истории болезней должны вестись максимально объективно, точно и своевременно. Пунктуальность в записях, полнота их обеспечивают максимальный эффект при использовании сведений для оценки всех разделов клиники заболеваний. Основа планирования новой клинической темы — данные анализа архивных историй болезни. В данном случае, мы попытались проанализировать истории болезней детей с врожденными несращениями неба, которые были прооперированы за 30 лет работы клиники.

Цель исследования — определить динамику развития методик хирургического лечения врожденных несращений неба в клинике кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста НМУ имени А.А.Богомольца за три десятилетия. При этом задачами исследования явились:

- систематизация сведений, полученные при анализе 3118 историй болезней детей с врожденными несращениями неба;
- выявления направления изменений первичных хирургических методик лечения несращений неба на каждом из временных этапов;

— определение соответствия развития первичных хирургических методик современным мировым стандартам.

Материалы и методы

Аналізу подвергнуты 3118 историй болезней детей с врожденными несращениями неба, которые были прооперированы на базе клиники кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста НМУ имени А.А.Богомольца с 1980–2010 гг. Использованы статистические методы исследования по возрастным группам, годам проведения и методикам оперативных вмешательств.

Результаты исследования и их обсуждение

Для отображения кривой изменения количества операций на протяжении 30 лет, мы разделили этот временной интервал на 10 периодов (1 период составляет 3 года) (рис. 1).

Анализ данных таблицы 1 показывает, что с 1980 по 1989гг. на базе клиники проводилось в среднем 100 операций на протяжении года. С 1990 по 1992гг. отмечается повышение количества операций до 160 в год, что предположительно объясняется последствиями аварии на Чернобыльской АЭС [1], а также естественным приростом населения в те годы, который превышал смертность [4].

С 1996–1998 и 1999–2001 годы отмечалось сокращение количества операций до 67 и 75 соответственно за год, что вызвано с началом проведения оперативных вмешательств в других медицинских учреждениях не являющимися межобластными центрами. Согласно приказа МЗ Украины

№ 209 от 1999г. лечение детей с врожденными и приобретенными заболеваниями челюстно-лицевой области должно проводиться только в условиях Украинского (Киев) или межобластных (Донецк, Львов, Одесса, Днепропетровск, Харьков) центров.

Среди ураностафилопластик наиболее распространенными методиками, применяемыми в клинике были: шадящая ураностафилопластика 1438 (85%), по методике Бернадского Ю.И. 214 (12%) и одномоментная ураностафилопластика с использованием сошникового лоскута 47 (3%) (таблица 1).

Ураностафилопластика по методике Бернадского Ю.И. проводилась у детей старшей возрастной группы, т.к. травматичные этапы операции (связанные с пересечением сосудисто-нервных пучков, интерламинарной остеотомией, мезофарингоконстрикцией) в раннем возрасте имеют отрицательное влияние на развитие и рост верхних челюстей. Эти хирургические приемы вызывают значительные нарушения со стороны ЦНС и сердечно-сосудистой системы (Р.Н. Чеховской, 1982) [3].

По статистике нашей клиники наибольшее количество операций (183 – 86%) по методике Бернадского Ю.И. проведено с 1980 по 1989гг. Среди них 141 (66%) выполнена в возрасте 4–8 лет.

При шадящей ураностафилопластике у детей младшего возраста, на основании анатомических работ Дмитриевой В.С. (1968), Kriens D. (1969) и своих исследований Харьков Л.В., пришел к выводу, что между *m. levator veli palatini* и крючком (*hamulus pterygoideus*) есть межфасциальное пространство, которое позволяет тупым способом освободить слизисто-надкостничный лоскут от крючка и внутренней поверхности медиальной пластинки крыловидного отростка основной кости. Лишь в некоторых случаях для этого необходимо рассечение верхнего полюса сухожилия *m.tensor veli palatine*, что не влияет на функцию последней, отделение лоскута производилось до места прикрепления глоточно-небной мышцы, не нарушая места ее прикрепления. Такой лоскут отличается большей мобильностью как в передне-заднем, так и в боковых направлениях [2,7,9].

