

Л. В. Яремчук

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПОЛОГОВИХ ТРАВМ ПРОМЕЖИНИ У ПОРОДІЛЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ МІКРОБІОЦЕНОЗУ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ

Останнім часом у зв'язку зі зростанням частоти порушення цілісності пологових шляхів, а саме промежини (розрив чи розріз), та порушень мікробіоценозу піхви у вагітних жінок зросла кількість інфекційно-запальних ускладнень у післяпологовому періоді [3]. Причому частота пологового травматизму тканин промежини не має тенденції до зниження і, за даними вітчизняних та зарубіжних авторів, становить 10,2–39,0 % [2].

Як відомо, травми пологових шляхів є, з одного боку, вхідними воротами для інфекції, що сприяє виникненню гнійно-запальних ускладнень, з іншого — при вторинному загоєнні ран порушується анатомо-функціональний стан тазового дна, що в майбутньому може призвести до інвалідизації жінки [2].

Численними дослідженнями встановлено, що виникнення будь-якого запального процесу прямо залежить не лише від наявності збудника та його вірулентності, а й від загальної реактивності організму, тобто здатності його протидіяти інфекції [1].

Отже, можна зробити висновки, що у породілей з травмами м'яких пологових шляхів, які мали порушення мікробіоценозу статевих шляхів під час вагітності, тобто у жінок із групи ризику, зростає необхідність проведення комплексу лікувально-реабілітаційних за-

ходів для профілактики гнійно-запальних ускладнень у післяпологовому періоді. Важливе значення при цьому мають методи контролю за ефективністю лікувально-профілактичних і реабілітаційних заходів на основі використання показників мікробіологічного, гематологічного, імунологічного статусу та перекисного окиснення ліпідів.

Мета даної роботи — зниження частоти гнійно-запальних ускладнень у породілей з пологовим травматизмом промежини на основі впровадження комплексу лікувально-реабілітаційних заходів із застосуванням антигомотоксичних препаратів.

Матеріали та методи дослідження

Відповідно до завдань наукового дослідження було проведено клінічне, бактеріологічне, імунологічне та біохімічне обстеження породілей, яких було розподілено на 2 групи: 1-ша основна група — 60 жінок з пологовими травмами промежини, яким проводилася реабілітаційна терапія за розробленою нами методикою; 2-га основна група — 60 жінок з пологовими травмами промежини, яким проводилася загальноприйнята терапія. Результати обстеження порівнювалися з аналогічними показниками у 60 породілей без розривів (контрольна група).

В 1-й основній групі 60 породілей отримували реабіліта-

ційну терапію із застосуванням антигомотоксичних препаратів фірми "Heel" за розробленою нами схемою [4].

Жінкам із загрозою розриву промежини в пологах проводили обколювання в ділянці промежини антигомотоксичним препаратом «Траумель С» фірми "Heel" у кількості 2,2 мл в акупунктурні точки; у разі виникнення розриву виконувалося наступне обколювання тканин промежини відразу після накладання швів. Надалі на 2-гу добу після пологів проводилося повторне обколювання ділянки шва на промежині препаратом «Траумель С», після чого процедури повторювали 1 раз на 2 доби до виписування жінки з пологового будинку. Для стимуляції лімфатичного дренажу тканин призначався препарат «Лімфоміозот» — по 10 крапель тричі на добу всередину за 30 хв до їди протягом перебування породіллі в пологовому будинку. Паралельно призначали антигомотоксичні препарати «Ехінацея композитум» трикратно в кількості 2,2 мл внутрішньовенно (відразу після пологів, на 3-тю та 6-ту добу після пологів), а також ректальні супозиторії «Вібуркол» щоденно на ніч протягом перебування в пологовому будинку.

Реабілітаційна терапія породілей 2-ї основної групи проводилася за традиційною схемою: призначення легкозасвоюваної їжі, проведення гігієнічної обробки зовнішніх стате-



вих органів 1%-м спиртовим розчином діамантового зеленого та регуляція функції кишечника.

Про ефективність запропонованого нами методу лікування судили за клінічними проявами, мікробіологічними, гематологічними, імунологічними та біохімічними показниками.

При клінічному обстеженні ми з'ясовували перебіг вагітності, пологів, ускладнення під час вагітності та пологів, наявність екстрагенітальної патології, перенесені раніше гінекологічні захворювання, операції.

