

Полтавський державний медичний університет

Кафедра дитячої хірургічної стоматології



Вроджені вади розвитку щелепно-лицевої ділянки у дітей. Статистика, етіологія, патогенез, класифікація, клінічна картина. Сучасні принципи лікування, диспансеризації та реабілітації таких дітей. Хірургічні методи лікування зубо - щелепних деформацій у дітей та підлітків.

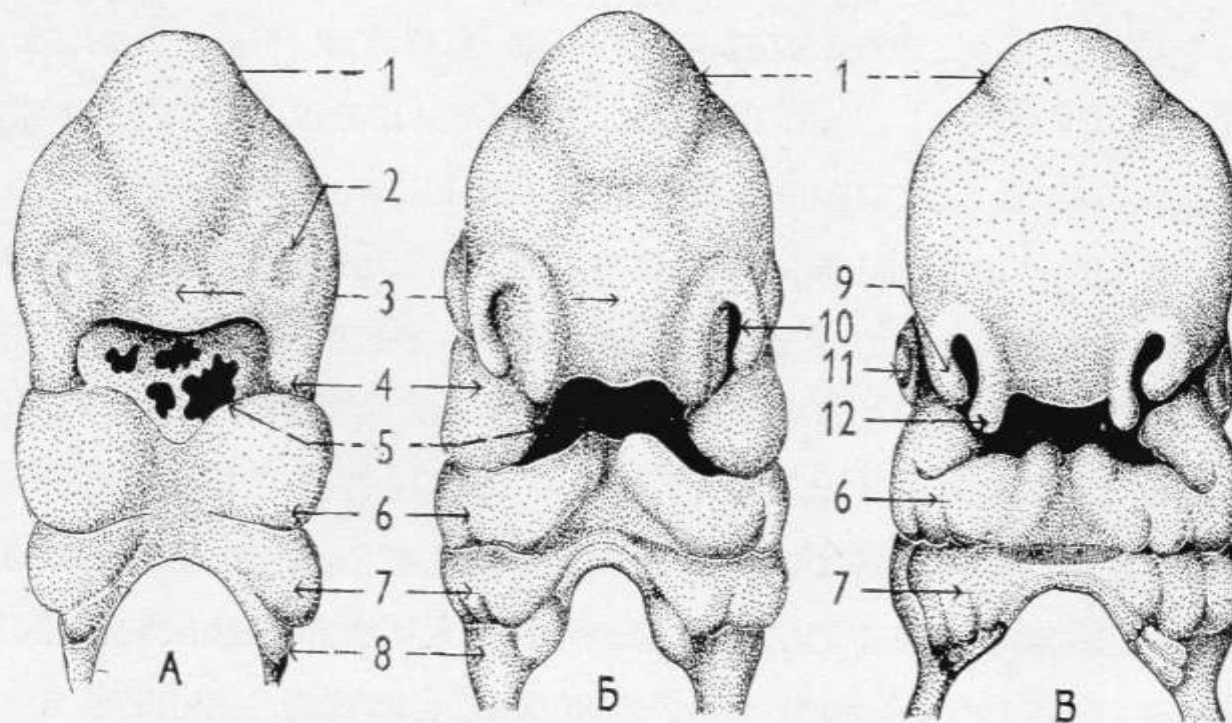


Лектор –
доц. Доленко О.Б.

План лекції

- ▣ 1. Статистика.
- ▣ 2. Ембріогенез.
- ▣ 3. Етіологія незрощень верхньої губи та піднебіння.
- ▣ 4. Класифікація незрощень верхньої губи та піднебіння.
- ▣ 5. Анатомо-функціональні порушення при незрощеннях верхньої губи та піднебіння.
- ▣ 6. Хірургічні методи лікування незрощень верхньої губи.
- ▣ 7. Основні етапи уранопластики за Лімбергом.
- ▣ 8. Післяопераційні ускладнення.

Ембріогенез обличчя



- ▣ Вроджені вади розвитку за етіологічними ознаками можна розділити на 3 групи:
- ▣ 1) спадковообумовлені вроджені вади розвитку;
- ▣ 2) вроджені вади розвитку, пов'язані з впливами зовнішнього середовища;
- ▣ 3) вроджені вади розвитку мультифакторіальної природи.

