



A. A. Bogomolec Nemzeti Orvosi Egyetem gyermek-szájsebészeti és száj- és arcsebészeti tanszéke. Kijev, Ukrajna*
Zsitomiri Területi Gyermekkorház, a fejlődési rendellenességek sebészeti központja. Zsitomir, Ukrajna**

Teljes ajak–szájpadhasadék korai időszakban történő egyidejű korrekciója

DR. HARKOV LEONID,* DR. VISPINSZKIJ IGOR**

A cikk szerzői az áthatoló egyoldali felsőajak-, orr-, fogmeder-nyúlvány-, kemény- és lágy-szájpadhasadék egyidejű műtétjének módszereit, optimális idejét taglalják a szakirodalomban fellelhető leírások és saját tapasztalataik alapján. Bemutatásra kerülnek az egyidejű műtét előnyei: 191 teljes szájpadhasadékos betegből 109 esetben végeztek egyidejű műtétet. Az egyidejű műtétek legfontosabb előnyei a következőkben látják a szerzők: a gyermekek harmonikusan fejlődnek, jobb lesz a beszéd és az arc formája, megszűnnek a szájpadhasadékosoknál fennálló kísérő betegségek, az orvosi és szociális rehabilitáció lerövidül.

Kulcsszavak: szájpadhasadék, rekonstrukció egy ülésben

Bevezetés

Az idők során a teljes ajak- és szájpadhasadék egy ülésben végzett műtétjére több változat is kínálkozott: [1, 8]

- a fogmeder-nyúlvány és a kemény szájpad első részének cheiloplasticája;
- elsődleges cheiloplastica veloplasticával együtt;
- korai veloplastica, majd röviddel ezután cheilorinouranoplastica;
- cheilorhinognatoplastica;

Az utóbbi 30–40 évben egyre több közlemény jelent meg, teljes egyoldali hasadékok korai időszakban történő egyidejű műtétjeiről [1, 2, 6, 8, 9, 10, 12, 14]. Munkánkban kiemelik az együlésben végzett műtétnek a beszéd és az arc fejlődésére tett pozitív hatását.

Az ajak- és szájpadhasadékok optimális műteti ideje körül keletkező viták alapja, hogy növekedésben lévő, fejlődő szövetekről van szó. A rhinoplastica, mely hosszú évekig a fejlődésben lévő porcstruktúrák miatt nagyon veszélyes műtétnek számított, ma már egyre tökéletesedik.

A fent felsorolt szerzők szerint a több ülésben végzett műtétek során az időben elnyúló, hosszas rehabilitáció nem teszi lehetővé a gyors anatómiai-funkcionális normalizációt, és nem garantálja a teljes értékű funkcionális helyreállítást. A korai műtétnek számos előnye van:

- az arckoponya növekedésének korai szakaszában sokkal jobb a kompenzációs-alkalmazkodási lehetőségek;
- lényegesen kevesebb helyi és általános szövődmény



1. ábra

Teljes jobb oldali ajak- szájpadhasadékos gyermek műtét előtt

lép fel (nincsenek fül-orr-gégészeti, légzőszervi, emésztőrendszeri krónikus fertőzések);

Érkezett: 2010. március 30.

Elfogadva: 2010. április 7.



- fiatal korban jóval rugalmasabbak a szövetek, hamarabb gyógyulnak, a nagyobb hasadékok is jól takarhatóak;
- az egyéves korig történő szájpaplasztika pótolja a szájpap-garat komplexum hiányosságait, ezáltal a gyermek a megfelelő időben és helyesen tanul meg beszélni, jobban hall, rövidebb a különböző szakmák által végzett rehabilitációs idő;
- javul a szociális alkalmazkodás, minimumra csökken a fizikai és pszichikai hátrány.

Harkov, Shaw, Semb [8] felmérései szerint Európa 28 országában évente 9222 gyermek születik ajak- és szájpaphasadékkal. Egyéves korukig 7605 (82,5%) gyermeknél történik műtét, de egyidejű műtétre csak 380 gyermeknél (5%) kerül sor.



