

СПОСОБ ЩАДЯЩЕЙ УРАНОСТАФИЛОПЛАСТИКИ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЙ УКОРОЧЕНИЕ И РУБЦЕВАНИЕ МЯГКОГО НЕБА

Наиль Айратович Давлетшин

Кафедра стоматологии детского возраста (зав. — проф. С. В. Чуйкин) Башкирского государственного медицинского университета, Республиканская детская клиническая больница (главврач — проф. Р. Ш. Хасанов), г. Уфа, e-mail: davletshin_n@mail.ru

Реферат

Разработан способ щадящей ураностафилопластики с применением перестановки трех встречных треугольных лоскутов сплошным рядом ротовой и носовой слизистой нёба, пластики слизистой в области крылочелюстных складок и щек встречными треугольными лоскутами и статического подвешивания мягкого нёба аллосухожильной нитью (без поперечного рассечения носовой слизистой). По указанному способу проведено оперативное лечение 108 пациентов в возрасте от 2 до 7 лет. У 96 (89%) пациентов визуально получены хорошие результаты операции и у 12 (11%) — удовлетворительные.

Ключевые слова: врожденная расщелина неба, ураностафилопластика, слизисто-надкостничные лоскуты, встречные треугольные лоскуты.

Врождённая расщелина нёба (ВРН) является наиболее часто встречающимся пороком развития человека. Частота рождения детей с данным пороком составляет до 38% всех пороков развития у новорожденных [1, 4]. Основным способом лечения таких детей является хирургическое устранение дефекта неба — ураностафилопластика (УП). Большинство наиболее часто применяемых одномоментных способов УП однотипно и состоит из этапов выкраивания слизисто-надкостничных лоскутов на сосудистых ножках из боковых фрагментов расщелины нёба, препарирования мышц мягкого нёба, ретротранспозиции лоскутов, миопластики с перераспределением мышечных групп в физиологическое положение, и тщательного ушивания раны [5, 6]. Однако при всех преимуществах одномоментной тактики оперативного лечения имеются типичные недостатки, не зависящие от возрастных подходов к их выполнению. В ряде случаев в отдаленном послеоперационном периоде происходит рубцевание раны; мышцы мягкого нёба после операции повторно присоединяются рубцом к задним краям нёбных пластинок, что приводит к заметному укорочению мягкого нёба. Наличие значительной по протяжённости линейной раны в области мягкого нёба обуславливает образование сквозного деформирующего рубца [5, 7].

Частота отдаленных послеоперационных

осложнений УП в виде рубцовых деформаций и укорочений мягкого неба варьирует от 19 до 62% случаев [2]. Возникающая вследствие данных осложнений небо-глоточная недостаточность приводит к затруднению нормального питания и внятной речи. Неудовлетворительное качество жизни, невозможность полноценной реабилитации пациентов с ВРН побуждает специалистов искать новые пути решения этой проблемы. В связи с этим нами предложен новый способ щадящей УП.

Цель исследования — предотвращение в послеоперационном периоде сморщивания, укорочения мягкого нёба и образования грубых сквозных рубцов в области мягкого и твёрдого нёба; профилактика образования рубцовых стяжений в окологлоточных нишах; улучшение функциональных результатов лечения за счёт восстановления функции питания и речи, что позволяет полностью реабилитировать больного ребёнка.

Наша методика щадящей УП с применением пластики тремя встречными треугольными лоскутами сплошным рядом ротовой и носовой слизистой нёба, пластики слизистой в области крылочелюстных складок и щек ВТЛ и статического подвешивания мягкого нёба аллосухожильной нитью (без поперечного рассечения носовой слизистой) [3] состоит в следующем. Скальпелем освежают края расщелины путём проведения линейного разреза по её краю. В области твёрдого нёба разрез углубляют до кости. На малом фрагменте края освежают от язычка до резцов, на большом фрагменте в переднем отделе разрез переходит на слизисто-надкостничный лоскут (СНА) и идёт косо по направлению к резцу. Затем проводят разрезы до кости по слизистой внутренней поверхности альвеолярного отростка малого и большого фрагмента от последнего моляра и продолжают до резцов для формирования СНЛ по Лангенбеку — Львову. После этого выполняют разрез от последнего верхнего моляра по крылочелюстной складке не доходя до шейки последнего нижнего зуба 0,5–0,7 см по Халле-Эрнсту. В глубине разреза широким

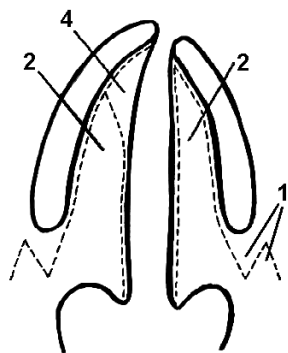


Рис. 1. Схема этапа выкраивания СНЛ и ВТЛ в области крылочелюстных складок и щек.

