

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-166-171

УДК 616-089.844

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПЛАСТИКА ОБШИРНОГО ДЕФЕКТА ТВЕРДОГО НЕБА ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ С ПОМОЩЬЮ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ С ЯЗЫКА

Чуйкин С. В., Давлетшин Н. А., Макушева Н. В., Акатьева Г. Г., Егорова Е. Г., Чуйкин О. С.,
Афлаханова Г. Р., Снеткова Т. В.

Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Аннотация

В работе представлены результаты клинического наблюдения пациента в возрасте 13 лет, с врожденной полной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба и обширным остаточным дефектом переднего отдела твердого неба после уранопластики. Ребенку в возрасте 2-х лет 8 месяцев выполнена щадящая уранопластика. По причине врожденного дефицита мягких тканей, необычно широкой расщелины во время первичной операции не удалось полноценно ушить расщелину на всем протяжении. Из-за этого в переднем отделе остался достаточно большой дефект. В возрасте 5 лет ребенку была проведена вторичная операция – пластика дефекта местными тканями. На фоне присоединившейся сопутствующей соматической патологии (ОРВИ, бронхит, ринит) произошло расхождение краев раны. Ребенку была изготовлена ортодонтическая внутриротовая расширяющая пластинка, временно закрывающая дефект. Учитывая дефицит местных мягких тканей вокруг обширного дефекта твердого неба, мы сочли наиболее оптимальным способом хирургической реабилитации пластику дефекта твердого неба лоскутом на ножке с языка по Г. В. Кручинскому.

Примененная методика пластики лоскутом на ножке с языка позволила полностью закрыть обширный дефект переднего отдела твердого неба, и тем самым предотвратить попадание пищи в полость носа, что улучшило качество жизни пациента. После проведенного этапного лечения по данным контрольного осмотра через 3 месяца отмечена полная эпителизация и закрытие дефекта. Таким образом, при невозможности закрытия обширных дефектов твердого неба местными тканями, пластика дефектов лоскутом на ножке с языка является основным альтернативным способом хирургической помощи.

Ключевые слова: врожденная полная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба, дефект переднего отдела твердого неба, лоскут на ножке с языка

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов

Сергей Васильевич ЧУЙКИН ORCID ID 0000-0002-8773-4386

д.м.н., профессор, Заведующий кафедрой стоматологии детского возраста, Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

svchuiyin@bashgtmu.ru

Наиль Айратович ДАВЛЕТШИН ORCID ID 0009-0005-6600-9539

д.м.н., профессор, кафедры стоматологии детского возраста, Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

davletshin@mail.ru

Наталья Вячеславовна МАКУШЕВА ORCID ID 0000-0002-0410-1445

к.м.н., доцент, кафедра детской стоматологии и ортодонтии, Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

nvimakusheva@bashgtmu.ru

Галина Григорьевна АКАТЬЕВА ORCID ID 0000-0002-9085-9323

к.м.н., доцент, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

ggakatyeva@bashgtmu.ru

Елена Гергудовна ЕГОРОВА ORCID ID 0000-0001-6564-2088

к.м.н., доцент, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

egorova@bashgtmu.ru

Олег Сергеевич ЧУЙКИН ORCID ID 0000-0003-4570-4477

к.м.н., доцент, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

oschuiyin@bashgtmu.ru

Гузель Ринатовна АФЛАХАНОВА ORCID ID 0000-0002-0954-6056

к.м.н., доцент, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

graflakhanova@bashgtmu.ru

Татьяна Владимировна СНЕТКОВА ORCID ID 0000-0002-9772-8238

к.м.н., доцент, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

tvsnetskova@bashgtmu.ru

Адрес для переписки: Наталья Вячеславовна МАКУШЕВА

450000, Респ. Башкортостан, г. Уфа, ул. Кирова, д. 91, кв. 292

+79033520207

nvimakusheva@bashgtmu.ru

Образец цитирования:

Чуйкин С. В., Давлетшин Н. А., Макушева Н. В., Акатьева Г. Г., Егорова Е. Г., Чуйкин О. С., Афлаханова Г. Р., Снеткова Т. В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ПЛАСТИКА ОБШИРНОГО ДЕФЕКТА ТВЕРДОГО НЕБА ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ С ПОМОЩЬЮ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ С ЯЗЫКА.

Проблемы стоматологии. 2025; 4: 166-171.

