УДК 616.315+616.317)-007.254-089

АНАЛІЗ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ ІЗ ПРИРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ

В.Ф. Макєєв, Г.В. Олійник, Ю.Ю.Олійник

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Резюме

В статье проведен ретроспективный анализ больных с врожденными несращениями губы и неба, большинству из которых на протяжении длительного времени проводили многообразные по сложности хирургические вмешательства с целью пластического закрытия дефектов. Рассмотрены особенности состава больных по виду несращений и оперативных вмешательств, изучены их половые и возрастные отличия, что важно для решения вопросов, связанных с последующими этапами их ортодонтической и ортопедической реабилитации.

Ключевые слова: врожденные несращения губы и неба, анализ оперативных вмешательств.

Summary

The retrospective analysis of the patients with the congenital cleft of lip and palate is conducted in the article. This analysis was carried out at the patients who were treated during a long period of time with the aid of different surgical procedures of varied complications aimed to make up plastic defects. Patients division concerning the types of congenital malformations, conducted operative procedures, their gender and age-related differences was made. It is very important to plan the following stages of orthodontic and orthopedic rehabilitation.

Key words: congenital cleft lip and palate, analysis of operative procedures.

Література

1. Макєєв В.Ф. Клініка, діагностика та концептуальні основи ортопедичних заходів у комплексному лікуванні дефектів та деформацій зубо-щелепної системи хворих з незрощеннями верхньої губи та піднебіння: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.22 “Стоматологія”/ В.Ф. Макєєв. – Одеса, 2008.- 32 с.
2. Яковенко Л.М. Комплексне лікування первинних та вторинних деформацій верхньої губи, піднебіння при їх двобічних незрощеннях : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : спец. 14.00.21 "Стоматологія" / Л.М.Яковенко. – К., 2004. – 39 с.
3. Bender P.L. Genetics of cleft lip and palate /P. L.Bender // J. Pediatr. Nurs. - 2000 .- 15(4). -P. 242-249.
4. Association between IRF6 and nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate in four populations / Park J.W., McIntosh I., Hetmanski J.B. [et al.] // Genet. Med. -2007 .- Vol. 9(4). -P. 219-227.
5. Lidral A.C. Progress toward discerning the genetics of cleft lip / Lidral A.C., Moreno L.M. // Curr. Opin Pediatr. - 2005 .- Vol. 17(6).- P. 731-739.
6. Maternal smoking and environmental tobacco smoke exposure and the risk of orofacial clefts / Honein M.A., Rasmussen S.A., Reefhuis J. [et al.] // Epidemiology – 2007.- Vol. 18(2). -P. 226-233.
7. Губина Л.К. Ситуационный анализ частоты врожденной патологии челюстно-лицевой области и вероятные факторы риска / Л.К. Губина, О.П Красникова // Детская стоматология. – 2000. - №1– 2 (3,4). – С. 65–68.
8. Харьков Л.В. Аналітична довідка про стан стаціонарної хірургічної стоматологічної допомоги дітям України з вродженими та набутими захворюваннями щелепно-лицевої ділянки та органів і тканин порожнини рота за 2000 рік // МОЗ України, 2001. – 10 с.

9. Gundlach K.K. Epidemiological studies on the frequency of clefts in Europe and world-wide / Gundlach K.K., Maus C. // J. Craniomaxillofac Surg. - 2006. - Vol. 34, Suppl. 2.- P. 1-2.
10. Гоцко Е.В. Сравнительная оценка хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы и нёба: автореф. дисс. на соисканиение науч. степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.22 "Стоматология" / Е.В.Гоцко. – Львов, 1985. – 26 с.
11. Гранчук Г.Н. Зубочелюстные аномалии у взрослых при врожденном несращении в челюстно-лицевой области, их диагностка и ортодонтическое лечение: автореф. дисс. на соискание науч. степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.21 "Стоматология" / Г.Н. Гранчук. – Кишинев, 1987.
12. Гулюк А.Г. Антропометрические особенности верхней челюсти у детей с врожденными двусторонними сочетанными расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и нёба в предоперационном периоде и отдаленные сроки после поэтапного восстановления верхней губы / А.Г. Гулюк, В.Г. Крыкляс, Н.Б. Дмитриева // Дентальные технологии. – 2006. – №3 – 6(28 – 31). – С. 25 – 30.
13. Макєєв В.Ф. Ортопедичні заходи в комплексному лікуванні та реабілітації хворих із незрощеннями верхньої губи та піднебіння / В.Ф. Макєєв // Український стоматологічний альманах. – 2008. – №1. – С. 31 – 33.
14. Макєєв В.Ф. Покривні протези в ортопедичному лікуванні хворих з природженим незрощенням губи і піднебіння / В.Ф. Макєєв, П.В. Щерба, Г.В. Олійник // Новини стоматології. – 2001. – № 3. – С. 19 – 23.
15. Ортопедичні методи лікування хворих зі складними дефектами та деформаціями зубощелепної системи / [Макєєв В.Ф., Щерба П.В., Олійник Г.В., Ключковська Н.Р.] : матеріали Всеук. наук.-практ. конф.

