

Винахід відноситься до медицини, а саме, до реконструктивної щелепно-лицевої хірургії і може бути використаний при лікуванні дітей із вродженими розщилинами піднебіння.

Вроджена розщилина піднебіння - залишається найбільш частою вадою розвитку, при якій поряд з важкими анатомічними дефектами мають місце порушення функцій дихання, травлення, мови. Частота народження таких дітей, у середньому, складає 1 на 1000 новонароджених. Незважаючи на те, що хірургічний спосіб, як основний шлях лікування розщилин піднебіння, постійно удосконалюється, проблема відновлення функції м'якого піднебіння при вроджених розщилинах піднебіння залишається досить актуальною. Аналізуючи результати хірургічного лікування розщилин піднебіння Schonweiler B. (Folia phomatrica et logopedica - 1996 - №2 -Р.92-97) наводить дані про те, що навіть при задовільних анатомічних результатах (98%), порушення мови відзначене не менш ніж у 90% прооперованих хворих.

Останніми роками усе більшу розповсюдженість набувають щадячі способи уранопластики, що дозволяє успішно застосовувати їх у дітей раннього віку - від 1 до 3-х років.

Відомий спосіб уранопластики вроджених некрізних часткових розщилин піднебіння у дітей раннього віку (патент Росії №1837844 А3), відповідно до якого виконують відшарування слизово-надкостнічних клаптів, їх зшивання, наступний зсув клаптів у положення ретротранспозиції, фіксацію, причому перед ретротранспозицією піднебіння проколюють горизонтальні пластинки піднебінних кісток у місцях, симетрично розташованих щодо країв розщилини та у ці отвори вводять матеріал, який виводять через розщилину.

Одним з найбільш розповсюджених способів хірургічного лікування розщилин піднебіння є спосіб Фролової Л.Є. (Стоматологія - 1977. -№5 -С.63-65). Даний спосіб полягає у відновленні заднього піднебіння за рахунок піднебінних дужок і не передбачає повну реконструкцію його м'язового піднебінних дужок і не передбачає повну реконструкцію його м'язового апарату. Згідно даного способу переміщення м'язів здійснюється у вертикальному напрямку, використовуючи клапті з передніх піднебінних дужок і бічних стінок глотки, що не дозволяє сформувати повноцінний мезофарингс і призводить до укорочення піднебіння.

Найбільш близьким до пропонованого способу є спосіб уранопластики (патент Росії 2202965, Циплакова М.С.), по якому виконують освіження країв розщилини, формування двох мостоподібних слизово-надкостнічних клаптів, відслойку носової слизової оболонки в області твердого піднебіння, витягування судинно-нервових пучків, мезофарингоконстрикцію при якій від внутрішньої криловидної пластинки по обидві сторони розщилини відшаровують піднебінно-глотковий м'яз і верхній констриктор глотки, а зшивання м'язів здійснюють, починаючи від заднього краю твердого піднебіння.

Недоліки способу:

1. Неможливо створити достатні умови для переорієнтації м'язів, оскільки має місце нераціональне та неповне використання *m. levator veli palatini*, *m.tensor veli palatini* та *m. constrictor pharyngeus superior*, як найбільш значимих у формуванні анатомо-функціональних передумов для відновлення мови.

2. Необхідно відзначити, що широке розсічення окологлоткового простору може призвести до рубцювання, наслідком якого є зменшення рухливості бічних стінок, що негативно впливає на можливості відновлення мови пацієнта і сприяє розвитку контрактури нижньої щелепи.

3. При збереженні містка у фронтальній ділянці не вдається в повному обсязі відпрепарувати пучок; недостатній натяг судинно-нервових пучків при використанні мостовидних клаптів не забезпечує мобільності клаптів.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу уранопластики шляхом здійснення переорієнтації м'язів піднебінного апоневрозу, поряд із включенням до його складу волокон верхнього стискувача глотки, що створює анатомо-функціональні передумови для відновлення мови.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі уранопластики, який включає освіження країв розщилини, відслойку носової слизової оболонки в ділянці твердого піднебіння, відпрепарування судинно-нервових пучків, мезофарингоконстрикцію з відслойкою м'язів м'якого піднебіння від заднього краю твердого піднебіння і внутрішньої криловидної пластинки криловидної кості через розріз у ретромолярній області, відповідно до винаходу роблять формування двох язикоподібних слизово-надкостнічних клаптів, підслизову дисекцію *m.levator veli palatini*, *m.palatoglossus*, *m.palatopharyngeus* з наступним розворотом їх на 90° убік розщилини й ушивання з однойменними м'язами протилежної сторони, зламування гачка для переорієнтації і транспозиції м'язів піднебінного апоневрозу, - *m.levator veli palatini*, *m.tensor veli palatini* та *m.constrictor pharyngeus superior* для відновлення піднебінно-глоткового затвора і створення анатомо-функціональних передумов для відновлення мовних функцій.