Екзогенні чинники

- вплив на плід іонізуючого випромінювання,
- патогенна мікрофлора (стафілокок, віруси, анаеробна флора),
- медикаменти та різноманітні хімічні речовини,
- вітамінна недостатність ,
- дефіцит мікроелементів (міді),
- вплив термічних факторів,
- стрес,
- характер праці батьків (шум, загазованість, робота с органічними сполуками, робота в умовах високих температур, тяжка фізична праця)

Ендогенні чинники

- перенесні матір'ю в перші місяці вагітності інфекційні захворювання (скарлатина, кір, токсоплазмоз та ін.),
- діабет,
- гінекологічні захворювання,
- ускладнення вагітності.

Класифікація незрощень губи за Харьковим Л. В.

- ▣ • за глибиною незрощення (явні, приховані):
- ▣ • за локалізацією незрощення у трансверзальній площині (бічні 99% і серединні 1%). Бічні, в свою чергу, поділяються залежно від сторони незрощення на односторонні — 82 % (лівосторонні частіше, ніж правосторонні) і двосторонні — 17 %; двосторонні незрощення губи симетричні і асиметричні;
- ▣ • за висотою незрощення в сагітальній площині губи (часткові, повні або наскрізні);
- ▣ • ізольовані та поєднані (з незрощенням альвеолярного відростка верхньої щелепи, піднебіння).

Класифікація вроджених незрощень верхньої губи та піднебіння

Перша група: одно - і двосторонні незрощення верхньої губи, альвеолярного відростка з деформацією носа.

За ступенем розщеплення незрощення губи поділяються на:

- а) приховані;
- б) неповні;
- в) повні;

Деформації носа в залежності від їх вираженості, розділені на 3 ступеня.

Друга група включає два види ізольованих серединних незрощень:

1) Незрощення м'якого піднебіння:

а) приховані (з підслизовим розщепленням м'язів м'якого піднебіння і язика);

б) неповні (не досягають твердого піднебіння);

в) повні (досягають твердого піднебіння).

2) Незрощення м'якого й твердого піднебіння:

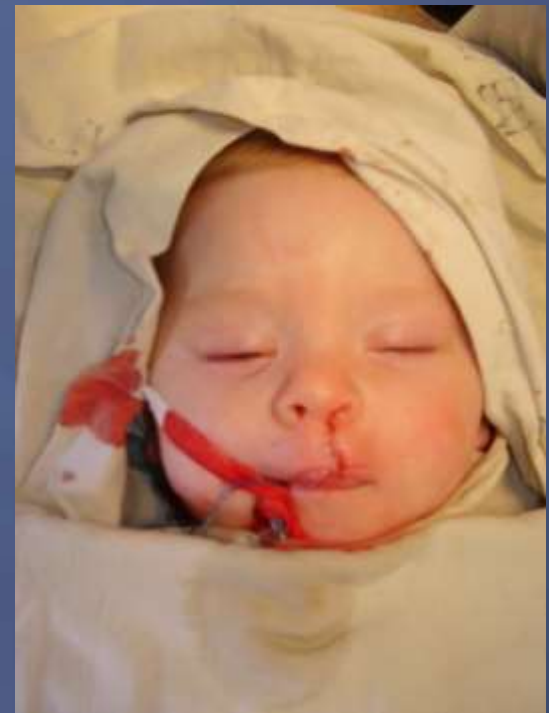
а) приховані;

б) неповні;

в) повні.

Третя група: одно - і двосторонні незрощення губи, альвеолярного відростка з деформацією носа, що поєднуються з незрощеннями м'якого і твердого піднебіння.





Особливості клініки та функціональні порушення при вроджених вадах верхньої губи і піднебіння.