["Сучасні технології лікування та профілактики ортопедичних і ортодонтичних хворих"]. – Вінниця, 2003. – С. 45 – 46.
16. Шульженко В.И. Хирургические и ортодонтические мероприятия в комплексной реабилитации детей со сквозным несращением губы и неба / В.И. Шульженко, А.Ф. Верапатвелян. - СПб.:ООО «МЕДИиздательство», 2007. – 176 с.

Серед найпоширеніших видів природженої патології вади щелепно-лицевої ділянки складають 30-45 % усіх вад розвитку, серед яких природжені незрощення губи та піднебіння посідають 2 місце [1,2]. Причини виникнення незрощення поліетіологічні. Так, частина дослідників віддають перевагу генетичним чинникам (хромосомні або генні аберації). Інші автори вважають, що в походженні незрощень губи і піднебіння відіграють роль фактори навколишнього середовища – іонізуюче випромінювання, шкідливі звички батьків (куріння, алкоголь), вік батьків тощо [3,4,5,6].

За показниками народжуваності дітей в Україні, на 11 млн. дитячого населення припадає 12 тис. пацієнтів із природженими дефектами щелепно-лицевої ділянки. Щороку їх кількість збільшується приблизно на 1 тис. народжених [7,8]. Статистичні та епідеміологічні дослідження, проведені в різних країнах, свідчать, що природжені незрощення верхньої губи та піднебіння складають 25-35 % усіх природжених аномалій. Тенденції до їх зниження не спостерігається і у Львівській області, де цей показник становить 1:1005 новонароджених [9,10].

Естетичні та функціональні порушення, які виникають при цій патології як до, так і після відновних оперативних втручань, обмежують спілкування людини, пригнічують її свідомість поняттям фізичної неповноцінності та призводять до депресій психічного стану. Дефекти і деформації, що супроводжують у дорослих морфологічні та функціональні

порушення зубо-щелепної системи, сприяють утворенню тяжких аномалій прикусу, зубних рядів та положення окремих зубів [11,12]. Лікування деформацій, що виникли після операцій із приводу незрощення верхньої губи та піднебіння, є ускладненим, і такі хворі потребують проведення комплексних ортодонтичних, хірургічних, ортопедичних заходів, характер яких залежить не тільки від основної хвороби, а і від індивідуальних та вікових особливостей організму [13,14].

У наш час ще зустрічаються хворі з природженими незрощеннями губи та піднебіння, яким у ранньому дитячому віці була зроблена операція хейлопластики, а другий етап хірургічного лікування – уранопластика або не проводилася взагалі, або призвела до післяопераційних дефектів піднебіння. Таким пацієнтам уже в дорослому віці пропонується провести адекватне хірургічне втручання, а в разі відмови від нього або наявності медичних протипоказань методом вибору є протетичне лікування.

Особливо часто постає проблема ортопедичної реабілітації таких хворих у дорослому віці, коли означені деформації набувають тяжких та сталих форм, що потребує вибору адекватного лікування і відповідної протетичної конструкції [15,16].

З метою визначення та усвідомлення етапів і кількості оперативних втручань у хворого з природженим незрощенням губи і піднебіння нами здійснений аналіз різних за типами первинних і повторних оперативних втручань на щелепно-лицьовій ділянці у віковому та статевому аспектах.

Матеріал і методи дослідження. В основу роботи покладений аналіз 249 архівних історій хвороб пацієнтів із природженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння, які були госпіталізовані у відділення щелепно-лицьової хірургії Львівської обласної клінічної лікарні протягом 1990 -1991 рр. Ці роки обрані нами для дослідження наданої хворим оперативної допомоги (пластика верхньої губи і/або піднебіння) саме тому, що ці хворі на час нашого подальшого дослідження з

особливостей надання їм необхідної ортопедичної допомоги досягли віку 16-20 років, коли така допомога може їм бути надана, тобто часу завершення формування зубо-щелепного комплексу.