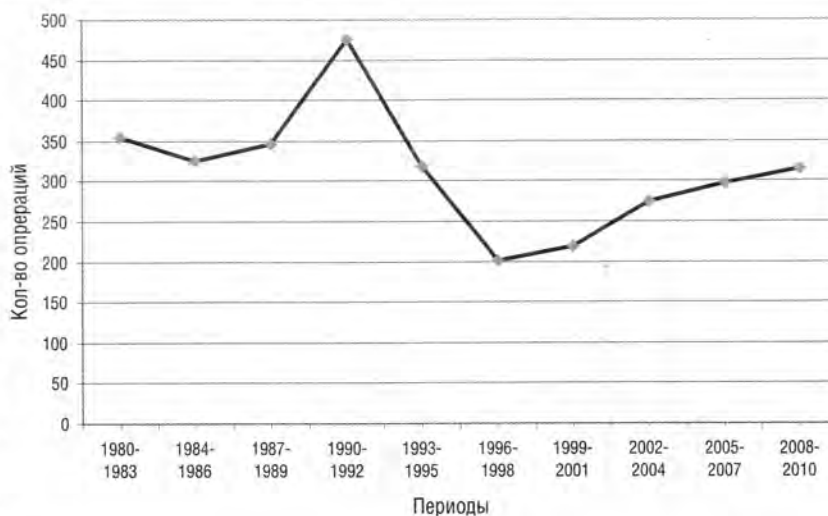


Рис. 1. Количество оперативных вмешательств по годам у детей с врожденным несращением неба с 1980 по 2010 годы

Обосновывая шадящую методику ураноластики у детей младшего возраста, В.С. Дмитриева, Р.Л. Ландо (1968) сообщают, что *m.tensor veli palatini*, "которая главным образом участвует в натяжении небных лоскутов, нигде не прикрепляется к внутренней пластинке крыловидного отростка". К нижнему полюсу крючка крыловидного отростка прикрепляется ряд мышечных пучков: крыловидный пучок небно-глоточной мышцы, крыловидный пучок верхнего сжимателя глотки, тубарный пучок *m. tensor veli palatine* и ее сухожилие. В связи с этим, проведение интерламинарной остеотомии является излишним. Авторы считают, что целесообразнее применить остеотомию крючка крыловидного отростка у его основания и переместить мышцы боковой стенки глотки к средней линии [6].

Основные этапы шадящей ураностафилоластики осуществляются следующим образом. Выкраивают основные и дополнительные слизисто-надкостничные лоскуты, выводят сосудисто-нервные пучки, с последующей препаровкой их. Лоскуты отделяют от слизистой оболочки носа на границе твердого и мягкого неба. Разрезы слизистой оболочки в ретромолярных пространствах продлевают за альвеолярный отросток, рассекают подслизистый слой и обнажают крючок крыловидного отростка, отделяют в слое межфасциального пространства, не изменяя места прикрепления *m.tensor veli palatini*, освобождают слизисто-надкостничный лоскут от крючка. Мобильность лоскута обеспечивают за счет отделения тканей от внутренней поверхности внутренней

Таблиця 1

Применяемые методики ураностафилопластики на базе клиники кафедры с 1980–2010 гг.

Год	Методики операций		
	Щадящая ураностафилопластика	Ураностафилопластика по Барнадскому Ю.И.	Одномоментная ураностафилопластика с использованием сошникового лоскута
1980		16	
1981		19	
1982		21	
1983		20	
1984		17	2
1985	39	15	3
1986	38	20	3
1987	47	19	2
1988	48	17	
1989	51	19	
1990	99	10	1
1991	131	8	3
1992	188	7	2
1993	123	5	1
1994	81	2	2
1995	71		3
1996	47		
1997	42		
1998	68		2
1999	47		2
2000	11		2
2001	29		3
2002	33		1
2003	37		1
2004	30		
2005	41		2
2006	25		
2007	34		4
2008	20		3
2009	21		2
2010	37		3
Всего	1438	214	47

пластинки крыловидного отростка основной кости до нижнего ее полюса. Производят освежение краев несращения и послонное ушивание. Дефект в переднем отделе неба закрывают с по-

мощью взаимоотносяющихся лоскутов [5] либо лоскутом по М.Д.Дубову или Б.Д.Кабакову.

