

Врожденные расщелины неба

По современным представлениям врожденные расщелины неба обусловлены взаимодействием генетических (эндогенных) и экзогенных факторов. Наиболее важными этиологическими факторами являются: отягощенная наследственность (13,6%) и вирусные заболевания (11,3%) в первом триместре беременности.

К более редко встречающимся факторам можно отнести травмы, хроническое или острое отравление токсическими веществами и лекарствами, ионизирующую радиацию, рентгеновское излучение, авитаминозы, стрессовые ситуации и т. д.

Причины возникновения расщелин неба:

I. Экзогенные причины:

1. Физические факторы:

- механические;
- термические;
- радиационные.

2. Биологические факторы:

- вирусы;
- бактерии и их токсины;
- простейшие.

3. Химические факторы:

- гипоксия;
- неполноценное питание;
- гормональная дискорреляция;
- тератогенные яды.

4. Психические факторы.

II. Эндогенные причины:

- Наследственность.
- Биологическая неполноценность половых клеток.
- Влияние возраста родителей.

Клинические формы врожденных расщелин неба

1. Врожденные сквозные расщелины верхней губы и неба:



а) односторонние:

- правосторонняя,
- левосторонняя.

б) двусторонние

Расщелина верхней губы продолжается на альвеолярный отросток и далее на твердое и мягкое небо.

2. Врожденные несквозные расщелины неба:

- а) полные – незаращение всех слоев мягкого и твердого неба до альвеолярного отростка, который не изменен по форме.
б) неполные – расщелина всех слоев мягкого и частично твердого неба.

3. Врожденные скрытые расщелины неба. Слизистая носовая и полости рта не нарушены, но имеется незаращение мышечного слоя мягкого неба. Сосание не нарушено, диагностируется в возрасте 4-5 лет, по нарушению речи – ринофонии. Цель операции – восстановить направление мышечных волокон и соединить фрагменты между собой.

Функциональные нарушения врожденных расщелин неба:

1. Нарушение акта сосания - отсутствие отрицательного давления в ротовой полости.
2. Нарушение акта глотания – опасность попадания в дыхательные пути и аспирации.
3. Нарушение функции жевания.
4. Нарушение дыхания:
 - преобладание ротового дыхания;
 - нарушение калориферной функции носовой полости;
 - снижена жизненная емкость легких и, прежде всего, резервного объема вдоха;
 - больные более подвержены простудным заболеваниям верхних дыхательных путей.
6. Чаше, чем в норме, встречаются заболевания ЛОР-органов:
 - деформирован наружный нос у 70% больных;
 - изменение анатомического строения носовой полости у 82% больных;
 - нарушение дыхательной функции носа у 44,5% больных;
 - воспалительные изменения барабанной перепонки, непроходимость евстахиевых труб, мезотимпаниты у 82% больных;
 - понижение слуха у 70% больных.

Анатомические дефекты расщелины неба:

1. Наличие расщелины неба
2. Укорочение мягкого неба
3. Расширение глоточного кольца

Радикальная уранопластика по А.А. Лимбергу: цели, задачи, этапы операции

Задачами уранопластики являются:

1. Соединение краев расщелины (фиссурорафия).
2. Смещение неба кзади (ретротранспозиция).
3. Сужение ротовой части глотки (мезофарингоконстрикция).

Основные этапы радикальной уранопластики по А.А. Лимбергу:

1. Освежение краев расщелины.
2. Боковые разрезы на небе по Лангенбеку.
3. Разрезы в перелном отделе неба по Львову для ретропозиции.
4. Отслойка слизисто-надкостничных лоскутов.
5. Рассечение носовой слизистой по заднему краю твердого неба.
6. Резекция задневнутреннего края небного отверстия по Лимбергу.
7. Разрез для мезофарингоконстрикции по Эрнсту и отслойка боковой стенки мезофаринкса.
8. Интерламинарная остеотомия.
9. Шов краев расщелины.