*Деформація обличчя
проявляється в наступному:*

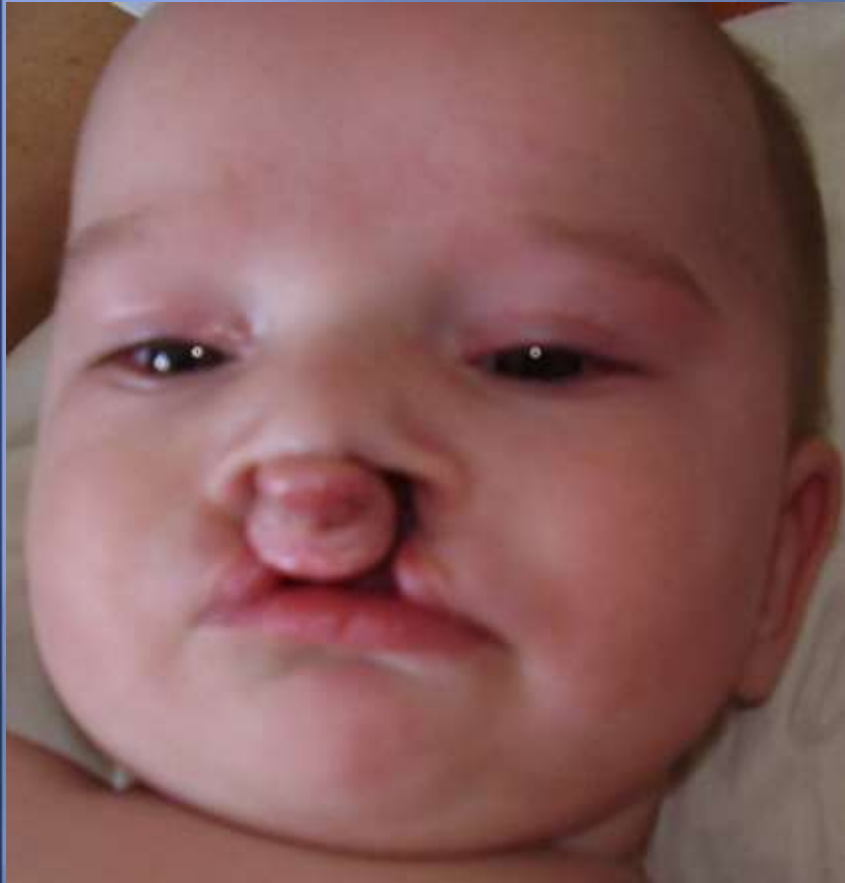
- 1) вкорочення прикордонного валика фільтруму верхньої губи на боці незрощення (більше виражене на внутрішньому фрагменті);
- 2) недорозвинені тканини верхньої губи (м'язового шару), ступінь якого залежить від форми незрощення;
- 3) недорозвинення кісткової тканини верхньої щелепи на боці ураження;
- 4) деформації носа (сплощення і опущення кінчика носа, зміщення назад і назовні основи деформованого крила носа, зміщення перегородки носа);
- 5) дефект верхньої губи, альвеолярного відростка і піднебіння.







У дітей з незрощеннями верхньої губи і піднебіння



- ▣ порушується функція смоктання, є розлади акту ковтання і жування, порушується мова і міміка.
- ▣ Утруднене, нераціональне вигодовування дітей з незрощенням призводить до того, що більш ніж у 30% хворих цієї категорії виявляються при огляді ознаки гострого рахіту, у 48% - анемії, у 34% - гіпотрофії, 41% - порушення роботи кишківника.
- ▣ Сполучення ротової і носової порожнин, хронічні запальні процеси верхніх дихальних шляхів сприяють появу у таких хворих змішаного носо-ротового дихання, а в деяких випадках ротового дихання.