На базе кафедры разработана методика ураностафилопластики при одностороннем несращении неба лоскутом с большого фрагмента (А.с. № 1562454 от 26.07.85.), которая состоит из следующих этапов: 1) выкраивание основного небного слизисто-надкостничного лоскута на большом фрагменте; 2) выведение сосудисто-нервного пучка; 3) отсечение лоскута от заднего края твердого неба; 4) освежение краев несращения; 5) отсепаровка от костного края несращения слизисто-надкостничного лоскута на малом фрагменте - по ширине не более 0,5 см; 6) выкраивание двух треугольников на границе твердого и мягкого неба для Z-пластики; 7) освобождение мягкого неба от заднего края твердого неба на малом фрагменте со стороны слизистой оболочки носа; 8) послонное ушивание; 9) выкраивание и отсепаровка на щеке языкообразного лоскута на ножке с основанием в крылочелюстном пространстве в области большого фрагмента, перемещение его на небо и сшивание с дистальной стороны с перемещением к центру и кзади основным небным лоскутом [8].

За счет большей длины выкраиваемого лоскута по сравнению с длиной малого фрагмента после ретропозиции верхние полюса сшитых небных лоскутов совпадают. Ретропозиция осуществляется на большом фрагменте за счет освобождения выкроенного слизисто-надкостничного лоскута от крючка и внутренней поверхности медиальной пластинки крыловидного отростка основной кости. Малый фрагмент удлиняется за счет дополнительного разреза на границе твердого и мягкого неба, а также освобождения мягкого неба от заднего края твердого неба со стороны слизистой оболочки полости носа. Максимальная ретропозиция в этом случае позволяла добиться и сужения входа в глотку за счет укорочения небно-глоточных дужек. Использование языкообразного лоскута на ножке со щеки позволяет оптимально перекрыть оголенную кость именно в самой широкой ее части.

За счет щадящих приемов данная методика показана к использованию в раннем возрасте. Ураностафилопластика по методике Харькова Л.В., чаще применялась в возрасте 2–4 года 565 (39%), до 2 лет прооперировано 366 (25%) в период с 1990–1999 годы прооперированно 883 детей (54%).

С 1983 года на базе центра начали применять методику ураностафилопластики (а.с. № 1362454) при односторонних несращениях неба.

Таблиця 2

Применяемые методики велоластики
на базе клиники кафедры с 1980–2010 гг.

Год	Методики операций		
	Щадящая велоластика	По методике Фроловой Л.Е.	По методике Бернадского Ю.И.
1980			2
1981			3
1982			4
1983			2
1984			
1985	7	3	
1986	8	2	
1987	14	3	
1988	21	1	
1989	11	2	
1990	13	2	
1991	3		
1992	6	1	
1993	8	1	
1994	2		
1995	6		
1996	5		
1997	9		
1998	8		
1999	21		
2000	41	1	
2001	25		
2002	21	1	
2003	38		
2004	42		
2005	40		
2006	42		
2007	45		
2008	61		
2009	52		
2010	55		
Всего	608	25	11

По этой методике дефект твердого неба ликвидируется сошниковым лоскутом, совместно с осуществлением ретропозиции. Основными преимуществами данной методики является: щадящий подход к тканям твердого неба, что предупреждает образование рубцовых деформаций, не проводится интерламинарная остеотомия и

мезофарингоконстрикция, а также достигается необходимая ретропозиция, за счет освобождения лоскута от крючка и крыловидного отростка [7].

Ураностафилоластика сошниковым лоскутом применялась в 47 операциях (3%), чаще до 2-х лет (21 операция (47%) от общего количества, по данной методике) [10,11].

Велоластика по типичной методике проводилась в 608 (94%) что объясняется возможностью проведения в раннем возрасте 365 (58%), операция проведена до 2 лет и 180 (29%) в возрасте от 2 до 4 лет. Методики по Бернадскому Ю.И. 11 (2%) и Фроловой Л.Е. 25 (4%) применялись в 80-е годы XX столетия (таблица 3).

