

УДК: 616. 315-007. 254-089. 844-06+616. 315-007-036. 87-089

# Сравнительная оценка методик хирургического лечения вторичных дефектов неба после ураностафилопластики

**Ашуралиев Х.Г.**

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста, г.Киев, Украина



**Резюме.** В статье представлены используемые методики ликвидации вторичного дефекта твердого неба после ураностафилопластики на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста НМУ им. А. А. Богомольца с 2010 по 2012 год. Проведенные исследования позволили определить показания к применению каждого из различных способов ликвидации вторичного дефектов твердого неба и особенностей выполнения отдельных этапов хирургического вмешательства.



**Ключевые слова:** вторичные дефекты неба, уранопластика, методика операции.

Лечение пациентов с врожденными несращениями – одна из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии, разработке которой посвящено значительное количество исследований, но, тем не менее, на данном этапе развития медицинской науки она далека от разрешения.

В процессе реабилитации пациентов с врожденными пороками челюстно-лицевой области, одной из наиболее сложных задач является устранение вторичных (послеоперационных) дефектов неба после ураностафилопластики. По данным различных источников литературы их число достигает от 3 до 75% и более [1, 2, 3, 4, 8].

Причины появления вторичных дефектов неба после первичной операции – крайне разнообразны. Основными причинами таких осложнений следует считать неправильное планирование и несоблюдение техники операции; некроз слизисто-надкостничных лоскутов вследствие нарушения их питания; несостоятельность швов ввиду последующей ретракции лоскутов, нарушений репаративной регенерации, обусловленной наличием сопутствующих заболеваний внутренних органов либо иммунологических нарушений в организме, воспалительных инфильтратов или нагноений ран, связанных с гематомами, или возникновением острых инфекционных заболеваний в ближайшем послеоперационном периоде; неправильным послеоперационным ведением больных.

Приобретенные вторичные дефекты неба по объему могут быть тотальными и субтотальными, последние по величине – малые, средние и большие, по форме: округлые, овальные, ромбовидные, щелевидные, неправильной формы и др. Хирургическое устранение таких дефектов представляет собой трудную задачу.

---

Выбор способа закрытия вторичного дефекта, проводится с учетом площади дефекта, степени дефицита пластического материала, а также предусматривает такой раскрой тканей, при котором площадь вторичного заживления на кости минимальна, что в дальнейшем определяет положительный исход лечения, в плане профилактики послеоперационных деформацией верхних челюстей.

В настоящее время для закрытия вторичного дефекта используются слизисто-надкостничные лоскуты, взятые с твердого неба, на одной или двух ножках – языкообразные и мостовидные, опрокинутые на 180°, сошниковые; костной ткани, трансплантация плацентарной ткани [5], слизисто-мышечные лоскуты, образованные из спинки языка [2, 6, 7, 10], носогубных складок [1], ткани стебельчатого лоскута Филатова [4, 9], щечно-мышечные лоскуты, включающие лицевую артерию [11]. Однако предлагаемые технологии зачастую травматичны, далеки от совершенства и несмотря на проводимые мероприятия, результаты этих операций не всегда удовлетворяют пациентов и клиницистов ввиду повторно возникающих дефектов.

Местнопластические операции в ходе устранения таких дефектов зачастую неэффективны ввиду недостаточности пластического материала, сокращения лоскутов в ближайшем послеоперационном периоде и др. Применение лоскутов на питающей ножке с языка, щечных и других близлежащих областей, согласно известной технологии, ограничено к использованию размерами дефекта, так как в этом случае возникает необходимость создания внутренней носовой выстилки местными тканями, и неудобствами, связанными с нарушением функции языка и других органов полости рта [3, 10].

Устранение вторичных дефектов твердого неба путем использования различного рода трансплантационных и имплантационных материалов в некоторых случаях ведет к неудовлетворительным результатам, так как последние резорбируются или ведут себя в ране подобно инородным телам. Применение филатовского стебля требует многоэтапности, необходима защита последнего от травмирования зубами и затруднительно у детей.