2. ábra

Az 1. ábrán levő gyermek az ajak-szájpaphasadék zárása után

Mi a korai műtét hívei vagyunk. Ha a hasadék egyidejű operációjánál maradunk, akkor szerintünk a műtét optimális ideje az 5–6 hónapos kor. Ez előtt nem célszerű az egyidejű teljes plasztikai műtét az arc középső részének, főleg a szájpapnyúlványnak intenzív növekedése miatt. Ha a többlépcsős módszer mellett döntünk, akkor is ajánlatos befejezni a műtétsorozatot egyéves korig, hogy az arc közepének, valamint a beszéd fejlődése a lehetőségekhez képest a legjobban alakuljon.

Azok a nézetek és a módszerek, amelyek meghatározzák a sebészeti beavatkozásokat, állandóan változnak. A többszakaszos műtétsorozat problémája a kezeletlen keményszájpaphiány.

Hemprich [11] szerint ahhoz, hogy lehetővé tegyék az arc középső részének fiziológiai fejlődését, helyre kell állítanunk a növekedést befolyásoló különböző központok közötti kapcsolatot, és a myodinamikai egyensúlyt. Vagyis az egyidejű cheilorhinognatouranostaphiloplastica eredményeképpen az orrsövény egyesíti a szájpaplast, a különvált részek növekedési központjait, stimulálja az arccsontok varrat mentén történő fejlődését, valamint a helyreállított izmok munkája alapján biztosítja a harmonikus dentofacialis fejlődést, így a beszéd megfelelő kialakulását.

A műtéti beavatkozásoknak nincs univerzális mód-

szere, hiszen nincs két egyforma ajak- és szájpaphasadék. Az anatómiai-funkcionális egység helyreállításakor minden egyes esetben más-más módszert követel meg a feltárás, a szövetek áthelyezése, mozgatása.

Beteganyag és módszer

A Zsitomiri Gyermekkorházban 1998 és 2008 között elsődleges műtétre került 148 gyerek ajak- és szájpaphasadék miatt. Ezek közül egyéves kor alatti 116 (78,4%) volt. Nosologiailag a következőképpen csoportosíthatók:

- izolált felsőajakhasadék – 15 (10,1%);
- izolált lágy szájpaphasadék – 7 (4,7%);
- izolált lágy- és kemény- szájpaphasadék – 60 (40,5%);
- kombinált egyoldali felsőajak-, orr-, fogmedernyúlvány és szájpaphasadék – 14 (9,5%);
- kombinált kétoldali felsőajak-, orr-, fogmedernyúlvány és szájpaphasadék – 4 (2,7%);
- áthatoló egyoldali felsőajak-, orr-, fogmedernyúlvány, kemény és lágy szájpaphasadék – 34 (23%);
- áthatoló kétoldali felsőajak-, orr-, fogmedernyúlvány, kemény- és lágyszájpaphasadék – 14 (9,5%).

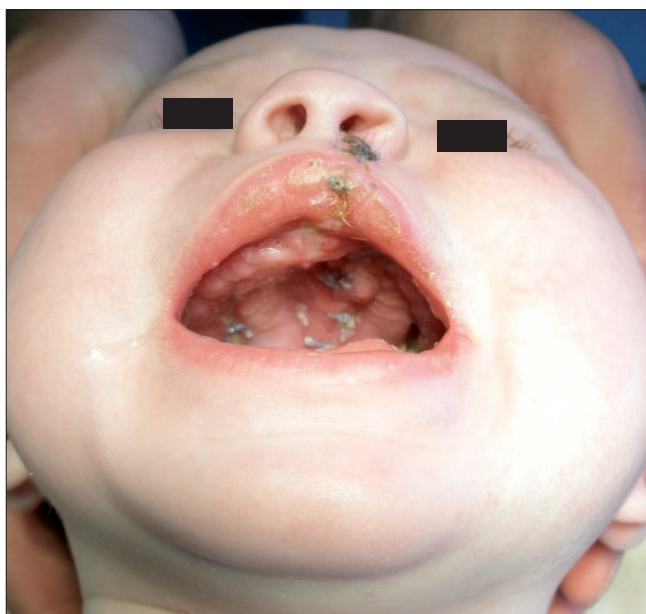
Összesen 191 műtétre került sor, ezek közül 109 (57%) egyidejű volt;

