



УДК: 616.315-007.254-089.84]-001.4:576.31-053.3

КЛИНИКО-ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Икрамов Г.А.¹, Хатамов У.А.²¹ к.м.н., доцент кафедры детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ, Узбекистан.² базовый докторант кафедры детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ, Узбекистан. E-mail: hatamovulugbek@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0001-8466-3036>

Аннотация. Цель исследования: изучение течения заживления ран после уранопластики у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. **Материал и методы.** Для изучения процессов регенерации было проведено цитологическое исследование мазков с боковых участков ран неба. Исследование обнаружилось, что независимо от способа проводимого послеоперационного ухода во всех исследуемых группах процесс репарации имеет фазный характер. **Результаты и их обсуждение.** При традиционном лечении у 7 (50%) из 21 детей, рана инфицировалась, и развились воспалительные явления в области мягкого неба (по линии А) и язычка. В результате лечения на 4-5-е сутки швы находились в неудовлетворительном состоянии. У 2 детей к 8-9-м суткам лечения наблюдалось частичное расхождение швов. У 5 детей послеоперационная рана зажила вторичным заживлением, что привело к небо-глоточной недостаточности. **Выводы.** Исследование цитологии слизистой оболочки твердого неба после операции показало, что заживление послеоперационной раны характеризует одну из сторон адаптационно-компенсаторных реакций организма.

Ключевые слова: врожденные расщелины верхней губы и неба, цитологическое исследование слизистой оболочки полости рта, инфицированная рана, расхождение швов.

Для цитирования:

Икрамов Г.А., Хатамов У.А. Клинико-цитологическая характеристика течения раневого процесса после уранопластики у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. — *Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия*. — 2022; 1(1):39-42

CLINICAL AND CYTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF THE WOUND PROCESS AFTER URANOPLASTY IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE

Ikramov G.A.¹, Khatamov U.A.²¹ PhD, Associate Professor, Department of Pediatric Maxillofacial Surgery, TSDI, Uzbekistan² basic doctoral student of the Department of Pediatric Maxillofacial Surgery, TSDI, Uzbekistan. E-mail: hatamovulugbek@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0001-8466-3036>

Abstract. Purpose of the study. Study of the course of wound healing after uranoplasty in children with congenital cleft lip and palate. **Material and methods.** To study the processes of regeneration, a cytological study of smears from the lateral sections of the palate wounds was carried out. The study found that regardless of the method of postoperative care in all the studied groups, the repair process has a phase character. **Results and its discussion.** With traditional treatment, in 7 (50%) of 21 children, the wound became infected, and inflammatory phenomena developed in the soft palate (along line A) and uvula. As a result of treatment, on the 4-5th day, the sutures were in an unsatisfactory condition. In 2 children, by the 8-9th day of treatment, a partial divergence of the sutures was observed. In 5 children, the postoperative wound healed by secondary healing, which led to palatopharyngeal insufficiency. **Conclusions.** A study of the cytology of the mucous membrane of the hard palate after surgery showed that the healing of a postoperative wound characterizes one of the sides of the adaptive-compensatory reactions of the body.

Keywords: congenital cleft lip and palate, cytological examination of the oral mucosa, infected wound, suture divergence.

For citation:

Ikramov G.A., Khatamov U.A. Clinical and cytological characteristics of the course of the wound process after uranoplasty in children with congenital cleft lip and palate. — *Integrative dentistry and maxillofacial surgery*. — 2022; 1(1):39-42

АКТУАЛЬНОСТЬ

Врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН) являются одним из распространенных пороков развития и составляют 1,6-3,6% от всех врожденных уродств [2,4].

Из многих аспектов проблемы ВРГН наиболее детально

изучена клиника порока, в связи с чем предложены многочисленные высокоэффективные способы хирургического устранения дефекта. В то же время частота неудовлетворительных исходов операции, сопровождающихся расхождением швов, остается высокой [4,5]. По данным литературы,

расхождение швов после проведенной уранопластики наблюдается в 16-52%. Образование послеоперационных дефектов многие авторы связывают с погрешностями в оперативной технике и издержками оперативного лечения [3,5,6].

Среди причин осложнений ведущей является нагноение раны, приводящее к частичному или полному расхождению швов. Рубцовое заживление раны после операции становится причиной небо-глоточной недостаточности и других нарушений. Конечной целью операции уранопластики является не только устранение анатомических нарушений, но и создание полноценного в функциональном отношении неба [1-3].

В нашей клинике на протяжении многих лет успешно проводится операция уранопластики с сужением небо-глоточного кольца по Фроловой и Фроловой – Махкову. Эффективность уранопластики в значительной степени зависит также от функционально-метаболической активности тканей ротовой полости. Однако морфологические особенности мягких тканей твердого неба после уранопластики и в динамике заживления ран изучены не до конца.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение течения заживления ран после уранопластики у детей с врожденной расщелиной неба.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 21 детей, которые получали традиционную терапию, у 11 из них была изолированная расщелина, у 10 - сквозная, причём у 4 - 2-х сторонняя. При исследовании было выявлено, что на 6 день отмечалось множество бактерий (преимущественно кокков), скопления отторгнувшего эпителия и лейкоцитов, основную массу которых представляли сегментоядерные нейтрофилы. Так же, среди клеточных элементов преобладали макрофаги, лимфоциты, фибробласты (Рис.1, Рис.2). Всем детям после завершения уранопластики на оголенную поверхность твердого неба накладывали йодоформно-марлевый тампон. На 5-е сутки защитная пластинка снималась, йодоформный тампон с поверхности слизисто-надкостничного лоскута удалялся. Ежедневно полость рта и рана орошались антисептическими растворами.