© Чуйкин С. В. и др., 2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-166-171

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-166-171

CLINICAL CASE: PLASTY OF AN EXTENSIVE HARD PALATE DEFECT AFTER URANOPLASTY USING A PEDICAL FLAP FROM THE TONGUE**Chuykin S.V., Davletshin N.A., Makusheva N.V., Akatyeva G.G., Egorova E.G., Chuykin O.S., Aflakhanova G.R., Snetkova T.V.***Bashkir State Medical University, Ufa, Russia***Abstract**

This paper presents the results of a clinical observation of a 13-year-old patient with a congenital complete cleft lip, alveolar process, soft and hard palate, and an extensive residual defect of the anterior hard palate following uranoplasty. The child underwent a sparing uranoplasty at the age of 2 years and 8 months. Due to a congenital soft tissue deficiency and an unusually wide cleft, the primary surgery failed to completely close the entire cleft. This left a significant defect in the anterior region. At the age of 5, the child underwent a secondary surgery to repair the defect using local tissue. Due to concomitant somatic pathology (acute respiratory viral infection, bronchitis, rhinitis), the wound edges dehisced. An orthodontic intraoral expansion plate was fabricated to temporarily close the defect. Given the lack of local soft tissue around the extensive hard palate defect, we considered the most optimal surgical rehabilitation method to be lingual flap reconstruction using a pedicled tongue flap, as described by G.V. Kruchinsky.

The applied pedicled tongue flap technique allowed for complete closure of the extensive anterior hard palate defect, thereby preventing food from entering the nasal cavity, improving the patient's quality of life. Following the staged treatment, a follow-up examination at 3 months demonstrated complete epithelialization and closure of the defect. Therefore, when extensive hard palate defects cannot be closed with local tissues, lingual flap reconstruction is the primary alternative surgical treatment.

Keywords: congenital complete cleft lip, alveolar process, soft and hard palate, defect of the anterior part of the palate, pedicled flap from the tongue

The authors declare no conflict of interest**Sergey V. CHUYKIN** ORCID ID 0000-0002-8773-4386*Grand PhD in Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Pediatric Dentistry and orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
svchuykin@bashgmu.ru***Nail A. DAVLETSHIN** ORCID ID 0009-0005-6600-9539*Grand PhD in Medical Sciences, Professor of the Department of Pediatric Dentistry and orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
nadavletshin@bashgmu.ru***Natalya V. MAKUSHEVA** ORCID ID 0000-0002-0410-1445*PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry and orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
nvmakusheva@bashgmu.ru***Anna G. BILAK** ORCID ID 0009-0007-2445-0507*Assistant Professor, Department of Pediatric Dentistry and orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
agbilak@bashgmu.ru***Galina G. AKATYEVA** ORCID ID 0000-0002-9085-9323*PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
ggakatyeva@bashgmu.ru***Elena G. EGOROVA** ORCID ID 0000-0001-6564-2088*PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
eegorova@bashgmu.ru***Oleg S. CHUYKIN** ORCID ID 0000-0003-4570-4477*PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
oschuykin@bashgmu.ru***Guzel R. AFLAKHANOVA** ORCID ID 0000-0002-0954-6056*PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
grafalakhanova@bashgmu.ru***Tatyana V. SNETKOVA** ORCID ID 0000-0002-9772-8238*PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia
tvsnetkova@bashgmu.ru***Correspondence address: Natalya V. MAKUSHEVA**

450000, Rep. Bashkortostan, Ufa, st. Kirova, 91, apt. 292

+7 (903) 352-02-07

nvmakusheva@bashgmu.ru

For citation:*Chuykin S.V., Davletshin N.A., Makusheva N.V., Bilak A.G., Akatieva G.G., Egorova E.G., Chuykin O.S., Aflakhanova G.R.**CLINICAL CASE: PLASTY OF AN EXTENSIVE HARD PALATE DEFECT AFTER URANOPLASTY USING A PEDICAL FLAP FROM THE TONGUE. Actual problems in dentistry.2025; 43: 166-171. (In Russ.)*

© Chuykin S.V. et al., 2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-166-171