A felső ajak-, orr-, fogmedernyúlvány-, kemény- és lágy-szájpap egyidejű műtétjét mindig a szájpap lezárásával kezdik és az ajakplasztikával fejezik be. A teljes egyoldali egyidejű cheilorhinognatouranostaphiloplastica lényege: a kemény szájpap elülső részén lévő hasadék teljes lezárása az orrüreg alsó részének megformálása, majd a cheilorinoseptoplastica elvégzése. A műtét során különböző szerzők által ajánlott módszereket alkalmaznak [11, 12, 13]. Alapmódszerként a *Harkov* szerinti uranostaphiloplastica, [9] a *Malek-Pavi*-féle cheilorinoseptoplastica [13, 14] veszik figyelembe. A fogmedernyúlvány plasztikája: kisebb hasadék esetén periosteoplastica. Közepes defektus esetén *Limberg*-féle megoldás [15]. Az alveolaris ív nagymértékű hasadéka esetén a pótlás a belső nyálkahártyából valamint az orrsövénylebenyből történik.

Eredmények

A vizsgálat a következő tényezőket vette figyelembe:

- milyen a rekonstruált szájpap anatómiai egysége;
- hogyan sikerült az orr és a felsőajak helyreállítása;
- milyen a szájpap elülső részének mélysége;
- milyen a lágyszájpap működése (aktív, passzív, és reflexszerű lezárás);
- milyen a felsőajak funkcionális helyreállítása;
- a beteg esztétikai megjelenése;
- a kétévesnél idősebb gyerekek logopédiai vizsgálati eredménye;
- hogyan fejlődtek az állcsontok?



3. ábra. Teljes ajak- szájpadhasadékos gyermek műtét előtt, közvetlen műtét után és 2 éves korában

Az általunk megvizsgált esetekben az áthatoló egyoldali hasadékok egyidejű műtét esetén:

- 5 esetben kiváló (26,3%);
- 10-ben jó; (52,6%)
- 4-ben kielégítő eredményt (21,1%) állapítottunk meg.

Megbeszélés

Az áthatoló felsőajak-, orr-, fogmedernyúlvány-, kemény- és lágy szájpadhasadék sikeres műtétjéhez szükséges:

- alapos preoperatív vizsgálat;
- a műtét pontos megtervezése;



- megfelelő technikai felszerelés és a műtét pontos végrehajtása;
- összehangolt sebészi és anaesthesiologiai team.

Az egyidejű sebészeti módszer előnyei

- a száj- és az orrüreg defektusának egyidejű, teljes megszüntetése;
- megszűnnek a defektus által kiváltott háttérbetegségek;
- a különböző struktúrák egyesítése folytán normalizálódnak az élettanilag fontos funkciók (légzés, szopás, nyelés, rágás, hallás, beszéd, a mimikai izmok munkája stb.);
- a gyermek hamar alkalmazkodik a megváltozott feltételekhez;
- gyorsan megtörténik az egymással összefüggő szervek és szövetek önregulációja, mely megalapozza a harmonikus fejlődést és a beteg külső megjelenésének javulását;
- kevesebb műtétre van szükség, az orvosi és szociális rehabilitáció lerövidül;
- a periosteums mint növekedésserkentő új helyére kerülve pozitívan hat a csontszövet fejlődésére.

Irodalom

1. ANDERL H, HUSSL H, NINKOVIC M: Primary simultaneous lip and nose repair in the unilateral cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121: 959.
2. DAVIES D: The one-stage repair of unilateral cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg* 1966; 38: 129.

