

фізичних вправ; відновлення комунікативних навичок через використання різних групових та індивідуальних вправ, аутогенного тренування, дихальних вправ дозволяють суттєво зменшити показники переживання, стресу, покращення емоційного здоров'я, що свідчить про ефективність психологічної підтримки.

## **ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ В РАННЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ УРАНОСТАФІЛОПЛАСТИКИ**

*Ткаченко П.І., Доленко О.Б., Лохматова Н.М., Попело Ю.В., Білоконь С.О., Коротич Н.М.*

Полтавський державний медичний університет. Україна

Вроджені вади розвитку обличчя, особливо це стосується щілинних дефектів верхньої губи та піднебіння, представляють досить значний інтерес для клініцистів як в плані поетапного лікування, так і послідовності проведення реабілітаційних заходів. Цьому напрямку присвячено ряд фундаментальних і періодичних наукових напрацювань, які переважно стосуються розробки та реалізації ефективних профілактичних заходів по запобіганню, саме у віддалені терміни післяопераційного періоду, деформацій верхньої щелепи.

Задля вирішення цього актуального питання на сьогодні виникає нагальна потреба в комплексному супроводі цих пацієнтів на всіх етапах як медичного, так і соціального спрямування. Не є виключенням і хірургічна складова, адже навіть до теперішнього часу не існує єдиного погляду на способи та методи, які можуть з успіхами застосовуватися в якості запобіжних заходів спрямованих на усунення, або пом'якшення впливу несприятливих факторів, що можуть відігравати провідну роль в загоєнні рани після оперативного втручання на піднебінні.

**Метою роботи** стало удосконалення заходів спрямованих на попередження розвитку ускладнень в ранньому післяопераційному періоді у дітей після радикальної ураностафілопластики.

В розробку було включено 29 дітей з вродженими однобічними незрощеннями піднебіння віком від 3 до 5 років, що були розділені на 2 групи. В першу групу увійшли 15 осіб, які проходили всі етапи лікування за традиційною схемою і 14, котрі за 7 днів до та 14 в післяопераційному періодах додатково отримували внутрішньом'язово поліпептидний препарат в розрахунку на кг / маси тіла. У зв'язку з тим, що після операції на піднебінні знаходився підшитий захисний йодоформний тампон, ми наводимо клінічні дані та результати додаткових методів дослідження починаючи з 5-6 доби.

На цей час в групі дітей, які отримували комплекс лікувальних заходів, що найчастіше застосовуються на післяопераційному етапі, відкрита ранова поверхня у всіх відділах піднебіння мала білісувато-сірий відтінок за рахунок нашарування фіброзної плівки. Краї рани мали оточуючий вінчик гіперемії від шириною 1 до 3 мм. Сама ранова поверхня западала по відношенню до оточуючих тканин і її глибина була досить різною в окремих анатомічних ділянках. Місцями кісткова тканина на піднебінні не була закрита грануляціями.

На 11-12 добу після операції вінець гіперемії по краю ранової поверхні був помітно виражений в межах твердого піднебіння, а в ділянці м'якого та крилоподібно-щелепних складок він був від 1 до 2 мм, а кістка на всій протяжності прикрита соковитими грануляціями, які мали в окремих місцях нашарування фібринозної плівки.

На даний час спостереження у 2 дітей даної групи спостерігалось повне розходження швів на увулі і у 1 дитини на межі твердого та м'якого піднебіння. У 2 хворих мало місце їх часткове розходження в поверхневому епітеліальному шарі на рівні м'якого піднебіння та язичка і у однієї дитини виник залишковий дефект на межі твердого та м'якого піднебіння. Отже

ускладнений перебіг ранового процесу, в цій групі склав 1,5%, а кількість ускладнень становив 2,7%.

В іншій групі, що складалася з 14 хворих і додатково отримала поліпептидний препарат на 5-6 добу шви на рані були фіксовані добре, а сама ранова поверхня була вкрита щільним шаром фібрину. Вінець гіперемії навколо рани сягав 1,0 до 1,5 мм на піднебінні і до 2 мм в ділянці крилоподібно-щелепних складок. Сама ранова поверхня западала над проекцією кістки твердого піднебіння і повністю була прикрита на всьому протязі соковитими грануляціями.

На 11-12 добу після оперативного втручання гіперемія спостерігалась по краях рани осередково і в деяких місцях досягала лише 1 мм. Ранова поверхня була повністю, але нерівномірно виповнена соковитими грануляціями, що залягали на рівні оточуючих тканин та були ознаки крайової епітелізації, за винятком крилоподібно-щелепних складок.

На даний час була встановлена наявність повного розходження швів на увулі і у 2 випадках часткового на межі твердого та м'якого піднебіння. За таких умов кількість хворих з незадовільним перебігом ранового процесу після проведення радикальної ураностафілопластики також становила 1,3 %, зате пацієнти з ускладненням склали лише 0,7%.

Таким чином, додаткове залучення до складу комплексу лікувальних заходів поліпептидного препарату в до – і післяопераційному періодах після проведення радикальної ураностафілопластики дозволило досягти на час клінічного одужання повного закриття ранових поверхонь на кістці твердого піднебіння у всіх ділянках за рахунок повноцінної репаративної регенерації оточуючих їх м'яких тканин. Це дозволило зменшити кількість хворих з незадовільним перебігом ранового процесу після оперативного втручання з приводу наявності вродженого незрощення піднебіння, що призвело до зменшення випадків виникнення залишкових дефектів в 3,8 рази.