Целью исследования явился анализ методик устранения вторичных дефектов твердого неба после ураностафилопластики и их результатов по материалам собственных исследований на базе кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста НМУ им. А.А.Богомольца с 2010 по 2012 год.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

За последних два года (2010-2012 г.г.) в клинике кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста НМУ было проведено 40 хирургических вмешательств по поводу вторичных дефектов твердого неба, у которых проведена щадящая ураностафилопластика. По локализации дефекты распределялись следующим образом: в переднем отделе неба – у 11 больных, в среднем отделе – у 9, в заднем отделе – у 9, на границе твердого и мягкого неба – у 7 больных. Четыре больных имели по 2 дефекта в разных отделах твердого неба. Дефекты имели разнообразную форму и величину – от точечных до 2 сантиметров в диаметре. Больные поступили в клинику в различные сроки после операции ураностафилопластики: до 3 лет – 7 человек, 3-6 лет – 9, 6-10 лет – 15, свыше 10 лет – 9 человек. У 37 больных дефекты твердого неба закрывались с использованием местных тканей (разными видами слизисто-надкостничных лоскутов) и у 3 – лоскутом с языка в два этапа (таблица 1).

Таблица 1

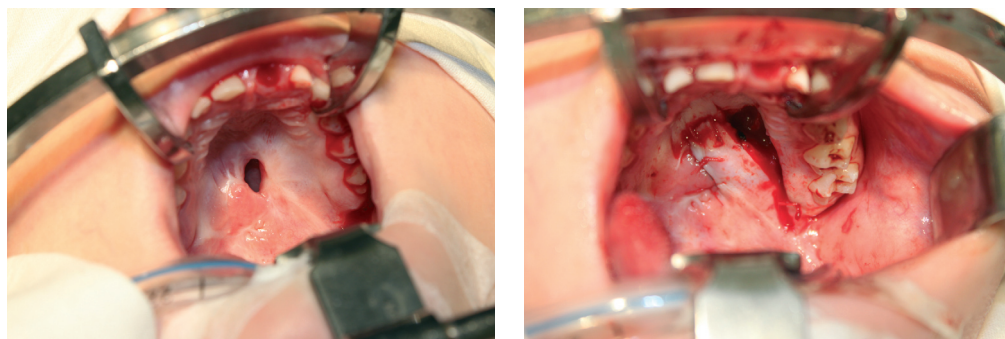
Частота применения известных способов ликвидации дефектов твердого неба

Методы ликвидации дефектов твердого неба			
Мостовидными лоскутами	Языкообразными лоскутами	Опрокинутыми на 180° лоскутами	Лоскутом с языка
12	17	8	3
Всего 40			

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

Выбор метода операции по устранению вторичных дефектов неба зависел от формы, их размеров и локализации, а также от состояния окружающих тканей. При узких щелевидных дефектах дефицит пластического материала минимальный и такие дефекты 17 больным ликвидировали языкообразным слизисто-надкостничным лоскутом и 12 -мостовидным.

Языкообразный лоскут наиболее рационален при щелевидном дефекте с локализацией в среднем отделе твердого неба (рисунок 1).



А

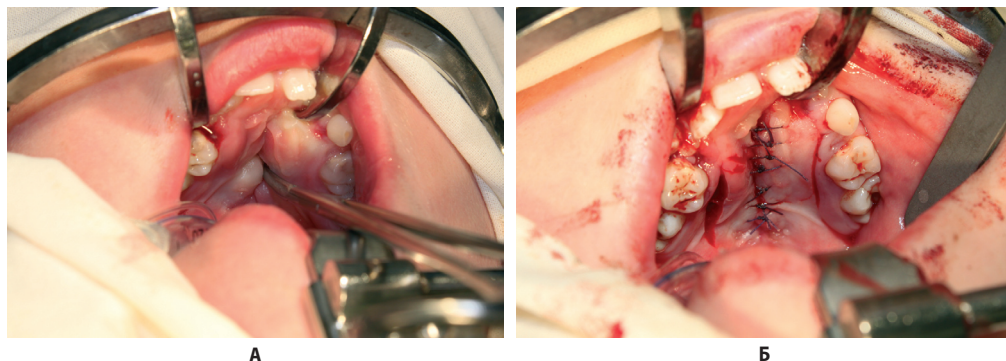
Б

Рисунок 1

Дефект среднего и заднего отдела твердого неба (А), вид неба после ликвидации дефекта языкообразным лоскутом (Б)

Важными этапами этого хирургического вмешательства является создание мобильности лоскута, особенно у основания ножки, т.к. перемещение его ограничено. Эффективное освежение краев дефекта для максимального контакта раневой поверхности лоскута и края дефекта – необходимое условие для заживления их в новом положении. При применении языкообразного лоскута линия швов смещается на один из краев дефекта, где важно увеличить площадь воспринимающего ложа, за счет опрокинутого на 180° дополнительного подкладочного слизисто-надкостничного лоскута, выкроенного вдоль края его.