Received 29.10.2025. Accepted 27.11.2025

Введение

Хирургическое лечение пациентов с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области, сопровождающейся одновременно аномалиями других органов и систем, представляет собой сложную задачу. Для успешной коррекции таких состояний необходима глубокая интеграция знаний об индивидуальных особенностях пациентов, детальной диагностике сопутствующих пороков, а также обоснованное планирование последовательности, объема и сроков выполнения хирургических вмешательств [3]. Несмотря на непрерывное совершенствование оперативной техники при хирургическом лечении врожденной расщелины неба не всегда удается добиться безукоризненных отдаленных результатов [6–8, 13]. В литературе представлено множество исследований, посвященных реконструкции дефектов неба, большинство из которых посвящено хирургии опухолей. Несмотря на то, что применение свободных лоскутов у пациентов с расщелинами неба не является новым подходом, статей на эту тему крайне мало [4, 9, 10, 14, 15]. Из-за врожденной гипоплазии мягких тканей неба, и множества других причин после операции у части пациентов остаются остаточные дефекты. При этом происходит попадание частиц пищи и жидкостей в полость носа во время приема пищи. Такие дефекты также нарушают функцию речи [11]. Из-за врожденного дефицита слизистой, надкостницы, и костной ткани не всегда удается закрыть дефект местными тканями [1, 5, 12]. Это создает дискомфорт пациенту, и нарушает качество жизни. Это усложняет реабилитацию пациента, приводит к инвалидизации, лишает человека возможности социально адаптироваться [2]. Известен способ закрытия дефекта твердого неба лоскутом с языка предложенный Guerrero-Santos, и усовершенствованный в 1972 г. Г. В. Кручинским.

Целью данной работы является описание результата хирургического лечения остаточного обширного дефекта переднего отдела твердого неба после уранопластики.

Клинический случай

Мальчик 13 лет. Диагноз: врожденная полная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба, состояние после уранопластики, обширный остаточный дефект переднего отдела твердого неба (рис. 1).

Анамнез: ребенку в возрасте 2-х лет 8 месяцев выполнена щадящая уранопластика. По причине врожденного дефицита мягких тканей необычно широкой расщелины во время первичной операции не удалось полноценно ушить расщелину на всем протяжении. Из-за этого в переднем отделе остался достаточно большой дефект. В возрасте 5 лет ребенку была проведена вторичная операция — пластика дефекта местными тканями. На фоне присоединившейся сопутствующей соматической патологии (ОРВИ, бронхит, ринит) произошло расхождение краев раны. Ребенку была изготовлена ортодонтическая внутриротовая расширяющая пластинка, временно закрывающая дефект.

Местно: мягкое небо достаточной длины, рубец малозаметный, размеры дефекта 25х30 мм, размеры структур твердого неба вокруг дефекта 7–8 мм.



Рис. 1. Обширный остаточный дефект переднего отдела твердого неба при первичном осмотре

Fig. 1. Extensive residual defect of the anterior hard palate at initial examination

Речь у ребенка чистая, ринолалии не отмечается.

Детали предоперационной подготовки после проведенного клинического обследования:

1. Мониторинг основных показателей (пульс, дыхание, кровяное давление, температура);
2. Управляемая общая назотрахеальная анестезия;
3. Осторожное вытяжение шеи в оптимальное для проведения операции положение;
4. Обеспечение защиты роговицы глаза (глазной гель, тэйпирование век);
5. Положение пациента на подогреваемом коврике (контролируемая температура нагрева).
6. Интраоперационное введение антибиотика в возрастной дозировке.

Хирургический этап

После назотрахеальной интубации проводилась тампонада глотки, затем проводилась местная анестезия с целью дополнительного обезболивания, и облегченной диссекции тканей и гемостатического эффекта. Инфильтрация мягких тканей неба проводилась раствором ропивакаина 0,25 % в разведении с эпинефрином 1:100000, максимальная дозировка 1мл/кг. Период выжидания до разреза составляет 5–7 мин.

Затем проведена разметка контуров предполагаемого лоскута на ножке с языка (рис. 2).

Выкроены мягкие ткани вокруг дефекта, мобилизованы и опрокинуты в область дефекта. Края выкроенных мягких тканей ушиты между собой, закрывая дефект первым слоем (рис. 3).

Инфильтрация мягких тканей языка проводилась раствором ропивакаина 0,25 % в разведении с эпинефрином 1:100000, максимальная дозировка 1мл/кг. Период выжидания до разреза составляет 5–7 мин.

Следующим этапом было выкраивание лоскута на ножке с языка: ширина лоскута 35 мм, толщина 7 мм. Выполнялся гемостаз.