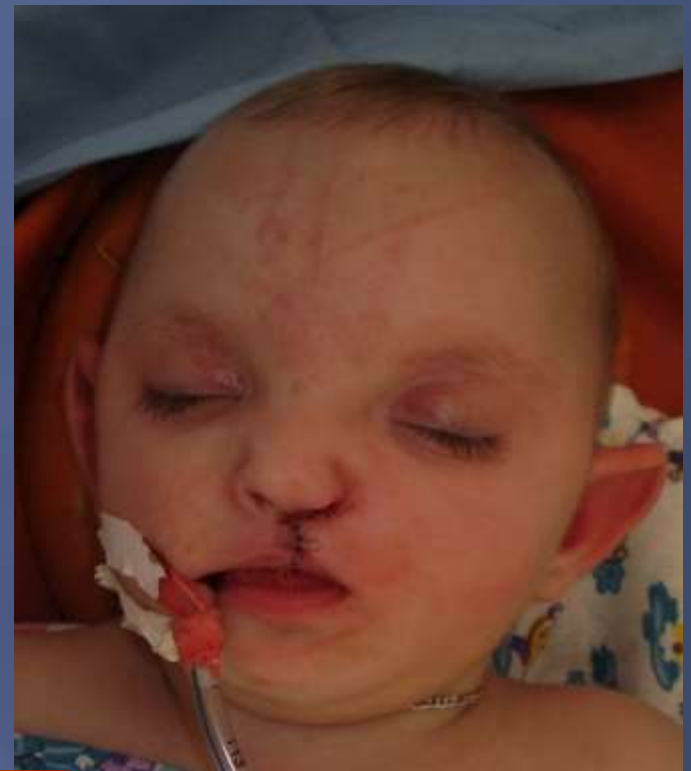
Хейлопластика - загальна назва пластичних операцій для усунення дефектів чи деформацій губ.

При *ринохейлопластиці* крім відновлення безперервності верхньої губи одночасно проводиться корекція хрящів носа, усунення хибного положення м'язів біляротової ділянки і носа, усувається ще й дефект альвеолярного відростка.

Строки оперативного втручання на губі
(хейлориноспластика) – залежить від загальносоматичного
стану дитини та виду незрощення

- ▣ односторонні розщілини губ ліквідують у віці 2,5-3 – міс.
- ▣ двосторонні – у 5 - 6 міс.









Групи хейлопластики

Їх поділяють в залежності від розкроювання тканини на

- Z - подібні (трикутні)
- Лінійні
- Прямокутні.

Всі методи прагнуть однієї цілі - відновити анатомічну цілісність елементів губи (красної облямівки, колонок фільтруму, носового ходу, м'язів, присінку ротової порожнини) та її функціональну спроможність.

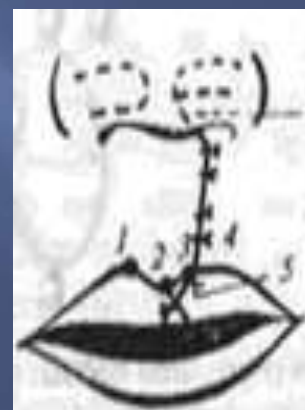
Лінійні методи: Евдокимова, Лімберга, Міро, Орловського.

Частіше вони використовуються при прихованих та неповних незрощеннях верхньої губи. Позитивним боком лінійних методів є естетичність лінії рубця, що співпадає з колонкою фільтруму. Ці методи не дозволяють отримати достатнє подовження губи.

Схема хейлопластики за Міро (Mirault)

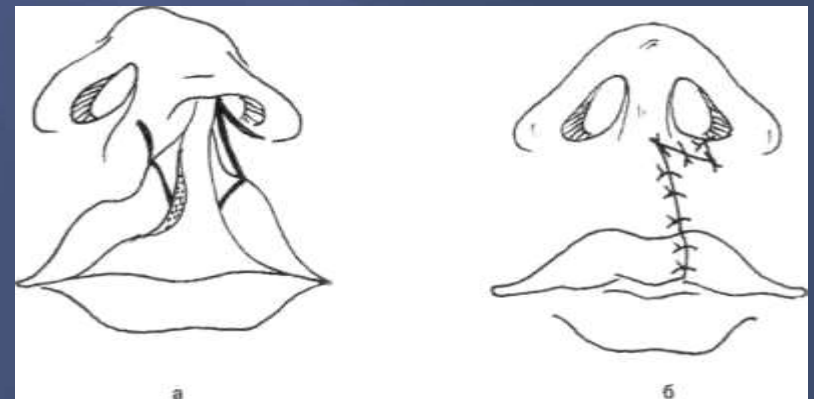
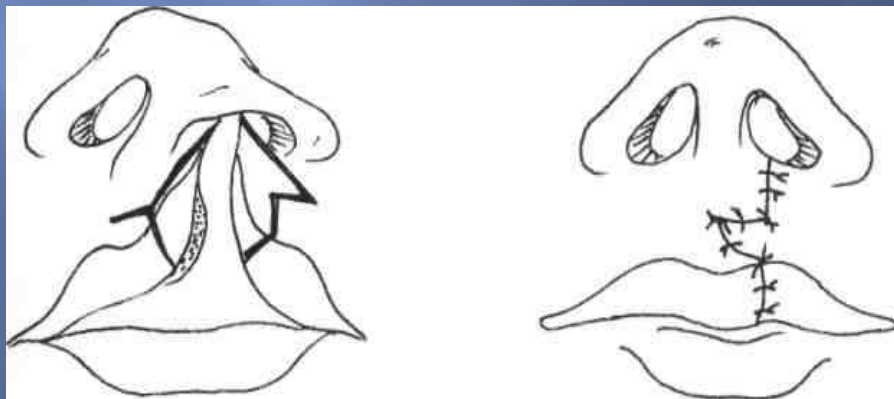


