

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. М.І.ПИРОГОВА



**“Затверджено”**  
на методичній нараді  
кафедри стоматології  
дитячого віку  
**завідувач кафедри**  
Микола ДМІТРІЄВ  
«29» серпня 2023 р

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**

**Тема:** Хірургічне лікування незрощень верхньої губи. Хірургічне лікування незрощень піднебіння.

**Актуальність теми :** Вроджені вади розвитку обличчя складають від 7,8 до 12,3% від усіх вад людини. Незрошення верхньої губи і піднебіння, відносяться до числа вад щелепно-лицевої ділянки, що найбільш часто зустрічаються у людини. За останні 50 років у більшості регіонів України народження дітей з розщипинами верхньої губи і піднебіння залишається стабільним і становить, в середньому 1:1000 народжених. Це одне з найбільш сприятливих співвідношень в Європі. Але умови життя в цей час свідчать про те, що кількість таких дітей буде збільшуватися. Цей контингент хворих потребує до себе підвищеної уваги практичних лікарів та органів охорони здоров'я, тому що ці діти є інвалідами дитинства. Зволікання в їх лікуванні призводять до тяжких наслідків і вимагає значних витрат на додаткове лікування, а також утримання та навчання цих дітей у спеціальних школах-інтернатах. Тому вивчення цієї теми завжди залишається актуально.

## **2. Навчальні цілі лекції.**

1. Вміти визначити та охарактеризувати фактори, що призводять до виникнення вроджених вад обличчя.;
2. Визначати анатомо-функціональні порушення, що виникають при вроджених вадах розвитку ЩЛД. ;
- 3.Знати основні синдроми в ЩЛД у дітей, які пов'язані з вродженими дефектами та деформаціями тканин ЩЛД, хірургічну тактику лікування;
- 4.Знати завдання та етапи комплексної реабілітації дітей з вродженими незрошеннями губи та піднебіння;
- 5.Знати проблеми вигодовування дітей з незрошеннями та вміти налагодити його.

**3. Цілі розвитку особистості майбутнього дитячого хірурга-стоматолога:** актуальні аспекти: деонтологічний, екологічний, правовий, професійної відповідальності, психологічний, етичний, патріотичний та ін.

Клінічна картина вроджених незрошень верхньої губи та піднебіння характеризується комплексом місцевих та загальних змін в організмі хворого. В першу чергу, звертає на себе увагу порушення зовнішнього вигляду дитини.

Деформація обличчя проявляється в наступному:

- 1) вкорочення прикордонного валика фільтруму верхньої губи на боці незрошення (більше виражене на внутрішньому фрагменті);
- 2) недорозвинені тканини верхньої губи (м'язового шару), ступінь якого залежить від форми незрошення;
- 3) недорозвинення кісткової тканини верхньої щелепи на боці ураження;
- 4) деформації носа (сплюснення 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 вираженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння порушується функція смоктання, є розлади акту ковтання і жування, порушується мова і міміка. Утруднене, нерациональне вигодовування дітей з незрошенням 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 кишечника. Сполучення ротової і носової порожнин, хронічні запальні процеси верхніх дихальних шляхів, переважно гіпертрофічного характеру, що порушують носове дихання і сприяють появі у таких хворих змішаного носо-ротового дихання, а в деяких випадках ротового дихання. Захворювання на отит у ранньому віці, рання приглухуватість, відіграє вкрай негативний вплив на формування мови, часто веде до затримки психічного розвитку дітей з незрошеннями губи або піднебіння. Поширеність психічних захворювань у таких хворих становить 30% , що майже в 20 разів перевищує таку у дітей без цієї вади. Виходячи з вищевикладеного та враховуючи інші особливості дітей з незрошеннями губи і піднебіння, в лікуванні цих дітей, крім лікарів стоматологічного профілю, беруть участь педіатр, оториноларинголог, логопед, офтальмолог, психоневролог. 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 приротової ділянки і носа, усувається ще й дефект альвеолярного відростка. Строки оперативного втручання на губі (програма «Eurocleft») – хейлориноспластика – залежать від загальносоматичного стану дитини та виду незрощення, однак найчастіше односторонні розщілини губ ліквідують у віці 2,5-3 – міс., а двосторонні – 5 - 6 міс. Зазвичай, якщо немає загальних протипоказань, які визначає педіатр, до першого року життя щелепно-лицьові хірурги намагаються здійснити хірургічну допомогу таким дітям. До теперішнього часу запропоновано величезна кількість оперативних втручань, які використовуються для лікування цієї патології. Але всі методи пластики губи умовно можна розділити на три групи в залежності від форми розрізів на шкірі губи. До I групи відносяться лінійні методи: Євдокимова, Лімберга, Миро, Орловського. Найчастіше вони використовуються при прихованих і неповних дефектах верхньої губи. Позитивною стороною лінійних методів є естетичність лінії рубця, що збігається з колонкою фільтруму. Однак ці методи не дозволяють отримати достатню подовженість губи. У другу групу (Z-пластика) об'єднані методи Теннісона і Обухової, в основу яких покладено використання трикутного клаптя в нижній третині зовнішнього фрагменту верхньої губи для подовження внутрішнього. Вони показані при неповних і повних незрощеннях верхньої губи. Ці методи дають можливість отримати необхідне подовження тканин губи, їх анатомічність дозволяє чітко планувати операцію. Недоліком методів є перетин лінії фільтруму в поперечному напрямку, що знижує естетичність післяопераційного рубця. До третьої групи відносяться методи Хагердона і Ле-Мезурье, при яких подовження губи досягається переміщенням чотирикутного клаптя, що викроюють на малому фрагменті губи. Ці методи показані при двосторонніх незрощеннях верхньої губи. В даний час хірурги користуються удосконаленими методами за Гоцко і Козлюком. Після операційного втручання можуть спостерігатися наступні ускладнення: 1) розходження країв рани; 2) неглибокий рубцевий присінок рота; 3) рубцева деформація верхньої губи.