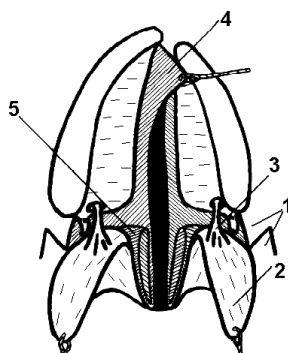


Рис. 2. Схема этапа с выкраенными, отсепарованными и откинутыми СНЛ и ВТЛ в области крылочелюстных складок и щек.

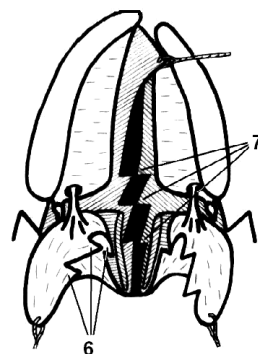


Рис. 3. Схема препарированного мягкого и твердого неба с выкраенными сплошным рядом ВТЛ на носовой и ротовой слизистой.

распатором тупо раздвигают клетчатку до внутренней крыловидной мышцы, пальцем у основания надламывают крючок крыловидного отростка и смещают к средней линии вместе с прикрепленными к ней мышцами. Выкраивают встречный треугольный лоскут (ВТЛ) с углами 60° в области слизистой крылочелюстных складок и щек справа и слева с длиной сторон треугольников от 1,5 до 2 см в зависимости от возраста пациента с направлением оси желаемого удлинения кнутри и книзу (рис. 1).

Далее широким распатором со стороны альвеолярного отростка отслаивают слизисто-надкостничные лоскуты (2) до большого небного отверстия, мобилизуют сосудисто-нервные пучки (3), путём вытягивания из небных отверстий по П.П. Львову. После выполнения этого этапа небные лоскуты на сосудистых ножках свободно смещают кзади и к средней линии. В переднем отделе треугольный лоскут (4) на большом фрагменте отслаивают от кости и опрокидывают на 180° по Б.Д. Кабакову. Изогнутым распатором осторожно производят отслойку слизистой оболочки носа от задних краев фрагментов твёрдого неба, носовой поверхности небных отростков верхней челюсти и сошника, максимально освобождая ее на всем протяжении, после этого слизистая свободно мобилизуется кзади. Производят препарирование мышц мягкого неба: небная часть небно-глоточной, небно-язычной мышц и передние пучки мышцы поднимающей небную занавеску отделяют от заднего края плоскости неба, от костной перегородки носа и от края расщелины твёрдого неба. Мышцы (5) отслаивают от прилежащей носовой и ротовой слизистой по краю раны на протяжении от крючковидной кости до язычка

мягкого неба. В результате этого освобожденные передние концы мышц (5) легко поворачивают в сторону средней линии, что создаёт более благоприятные условия для сшивания их по типу «конец в конец» (рис. 2).

После этого выкраивают три ВТЛ сплошным рядом (6) в средней части ротовой слизистой мягкого неба. В области носовой слизистой, от средней части в сторону твёрдого неба выкраивают три ВТЛ (7) сплошным рядом. При этом треугольники на ротовой слизистой (6) направлены противоположно треугольникам на носовой слизистой (7). Длина сторон треугольников в области ротовой и носовой слизистой варьирует от 0,7 до 1 см в зависимости от возраста пациента и желаемого удлинения тканей. При симметричной расщелине наиболее выгодны треугольники с углами 60° (рис. 3). Гемостаз производят по ходу операции.