Досліджувана група складалася з 132 осіб чоловічої і 117 жіночої статі. Співвідношення між пацієнтами обох статей становило 1,1:1 (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих у стаціонарі з незрощеннями губи та піднебіння за статтю

Рік первинного огляду	Стать				Усього	
	чол.		жін.		чол.	жін.
	n	%	n	%	n	%
1990	72	28,9	70	28,1	142	57,0
1991	60	24,1	47	18,9	107	43,0
Разом	132	53,0	117	47,0	249	100

Незрощення тільки верхньої губи були виявлені у 24 (9,6%) хворих, у 54 – незрощення тільки піднебіння (21,7%), у решти – 171 (68,7%) хворих установлено поєднане незрощення губи і піднебіння (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл первинних хворих у стаціонарі за статтю та видом незрощення

Вид незрощення	Стать				Усього	
	чол.		жін.			
	n	%	n	%	n	%
Незрощення тільки верхньої губи	17	6,8	7	2,8	24	9,6
Незрощення тільки піднебіння	22	8,8	32	12,9	54	21,7
Незрощення губи і піднебіння	78	31,3	93	37,4	171	68,7
Всього	117	46,9	132	53,1	249	100

Аналіз даних табл. 2 засвідчив, що кількість оперованих хворих із

комбінованою патологією (незрощення губи і піднебіння) у 2,2 разу переважала кількість хворих із незрощеннями тільки губи та тільки піднебіння (68,7% проти 31,3% відповідно). Це також указує на те, що значна частина хворих надалі будуть мати тяжкі форми деформацій зубо-щелепної системи.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед усіх незрощень верхньої губи переважали лівобічні варіанти – 88 хворих (45,9%), які в більшості були наскрізними –68 пацієнтів із 88; другими за частотою були правобічні – 62 хворих (32,3%) і також переважно наскрізні (40 пацієнтів із 62). Двобічні незрощення виявлені в 41 хворого (21,3%) і майже всі наскрізні – 40 пацієнтів (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл хворих за видами незрощення верхньої губи

Вид незрощення верхньої губи																		
лівобічне						правобічне						двобічне				прихо ване		Разом
1		2		3		4		5		6		7		8		9		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
8	4,2	68	35,4	12	6,3	12	6,3	40	20,8	10	5,2	40	20,8	1	0,5	1	0,5	193
88 – 45,9%						62 – 32,3%						41 – 21,3%				1 – 9,5%		100 %

Примітка: 1 - лівобічне (вид не вказаний); 2 – лівобічне наскрізне; 3 – лівобічне ненаскрізне; 4 – правобічне (вид не вказаний); 5 – правобічне наскрізне; 6 – правобічне ненаскрізне; 7 – двобічне наскрізне; 8 - двобічне ненаскрізне; 9 – приховане.

Серед усіх незрощень піднебіння також переважали лівобічні незрощення - 32,7 % , з яких майже всі були наскрізними (72 пацієнти із

73). Правобічні незрощення становили 22,9 % і, як і лівобічні, в основному були наскрізними (50 пацієнтів із 51). Двобічні незрощення діагностовано в 33 хворих (14,7 %) і майже всі – наскрізні (32 пацієнти із 33). Часткові ненаскрізні незрощення виявлено у 26,0 % хворих, повні ненаскрізні – відповідно в 3,6 % (табл. 4).

Таблиця 4

Розподіл хворих за видами незрощення піднебіння

Вид незрощення піднебіння																	
лівобічне				правобічне				двобічне				ненаскрізне				Разом
1		2		3		4		5		6		7		8		
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
72	32,3	1	0,5	50	22,4	1	0,5	32	14,2	1	0,5	8	3,6	58	26,0	223
73 – 32,8%				51 – 22,9%				33 – 14,7%				66 – 29,6%				100 %

Примітка: 1 – лівобічне наскрізне; 2 – лівобічне ненаскрізне;
3 – правобічне наскрізне; 4 - правобічне ненаскрізне; 5 – двобічне наскрізне; 6 - двобічне ненаскрізне; 7 – ненаскрізне повне; 8 – ненаскрізне часткове.

233 хворим після першого звернення проведено різноманітні оперативні втручання з приводу природженої патології верхньої губи і піднебіння. Залежно від місця первинного ураження та інших критеріїв була виконана низка операцій на верхній губі та піднебінні, серед яких переважали різні варіанти хейло- і міохейлопластики; одномоментна вело- та міелохейлопластика – 172 операцій (73,8 %), 6 операцій (2,6 %); велопластика – 18 операцій (7,7 %), уранопластика, в тому числі з кістковою пластикою, – 35 операцій (15 %) (табл. 5).