Об'єктивно ми проводили огляд рани (наявність набрякості, гіперемії), визначення локальної болючості, стан рубця, характер ранового ексудату. З'ясовували такі скарги кожної породіллі, як біль, підвищення температури, порушення сечовипускання й акту дефекації.

Мікробіологічні дослідження містили бактеріоскопію вагінальних мазків, бактеріологічне дослідження ранового ексудату ран промежини на 1-шу, 3-тю та 5-ту добу післяпологового періоду. Взяття та висів ранового ексудату на мікрофлору здійснювали за Голдом.

Дослідження гематологічних показників периферичної крові у породілей проводилося теж на 1-шу, 3-тю та 5-ту добу післяпологового періоду. За допомогою біохімічних досліджень визначали показники білкового обміну: рівень загального білка, альбумінів і глобулінів, кількісне визначення С-реактивного білка та стан переокисного окиснення ліпідів за рівнем малонового діальдегіду (МДА).

Дослідження імунного статусу породілей із акушерськими травмами м'яких пологових шляхів проводили на 1-шу та 5-ту добу післяпологового періоду. Воно складалося з визначення Т- і В-лімфоцитів, рівня циркулюючих імунних

комплексів (ЦІК), фагоцитарного індексу, фагоцитарного числа, імуноглобулінів класів А, М, G.

Результати дослідження та їх обговорення

Обстежено 120 породілей із пологовими травмами промежини та 60 породілей — без порушення цілісності пологових шляхів. Аналізуючи в динаміці клінічні симптоми у породілей з акушерськими травмами промежини на фоні традиційної терапії (2-га основна група), слід зазначити, що у породілей спостерігалось зменшення загальної клінічної симптоматики (зменшення скарг на біль внизу живота, зникнення скарг на загальну слабкість, нормалізація температури тіла, зменшення інтенсивності локального болю). Однак при застосуванні традиційної схеми лікування не вдалося ліквідувати всі клінічні ознаки захворювання у всіх породілей. Крім того, при застосуванні даної методики лікування у 5 (8 %) породілей позитивної динаміки зникнення симптомів не спостерігалось, тобто відбулося клінічне розходження швів.

Об'єктивно при огляді ділянки шва в першу добу післяпологового періоду майже в усіх породілей із травмами м'яких пологових шляхів 2-ї досліджуваної групи спостерігалися гіперемія та набрякність країв рани. Всі породіллі відмічали при пальпації ділянки шва локальну болючість. У 70 % жінок спостерігалася набрякність, у 52 % — гіперемія країв рани. Після проведення традиційного курсу реабілітаційної терапії у 26 (43 %) породілей 2-ї досліджуваної групи на 3-тю добу післяпологового періоду зберігалася набрякність у ділянці шва. Гіперемія країв рани спостерігалась у 15 (25 %) породілей. Однак у найбільшій кількості породілей спостерігалась локальна болючість при пальпації ділянки шва. На 5-ту добу післяпологового пе-

ріоду у 6 (10 %) породілей зберігалася набрякність, у 8 % — гіперемія країв рани. Болючість при пальпації спостерігалась у 32 % жінок.

У результаті бактеріологічного дослідження ранового ексудату ран промежини у породілей 2-ї досліджуваної групи мікроорганізми були виділені у вигляді асоціацій у 52 ((86,66±4,38) %) випадках. У 45 ((75,0±5,6) %) породілей у бактеріологічних висівах переважали гриби роду *Candida* та кишкова паличка, яка зустрічалась у 42 ((70±5,9) %) випадках.

У загальному аналізі крові відмічена вірогідна тенденція ($P<0,001$) до зниження кількості лейкоцитів у периферичній крові з 1-ї на 3-тю добу післяпологового періоду до $(8,56\pm0,31)\cdot 10^9/\text{л}$ (на 1-шу добу — $(8,91\pm0,22)\cdot 10^9/\text{л}$), але вже на 5-ту добу цей показник зріс до $(8,77\pm0,81)\cdot 10^9/\text{л}$. Водночас спостерігається вірогідне збільшення ($P<0,001$) паличкоядерних лейкоцитів до $(4,01\pm0,09) \%$ (на 1-шу добу — $(3,46\pm0,12) \%$), вірогідне зменшення ($P<0,001$) лімфоцитів до $(17,22\pm0,09) \%$ (на 1-шу добу — $(17,38\pm0,32) \%$) та гемоглобіну від $(108,23\pm0,96) \text{ г/л}$ на 1-шу добу до $(104,75\pm0,50) \text{ г/л}$ на 5-ту добу під впливом традиційних реабілітаційних методів у післяпологовому періоді. Це, в свою чергу, вказує на їх недостатню ефективність при лікуванні післяпологових ран на промежині.

