

направленность: гипоплазия фибробластов, ранний коллагеногенез волокнистых элементов и их склеротическая трансформация, отсутствие адекватного развития сосудистой сети. Характерна выраженная гипоплазия и дегенерация эпителиальных клеток, общая истонченность и неравномерность эпителиального покрова, его легкая десквамация.

Таким образом, использование аллогенного плацентарного трансплантата на раневые поверхности неба обеспечивает активную регенерацию этих тканей, что определяет тенденцию к снижению частоты послеоперационных осложнений в виде дефектов неба и возможной рубцовой деформации верхней челюсти.

УДК 611.322:611.08/616.315.254:616-039.7

А.А. Мамедов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ НЕБНО-ГЛОТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
НПО "Бонум", клиника восстановительной и эстетической
хирургии, г. Екатеринбург

Среди большого многообразия способов пластики врожденной расщелины верхней губы и неба (ВРГН) в настоящее время нет какой-либо одной методики лечения, которая бы отвечала всем задачам предъявляемым к комплексной реабилитации больных с этой патологией.

Радикальная уранопластика, предложенная А. А. Лимбергом еще в 1927 году [4], до настоящего времени в различной модификации используется в различных регионах нашей страны. Однако и современные модификации не лишены недостатков и не всегда, по тем или иным причинам, обеспечивают полноценную анатомо-функциональную целостность неба и глотки. Одной из основных причин неудовлетворительного восстановления речи после первичной пластики врожденной расщелины неба остается недостаточное смыкание структур небно-глоточного кольца (НГК), играющее если не самую главную, то ведущую роль в процессе речеобразования.

По результатам многих исследований остаточные дефекты и деформации после первичной хейлоуранопластики составляют от 25 до 52% [2, 5, 6], а по данным [1, 3, 7] - до 82,7%. Анализ причин неудовлетворительных результатов операций показал, что многие из них были выполнены без учета степени и формы врожденной патологии, локализации, возраста ребенка и комплексного подхода, или же хирургом недостаточно профессионально подготовленный к лечению ВРГН.

У нас в стране при устранении небно-глоточной недостаточности часто используется слизисто-мышечный лоскут со средней трети задней стенки глотки (ЗСГ) по Шоэнборну [8]. Этот способ был предложен еще в 1876 году. Он заключается в том, что в области средней трети ЗСГ выкраивается слизисто-мышечный лоскут на верхней или нижней ножке и подшивается к тканям мягкого неба по средней линии. Таким образом формируется "мостик", соединяющий мягкое небо с ЗСГ. Однако при изучении механизма смыкания НГК с использованием эндоскопической техники нами было определено отсутствие нормального анатомического смыкания структур НГК. "Мостик", созданный хирургом, выполняет роль соединения в одно целое структуру ЗСГ и небную занавеску (НЗ) и не создает нормально функцио-

нирующую структуру НГК в которой не участвует боковая стенка глотки (БСГ). В некоторых случаях достигался положительный эффект в звукопроизношении и ликвидации патологической речи.

Впоследствии при изучении причин возникновения патологии речи, связанной с нарушением функции НГК, с использованием объективных методов исследования мы пришли к выводу, что использование слизисто-мышечного лоскута (СМЛ) со средней трети ЗСГ приводит к нарушению анатомической формы и функции НГК, связанной с патологическим "стоянием" лоскута "как преграды посреди ворот", а БСГ не принимают участия в смыкании, или же их деятельность не учитывается. Если в норме анатомическое образование небно-глочное кольцо по своей сути и форме является кольцом, то и в результате реконструкции оно должно повторять ее анатомическую форму, а наличие неестественной преграды внутри кольца приводит к осложнениям со стороны ЛОР-органов и верхних дыхательных путей.