Рана на языке ушивалась наглухо швами викрил 4–0 (рис. 4).

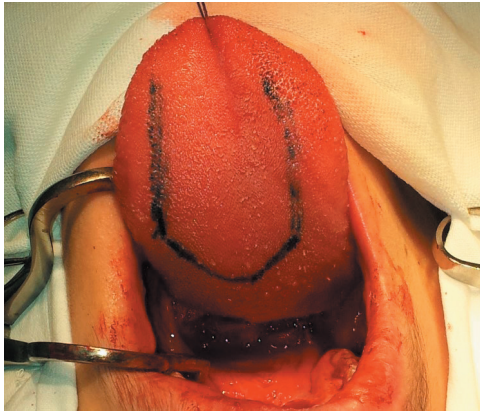


Рис. 2. Этап операции: разметка контуров предполагаемого лоскута на ножке с языка
Fig. 2. Stage of the operation: marking the contours of the proposed pedicle flap from the tongue

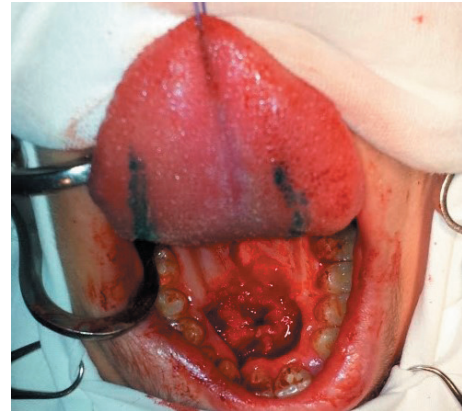


Рис. 3. Этап операции: края выкроенных мягких тканей ушиваются между собой
Fig. 3. Stage of the operation: the edges of the cut soft tissues are sutured together



Рис. 4. Этап операции выкраивания лоскута на ножке с языка
Fig. 4. Stage of the operation of cutting out a flap on a pedicle from the tongue

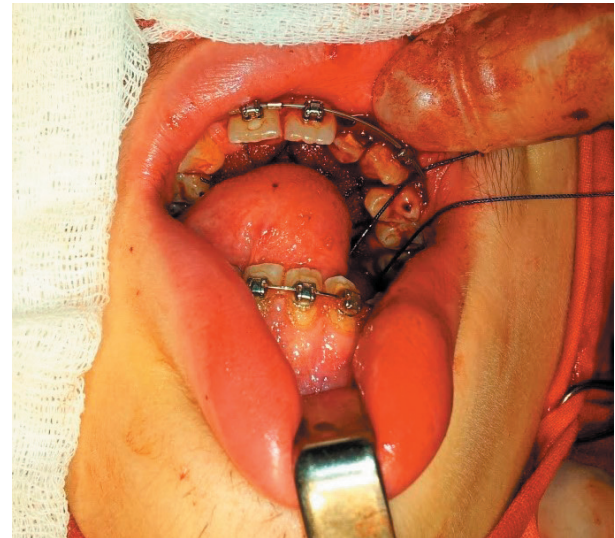


Рис. 5. Завершающий этап операции
Fig. 5. The final stage of the operation

Выкроенный лоскут на ножке с языка распластывался и укладывался на слизистую первого слоя в области дефекта твердого неба. Подшивание лоскута к опрочинутым мягким тканям первого слоя и краям дефекта проводилось начиная с дистальной части дефекта.

Лоскут полностью фиксировали швами викрил 4–0 к слизистой первого слоя и к мягким тканям по краям дефекта. Удалили глоточный тампон. Затем выполнялась санация операционного поля аспиратором, операция на этом завершалась (рис. 5, 6).

На рисунке 6 представлена схема операции закрытия дефекта твердого неба лоскутом на ножке с языка по Г.В.Кручинскому (рис. 6).

Послеоперационный уход:

1) Адекватное обезболивание;

- 2) Антибиотикотерапия по показаниям;
- 3) Орошение раны водным раствором антисептика «Хлоргексидин» или «Мирамистин» после еды;
- 4) Жидкая пища в течение 7–8 дней.
- 5) Накладывалась пращевидная повязка для предотвращения попытки открывания рта.