Причинно-наслідкові зв'язки:

1. Виконання широкої дисекції підслизової оболонки м'язових утворень - дозволяє відокремити м'яз, що напружує м'яке піднебіння разом з верхнім стискувачем глотки від кісткової основи і медіального криловидного м'яза, що створює можливість включення *m. constrictor pharyngeus superior* у піднебінний апоневроз і здійснює функціональне звуження верхнього відділу глотки під час фонації.

2. Включення верхнього стискувача глотки до складу піднебінного апоневрозу в комплексі з переорієнтацією м'яза, який напружує м'яке піднебіння створює умови для більш повного функціонування піднебінно-глоткового затвора за рахунок об'єднання компенсаторних можливостей верхнього стискувача глотки, функції *m.levator veli palatini*, *m.tensor veli palatini* та *m.constrictor pharyngeus superior* і анатомічне здійсненої мезофарингоконстрикції.

Опис способу

Планування розрізу при відновленні піднебіння здійснюємо з урахуванням можливості подальшого найбільш широкого доступу до м'язів піднебінного апоневрозу (фіг.2, поз.2-5). З цієї метою операцію починаємо розсіченням слизової оболонки м'якого піднебіння по краю розщилини від границі твердого і м'якого піднебіння до язичка. Ми віддаємо перевагу розсіченню слизової оболонки краю розщилини, що дозволяє нам зберігати об'єм пластичного матеріалу. Виконується традиційна комбінація розрізів (фіг.1, поз.1).

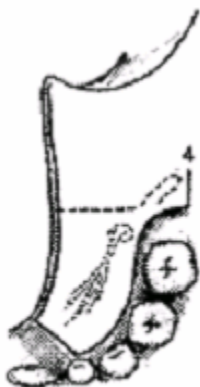
Мобілізацію піднебінного клаптя (фіг.3 поз.9) доповнювали розширюванням тканин м'якого піднебіння в підслизовому шарі уздовж заднього краю твердого піднебіння. Дисекцію м'язів тканин у шарі пухкої клітковини надалі здійснювали уздовж заднього краю латеральне до медіальної пластинки криловидного відростка за

судинно-нервовим пучком (фіг.3, поз.4), що виключає необхідність мобілізації пучка (фіг.4, поз.9) шляхом резекції задне-медіальної стінки піднебінного каналу. На наступному етапі здійснювали мобілізацію слизового клаптя за бугром верхньої щелепи модифікованим розрізом по Ernst, обмежуючи розсічення тканин від бугра верхньої щелепи (рис. 2, А, 9) уздовж крилощелепної складки тільки на 3-5мм, при цьому оголюється криловидний відросток основної кістки в місці відходження криловидного гачка, відразу після відшаровування слизового клаптя від бугра верхньої щелепи. При зміні орієнтації волокон м'яза, що напружує м'яке піднебіння, зламуємо криловидний гачок, виконуємо широку дисекцію м'язових утворень уздовж фасції Вебера-Ліля (фіг.4, поз.5) до основания криловидного відростка основної кістки. У такий спосіб ми відокремлюємо м'яз, що напружує м'яке піднебіння (фіг.5, поз.4) разом з верхнім стискувачем глотки від кісткової основи і медіального криловидного м'яза (фіг.5, поз.6). Це створює можливість включення *m.constrictor pharyngeus superior* у піднебінний апоневроз, що дозволяє поряд з механічною мезофарингоконстрикцією здійснити і функціональне звуження верхнього відділу глотки під час фонації. Включення верхнього стискувача глотки до складу піднебінного апоневрозу в комплексі з переорієнтацією м'яза, який напружує м'яке піднебіння, створює передумови для більш повноцінного функціонування піднебінно-глоткового затвора за рахунок об'єднання компенсаторних можливостей верхнього стискувача глотки, функції *m. tensor veli palatini* і анатомічне здійсненої мезофарингоконстрикції за рахунок дисекції уздовж фасції Вебера-Ліля. На наступному етапі здійснюємо мобілізацію слизово-надкостнічних клаптів носової поверхні піднебінних відростків верхньої щелепи з наступним їх ушиванням по середній лінії (фіг.6, поз.4). Далі мобілізацію волокон м'яза, що піднімає м'яке піднебіння починаємо з відсікання піднебінної порції зазначеного м'яза від іншої порції піднебінного апоневрозу уздовж борозди між *m. levator veli palatini* і *m. palatoglossus* (фіг.7, поз.2). Далі волокна м'яза, який піднімає м'яке піднебіння, відтинали від слизової оболонки оболонки носа, не ушкоджуючи останньої. Мобілізацію м'яза (фіг.5, поз.1) здійснювали до рівня криловидних відростків основної кістки. Волокна *m. palatoglossus* і *m. palatopharyngeus* перетинали паралельно задньому краю твердого піднебіння і відступаючи від останнього на 0,3-0,5см, не ушкоджуючи слизову оболонку носа, тому що розсічення тканин у безпосередній близькості від заднього краю горизонтальної пластинки піднебінної кістки (фіг.6, поз.6) може призвести до ушкодження судинних стовбурів (фіг.3, поз.6), які проходять у підслизовому шарі дна носової порожнини.