Хірургічне лікування незрощень піднебіння. Напевно самим спірним питанням в хірургічній практиці є термін проведення операцій при вроджених незрощеннях піднебіння. Строки оперативного втручання на піднебіння, як і на губі, залежать від виду незрощення, а також соматичного стану дитини. Якщо останнє не обтяжене, то ізольоване незрощення піднебіння потрібно прооперувати у віці 12-18 міс; одностороннє (при сприятливому співвідношенні малого і великого фрагментів) – з 10 до 24 міс., двостороннє з широкою відстанню між фрагментами у два етапи: у 8-10 міс. – велоластика (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). Перед проведенням операції дитині необхідно провести загальнозміцнюючу терапію, санувати порожнину рота і носоглотку, а також виготовити захисну піднебінну пластинку. Уранопластика - загальна назва пластичних операцій для усунення дефектів твердого піднебіння. Ураностафілоластика - найменування пластичних операцій по усуненню дефектів твердого і м'якого піднебіння. Класичним прикладом операції пластичного закриття незрощення твердого і м'якого піднебіння є радикальна уранопластика за А. А. Лімбергом (1927). Основні етапи операції: 1. Освіження країв розщілини, 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: ходження країв рани на кордоні твердого та м'якого піднебіння; райовий або частковий некроз слизово-окісних клаптів; коротке малорухоме піднебіння. Цей контингент хворих потребує до себе підвищеної уваги практичних лікарів та органів охорони здоров'я, тому що ці діти є інвалідами дитинства. Зволікання в їх лікуванні призводять до тяжких наслідків і вимагає значних витрат на додаткове лікування, а також утримання та навчання цих дітей у спеціальних школах-інтернатах. 8. Матеріали активізації лікарів-інтернів під час викладання лекції: питання, задачі. Проблемні ситуації, матеріали лекційного контролю, ілюстративні матеріали. Подача лекції: ноутбук, мультимедійний проектор. 9.

Матеріали для самопідготовки лікарів-інтернів до лекцій: Теоретичні питання для підготовки до лекції:

1. Статистика, класифікація, етіологія, причини виникнення вроджених незрощень верхньої губи.
2. Клініка, діагностика, строки та методи хірургічного лікування.
3. Комплексна реабілітація хворих.
4. Вільна пересадка тканин (шкірних та шкірно-хрящових клаптів) при лікуванні вроджених вад розвитку.
5. Показання, протипоказання, методика проведення, ускладнення та їх попередження. 6. Показання, строки та види хірургічного втручання при коротких вуздечках губ і язика, мілкому присінку.
7. Статистика, класифікація, етіологія, причини виникнення вроджених незрощень піднебіння.
8. Клініка, діагностика, строки та методи хірургічного лікування.
9. Принципи щадної ураностафілопластики за методикою Л.В.Харькова. Проблеми хірургічного лікування дітей з двобічним нескрізним незрощенням піднебіння.
10. Етапи ортодонтичної та логопедичної реабілітації хворих з незрощеннями піднебіння.