В связи с этим мы поставили задачу определить причины влияющие на патологию речи со стороны структур НГК после первичной уранопластики т.к. имеющиеся в арсенале хирургов различные способы устранения НГН, как правило, не концентрируют в себе системы связи всех анатомических структур НГК, принимающих участие в образовании речи. Это затрудняет их дифференцированное использование в широкой практике здравоохранения, не ДАЕТ возможности правильно оценить эффективность способов хирургических вмешательств, основанных на определении степени участия отдельных компонентов НГК в процессе смыкания.

Наиболее эффективным методом оценки движения структур глотки и механизма смыкания НГК является трансназальная эндоскопия с использованием гибкой волоконной оптики. Эндоскопическое исследование позволяет: оценить клинко-анатомическое состояние и дифференциальную диагностику функции НГК, уточнить механизм их взаимодействия при звукопроизношении, определить визуально состояние верхних и нижних отделов носоглотки, в процессе комплексной реабилитации больных определить показания к применению тех или иных подходов к выбору тактики и направленности хирургического лечения, способов устранения небно-глочной недостаточности и оценки их эффективности.

Выбор тактики хирургического устранения НГН целесообразно осуществлять с учетом локализации нарушения подвижности структур НГК в целом и отдельных его структур: -недостаточность НГК за счет нарушения подвижности НЗ, -недостаточность НГК за счет нарушения подвижности одной из БСГ, -недостаточность НГК за счет нарушения подвижности обеих БСГ, -недостаточность НГК за счет нарушения подвижности всех структур (обеих БСГ и НЗ).

Поскольку нами установлено, что в норме подвижность ЗСГ может быть практически неподвижной, то мы не учитываем степень её участия в смыкании, хотя по данным ряда авторов подвижность структур задней стенки глотки можно учитывать при планировании реконструктивных операций.

Итак, при нарушении подвижности только НЗ т.е. при НГН возникшей за счет нарушения подвижности небной занавески, входящей в структуру мягкого неба целесообразно использовать ряд хирургических способов устранения НГН, направленных на восстановление анатомо-функциональной целостности и участия всех структур в механизме смыкания.

1. "Устранение нёбно-глоточной недостаточности сужением глоточного кольца" - заключающееся в проведении разрезов по задне-нижнему краю мягкого нёба с переходом на БСГ с обеих сторон, позади задней небной дужки, до уровня границы перехода БСГ на заднюю, таким образом, что при этом образуются два слизисто-мышечных слоя (СМС : ротовой СМС и носовой СМС, включающие в себя ткани мягкого нёба (НЗ) и боковых стенок глотки (ССГ). Носовой СМС слева и справа ушиваются по ходу собой "вывороточными" швами на всём протяжении. Ротовым СМС закрывается раневая поверхность, образованная при сшивании носового СМС.

"Устранение ПГН сужением глоточного кольца с одновременной отслойкой одного или двух слизисто-надкостничных лоскутов", заключающиеся в использовании дополнительно к вышеописанному способу отслойкой одного или обоих слизисто-надкостничных лоскутов (СНЛ) перемещением их по плоскости к вредней линии и вниз с целью создания нормально функционирующего НГК.

3. "Устранение НГН с использованием опрокинутого и вшитого в искусственно образованный дефект в области мягкого нёба слизисто-надкостничного лоскута" (авторы-Л.Е. Фролова, Ад.А. Мамедов, 1987), заключающееся в образовании искусственного дефекта на границе твердого и мягкого нёба, шивание в окружающие дефект ткани отслоенного одного СНЛ.

4. "Устранение НГН с использованием опрокинутого и вшитого в искусственно образованный дефект мягкого нёба СНЛ, раневая поверхность которого закрывается отслоенным и перемещённым по плоскости вторым СНЛ" (авторы - Л. Е. Фролова, Ад.А. Мамедов, 1988). Суть операции отражена в его названии.

5. "Устранение НГН с использованием опрокинутого по средней линии СНЛ и вшитого в искусственно образованный дефект мягкого нёба, раневая поверхность которого закрывается перемещённым по плоскости одним СНЛ" (автор Ад. А. Мамедов, 1989). Ход операции вытекает из названия.