Следующий этап начинают с ушивания викрилом носовой слизистой в области мягкого и твёрдого неба с перестановкой встречных треугольных лоскутов (7). В переднем отделе твёрдого неба опрокинутый деэпителизированный треугольник (4) фиксируют викриловыми швами к противоположной носовой слизистой и к краю раны около альвеолярного отростка малого фрагмента. Затем послойно ушивают викрилом по типу «конец в конец» повернутые в поперечном направлении концы мышц (5) и небный апоневроз, а также слизистую язычка мягкого неба. Производят максимальную ретротранспозицию мягкого неба и статическое подвешивание мягкого неба толстой иглой с аллосухожильной нитью (8) на уровне, соответствующем норме, т. е. прошивают надломленные крючки (9) крыловидного отростка клиновидной

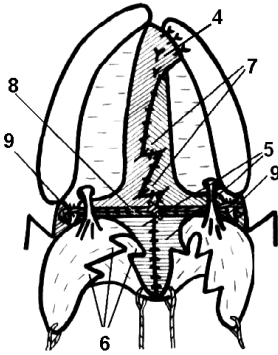


Рис. 4. Схема этапа ушивания мышц и носовой слизистой с перестановкой ВТЛ и статического подвешивания мягкого нёба аллосухожильной нитью.

кости, нить (8) туго натягивают и фиксируют узлом. Натянутую аллосухожильную нить (8) дополнительно подшивают в центре к нёбному апоневрозу вибриловым швом, что жёстко фиксирует переднюю часть мягкого нёба, закрывая заднюю поверхность нёбных пластин (рис. 4).

После этого производят перестановку трех встречных треугольных лоскутов сплошным рядом (6) и ушивают вибрилом ротовую слизистую на всем протяжении. Делают перестановку и ушивание вибрилом ВТЛ (1) в области слизистой крылочелюстных складок и щек справа и слева с направлением оси удлинения кнутри и книзу. СНЛ (2) укладывают на нёбные пластинки и фиксируют вибрилом (4) в переднем отделе к опрокинутому треугольнику (рис. 5). Рану в области твёрдого нёба тампонируют турундой, пропитанной йодоформом, и покрывают пластмассовой защитной пластинкой.

Этапы выкраивания, перестановки и ушивания всех треугольных лоскутов и статического подвешивания мягкого нёба технически

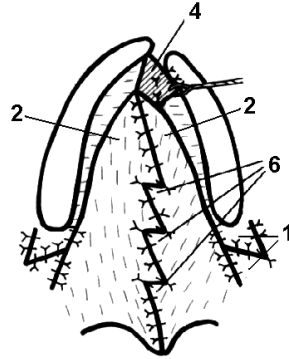


Рис. 5. Схема завершающего этапа операции с ушитыми и уложенными СНЛ, ушитым мягким нёбом и ушитыми после перестановки ВТЛ в области крылочелюстных складок и щек.

несложны и увеличивают продолжительность операции не более чем на 15-20 минут.

Показанием к применению данного способа является наличие у пациента врожденной полной (сквозной) односторонней расщелины альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба с гипоплазией мышц мягкого нёба и укорочением твердого нёба с индексом I и II степени.

Приводим клинический пример.

Пациент И.Б. 3 лет 1 месяца. Диагноз: врожденная полная расщелина альвеолярного отростка, мягкого и твёрдого нёба слева.

Местный статус: при осмотре слизистая мягкого и твёрдого нёба бледно-розового цвета. Ширина дефекта в области альвеолярного отростка — 5 мм, на уровне границ твёрдого и мягкого нёба — от 14 до 15 мм, на уровне язычка — от 14 до 16 мм. Сошник отклонён в здоровую сторону, располагается наклонно, нёбным краем соединяется с нёбным отростком верхней челюсти (рис. 6). Имеются недоразвитие мягкого нёба, умеренная гипоплазия мышц.

После клинического обследования под эндотрахеальным наркозом пациент был



Рис. 6. Пациент И.Б. 3 лет 1 месяца. Диагноз: врожденная полная расщелина альвеолярного отростка, мягкого и твёрдого нёба справа.

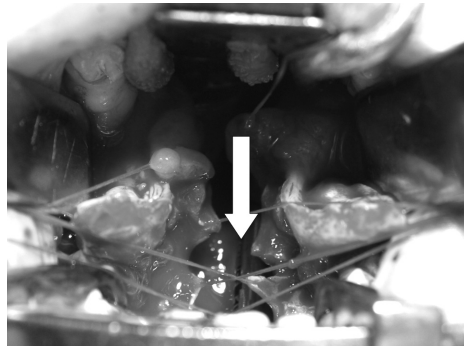


Рис. 7. Этап препарирования фрагментов расщелины с тремя выкраенными сплошным рядом треугольными лоскутами на носовой слизистой мягкого нёба (указаны стрелкой).