Схема хейлопластики за Лимбергом при односторонньому незрощенні верхньої губи



Треугольные лоскуты (Z-пластика)

методы Теннисона (1), Миларда (2) и Обуховой, в основу которых положено использование треугольного лоскута в нижней трети наружного фрагмента верхней губы для удлинения внутреннего. Они показаны при неполных и полных расщелинах верхней губы. Эти методы дают возможность получить необходимое удлинение тканей губы, их анатомичность позволяет чётко планировать операцию. Недостатком методов является пересечение линии филтрума в поперечном направлении, что снижает эстетичность послеоперационного рубца.



Прямоугольные лоскуты

К третьей группе относятся методы Хагердона и Ле-Мезурье, при которых удлинение губы достигается перемещением четырёхугольного лоскута, выкраиваемого на малом фрагменте губы. Эти методы показаны при двухсторонних несращениях верхней губы. В настоящее время хирурги пользуются усовершенствованными методами по Гоцко и Козлюку.

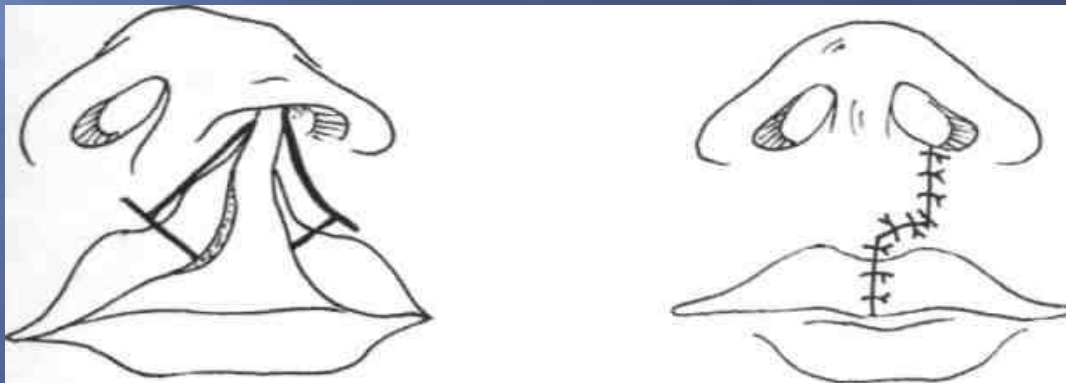


Схема хейлопластики по А. А. Лимбергу при двустороннем несращении губы:

а - заштрихованные участки, подлежащие иссечению; б — линия разреза на срединном фрагменте губы, в — наложены швы.