При вивченні в динаміці показників білкового обміну видно, що на фоні традиційних заходів відбувається невірогідне збільшення ($P>0,05$) рівня загального білка від $(63,86\pm0,98) \text{ г/л}$ на 1-шу добу до $(64,07\pm0,87) \text{ г/л}$ на 5-ту добу післяпологового періоду. Щодо білкових фракцій, тобто рівнів альбумінів і глобулінів, то суттєвих змін показників у породілей 2-ї основної групи не спостерігалось.

В результаті аналізу динаміки змін С-реактивного білка



можна зробити висновок, що рівень його за період з 1-ї до 5-ї доби вірогідно не змінювався: з $(2,68 \pm 0,65)$ мг/100 мл на 1-шу добу до $(2,49 \pm 0,64)$ мг/100 мл на 5-ту добу; $P > 0,05$.

При вивченні в динаміці показників перекисного окиснення ліпідів у породілей 2-ї основної групи рівень МДА протягом 5 діб з початку реабілітаційної терапії вірогідно не змінювався (з $(13,86 \pm 0,89)$ нмоль/мг на 1-шу добу до $(14,12 \pm 0,71)$ нмоль/мг на 5-ту добу; $P > 0,05$) порівняно з показником МДА на 5-ту добу у породілей контрольної групи — $(13,58 \pm 1,14)$ нмоль/мг; $P < 0,01$.

При вивченні в динаміці показників імунного статусу можна констатувати, що у породілей при призначенні традиційного комплексу лікування через 5 діб від початку лікування спостерігалася вірогідне збільшення Т-хелперів (з $(30,89 \pm 1,75)$ % на 1-шу добу до $(32,01 \pm 1,96)$ % на 5-ту добу; $P < 0,01$), але ці зміни не досягали показників породілей контрольної групи та виявилися нестійкими. Щодо інших показників клітинного імунітету, а саме Т-, В-лімфоцитів та Т-супресорів, то їх рівень протягом 5 діб післяпологового періоду вірогідно не змінився ($P > 0,05$). Це свідчить про недостатній імуномодулювальний ефект традиційних засобів та потребує додаткової корекції показників імунітету.

При динамічному спостереженні за змінами показників фагоцитозу було виявлено, що у породілей 2-ї основної групи на фоні застосування традиційних реабілітаційних заходів фагоцитарний індекс вірогідно не змінювався за період з 1-ї до 5-ї доби післяпологового періоду: $(97,37 \pm 0,89)$ % на 1-шу добу; $(96,99 \pm 1,25)$ % на 5-ту добу; $P > 0,05$. Виявлено помірне, але вірогідне збільшення фагоцитарного числа: від $(6,66 \pm 1,25)$ ум. од. на 1-шу добу до $(7,01 \pm 0,86)$ ум. од. на 5-ту добу; $P < 0,05$.

Це свідчить про недостатню ефективність традиційних реабілітаційних методів та потребує додаткових заходів з метою покращання стану фагоцитарної ланки імунітету та запобігання розвитку гнійно-запального процесу.

Рівень ЦІК при динамічному спостереженні в процесі лікування породілей 2-ї основної групи зменшувався невірогідно: від $(22,65 \pm 1,84)$ ум. од. на 1-шу добу до $(22,03 \pm 1,76)$ ум. од. на 5-ту добу; $P > 0,05$. Він не наближався до показників породілей контрольної групи на 1-шу та 5-ту добу післяпологового періоду: $(20,34 \pm 1,85)$ ум. од. на 1-шу добу; $P < 0,001$ та $(18,67 \pm 1,44)$ ум. од. на 5-ту добу; $P < 0,001$.

При динамічному спостереженні за змінами показників основних класів імуноглобулінів в 2-й основній групі на 5-ту добу післяпологового періоду вірогідно збільшився рівень імуноглобулінів А (від $(1,45 \pm 0,10)$ до $(1,58 \pm 0,19)$ г/л; $P < 0,001$) та М (від $(1,12 \pm 0,04)$ до $(1,17 \pm 0,08)$ г/л; $P < 0,001$), що свідчить про напруження гуморального імунітету.