3. DAVIES D: Cleft lip and palate. *Br Med J* 1985; 290: 625.
4. DAVYDOV BN, BESSONOV SN: Patogenez vrozhdennyh i vtorichnyh deformacij srednego otdela lica u bol'nyh s vrozhdennymi rasvelinami verhnej guby njoba i ih korrekcija pervichnoj hejlo- rino- gnato- plasticoj. Mat-ly konf <Vrozhdannaja i nasledstvennaja patologija golovy, lica i shei u detej: aktual'ne voprosy kompleksnogo lechenija> (Moskva, 5-6 dekabrija 2002g.). *M* 2002; S. 76–79.
5. DOLGOPOLOVA GV: Anamoto – funkcional'nye predposylki formirovanija vrachebnoj praktit rannego ortopedicheskogo i hirurgicheskogo lechenija detej s vrozhdennoj odnostononnej rasvelinoj verhnej guby i njoba. Mat-ly konf <Vrozhdannaja i nasledstvennaja patologija golovy, lica i shei u detej: aktual'ne voprosy kompleksnogo lechenija> (Moskva, 5-6 dekabrija 2002g.). *M* 2002; S. 88–91.
6. DUDKIEWITZ Z: *Rozszczep wargi i podniebienia. Wspoezesne poglady i leczenie chirurgiczne*. Warszawa 2003, Instytut Matki Dziecka.
7. GONCHAKOV GV: K voprosu o taktike hirurgicheskogo lechenija detej s vrozhdennymi odnostononnimi skvoznymi rasvelinami verhnej guby i njoba. Mat-ly konf <Vrozhdannaja i nasledstvennaja patologija golovy, lica i shei u detej: aktual'ne voprosy kompleksnogo lechnenija> (Moskva, 5-6 dekabrija 2002g.). *M* 2002; S. 60–62.
8. HARK'KOV LV, SHOU V, SEMB G: Obzor sostojanija pomowi detjam s nesrawenijami verhnej guby i njoba v evropejskih stranah. *Visn Stomatol* 2001; No.3: S. 55–59.
9. HARK'KOV LV: Jevoljucija metodik uranostafiloplastiki v klinike Ukrainskogo Nacional'nogo Medicinskogo Universiteta (analiz 1417 pervichnyh operacij po povudu vrozhdjonnyh defektov njoba). Mat-ly konf <Vrozhdannaja i nasledstvennaja patologija golovy, lica i shei u detej: aktual'ne voprosy kompleksnogo lechenija> (Moskva, 5–6 dekabrija 2002g.). *M* 2002; S. 269–273.
10. HARK'KOV LV: Opyt provedenija odnomomentoj hejlorinouranostafiloplastiki i hejlorinoveloplastiki u detej s vrozhdennymi nesrawenijami verhnej guby i njoba. *Sorem Stomatol* 2004; No.2: S. 73–78.
11. HEMPRIH A: Lejpcigskaja konceptija funkcional'noj rehabilitacii pacientov s vrozhdennymi rasvelinami guby, al'veoljarnogo otrostka i njoba. Mat-ly konf <Vrozhdannaja i nasledstvennaja patologija golovy, lica i shei u detej: aktual'ne voprosy kompleksnogo lechenija> (Moskva, 5-6 dekabrija 2002g.). *M* 2002. S. 277–279. 8.
12. KAPLAN E, DRESNER S, GORODISCHE C, RADIN L: The simultanens repair of cleft lip and palate in early infancy. *Br S Plast Surg* 1974; 24: 134.
13. MALEK R: *Traitement chirurgical des fentes labials et palatines*. Paris, 1994.
14. PAVY B: *Fentes labials et palatines traitement primaire*. *Encycl Med Chir*, Paris, 1998; 21 p.
15. SALYER AND BARDACH: *Atlas of craniofacial and cleft surgery*. Vol. II. 1999, Philadelphia, New York. (Limberg-plasztika).

DR. HARKOV L, DR. VISPINSKIJ I:

Simultaneous surgery of total cleft palate in early stage

On the basis of the literature data and authors' own experience, the methods and optimum time for simultaneous surgery on penetrating unilateral clefts of the upper lip, nose, alveolar process, and hard and soft palates are discussed. The advantages of simultaneous surgery are presented: such operations were performed on 109 of 191 patients with total cleft palate. The main advantages are considered to be as follows: the children's face harmonically develops, their speech improves, the facial appearance becomes more favorable, accompanying diseases associated with a cleft palate disappear, and the duration of the medical and social rehabilitation shortens.

Key words: cleft surgery, one stage repair