



**Базина И.Г.. Лопатин А.В.. Мкртумян Э.С.. Васильева Е.В..**

*Российская детская клиническая больница, Москва.*

*Российский Университет Дружбы Народов, Москва.*

## **ПЛАНИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕБНО-ГЛОТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ.**

Небно-глоточная недостаточность на сегодняшний день одна из главных причин формирования нарушения речи в виде ринолалии у детей с врожденной расщелиной неба. Частота рождения детей с врожденной расщелиной неба колеблется 1-2 ребенка на 1000 новорожденных в разных регионах мира. Нарушения речи в том или ином виде присутствуют у всех детей с расщеплением неба. Данные о частоте развития небно-глоточной недостаточности после первичной уранопластики разнятся, в частности, потому что разные специалисты по-разному определяют ее наличие. Однако практически все сходятся во мнении, что заметная гиперназальность выявляется у 20-50% детей с незаращением неба в развитых странах, и до 50-90% детей в развивающихся странах.

Хирургическое улучшение функции небно-глоточного клапана заключается в сужении небно-глоточного кольца и по существу в создании частичного носоглоточного сужения, достаточно, однако, для носового дыхания и сна. Способы устранения небно-глоточной недостаточности активно обсуждаются в специальной литературе. Разработаны приводящие к восстановлению функции небно-глоточного затвора методики для obturации среднего либо боковых участков небно-глоточного кольца.

Лучшему предоперационному планированию способствует применение назофарингоскопии. Доступность проведения данного исследования по данным L.L.D'Antonio et al. (2003г.) за последние два десятилетия возросла с 8 до 90%. Далее производится выбор метода устранения небно-глоточной недостаточности в соответствие с моделью небно-глоточного смыкания. M.L.Skolnick описал в 1973 году 3 типа смыкания небно-глоточного кольца как в норме так и при патологии: коронарный сагиттальный и циркулярный. Далее в 1981 году С.Е.Croft et al. предложили выделить 4 тип: циркулярный с валиком Пассавана. В русскоязычной литературе классификация детально освещена в работах А.А. Мамедова.

Однако до настоящего времени чаще всего в нашей стране все же используется способ фарингопластики предложенный D.Schoenborn и его

модификации, предполагающие использование фарингеального лоскута с задней стенки глотки для obturации средней части небно-глоточного отверстия. Расположенный по средней линии фарингеальный лоскут на верхнем или нижнем основании пришивается к мягкому небу и разделяет небно-глоточное отверстие на два меньших боковых отверстия. Показанием для использования классической фарингопластики является наличие относительно хорошей подвижности боковых стенок глотки для открытия боковых отверстий во время дыхания и закрытия во время речи. Подвижность небной занавески при выборе этого метода имеет относительно малое значение. Данный вид вмешательства, таким образом, может быть рекомендован пациентам с сагитальным типом смыкания. Также классическая фарингопластика остается методом выбора при плохой подвижности всех стенок глотки с наличием широкой остаточной щели при небно-глоточной недостаточности 3 степени.

Сфинктерную фарингопластику по Jackson стоит выполнять в том случае, когда данные назофарингоскопии свидетельствуют о небно-глоточной недостаточности связанной с плохой или отсутствующей подвижностью боковых стенок при хорошей подвижности небной занавески. При использовании данной методики боковые стенки глотки смещаются в медиальном направлении, а лоскуты сшиваются на задней стенке глотки конец в конец или внахлест. Степень сужения можно менять за счет изменения толщины лоскутов. Сфинктерная фарингопластика некоторыми авторами рекомендуется пациентам с плохой подвижностью всех стенок глотки, включая небную занавеску при адинамичном сфинктере. Мы считаем, что вышеназванная техника может быть использована дополнительно при недостаточной эффективности метода D.Schoenborn.

Идея поднятия задней стенки глотки с целью улучшения функции небно-глоточного кольца также остается в центре внимания по многим причинам. Процедуры относительно легки в выполнении и многих привлекает концепция простого выдвижения вперед задней стенки глотки. Однако на практике методики увеличения задней



стенки с использованием различных имплантируемых и инъектируемых материалов оправдывают ожидания далеко не всегда. Тем не менее, поднятие задней стенки показано пациентам, имеющим относительно небольшую остаточную щель, когда закрытие небно-глоточного кольца может быть достигнуто путем простого поднятия рельефа задней стенки. Также может быть недостаточно герметичное небно-глоточное закрытие, когда стенки глотки соприкасаются, но не достигают достаточного смыкания из-за давления воздушной струи. Это состояние получило название «касательного смыкания». Описана методика увеличения задней стенки глотки с использованием складчатого фарингеального лоскута. Отрицательной стороной этой процедуры является сложность закрытия большой остаточной щели. Если созданный лоскут превышает 1-2мм, достичь стойкого смыкания невозможно, так как он может двигаться вверх и вниз в зависимости от давления

воздуха в голосовых путях. В тех случаях, когда требуется значительное увеличение задней стенки, наилучшим способом является сфинктерная фарингопластика, при которой сужается небно-глоточное кольцо, а также производится поднятие рельефа задней стенки. Для предупреждения риска развития характерного для сфинктерной фарингопластики по Jackson осложнения в виде рубцовой атрезии предложен метод тоннельной сфинктерной фарингопластики, сохраняющий все преимущества техники Jackson, но позволяющий избежать его недостатков.

Таким образом, выбор типа хирургического вмешательства зависит от модели смыкания и степени небно-глоточной недостаточности. Широкое применение назофарингоскопии позволяет избежать составления неадекватного плана лечения и неоправданных оперативных вмешательств. Это было бы невозможно при эмпирическом подборе оперативной техники.