Відповідно до отриманих нами даних, при динамічному аналізі клінічних симптомів у породілей 1-ї основної групи спостерігалася більш швидка та стійка ліквідація основної клінічної симптоматики запального процесу (зникнення скарг на біль внизу живота та загальну слабкість, нормалізація температури тіла — від 42 % породілей на 1-шу добу до 2 % — на 5-ту добу; зменшення локального болю в ділянці шва — від 98 % породілей на 1-шу добу до 2 % — на 5-ту добу). Водночас у 2-й основній групі у 5 (8 %) породілей позитивної динаміки зникнення симптомів не спостерігалася (продовжували турбувати локальний біль у ділянці шва та субфебрильна температура), тобто відбулося клінічне розходження швів. У 12 % породілей на 5-ту добу післяполо-

гового періоду зберігалася загальна слабкість, 6,5 % породілей продовжували турбувати біль внизу живота. Таким чином, застосування антигомотоксичних препаратів позитивно впливає на перебіг ранового процесу і на загальний стан породілей.

При об'єктивному огляді ділянки шва на 1-шу добу післяпологового періоду характер рани був однаковим як у 1-й основній, так і в 2-й основній досліджуваних групах. Локальна болючість при пальпації спостерігалася у 59 (98 %) та 60 (100 %) породілей обох груп відповідно; гіперемія країв рани — у 33 (55 %) та 31 (52 %) породілей; набряклість країв рани — у 43 (72 %) та 42 (70 %).

Вже на 5-ту добу післяпологового періоду в усіх породілей 1-ї основної групи сформувався нижній рубець, розходження країв рани промежини не було. У 6 (10 %) породілей на фоні застосування антигомотоксичних препаратів зберігалася помірна локальна болючість при пальпації, в 1 (2 %) — набряклість і гіперемія без наявності гнійного детриту та набряку прилеглих тканин.

Динаміка зникнення симптомів з боку шва на промежині була вдвічі швидшою у породілей 1-ї основної досліджуваної групи із застосуванням антигомотоксичних препаратів, ніж у породілей 2-ї основної групи на фоні традиційних реабілітаційних заходів у післяпологовому періоді.

В результаті бактеріологічного дослідження ранового ексудату ран промежини у породілей 1-ї досліджуваної групи мікроорганізми були виділені у вигляді асоціацій в 55 $(91,66 \pm 3,56)$ % випадках. У 47 $(78,33 \pm 5,30)$ % породілей у бактеріологічних висівах переважали гриби роду *Candida* та кишкова паличка, яка зустрічалася в 35 $(58,33 \pm 6,36)$ % випадках.

При вивченні в динаміці показників загального аналізу



крові привертає увагу вірогідна тенденція ($P < 0,001$) до зниження кількості лейкоцитів у периферичній крові та показника ШОЕ у породілей 1-ї основної групи, які отримували антигомотоксичні препарати (кількість лейкоцитів на 1-шу добу — $(8,49 \pm 0,98) \cdot 10^9/\text{л}$; на 5-ту добу — $(7,22 \pm 0,24) \cdot 10^9/\text{л}$; $P < 0,001$; ШОЕ на 1-шу добу — $(37,86 \pm 0,99)$ мм/год; на 5-ту добу — $(31,32 \pm 0,28)$ мм/год; $P < 0,001$). При порівнянні в динаміці показників загального аналізу крові між 1-ю та 2-ю основними групами виявлено, що у породілей 1-ї основної групи позитивні зміни під впливом лікування були вірогідно вищими ($P < 0,001$). Щодо змін у лейкоцитарній формулі, то у породілей 1-ї основної групи вірогідно знизився ($P < 0,001$) рівень паличкаядерних та сегментоядерних лейкоцитів при порівнянні показників на 1-шу та 5-ту добу (кількість паличкаядерних лейкоцитів на 1-шу добу — $(3,38 \pm 0,9)$ %; на 5-ту добу — $(1,94 \pm 0,11)$ %; кількість сегментоядерних лейкоцитів на 1-шу добу — $(73,87 \pm 0,15)$ %; на 5-ту добу — $(68,31 \pm 0,12)$ %), на відміну від показників породілей 2-ї основної групи, де ці показники з наростанням доби післяпологового періоду вірогідно зростали ($P < 0,001$). Паралельно з цим, вірогідно збільшилася ($P < 0,001$) кількість лімфоцитів та моноцитів у породілей на фоні застосування антигомотоксичних препаратів (кількість лімфоцитів на 1-шу добу — $(17,79 \pm 0,92)$ %; на 5-ту добу — $(21,43 \pm 0,04)$ %; кількість моноцитів на 1-шу добу — $(5,18 \pm 0,17)$ %; на 5-ту добу — $(6,85 \pm 0,12)$ %).