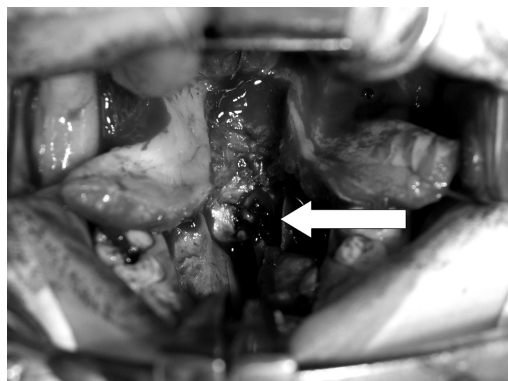


Рис. 8. Этап ушивания носовой слизистой с перестановкой встречных треугольных лоскутов (указано стрелкой).

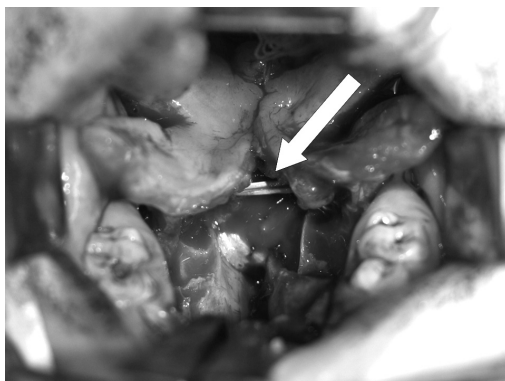


Рис. 9. Этап статического подвешивания мягкого нёба аллосухожильной нитью (указана стрелкой).

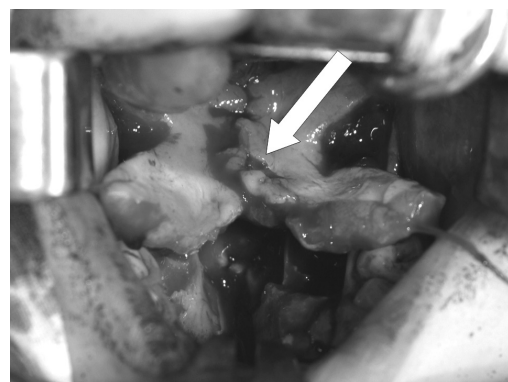


Рис. 10. Этап ушивания ротовой слизистой мягкого и твердого нёба с перестановкой встречных треугольных лоскутов (указаны стрелкой).

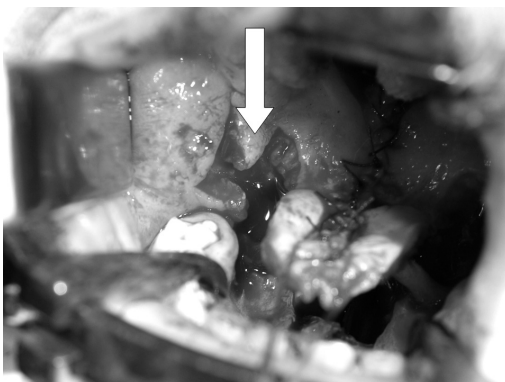


Рис. 11. Этап выкраивания встречных треугольных лоскутов слизистой в области крылочелюстных складок (указаны стрелкой).

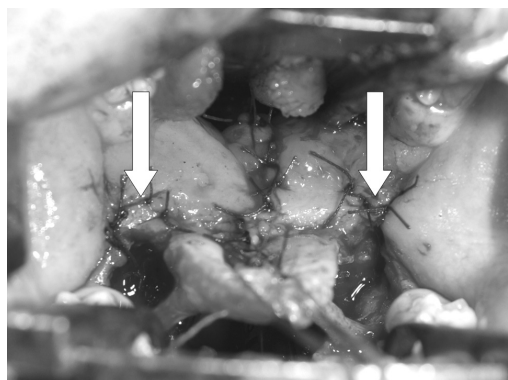


Рис. 12. Этап завершения операции — мягкое и твердое небо ушито послойно с перестановкой встречных треугольных лоскутов сплошным рядом, слизистая в области крылочелюстных складок ушита с перестановкой встречных треугольных лоскутов (указаны стрелками).

про-оперирован. Выполнена шадящая УП с применением пластики тремя ВТЛ сплошным рядом ротовой и носовой слизистой нёба, пластики слизистой в области крылочелюстных складок и щек ВТЛ и статического подвешивания мягкого нёба аллосухожильной нитью (рис. 7, 8, 9, 10, 11, 12).