#### Список рекомендованої літератури

- 1.Біденко Н. В., Борисенко А. В., Васильчук О. В., Волинець В. М., Воловар О. С., Голубева І. М. та інш. Алгоритми виконання стоматологічних і медичних маніпуляцій для підготовки до Державної атестації студентів 5 курсу за спеціальністю «Стоматологія». Київ, «Книга плюс», 2018.- 448 с.
2. Моделювання анатомічної форми зубів: підручник / П.С. Фліс, Т.М. Банних, А.М. Бібік, С.Б. Костенко. -2019, 352 с.
3. Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. - 2018, 992 с.
- 4.Стоматологія у 2х книгах. Книга 2: підручник. Н.Рожко, И.Кириленко, О.Г. Денисенко. -2018, 992 с.
5. Рожко М.М., Попович В.Д., Куроєдова В.Д. Стоматологія: у 2 книгах. «Медицина», 2018 р., 992 с.
6. Ілько А.А. Анестезіологія, інтенсивна терапія і реаніматологія: навчальний посібник (ВНЗ І-ІІІ р.а.). 2е вид. -2018. – 256 с.
- 7.Малик С.В. Хірургія для стоматологічних факультетів. -Нова книга.-2020. -440 с.
- 8.Профілактика стоматологічних захворювань: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. / Л. Ф. Каськова, Л. І. Амосова, О. О. Карпенко [та ін.]; за ред. проф. Л. Ф. Каськової. — Х.: Факт, 2019. — 392 с.: іл. ISBN 978-966-637-697-1.
- 9.Мельник В.С., Горзов Л.Ф., Халак Р.О. М 38 Дитяча хірургічна стоматологія: Навчальний посібник. – Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2018. – 92 с.
- 10.Казакова Р.В., Мельник В.С., Горзов Л.Ф. Пропедевтика дитячої терапевтичної стоматології : навч. посіб. / під ред. проф. Р.В. Казакової. – Ужгород : Говерла, 2018. – 128 с.
- 11.Обстеження дітей із хірургічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки. Затверджено Вченою Радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця як навчальний

посібник для студентів, лікарів-інтернів стоматологічного факультету україномовної форми навчання вищих медичних навчальних закладів України III-IV рівня акредитації, щелепно-лицевих хірургів, хірургів-стоматологів, логопедів та лікарів-ортодонтів (протокол № 13 від 18 червня 2021 року) Автор: Яковенко Л.М., Чехова І.Л., Єфименко В.П. 2022р.

12.Борисенко А. В., Коленко Ю. Г., Мялківський К. О. Мікробна екологія пародонту в осіб молодого віку //Сучасна стоматологія. – 2018. – №. 5. – С. 28-31.9

#### **Додаткова література:**

1. Мочалов Ю.О. Перспективи подальшого вдосконалення стоматологічних фотокомпозитних пломбувальних матеріалів. Медична наука та практика: виклики та сьогодення. Зб.тез міжнар.наук.-практ.конф. (м. Львів, 22-23 серпня 2019 р.). - 2019. -С. 39-41.
2. Ашаренкова О.В. Особливості своєчасної діагностики пухлиноподібних новоутворень на альвеолярних паростках щелеп (клінічний випадок) / О.В. Ашаренкова // Науково-практичний журнал Вісник стоматології. - 2020. – Т. 38. - № 4 (113). – С. 60-63.
3. Biloklytska Galyna F. Resources to improve the effectiveness of periodontal treatment in patients with diabetes mellitus / Galyna F. Biloklytska, Svitlana Yu. Viala // Wiadomości Lekarskie. – 2021. - – LXXIV. - ISSUE - 3. – Part – 2.– P. 702 – 708.
4. Kopchak Oksana Improvement of treatment guidelines for patients with gingival fibromatosis considering interdisciplinary approach / Oksana Kopchak, Oleksii Azarov, Svetlana Cherniak, Olha Asharenkova, Karolina Airapetian // Stomatologia Współczesna. - 2021. - Vol. 28. - № 1-2. – P. 21 – 27.