При вивченні в динаміці показників білкового обміну видно, що у породілей на фоні застосування антигомотоксичних препаратів відбувається стійке підвищення рівня загального білка та його фракцій з 1-ї до 5-ї доби післяпологового періоду ($P < 0,001$).

В результаті аналізу динаміки змін С-реактивного білка можна зробити висновок, що на фоні застосування антигомотоксичних препаратів рівень його вірогідно зменшувався з 1-ї до 5-ї доби: від $(2,38 \pm 0,45)$ мг/100 мл на 1-шу добу до $(1,37 \pm 0,78)$ мг/100 мл на 5-ту добу; $P < 0,001$. Привертає увагу той факт, що рівень С-реактивного білка на 5-ту добу післяпологового періоду значно вищий при традиційних реабілітаційних заходах, ніж при застосуванні антигомотоксичних препаратів: $(2,49 \pm 0,64)$ мг/100 мл у 2-й групі проти $(1,37 \pm 0,78)$ мг/100 мл в 1-й групі; $P < 0,001$, а динаміка його рівня в 1,2 рази повільніша, ніж у 1-й основній групі.

При вивченні в динаміці показників перекисного окиснення ліпідів у породілей 1-ї основної групи рівень малонового діальдегіду на кінець третьої доби з початку реабілітаційної терапії вірогідно не змінювався: $(13,89 \pm 0,67)$ нмоль/мг на 1-шу добу; $(13,81 \pm 0,53)$ нмоль/мг на 3-тю добу; $P > 0,05$. Вірогідна тенденція до його зменшення спостерігалася лише на 5-ту добу: $(13,62 \pm 0,24)$ нмоль/мг; $P < 0,05$. При порівнянні в динаміці рівня МДА між 1-ю та 2-ю основними групами на 5-ту добу післяпологового періоду виявлено, що у породілей 1-ї основної групи позитивні зміни на фоні застосування антигомотоксичних препаратів були вірогідно вищими ($P < 0,001$).

При вивченні в динаміці показників імунного статусу можна констатувати, що у породілей 1-ї основної групи, які отримували антигомотоксичні препарати, вже на 5-ту добу післяпологового періоду було виявлено вірогідне покращання показників клітинного імунітету (рівень Т-лімфоцитів — $(45,16 \pm 1,69)$ % на 1-шу добу; $(51,67 \pm 1,89)$ % на 5-ту добу; $P < 0,001$; CD4 — $(30,68 \pm 1,62)$ % на 1-шу добу; $(34,240 \pm 1,595)$ % на 5-ту добу; $P < 0,001$; CD8 — $(13,30 \pm 0,98)$ % на 1-шу добу;

$(15,31 \pm 0,84)$ на 5-ту добу; $P < 0,001$). При порівнянні в динаміці показників клітинного імунітету між 1-ю та 2-ю основними групами виявлено, що у хворих 1-ї основної групи позитивні зміни під впливом лікування були вірогідно вищими.

При динамічному спостереженні за змінами показників фагоцитозу видно, що на фоні застосування антигомотоксичної терапії у породілей 1-ї основної групи фагоцитарне число та фагоцитарний індекс вірогідно не змінилися ($P > 0,05$).

Рівень циркулюючих імунних комплексів при динамічному спостереженні в процесі лікування вірогідно зменшувався при застосуванні антигомотоксичних препаратів (у 1-й основній групі — від $(23,62 \pm 2,06)$ ум. од. на 1-шу добу до $(17,97 \pm 1,85)$ ум. од. на 5-ту добу; $P < 0,001$), а в 2-й основній групі в процесі лікування зменшувався невірогідно від $(22,65 \pm 1,84)$ ум. од. на 1-шу добу до $(22,03 \pm 1,76)$ ум. од. на 5-ту добу; $P > 0,05$). Більш швидкими були зміни даного показника в 1-й основній групі, де застосовувалися антигомотоксичні препарати. У породілей даної групи рівень ЦІК максимально наблизився до показника жінок контрольної групи: $(20,34 \pm 1,85)$ ум. од. на 1-шу добу; $(18,67 \pm 1,44)$ ум. од. на 5-ту добу. При порівнянні в динаміці показників рівня ЦІК між 1-ю та 2-ю основними групами виявлено, що у хворих 1-ї основної групи позитивні зміни під впливом лікування були вірогідно вищими ($P < 0,001$).

