

Оценка мезофарингса с позиций планирования хирургического вмешательства на мягком нёбе.

Шафета Олег Борисович

Национальный медицинский университет, Киев

Научный(-е) руководитель(-и) – доктор медицинских наук, профессор Яковенко

Людмила Николаевна, Национальный медицинский университет, Киев

Введение

Оценка тканей велофарингеального комплекса, и, в частности, мезофарингса определяет методику хирургического вмешательства на нёбе при его несращениях, дает возможность спрогнозировать развитие велофарингеальной недостаточности.

Цель исследования

Определить возрастные изменения анатомо-топографических взаимоотношений тканей мезофарингса для планирования хирургического вмешательства на мягком нёбе.

Материалы и методы

Проанализированы 10 МРТ детей без патологии в возрасте от 4 мес. до 16 лет и 5 МРТ детей с несращением мягкого нёба в возрасте от 7 до 9 лет. Определены анатомо-топографические характеристики мезофарингса: ширину мезофарингса, длину мягкого нёба, объём лимфоидной ткани.

Результаты

По данным МРТ установлено, что ширина мезофарингса у детей в норме составляет $0,56 \pm 0,04$ мм и не изменяется с возрастом от 4 месяцев до 16 лет. Параметрами влияющими на ширину мезофарингса являются: длина мягкого нёба и объём лимфоидной ткани в нем. Длина мягкого нёба увеличивается с $12,3 \pm 3,6$ мм до $39,6 \pm 1,8$ мм с пиками роста в 4 и 9 лет, после чего статистически недостоверно прибавляет в размере. Степень заполнения лимфоидной тканью мезофарингса с возрастом уменьшается. Так, до 1 года у детей лимфоидная ткань заполняет около $2/3$ площади верхних воздухоносных путей, а с 1 года до 7 лет – до $1/2$. К 16 годам лимфоидная ткань в мезофарингсе представляется тонкой полоской шириной до 2 мм. Вместе с увеличением длины мягкого нёба объём лимфоидной ткани уменьшается, что имеет пропорционально уравнивающую связь и поддерживает стабильную ширину мезофарингса. У детей с несращением мягкого нёба увеличена ширина мезофарингса в 3,3 раз по сравнению с нормой, а длина его уменьшена в 1.3-2 раза по сравнению с нормой. Лимфоидная ткань у них гипертрофированная и заполняет $2/3$ мезофарингса. Она выполняет компенсаторную роль для формирования нёбно-глоточного замыкания, тем самым частично поддерживает ширину мезофарингса. Поэтому, для успешного нёбно-глоточного замыкания в отдалённый послеоперационный период необходимо учитывать все составляющие велофарингеального комплекса, особенно размеры мезофарингса. Это анатомо-топографическое соотношение тканей мезофарингса необходимо для планирования велопластики с обязательной эффективной ретропозицией его тканей.

Выводы

Для планирования хирургических вмешательств на нёбе у детей с несращениями его обязательным является проведение МРТ исследования и определения значений ширины мезофарингса, длины мягкого нёба и степени заполнения лимфоидной тканью. Показания к аденоидэктомии у детей с несращениями мягкого нёба должны определяться челюстно-лицевыми хирургами и ЛОР-врачами совместно.