Пластика неба, по мнению А.А. Лимберга, должна быть радикальной, т. е. одномоментно восстанавливать форму и функцию. В то же время желательны проведение операции малотравматичными способами, исключая вмешательство на кости. Операция по устранению врожденной расщелины неба направлена на решение следующих задач: восстановление правильного положения мышц мягкого неба, создание достаточно длинной небной занавески, закрытие дефекта, сужение рото-и носоглотки. В результате операции должен быть создан небо-глоточный затвор, максимально близкий к нормальному.

Радикальная уранопластика по А.А. Лимбергу содержит травматические приемы: интерламинарную остеотомию и мезофарингоконстрикцию. Более поздние методики по Л.Е. Фроловой, Л.В. Харькову хотя и исключают костные рассечения, но не позволяют полностью решить основную задачу уранопластики: создание небо-глоточного затвора, максимально близкого к нормальному.

Щадящая методика уранопластики

В настоящее время создана и проводится методика щадящей уранопластики, в полной мере решающая задачи радикальной уранопластики и лишенная отрицательных свойств вышеназванных методик.

Основной принцип операции состоит в одномоментном решении трех взаимодополняющих друг друга задач: закрытие дефекта, создание длинной и активной небной занавески и сужение носо- и ротоглотки.

Отказ от травматических способов вмешательств делает оправданными ранние сроки оперативных вмешательств, но не уменьшает ее радикальности.

Закрытие дефекта производится традиционно по Лангенбеку-Львову при помощи слизисто-надкостничных лоскутов, выкроенных с обоих фрагментов расщелины.

Ретропозиция неба обеспечивается пересечением носовой слизистой оболочки в переднем отделе, выделением из толщи лоскутов сосудисто-нервных пучков и наложением на сухожилия мышц, напрягающих небную занавеску, специального дугообразного шва в толще мышечного слоя, завязывание которого способствует дополнительному смещению назад создаваемого неба.

Большое значение имеет перемещение мышц мягкого неба в правильное положение: отсечение сухожилия от заднего края твердого неба и соединение фрагментов мышц обеих сторон между собой с замыканием глоточного мышечного кольца.

Сужение носоглотки обеспечивается поднадкостничным введением вдоль медиальных пластинок крыловидных отростков аллогенных трансплантатов в форме призмы (Давыдов Б.Н., Останин А.В.).

В некоторых случаях на сформированное небо накладывают йодоформную марлю и защитную пластинку, фиксируемую на зубах. Большинство больных не нуждаются в защитных пластинках, и рана ведется открытым способом.

В послеоперационном периоде на первые сутки назначается инфузионная терапия в условиях ОРИТ, далее больного переводят на самостоятельное питание. До снятия швов больные получают только протертую пищу.

Медикаментозная послеоперационная терапия включает антибиотики в возрастных дозировках, обезболивающие препараты по показаниям, антигистаминные препараты, физиолечение. Рекомендуются частые ирригации полости рта дезинфицирующими растворами: фурацилином, марганцовокислым калием.

При перевязках обращали внимание на состояние раны, наложенных швов, характер заживления открытых участков кости. Проверяли замыкательную способность небно-глоточного затвора. Швы снимают на 12-14-е сутки в зависимости от состояния раны.

Через месяц после снятия швов проводится пальцевой массаж неба, способствующий улучшению кровоснабжения неба, размягчению рубцов, тренирует мышцы мягкого неба.

В эти же сроки проводится наслойка защитной пластинки термопластической массой с целью разглаживания рубцов и формирования купола неба.

При широких расщелинах неба пластика проводится в 2 этапа: в 10-14 мес. выполняется задняя палатопластика – сшивание тканей мягкого неба.

Тем самым создаются условия раннего формирования речи, и происходит сужение ширины расщелины твердого неба. Затем уранопластика проводится в 4,5-5 лет после окончания 1 –го периода роста челюстей.

В некоторых клиниках проводится ранняя ураностафилопластика (в возрасте 1 года). В этом случае существует реальная опасность гипоплазии верхней челюсти за счет рубцов.

При небно-глоточной недостаточности проводится фарингопластика в 10-12 лет, цель которой создать смыкание мягкого неба с задней стенкой глотки.