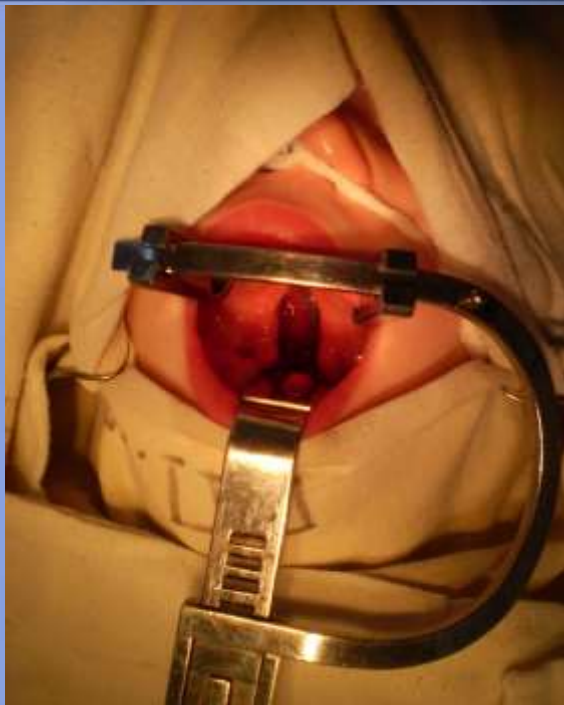


Після операційного втручання можуть спостерігатися наступні ускладнення:

- ▣ 1) розходження країв рани;
- ▣ 2) неглибокий рубцевий присінок рота;
- ▣ 3) рубцева деформація верхньої губи

Строки оперативного втручання

- ▣ ізольоване незрощення піднебіння потрібно прооперувати у віці **12-18** міс;
- ▣ **одностороннє** (при сприятливому співвідношенні малого і великого фрагментів) – з **10 до 24** міс.,
- ▣ **двосторонні з широкою відстанню** між фрагментами у **два етапи**:
 - ▣ у **8-10** міс. – **велопластика** (ліквідація дефекту м'якого піднебіння) і
 - ▣ в **1,5 – 2 роки** – **уранопластика** (ліквідація дефекту твердого піднебіння).
- ▣ дефект **альвеолярного відростка** оперують при сприятливому співвідношенні фрагментів верхніх щелеп, ортогнатичному прикусі, після прорізування постійних зубів у фронтальній ділянці верхньої щелепи (у **10-12 років**).

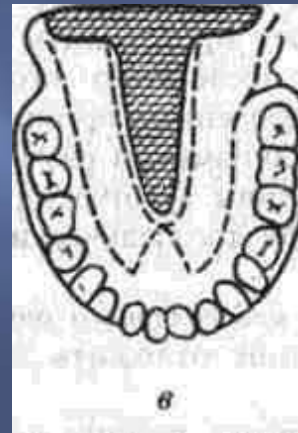
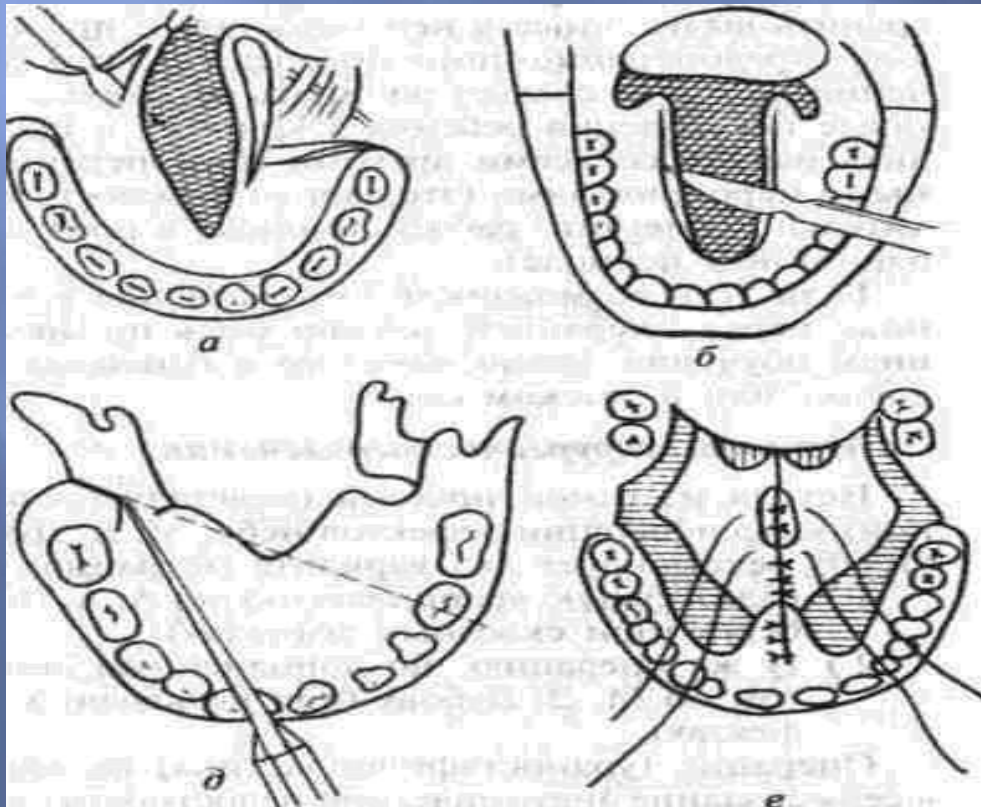