Мостовидные лоскуты были использованы у больных тоже с щелевидными дефектами твердого неба без сочетания с дефектом альвеолярного отростка (рисунок 2). Наличие двух питающих ножек обеспечивало возможность закрытия щелевидных дефектов на значительном протяжении – передний, средний, задний отделы твердого неба. Следует учесть, что при использовании мостовидных лоскутов линия швов проходит по середине дефекта и не имеет под собой твердой основы. С этой целью для лучшей адаптации краев лоскутов их сшивали в «поцелуйном» положении П-образными швами.



А

Б

**Рисунок 2**  
**Дефект среднего отдела твердого неба (А), вид неба после ликвидации дефекта мостовидными лоскутами (Б)**

Округлой формы дефекты и дефекты, ширина которых превышала длину, у 8 детей ликвидировали, используя опрокинутые на  $180^\circ$  слизисто-надкостничные лоскуты. При применении опрокинутого слизисто-надкостничного лоскута важным является правильно рассчитать его площадь, достаточную для закрытия дефекта с учетом последующей ретракции тканей. В связи с этим, лоскут всегда выкраивали на треть больше, чем площадь самого дефекта. При этом, важным является создание достаточной раневой поверхности на лоскуте в тех местах, где он будет соприкасаться либо с тканями ниши, либо с другим лоскутом. Не менее важным по значимости является придание лоскуту хорошей мобильности, особенно в области основания питающей ножки и задних отделах его. Для предупреждения выворачивания лоскута у его основания со стороны слизистой, в пределах ее, проводилась деэпителизация в пределах полоски.

Этот прием создавал условия при опрокидывании лоскута у основания его, раневым поверхностям соприкоснуться и образоваться рубцу, который препятствовал выворачиванию последнего. Ниша, в которую вводится опрокинутый лоскут, приобретает значение воспринимающего ложа, поэтому, чем больше площадь ее, тем лучше условия для приживления лоскута. Увеличение площади ниши достигалось за счет, дополнительно выкраиваемого с противоположного края дефекта и опрокинутого на  $180^\circ$  слизисто-надкостничного лоскута шириной до 0,5 см. При больших размерах, для закрытия переднего отдела твердого неба также пользовались лоскут по Дубова. С этой целью, с переднего края дефекта выкроены Дубовский лоскут и опрокидывался в дефект.

Для закрытия вторичного дефекта также пользовались лоскут с языка (3 больших). При выкраивании лоскута с языка важным является правильно рассчитать площадь его (длину и ширину–2:1), а также расположение питающей ножки, чтобы минимизировать перегиб ее. Выстилку дефекта неба образовали опрокидывающимися лоскутами с краев дефекта. Затем лоскут с языка свободным концом укладывали на раневую поверхность неба и фиксировали к краям раны викрилом.

Чтобы обеспечить неподвижность языка в послеоперационном периоде, производилось связывание зубов верхней и нижней челюсти по Айви, назначалась механически щадящая пища.

Результатами ликвидации дефекта таким способом явилось тем что, во всех случаях послеоперационный период протекал гладко, осложнений не наблюдали. Анализ отдаленных результатов не выявил признаков рецидивов заболеваний. Во всех случаях отмечено восстановление анатомических и функциональных особенностей твердого неба.

Важным слагаемым успеха пластики вторичных дефектов неба явилось правильное ведение послеоперационного периода. Для профилактики сокращения лоскута и выворачивания его в исходное положение в послеоперационном периоде использован защитные пластинки изготовленной из термопластической массы. Первая перевязка осуществлена на третьи сутки с заменой йодоформного тампона. Особое внимание уделялось состоянию и положению лоскутов, а именно фиксации в новом установленном место. При благоприятном течение послеоперационного периода защитная пластинка снималось на 7 сутки. Не соблюдение этого правила явилось образование послеоперационного дефекта у 2 больных, который был обусловлен сокращением лоскута и его выворачиванием в исходное положение.

При выписке рекомендована щадящая диета на протяжении 2-3 недель. В течении первых шести месяцев послеоперационного периода ортодонтическое лечение не рекомендовалось.