Для изучения процессов регенерации было проведено цитологическое исследование мазков с боковых участков ран неба. Исследование обнаружило, что независимо от способа проводимого послеоперационного ухода во всех исследуемых группах процесс репарации имеет фазный характер.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На 9 день было обнаружено, что содержание слущенных эпителиальных клеток значительно сократилось, при этом они по-прежнему были окружены лейкоцитами, преимущественно, сегментоядерными нейтрофилами, с выраженными процессами дегенерации (рис.3).

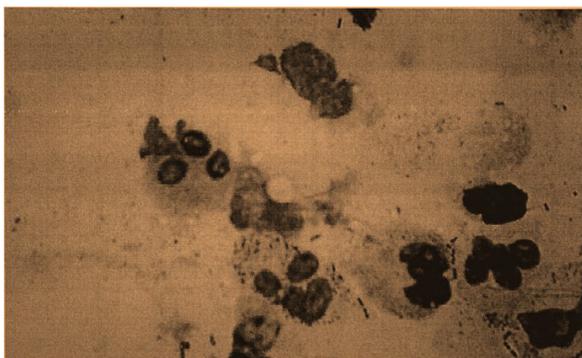


Рис.1. 6 день после операции. Традиционный метод ухода. Макрофаги, нейтрофилы, лимфоциты. Обсемененность бактериями. Окраска по Романовскому-Гимзе. Ув. 10x100.

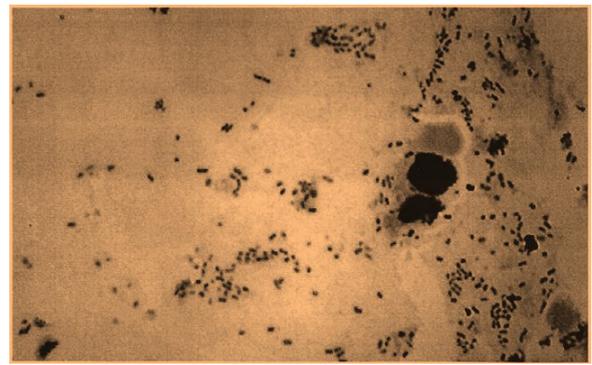


Рис.2. 6 день после операции. Традиционный метод ухода. Нейтрофил, с потерей перетяжки в ядре. Обсемененность бактериями. Окраска по Романовскому-Гимзе. Ув. 10x100

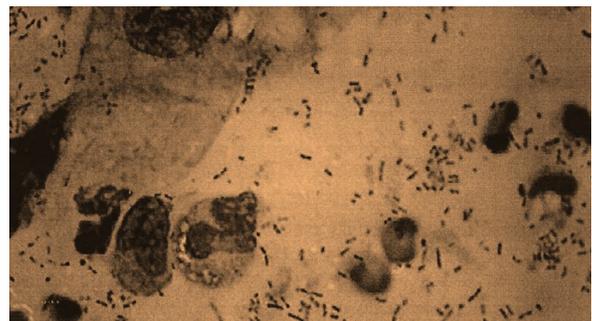


Рис. 3. 9 день после операции. Традиционный метод ухода. Слущенные эпителиальные клетки, окруженные нейтрофилами. Обсемененность микробной флорой. Окраска по Романовскому-Гимзе. Ув. 10x100

Отмечено большое количество лимфоцитов, которые имели среднюю и малую типичную структуры (Рис.4). Изменения содержания средних и больших лимфоцитов, а также плазматических клеток не произошло.

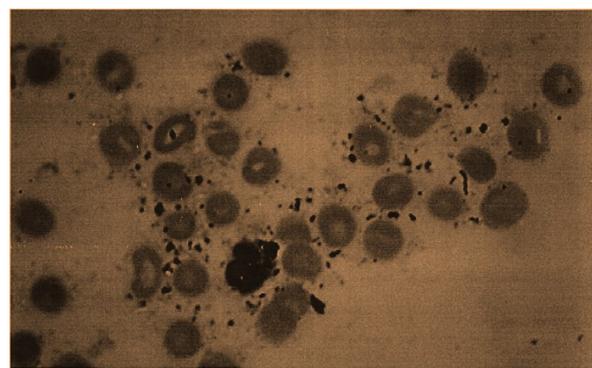


Рис.4. 9 день после операции. Традиционный метод ухода. Большое количество лимфоцитов. Обсеменение микробной флорой. Окраска по Романовскому-Гимзе. Ув. 10x100.

Возросла доля макрофагов, некоторые из которых приобрели клеточную структуру в виде гигантских инородных тел.