6. "Способ фарингопластики " (авторы Л.Е. Фролова, Ф. М. Хитров; Ад. А. Мамедов, 1986), заключающийся в использовании СМЛ на верхней ножке со средней трети ЗСГ и подшиванием его к тканям мягкого нёба и БСГ. Отличительной особенностью этого способа от способа Шоенборна заключается в том, что при этом способе СМЛ из средней трети ЗСГ на верхней питающей ножке подшивается к НЗ и БСГ. Тем самым достигается участие всех структур НГК в механизме смыкания, процессе речеобразования.

7. "Способ фарингопластики" (автор: Ад.А. Мамедов, 1995г.), заключающийся в одновременном использовании двух СМЛ на верхней и нижней ножках, выкроенных S образным разрезом в области средней трети ЗСГ. Ножки этих лоскутов ушиты раневыми поверхностями между собой, а дистальные концы развернуты по типу "ромашки" и подшиты к тканям НЗ и БСГ, раневые поверхности последних закрыты предварительно сформированным ротовым СМС. Для устранения недостаточности НГК, причиной которого является нарушение подвижности одной БСГ, мы предлагаем следующие способы:

8. "Способ фарингопластики" (автор Ад.А. Мамедов, 1987г., заключающийся в использовании СМЛ на верхней питающей ножке, с боковой трети ЗСГ и подшиванием его латеральным краем к тканям носового СМС одной БСГ и НЗ, раневая поверхность которых закрывается ротовым СМС.

9. Фарингопластика с использованием слизисто-мышечных лоскутов с боковой и средней трети ЗСГ" (автор-Ад.А. Мамедов. 1989)- когда раневая поверхность фарингеального лоскута на верхней ножке, выкроенного из боковой трети ЗСГ и подшитого к тканям одной БСГ и НЗ, закрывается на 1/3 фарингеальным лоскутом выкроенным в средней трети ЗСГ, а 2/3 предварительно сформированным ротовым СМС. При недостаточности НГК, причиной которого являются обе БСГ мы рекомендуем:

10. "Фарингопластика с использованием слизисто-мышечных лоскутов с боковых третей ЗСГ" (автор - Ад.А. Мамедов с соавт., 1989) - заключающаяся в использовании двух фарингеальных лоскутов с боковых третей ЗСГ и подшиванием их к тканям двух БСГ (наименее подвижных структур) и НЗ, раневые поверхности которых закрываются предварительно сформированным ротовым СМС.

При недостаточности НГК, причиной которого является плохая подвижность всех структур НГК (НЗ, БСГ) целесообразно использовать:

11. "Фарингопластика" (автор - Ад.А. Мамедов с соавт., 1989), - заключающийся в использовании двух СМЛ на верхней ножке с обеих боковых третей ЗСГ с последующим подшиванием их к тканям БСГ и НЗ, дистальные концы которых ушиваются между собой и подшиваются к тканям НЗ, а раневые поверхности закрываются, предварительно образованным ротовым СМС.

12. "Способ фарингопластики " (автор - Ад.А. Мамедов, 1995), эту операцию еще можно было бы назвать "Круговая фарингопластика", заключающийся в использовании двух фарингеальных лоскутов на верхних питающихся ножках, выкроенных в боковых третях ЗСГ, с последующей фиксацией их к тканям БСГ, НЗ, 1/3 раневых поверхностей которых закрывается, выкроенным и разделенным на две равные части фарингеальным лоскутом на нижней ножке из средней трети ЗСГ, а оставшаяся часть - ротовым СМС.

13. "Способ устранения небо-глоточной недостаточности" (автор- Ад.А. Мамедов, 1989) - заключающийся в выкраивании в боковых третях ЗСГ фарингеальных треугольных лоскутов на верхних ножках с последующим подшиванием их к тканям БСГ и НЗ, раневые поверхности которых закрываются: на 1/3 - фарингеальными лоскутами на нижней ножке из средней и боковых третей ЗСГ, а оставшаяся часть - ротовым СМС.