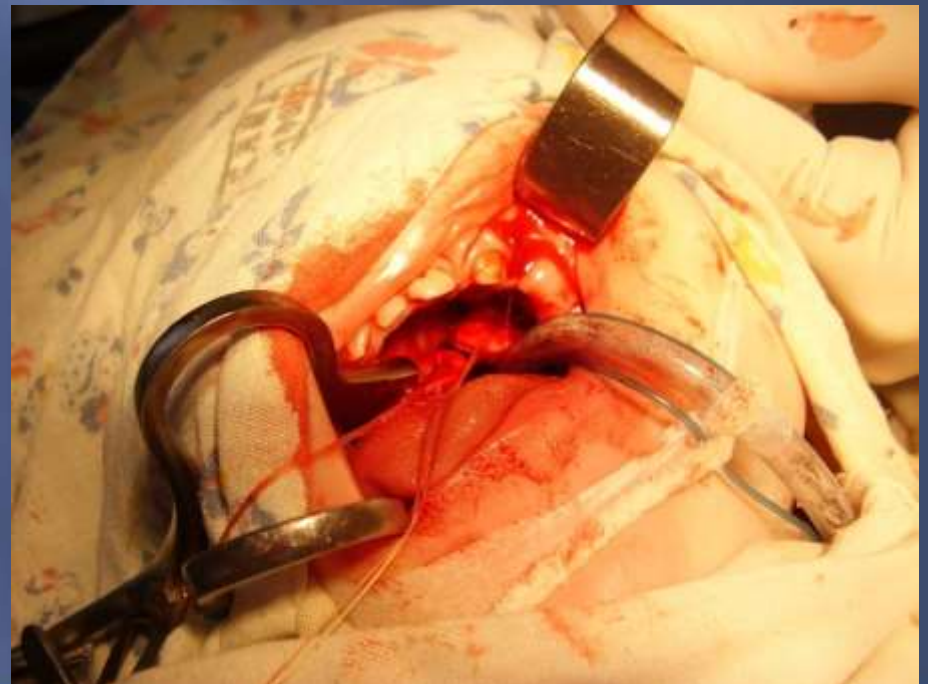
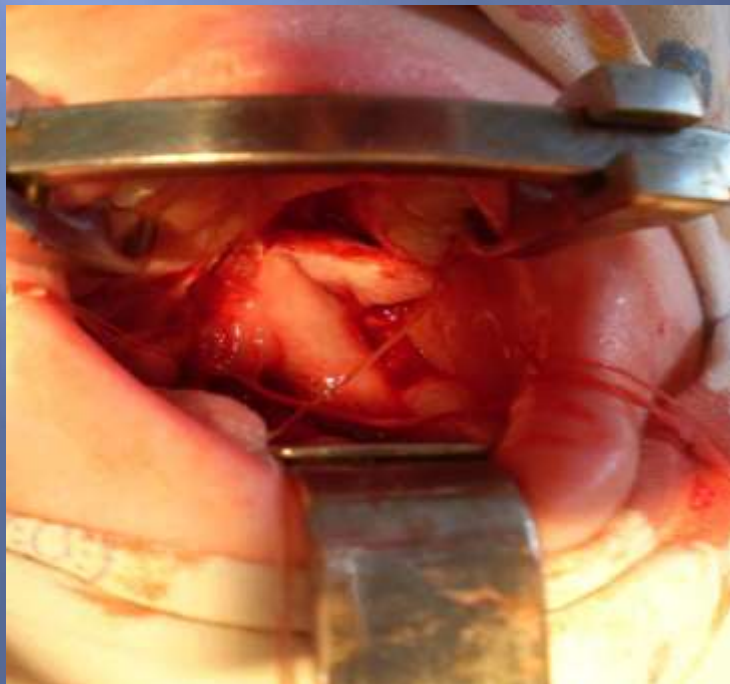
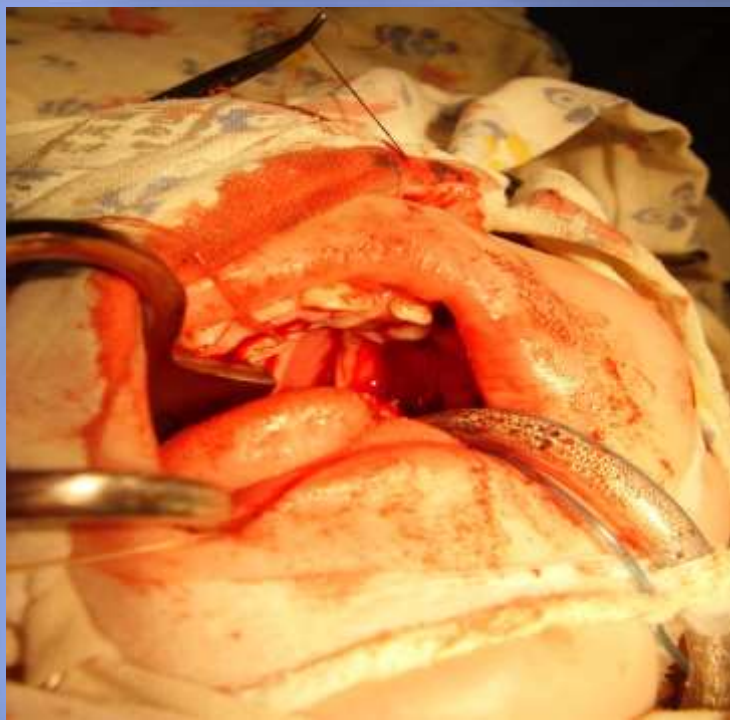
- ▣ *Уранопластика* - загальна назва пластичних операцій для усунення дефектів твердого піднебіння.
- ▣ *Ураностафілопластика* - найменування пластичних операцій по усуненню дефектів твердого і м'якого піднебіння.