С 1980–1985 в возрасте до 2-х лет прооперировано 69 (12%) больных, а в 2005–2010 уже 204 (33%) больных, в возрасте 2–4 года 90 (15%) и 187 (30%) больных соответственно. В начале 80-х годов в возрасте 4–8 лет прооперировано 332 (57%), а с 2005–10 годы 158 (25%) (таблица 4). Такой возрастной ценз был связан с методиками, которые применялись в те годы и включали травматичные этапы, такие как интерламинарная остеотомия, мезофарингоконстрикция, пересечение сосудисто-нервных пучков [12].

Полученные данные отражают тенденцию проведения оперативных вмешательств в ранних возрастных группах, что объясняется применением щадящих приемов ураностафилоластики и велоластики. Применение щадящих методик позволяет проводить операции в раннем возрасте. За 30 лет на базе клиники кафедры до 2 лет проведено 822 (26%) и в возрасте 2–4 года 879 (28%) оперативных вмешательств. Наибольшее количество оперативных вмешательств в возрастной группе с 2–4 лет объясняется, многоэтапным хирургическим лечением и поздним обращением за помощью (таблица 3).

С 1996 года кафедра является представителем Европейской Ассоциации "EUROCLEFT". Многолетний труд профессиональных команд Европы позволил выработать и внедрить в практику стандарты мультидисциплинарного подхода к лечению детей с врожденными несращениями губы и неба. Сегодня в большинстве европейских центров оценка результатов лечения детей с несращениями проводится согласно принципам программы "EUROCLEFT", в которой разработана стратегия лечения таких пациентов. Этот документ включает общие рекомендации программы, а также принципы ведения записей и их методологию [13,14,15].

Таблиця 3

Проведення ураностафилопластик и велопластик в різні роки в залежності від віку

Вік	Роки					
	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2010
До 2 років	69	111	153	122	163	204
2-4 роки	90	125	198	136	143	187
4-6 років	148	102	116	48	32	94
6-8 років	184	110	109	43	46	64
Більше 8 років	94	84	126	19	34	56
Всього	587	522	702	368	418	613

Висновки

Аналіз історій хвороб (за методами хірургічного лікування, за віковими групами, за роками) свідчать про відмову від радикаль-

них методик, які застосовувалися в 80-х і ХХ столітті і про широке впровадження в практику методик лікування дітей з вродженими несращеннями неба. Останні менш травматичні, що пояснюється зменшенням відношення твердих і м'яких тканин неба. Проведення операцій в ранньому віці дозволяють провести реабілітацію дитини з найбільш сприятливим результатом. Ранні операції запобігають розвитку патологічних процесів в порожнині рота і носа, носової частини глотки, нормалізують гармонічне розвиток щелеп, що сприяє ранній медичній і соціальній реабілітації пацієнтів.

Рівень сучасних стандартів якості лікування вроджених захворювань щелепно-лицьової області в Україні відповідає стандартам Європи і в світі. Алгоритм лікування цих захворювань за кордоном адаптований до сучасних умов в Україні і зарекомендував себе оптимальним на сьогодні.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ МЕТОДИК ПЕРВИННОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМ ПІДНЕБІННЯ ЗА МАТЕРІАЛАМИ КЛІНІКИ ДІТЯЧОЇ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ НМУ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ ЗА 1980-2010 РР.

Єгоров Р.І.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Резюме. У статті проаналізовано розвиток методів хірургічного лікування вроджених незрощень піднебіння на базі кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії дитячого віку НМУ ім. О. Богомольця з 1980 по 2010 рік. Проведені дослідження дозволили визначити тенденцію до широкого впровадження щадних методів хірургічного лікування вроджених незрощень піднебіння у ранньому віці.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SURGICAL TECHNIQUES OF PRIMARY TREATMENT OF CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT PALATE BASED ON THE CHILDREN'S CLINIC MAXILLOFACIAL SURGERY BY O.O. BOHOMOLETS NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY (1980-2010)

Yehorov RI

O.O. Bohomolets National Medical University

Abstract. In the article development of methods of surgical treatment of innate unions of palate is analysed on the base of department of surgical stomatology and maxillofacial surgery of child's age of NMU the name of A. Bogomol'ca from 1980 to 2010. The conducted researches allowed to define a tendency to the wide use of sparing methods of surgical treatment of innate unions of palate in early age.

Список літератури в редакції