Расстояние от медиальной части краев костных фрагментов твёрдого нёба до уровня крючков крыловидного отростка клиновидной кости составило 2 см, т. е. дефицит тканей носовой слизистой равнялся 2 см. Величина трех встречных треугольников носовой слизистой — 1 см. Величина удлинения составила 2 см, что полностью компенсировало дефицит тканей. В послеоперационном периоде заживление раны произошло первичным натяжением. Швы сняты на 9-е сутки. Мягкое нёбо достаточной длины, подвижное. Послеоперационный рубец малозаметен. Открывание рта — в полном объеме.

Через 6 месяцев был проведён контрольный осмотр больного. Местный статус: при осмотре слизистая мягкого и твёрдого нёба бледно-розового цвета. Мягкое нёбо достаточной длины, подвижное. Послеоперационный рубец в области мягкого и твёрдого нёба ровный, малозаметный, видны следы треугольников. Послеоперационный рубец в области слизистой крылочелюстных складок и щек ровный, малозаметный; видны следы треу-



Рис. 13. Тот же пациент через 8 лет после операции по данному способу.

гольников. Язычок мягкого нёба выраженный (рис. 13).

По указанному способу мы провели оперативное лечение 108 пациентов с ВРН в возрасте от 2 до 7 лет. У 96 (89%) пациентов получены хорошие визуальные и функциональные результаты операции. В послеоперационном периоде заживление раны произошло первичным натяжением. Швы сняты на 7 – 8е сутки. Мягкое нёбо при осмотре достаточной длины, подвижное. Послеоперационный рубец малозаметен. Открывание рта в полном объёме.

Удовлетворительные результаты операции были получены у 12 (11%) пациентов.

У 5 пациентов с врожденной полной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба отмечалось частичное расхождение раны по границе твердого и мягкого неба. У одного пациента с широкой односторонней полной расщелиной альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба имелось частичное расхождение раны на слизистой мягкого неба в области треугольных лоскутов. У 4 пациентов произошло частичное расхождение раны в области треугольных лоскутов по крылочелюстным складкам, а у 2 – полное расхождение раны в области треугольных лоскутов по крылочелюстным складкам. В таких случаях в области вторичного заживления образуются рубцы.

ВЫВОДЫ

1. Применение известного способа пластики встречными треугольными лоскутами позволяет удлинить поверхностные ткани

ротовой и носовой слизистой мягкого нёба и предотвратить образование сквозного деформирующего рубца и грубых рубцовых стяжений в области крылочелюстных складок.

2. Статическое подвешивание длительно фиксирует мягкое небо в положении максимальной ретротранспозиции.

3. Разработанный способ шадящей ураностафилопластики позволил снизить количество ранних и отдаленных послеоперационных осложнений и таким образом добиться полной медицинской реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блохина С.И., Козлова В.П. Развитие методологии управления и системная интеграция в организации помощи детям с врожденной челюстно-лицевой патологией. /Профилактика и лечение стоматологических заболеваний у детей: материалы Республиканской конференции стоматологов, 17–18 окт. 2006 г. – Уфа, 2006. – С. 69.
2. Гончаков Г.В. К вопросу о тактике хирургического лечения детей с врожденными односторонними сквозными расщелинами верхней губы и неба. Врожденная и наследственная патология головы лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения – М. 2002. – С. 60–62.
3. Давлетшин Н.А. Патент РФ № 2278625/ 27.06.2006.
4. Дьякова С.В. Специализированное лечение детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области в системе диспансеризации. Врожденная и наследственная патология головы лица и шеи у детей: Актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2002. – С. 91–94.
5. Мамедов Ад. А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. – Екатеринбург, 1998. – 309 с.
6. Фара М. Функциональная анатомия губ и неба и её применение в хирургии расщелин неба и губ. Последние достижения в пластической хирургии: Пер. с англ. (под ред. Джексона). – М: Медицина, 1985. – С. 175–196.
7. Millard D.R. Alveolar Palatal deformities// Cleft Craft. The evolution of its surgery. – Bos-ton. – 1980. – Vol. 3. – P. 20–29.

Поступила 15.04.08.

A METHOD OF GENTLE URANOSTAPHYLOPLASTY PREVENTING THE SHORTENING AND SCARRING OF SOFT PALATE

N.A. Davletshin

Summary

A new gentle method of uranostaphyloplasty was used in 108 patients aged 2 to 7 years. Visually good results from operations were achieved in 96 (89%) patients and satisfactory – in 12 (11%).