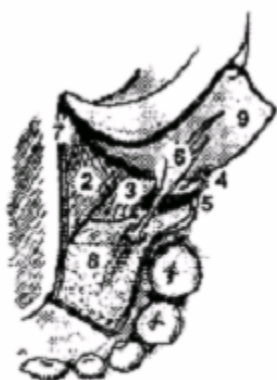
Мобілізовану піднебінну порцію *m. levator veli palatini* розвертаємо на 90° убік розщілини і фіксуємо до аналогічного м'яза протилежної сторони П-подібними вікріловими швами (фіг.7, поз.1). Мобілізовані волокна *m. palatoglossus* і *m. palatopharyngeus* переміщуємо медіальне і фіксуємо до латерального краю *m. levator veli palatini* (фіг.7, поз.2). Таким чином, завершуємо переорієнтацію м'язів піднебінного апоневрозу. Підслизова дисекція, переорієнтація м'язів м'якого піднебіння і наступне відновлення правильного розташування волокон піднебінного апоневрозу дозволяє одночасно зробити ретротранспозицію тканин і створити анатомічні передумови для відновлення мови.

Операцію завершуємо ушиванням піднебінних клаптів з наступною їх фіксацією до слизової оболонки дна носової порожнини П-подібними швами з вікрілу (4/0) на рівні переднього полюса відновленого піднебінного апоневрозу.

За пропонованою методикою нами було прооперовано 220 хворих з різними формами вродженої розщілини піднебіння. Безпосередні і віддалені результати спостережень після проведеного нами хірургічного втручання дозволяють зробити висновок, що здійснена переорієнтація піднебінних порцій м'язів піднебінного апоневрозу, поряд із включенням до його складу волокон верхнього стискувача глотки, створює анатомо-функціональні передумови для відновлення мови.



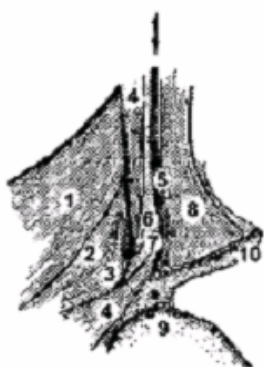
Фіг.1



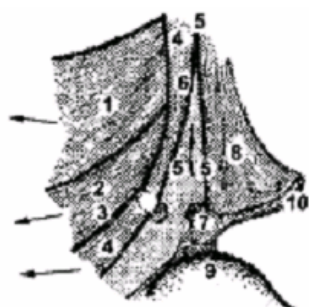
Φir.2



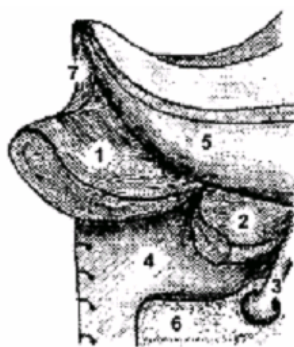
Φir.3



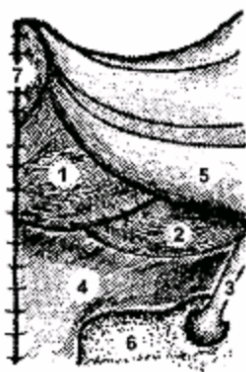
Φir.4



Φir.5



Φir.6



Φir.7