Цитологическая картина характеризуется дегенерацией слущенного эпителия, - от которого сохранились лишь тени, раневой детрит в окружении нейтрофильных лейкоцитов (Рис. 5)

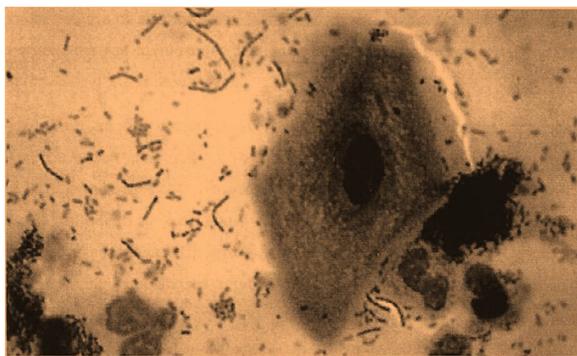


Рис. 5. 9 день после операции. Традиционный метод ухода. Слученные эпителиальные клетки. Обсеменение микробной флорой. Окраска по Романовскому-Гимзе. Ув. 10x100.

Ведущее место в развитии послеоперационных осложнений отводится гипоксии, так как в этом случае деструкция внутриклеточных структур начинает преобладать над компенсаторно-приспособительными процессами, в результате чего клетки гибнут, и их гибель имеет морфофункциональное выражение. Деструкция мембран при этом обусловлена также уменьшением образования липидов и белков в условиях энергетического дефицита, усилением свободнорадикального окисления липидов мембран клеток.



Рис. 6. Больной О.М, 4 лет. И/б №676/512. Диагноз: Односторонняя врожденная расщелина неба. Состояние после односторонней хейлопластики. а – до уранопластики; б – после уранопластики.

При традиционном лечении у 7 (50%) из 21 детей, рана инфицировалась, и развились воспалительные явления в области мягкого нёба (по линии А) и язычка. В результате лечения на 4-5-е сутки швы находились в неудовлетворительном состоянии (рис. 6). У 2 детей к 8-9-м суткам лечения наблюдалось частичное расхождение швов. У 5 детей послеоперационная рана зажила вторичным заживлением, что привело к небо-глоточной недостаточности.

Вывод

1. Исследование цитологии слизистой оболочки твердого неба после операции показало, что заживление послеоперационной раны характеризует одну из сторон адаптационно-компенсаторных реакций организма.

2. Предоперационное голодание, наркоз, оперативное вмешательство, а также исходный статус детей с ВРГН становятся стресс-факторами, приводящими к развитию гипоксии. Все это диктует необходимость включения новых специальных комплексов лечебных мероприятий.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ И МАТЕРИАЛОВ

Все данные, полученные или проанализированные в ходе этого исследования, включены в настоящую опубликованную статью.

ВКЛАД ОТДЕЛЬНЫХ АВТОРОВ

Все авторы внесли свой вклад в подготовку исследования и толкование его результатов, а также в подготовку последующих редакций. Все авторы прочитали и одобрили итоговый вариант рукописи.

ЭТИЧЕСКОЕ ОДОБРЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ

Были соблюдены все применимые международные, национальные и/или институциональные руководящие принципы по уходу за животными и их использованию.

СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ

Не применимо.

ПРИМЕЧАНИЕ ИЗДАТЕЛЯ

Журнал "Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия" сохраняет нейтралитет в отношении юрисдикционных претензий по опубликованным картам и указаниям институциональной принадлежности.

Статья получена 02.06.2022 г.

Принята к публикации 07.07.2022 г.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare no conflict of interests.

SOURCES OF FUNDING

The authors declare no funding for this study.

AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS

All data generated or analysed during this study are included in this published article.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

All authors contributed to the design and interpretation of the study and to further drafts. All authors read and approved the final manuscript.

ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE

All applicable international, national, and/or institutional guidelines for the care and use of animals were followed.

CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

PUBLISHER'S NOTE

Journal of "Integrative dentistry and maxillofacial surgery" remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Article received on 02.06.2022

Accepted for publication on 07.07.2022

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей. – М., 1990. – 170 с.
2. Дьякова С.В., Яковлев С.В., Першина М.А. Современный подход к диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы 2-й Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2006. – С. 85-89.
3. Nagy K., Mommaerts M.Y. Postoperative wound management after cleft lip surgery // Cleft Palate Craniofac. J. – 2011. Vol. 48, №5. – P. 584-586.
4. Rawashdeh M.A., Ayesh J.A., Darwazeh A.M. Oral candidal colonization in cleft patients as a function of age, gender, B surgery, type of cleft, and oral health // J. Oral Maxillofacial. Surg. – 2011. – Vol. 69, №4. – P. 1207-1213.
5. Schliephake H., [Donnerstag F., Berten J.L, Lonquist N. Palate morphology after unilateral and bilateral cleft lip and palate closure // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2006. – Vol. 35, №1. – P. 25-30.
6. Zhang Z., Fang S., Zhang Q. et al. Analysis of complications in primary cleft and palates surgery // J. Craniofac. Surg. – 2014. – Vol. 25, №3. – P. 968-971.