Основні етапи операції

1. *Освіження країв розцілини, викроювання і відшарування слизово-окісних клаптів в межах твердого піднебіння - вони необхідні для закриття його дефекту.*





2. Звільнення судинно-нервових пучків, що виходять з великих піднебінних отворів, виконують за допомогою резекції задньовнутрішніх країв великих піднебінних отворів. Відсікають слизову оболонку носа від заднього краю твердого піднебіння і переміщують тканини назад (*ретротранспозиція*) для подовження м'якого піднебіння.

3. *Міжпластинчата (інтерламінарна) остеотомія* — поздовжнє розсічення крилоподібного відростка. Надламують внутрішню крилоподібну пластинку в її основі і зміщують її досередини разом з прикріпленими м'якими тканинами. Це дозволяє послабити поперечний натяг м'язів м'якого піднебіння і ушити розщілину в межах м'якого піднебіння.

4. *Мезофарингоконстрикція* (звуження середнього відділу глотки).

Розрізи по крилоподібно-нижньощелепним зморшкам від верхніх відділів до язикової поверхні альвеолярного відростка нижньої щелепи в ділянці останнього моляра. Розшарування та переміщення до середньої лінії м'язів бокових відділів глотки з наступною тампонадою навкологлоточних ніш йодоформними тампонами.

5. *Ушивання рани*. М'яке піднебіння ушивають в три шари, тверде - у два шари. Післяопераційну рану закривають йодоформним тампоном.



Найбільш частими післяопераційними ускладненнями є:

- ▣ розходження країв рани на кордоні твердого та м'якого піднебіння;
- ▣ крайовий або частковий некроз слизово-окісних клаптів;
- ▣ коротке малорухоме піднебіння.

Дякую за увагу...