Для достижения положительного результата при ликвидации дефекта твердого неба проводились прехирургические мероприятия. Подготовительный этап к ликвидации дефекта включал проведение ортодонтического и физиотерапевтического лечения. Наличие деформации верхней челюсти предопределяла необходимость прехирургической ортодонтической подготовки. Микрогнатия являлась противопоказанием закрытия дефекта твердого неба без предварительной ортодонтической коррекции прикуса. Цель последней заключалась в гармонизации сагиттальных и трансверзальных соотношений верхней и нижней челюстей. В такой ситуации дефект помогал ускорить достижение положительного ортодонтического результата. Для улучшения кровоснабжения и трофики рубцово измененных тканей вокруг дефекта за неделю до хирургии проводили массаж их, УФО, ионофорез, лазертерапию.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Несмотря на широкий арсенал существующих методик оперативного лечения, достигнуть восстановления анатомо-функциональных возможностей зубочелюстного аппарата у данной категории пациентов весьма сложно в силу часто возникающих осложнений: в первом случае – в виде послеоперационных дефектов, во втором – рецидива заболевания.

Согласно полученным нами данным, ликвидация вторичных дефектов наиболее эффективна слизисто-надкостничными лоскутами на одной или двух ножках (языкообразными и мостовидными), опрокинутыми на 180° лоскутами. Значительные по размерам дефекты твердого неба наиболее рационально ликвидировать в два этапа лоскутом, выкроенным с языка. Создание полноценного воспринимающего ложа на небе и правильное выкраивание лоскута с языка определяет успех хирургического вмешательства. Рациональное послеоперационное ведение таких больных также способствует этому.


---

# Comparative evaluation of surgical treatment methods of secondary defects of palate after uranostafiloplastic

**Ashyraliev H.G.**

Department of surgical dentistry and maxillofacial surgery of children  
(Head of the Department – prof. Harkov L.V.)  
National O.O.Bogomolets Medical University, Kiev, Ukraine

---

 **Resume.** The used liquidation techniques of secondary defect of a hard palate after uranostafiloplasty are presented in article on the basis of chair of surgical stomatology and maxillofacial surgery of children's age of National Medical University named after A.A.Bogomolets beginning from 2010 to 2012 are presented. The conducted researches have allowed to define indications for applying of each of various ways of liquidation residual defects of a hard palate and features of performance of separate stages of surgical intervention.

 **Key words:** secondary defects palate, cleft palate repair, method of operations.

---

## Литература

1. Ананян С. Г. Новый способ устранения обширных послеоперационных дефектов переднего отдела твердого неба / С. Г. Ананян // Новое в терапевтической, детской и хирургической стоматологии. – М., 1987. – С. 152-153.
2. Водолацкий М.П., Мухорамов Ф.С. Пластика лоскутом с языка дефекта переднего отдела твердого неба при врожденной расщелине верхней губы и неба. // Материалы II Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – Москва.-2006.-с.190-191.
3. Гончарова Е.А., Бельченко В.А., Гончаков Г.В. К вопросу о тактике оперативного лечения пациентов с дефектами неба и альвеолярного отростка верхней челюсти. // Материалы II Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – Москва.-2006.-с.50-51.
4. Заусаев В. И. Приобретенные дефекты неба / В. И. Заусаев // Руководство по хирургической стоматологии. – М., 1972. – С. 461-473.
5. Карпова Е. И. Перспективы использования аллогенной плацентарной ткани при уранопластике / Е. И. Карпова, В. Д. Головкин, В. А. Виссарионов // Матер. II съезда Стоматологической Ассоциации (Общероссийской). – Волгоград, 1994.-С. 164-166.
6. Кручинский Г. В. О новом пути замещения дефектов неба/ Г. В. Кручинский // Acta Chir. Plast. – 1972. – V. 14, № 1. – С. 22-27.
7. Пат. №41045UA, МПК А61В17/00. Спосіб формування ложа для клаптя з язика при ліквідації дефекту твердого піднебіння / Харьков Л.В., Яковенко Л.М., Кисельова Н.В.; Національний медичний університет імені О.О.Богомольця. – №200900824; опубл. 27.04.2009; заявл. 04.02.2009, бюл.№8.
8. Харьков Л.В. Хирургическое лечение врожденных несращений неба / Л.В.Харьков – Киев, Здоровья.– 1992.– 200с.
9. Чудаков О. П. Устранение сквозных дефектов неба плоским эпите-лизированным кожным лоскутом / О. П. Чудаков // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 1973. – № 5. – С. 86-88.
10. Guzel M. Z. Repair of large, anterior palatal fistulas using thin tongue flaps: Long-term follow-up of 10 patients / M. Z. Guzel, F. Altintas // Ann. Plast. Surg. – 2000. – V. 45, № 2. – P. 109-114.
11. Zhao Z. The buccal musculomucosal reversed flow arterial island flap: Clinical application / Z. Zhao, S. Li, Y. Li // Zhonghua. Kou. Qiang. Yi. Xue. Za. Zhi. -2001. – V. 36, № 3. -P. 199-201.