Таким образом представлен комплекс хирургических способов устранения НГН, направленных на восстановление механизма смыкания, определенного объективными методами, позволяющие выбрать способ фарингопластики на основании данных эндоскопии с учетом локализации патологического процесса: НЗ, одной БСГ, обеих БСГ, всех структур НГК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуцан А.Э. Уранопластика взаимоперекидными лоскутами. -Кишинев: Штиинца, 1982.- 94 с.

2. Герасимова Л.П. Сравнительный анализ эффективности различных методов комплексной терапии детей с врожденными расщелинами губы и неба: Автореф. дисс. кан. мед. на-ук. - Пермь, 1991.-21с.

3. Лупани И.Г. Профилактика послеоперационных осложнений при уранопластике. //Сб. научн. тр. Кишин. гос. мед. ин-та: Штиинца.1989.-с. 82-84.

4. Лимберг А.А. Радикальная уранопластика. Интерламинарная остеотомия. Резекция задней стенки небного отверстия. Ж. совр. хирург.- 1927.-т. 2. 5.-с.809-818.

5. Леонов А.Г., Виссарионов В.А. Эффективность первичной односторонней хейлоринопластики.//Очерки медико-социальной реабилитации семей, имеющих детей с проблемами здоровья.- Екатеринбург: Бонум, 1995. - с. 110-115.

6. Самар Э.Н., Мирошниченко Н.А. и др. Реконструктивные операции при устранении полных расщелин неба. // Конструктивные и реконструктивные костно-пластические операции в челюстно-лицевой области. - М., 1985. - С. 129-131.

7.Чоо Кум Дя. Профилактика раневой инфекции при хирургическом лечении детей с врожденной расщелиной неба : Автореф. дис... канд. мед. наук.- М., -1991.- 23с.

8.Schonborn, D.: Ueber eine neue Methode der Staphylorrhaphie. Arch. Klin. Chir. 19: 527. 1876.

УДК 616.833.15: 616. 833-009.7:617-089.8

В.П. Журавлев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ НЕВРАЛГИИ ПОДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА

Кафедра терапевтической стоматологии

Наиболее распространенные заболеваниями в клинике нейростоматологии является невралгия тройничного нерва (НТН) [1]. Характерным клиническим проявлением НТН является преимущественное вовлечение в процесс подглазничного (ПГН) и нижнелуночкового нервов (НЛН). На их долю приходится до 89-92% всех локализаций НТН [1-3]. Частота вовлечения в процесс ПГН и НЛН примерно одинакова [3].

По нашим данным у 68,04% больных НТН имеются изменения со стороны просвета или стенок каналов, по которым проходят ПГН и НЛН. Эти изменения представлены в виде склероза стенок каналов на стороне боли, сужения просвета каналов, порозности стенок или сочетания этих факторов [3].

Исходя из современного представления о невралгии тройничного нерва, которая возникает в результате длительно существующего подпорогового раздражения периферической ветви, чаще всего в подглазничном или нижнечелюстном канале, нами был предложен способ лечения невралгии ПГН путем резекции верхней стенки подглазничного канала и самого нервно-сосудистого пучка. В период с 1982 по 1988 г. было прооперировано 26 больных в возрасте от 28 до 64 лет. Из них у четырех (14%) в отдаленном периоде были отмечены невралгические боли. Проведенный анализ историй болезней показал, что у всех больных с рецидивами после оперативного вмешательства на подглазничном нерве во время резекции верхней стенки подглазничного канала происходило вскрытие верхнечелюстной пазухи. При повторном оперативном вмешательстве в этой области во всех случаях мы обнаруживали большое количество рубцовой ткани, прорастающей в пазуху и вмурованный в нее подглазничный нерв. Данные клинических наблюдений и эксперимент на белых беспородных крысах показали, что любое оперативное вмешательство в области подглазничного канала, связанное с