Таблиця 5

Розподіл хворих із природженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння за особливостями першого оперативного втручання

№ п/п	Види оперативних втручань	n	%
1	Хейлопластика	164	70,4
2	Міохейлопластика з резекцією лемеша пластикою альвеолярного відростка	5	2,1
3	Міохейлопластика з пластикою альвеолярного відростка	3	1,3
4	Одномоментна вело- і міохейлопластика	6	2,6
5	Велопластика	18	7,7
6	Уранопластика	31	13,3
7	Уранопластика з одномоментною кістковою пластикою	4	1,7
8	Пластика кута рота, сигнатія	2	0,9
Разом		233	100

Через певний проміжок часу хворим проводили наступні оперативні втручання. Усього на другому етапі або повторно прооперовано 114 пацієнтів (у 2 пацієнтів через наявність протипоказань оперативне втручання відкладене).

Серед оперативних втручань на цьому етапі модифікації уранопластики, в тому числі з кістковою пластикою, – 73 операцій (65,1%); велопластики – 23 операції (20,2 %); хейлопластики – 7 (повторної та з протилежного боку) – 7,9 % , а також 7 оперативних втручань із метою різної пластики дефектів попередніх оперативних втручань – 7,0 % (табл. 6).

Таблиця 6

Розподіл хворих із природженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння за особливостями другого оперативного втручання

№ п/п	Види оперативних втручань	n	%
1	Хейлопластика	4	3,5
2	Хейлопластика повторна	5	4,4
3	Резекція міжщелепної кістки	1	0,9
4	Уранопластика	64	56,1
5	Уранопластика з кістковою пластикою	9	7,9
6	Велопластика	22	19,3
7	Повторна велопластика	1	0,9
8	Закриття післяопераційного дефекту піднебіння	7	6,1
9	Закриття післяопераційного дефекту піднебіння з кістковою пластикою	1	0,9
Разом		114	100

Частині пацієнтів, які перенесли два попередні оперативні втручання, доводилося проводити наступне, третє, оперативне втручання. Усього проведено 53 такі операції, серед яких переважали усунення дефекту твердого піднебіння – 20 (37,7 %); корекція деформацій верхньої губи і носа – 19 (35,9 %); модифікації уранопластики – 12 (22,6 %) та 2 велопластики (3,8 %) (табл. 7).

Таблиця 7

Розподіл хворих із природженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння за особливостями третього оперативного втручання

№ п/п	Види оперативних втручань	n	%
1	Велопластика	2	3,8
2	Уранопластика	7	13,2
3	Уранопластика з підсадкою кістки	5	9,4
4	Закриття післяопераційного дефекту піднебіння	15	28,3

№ п/п	Види оперативних втручань	n	%
5	Закриття післяопераційного дефекту піднебіння з кістковою пластикою	5	9,4
6	Корекція післяопераційних деформацій верхньої губи і носа	19	35,9
Разом		53	100

Вік хворих із природженими незрощеннями губи і піднебіння на час оперативних втручань для першого оперативного втручання коливався від 2 днів із моменту народження до 21 року, що в середньому складало 1,59±0,14 року. У пацієнтів на другому оперативному втручанні вік на час операції склав діапазон від 0,5 року до 22 років при середньому значенні 5,15±0,30. Для третього оперативного втручання вік хворих на момент операції коливався від 6 років до 20 років при середньому значенні 10,21±0,78 років (табл. 8).

Таблиця 8

Вікові параметри хворих із ПНГП на час оперативних втручань (у роках)

Оперативне втручання	Максимум роки	Мінімум роки	Медіана роки	M±m роки	n
I	21	0,0055 (2 дні)	0,67	1,59±0,14	233
II	22	0,42	5	5,15±0,30	114
III	20	6	15	10,21±0,78	53

Примітка:

P(I-II) <0,001
P(I-III) <0,001
P(II-III) <0,001

Ці дані свідчать, що значна частина хворих із природженими вадами зубо-щелепного комплексу закінчують хірургічну частину їх реабілітації в 14-15 років, якщо ця хірургічна підготовка дійсно досягла позитивних результатів.

Проте залишаються значні деформації щелеп, зубних рядів, прикусу, які порушують естетичні та функціональні норми і накладають на хворого значне психоемоційне навантаження. Саме ці зміни і потребують їх подальшої корекції в основному ортопедичними методами.

Висновок. Хворим із природженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння за час від народження до 18-20 років здійснюють багатоетапні різні за видами хірургічні втручання з метою пластичного закриття незрощень і надалі - коригувальні операції щонайменше в четвертої частини первинно оперованих.

Усі перенесені операції, які без сумніву є необхідними, впливають на розвиток зубо-щелепного комплексу дитини, що призводить як мінімум до стабілізації, а інколи і до посилення деформацій зубних рядів і прикусу. Ортодонтична підготовка таких хворих ускладнена, й остаточно усунути естетичні та функціональні вади можна в дорослому віці ортопедичними методами.