При вивченні в динаміці основних класів імуноглобулінів у 1-й основній групі нами не виявлено вірогідних змін у складі основних класів імуноглобулінів ($P > 0,05$), тобто на фоні застосування антигомотоксичних препаратів не відбувається напруження гуморального імунітету.

Наведені вище результати динамічного аналізу показників імунного статусу дають підставу констатувати, що у



групі породілей, яким застосовували антигомтоксичні препарати, на відміну від групи породілей із традиційними методами лікування, не відбувається напруження гуморального імунітету (підвищення вмісту імуноглобулінів у сироватці крові), спостерігається активація клітинного імунітету (підвищення рівня Т-лімфоцитів, Т-хелперів і Т-супресорів) та зменшення рівня циркулюючих імунних комплексів.

Висновки

Результати динамічного аналізу клінічних, мікробіологічних і лабораторних даних доводять, що використання

запропонованих нами лікувально-реабілітаційних заходів із застосуванням антигомтоксичної терапії значно поліпшує лабораторні показники та дає кращий клінічний ефект, ніж традиційні методи лікування. Це дозволяє нам рекомендувати дану методику для застосування в практичному акушерстві з метою профілактики виникнення та зниження частоти гнійно-запальних ускладнень у жінок з пологовими травмами промежини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волков Н. А. Лечение ран в акушерстве и гинекологии. — Вильнюс: Мокспас, 1986. — С. 98-103.

2. Кулаков В. И., Бутова Е. А. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей. — М.: Мед. информ. агентство, 2003. — 128 с.

3. Особливості перебігу вагітності у жінок з інфекційно-запальними процесами жіночих статевих органів та їх лікування антигомтоксичними препаратами / П. П. Подольський, В. Л. Дронова, Г. Й. Геревич та ін. // Репродуктивное здоровье женщины. — 2006. — № 1. — С. 96-99.

4. Деклараційний патент на корисну модель. Патент № 11522, затв. 15.12.2005 р. — Бюл. № 12. — МПК: 7 А61Р15/00. Спосіб профілактики гнійно-запальних ускладнень пологових травм промежини / Яремчук Л. В.

УДК 616.317+613.315:617.528

Н. Б. Дмитрієва, А. Г. Гулюк, В. Г. Крикляс

МЕТОД ПОЕТАПНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ПРИ ДВОБІЧНІЙ ПОЄДНАНІЙ ЩІЛИНІ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Інститут стоматології АМН України, Одеса,
Одеський державний медичний університет

У структурі вроджених вад розвитку людини частота щілини губи й піднебіння досягає 26 %, у немовлят на їхню частку припадає близько 90 % щелепно-лицевих аномалій [7]. Вроджені щілини верхньої губи й піднебіння трапляються частіше, ніж синдром Дауна, однак поступаються місцем вродженим вадам серцево-судинної системи [12].

Двобічні щілини верхньої губи, альвеолярного відростка й піднебіння становлять приблизно п'яту частину від усіх щілин і посідають одне з перших місць за тяжкістю анатомічних, функціональних й естетичних порушень, складністю хірургічного лікування [1–3; 6; 7; 9].

Анатомічні та клінічні порушення при даній формі вади

зумовлені розділенням верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого й м'якого піднебіння на три сегменти, роз'єднанням колового м'яза рота, вираженим недорозвиненням центрального фрагмента верхньої губи — пролябіума, вкороченням або відсутністю шкірної частини перегородки носа, різним ступенем протрузії міжщелепної кістки [1; 3].

Незважаючи на постійне вдосконалення методів хірургічного відновлення уражених органів, необхідність проведення повторних оперативних втручань у хворих із вродженими двобічними поєднаними щілинами досягає 80–100 % [1; 3; 4; 9]. Для усунення цих деформацій потрібні численні тривалі коригувальні оперативні втручання, довге і не

завжди успішне ортодонтичне лікування [1; 3; 5].

Наявність росткової зони в ділянці хрящової перегородки носа та лемеша, яка забезпечує збільшення і розвиток середньої частини обличчя, і відсутність формуючого впливу колового м'яза рота призводить до випинання премаксилі в сагітальному напрямку.

Виступна премаксилі як при симетричних, так і несиметричних формах щілин у деяких випадках практично унеможлиблює одномоментне відновлення колового м'яза рота й формування присінка порожнини рота без попередньої її репозиції.

Пояснюється це тим, що у віддалений термін після первинної хейлопластики примусовий зсув премаксилі вна-