Через 12 суток под местным обезболиванием путем инфильтрации мягких тканей ножки лоскута с языка раствором ропивакаина 0,25 % в разведении с эпинефрином 1:100000, максимальная дозировка 1мл/кг. Через 5–7 минут после наступления обезболивания проведено отсечение ножки по краю подшитых к дефекту тканей. Остаточная рана на языке ушита наглухо швами викрил 4–0 (рис. 7). Через сутки швы сняты, пациент выписан.

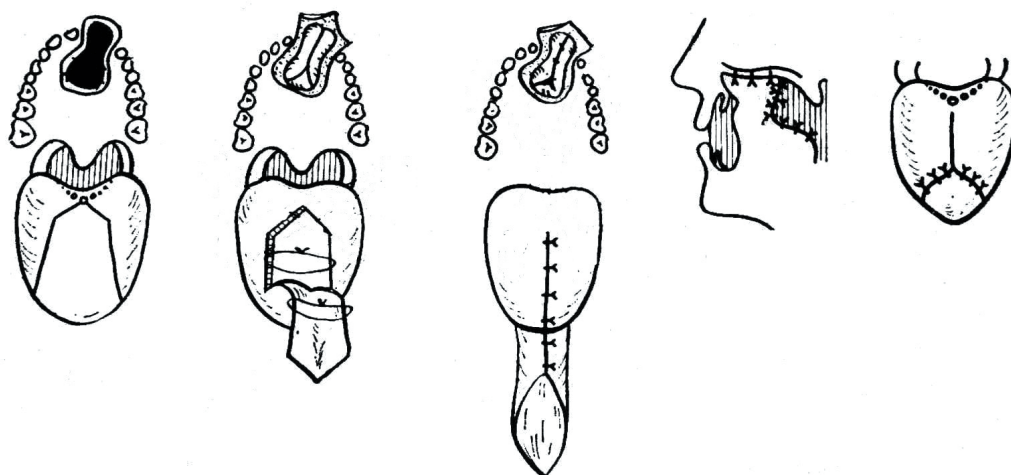


Рис. 6. Схема операции по Г.В. Кручинскому

Fig. 6. Scheme of the operation according to G. V. Kruchinsky



Рис. 7. Фото через одни сутки после отсечения ножки лоскута на ножке с языка

Fig. 7. Photo taken one day after removal of the pedicle flap from the tongue



Рис. 8. Состояние тканей твердого неба через 3 месяца после операции

Fig. 8. Condition of the hard palate tissues 3 months after surgery

При контрольном осмотре ребенка через 3 месяца слизистая мягкого и твердого неба бледно-розового цвета. Эпителизовавшийся пересаженный лоскут несколько выступает над поверхностью слизистой твердого неба. Жалоб на попадание жидкости в полость носа не предъявляет. Остаточный дефект переднего отдела твердого неба полностью закрыт (рис. 8). Пациенту рекомендовано продолжить лечение у ортодонта с целью коррекции окклюзии.

Так как ребенок после операции получал логотерапию, нами, совместно с логопедом проведено речевое обследование данного ребенка. Назализация голоса отсутствует.

Заключение

Примененная методика пластики лоскутом на ножке с языка позволила полностью закрыть обширный дефект переднего отдела твердого неба, и тем самым предотвратить попадание пищи в полость носа, что улучшило качество жизни пациента.

При невозможности закрытия обширных дефектов твердого неба местными тканями, пластика дефектов лоскутом на ножке с языка является основным альтернативным способом хирургической помощи.

Литература/References

1. Ешиев А. М. Местная пластика послеоперационного дефекта твердого неба после пластики по поводу врожденной расщелины неба. Тенденции развития науки и образования. 2022;(85–9):31–33. [Yeshiev A. M. Local plastic surgery of the postoperative hard palate defect after plastic surgery for congenital cleft palate. Tendencies of development of science and education. 2022;(85–9):31–33. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.18411/tmio-05-2022-384>
2. Митропанова М. Н., Аюпова Ф. С., Назлиева А. С., Раад Ж. Способ оценки дефекта твердого неба у детей. Стоматология детского возраста и профилактика. 2025;25(2):145–150. [Mitropanova M. N., Ayupova F. S., Nazlieva A. S., Raad J. Method for assessing hard palate defects in children. Pediatric dentistry and dental prophylaxis. 2025;25(2):145–150 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.33925/1683-3031-2025-912>
3. Рогожина Ю. С., Блохина С. И., Бимбас Е. С. К вопросу хирургического лечения пациентов с врожденной расщелиной челюстно-лицевой области, сочетанной с аномалиями других органов и систем. Стоматология детского возраста и профилактика. 2023;23(3):281–294. [Rogozhina Yu. S., Blokhina S. I., Bimbass E. S. On the issue of surgical treatment of patients with congenital orofacial clefts combined with other organ and system comorbidities. Pediatric dentistry and dental prophylaxis. 2023;23(3):281–294. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.33925/1683-3031-2023-658>

4. Чкадуа Т.З., Олтаржевская Н.Д., Согоачев Г.В., Смирнова Л.Е., Егиазарян А.К., Медушева Е.О. Применение современных раневых покрытий при устранении дефектов неба у пациентов с расщелиной губы и неба. Стоматология. 2025;104(1):23–28. [Chkadua T. Z., Oltarzhetskaya N. D., Sogachev G. V., Smirnova L. E., Egiazaryan A. K., Medusheva E. O. The use of modern wound dressings based for the treatment of palatal defects in patients with cleft lip and palate. Stomatology. 2025;104(1):23–28. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/stomat202510401123>
5. Abdel-Aziz M., Talaat A., El-Tahan A. R., Kamel A., Ghandour H., Abdel-Hameed A. Pharyngeal flap for a poorly repaired cleft palate with posterior palatal defect. International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2020;133:109977. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.109977>
6. Aboulhassan M. A., Refahee S. M., Sabry S., Abd-El-Ghafour M. Effects of two flap palatoplasty versus furrow palatoplasty with buccal myomucosal flap on maxillary arch dimensions in patients with cleft palate at the primary dentition stage: a cohort study. Clinical oral investigations. 2023;27(9):5605–5613. <https://doi.org/10.1007/s00784-023-05182-0>
7. Adeyemo W. L., Ibikunle A. A., James O., Taiwo O. A. Buccal Fat Pad: A Useful Adjunct Flap in Cleft Palate Repair. Journal of maxillofacial and oral surgery. 2019;18(1):40–45. <https://doi.org/10.1007/s12663-018-1100-9>
8. Akbulut N., Altan A., Sen E. Cleft Palate Repair with Orbicularis Oris Plus Buccal Mucosal Flap: A New Double Layered-Technique. Journal of dentistry (Shiraz). 2023;24(3):348–351. <https://doi.org/10.30476/dentjods.2022.94504.1795>
9. Fujimoto Y., Tanaka S., Otsuki K., Yamanishi T., Isomura E., Yokota Y. et al. Labial Vestibular Flap Closure of the Cleft Palate Is Advantageous for Maxillary Development. The Cleft palate-craniofacial journal. 2023;60(2):233–242. <https://doi.org/10.1177/10556656211065944>
10. Gur E., Tiftikcioglu Y. O. Free Flap Reconstruction of Recalcitrant Defects in Cleft Palate Patients. The Journal of craniofacial surgery. 2023;34(4):1335–1339. <https://doi.org/10.1097/SCS.00000000000009237>
11. Khan K., Hardwicke J., Seselgyte R., Morris P., Thorburn G., Kangesu L. et al. Use of the Sphenoid Flap in Repair of the Wide Cleft Palate. The Cleft palate-craniofacial journal. 2018;55(3):437–441. <https://doi.org/10.1177/1055665617732781>
12. Minatel L., Marcela de Luna Gomes J., Aparecido Araújo Lemos C., Justino de Oliveira Limirio J. P., Pellizzer E. P. Influence of vomer flap on craniofacial growth in patients with cleft lip and palate: A systematic review. Journal of cranio-maxillo-facial surgery. 2019;47(6):902–908. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2019.03.011>
13. Mommaerts M. Y., Gundlach K. K., Tache A. Flip-over flap” in two-stage cleft palate repair. Journal of cranio-maxillo-facial surgery. 2019;47(1):143–148. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2018.10.019>
14. Railean S., Poshtaru C., Lupan R., Nabila O. Primary correction of the nasal deformity on patients with unilateral cleft lip. Bulletin of the Academy of Sciences of Moldova. Medical Sciences. 2022;(2):54–59. <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2022.2-73.07>
15. Vandenberg K., Castle M., Qeadan F., Kraai T. Oronasal Fistula Incidence Associated With Vomer Flap Repair of Cleft Palate: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Cleft palate-craniofacial journal. 2021;58(8):957–965. <https://doi.org/10.1177/1055665620974562>