

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ДВУСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

Ражабов А.А., Раджабов А.Б.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Цель, Проведение сравнительного анализа отдалённых результатов первичной хейлопластики по методу Лимберга, Милларда и по методике Обуховой-Теннисон, и разработать определения показания к их применению с учётом степени недоразвития мягких тканей срединного фрагмента.

Материал и методы. Авторами на достаточно небольшом клиническом материале проведена сравнительная оценка результатов первичной хейлопластики, определены показания к применению каждого метода с учётом анатомических и эстетических результатов. Установлены клинко-анатомические изменения после различных методов первичной хейлопластики, что позволило обосновать выбор метода операции с учётом степени недоразвития срединного фрагмента.

Ключевые слова: оценка, расщелина, хейлопластика, губы, нёбо

ИККИ ТОМОНЛАМА ЮҚОРИ ЛАБ ВА ТАНГЛАЙ КЕМТИКЛИГИ БИЛАН ТУФИЛГАН БОЛАЛАРДА БИРЛАМЧИ ХЕЙЛОПЛАСТИКА НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Ражабов А.А., Раджабов А.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Мақсад, ўрта юмшоқ тўқималар ривожланишини ҳисобга олиб Хейлопластика усулини танлашда Лимберг, Милларда ва ОБУХОВА-ТЕННИСОН усулларида ўтказилган қийёсий таҳлил натижалари асосида бирламчи хейлопластика критериялари ишлаб чиқишли.

Натижа ва усуллар, муаллифлар томонидан етарлича катта бўлмаган клиник материалда бирламчи хейлопластика натижалари қийёсий баҳоланган, анатомик ва эстетик натижаларини ҳисобга олган ҳолда ҳар бир усулнинг қўлланилиши аниқланган. Хейлопластика усулини танлашда ўтказилган қийёсий таҳлил натижалари асосида бирламчи хейлопластика критериялари ишлаб чиқилган.

Калит сўзлар: баҳолаш, кемтиклик, хейлопластика, лаблар, танглай.

EVALUATION OF THE RESULTS OF PRIMARY CHEILOPLASTY IN CHILDREN WITH CONGENITAL BILATERAL CLEFT OF UPPER LIP AND PALATE

Rajabov A.A., Radjabov A.B.

Bukhara State Medical institute named after Abu Ali Ibn Sina.

✓ Resume,

The goal, A comparative analysis of the long-term results of primary cheiloplasty according to the method of Limberg, Millard and Obukhova-Tennyson, and develop definitions of indications for their use, taking into account the degree of underdevelopment of soft tissues of the middle fragment. Material and methods. Comparative estimation of the results of primary labioplasty has been held on enow lesser clinical material; statements to usage of each method inclusive of anatomic and aesthetic results have been defined. Clinical-anatomic changes have been established after various methods of primary labioplasty which allowed proving the choice of operation method inclusive of the degree and form of rhegma.

Keywords: assissment, cheiloplasty, cleft, lips, palate

Актуальность

Врожденная расщелина верхней губы и нёба (ВРГН) является тяжёлым пороком развития зубочелюстной системы, который характеризуется выраженными структурными и функциональными нарушениями. Возможно, нет другой врожденной деформации, которая значительно изменяет форму лица и приводит к столь значительным анатомическим и функциональным нарушениям [1,2,5,6,7,8,9,10,11].

Оперативное лечение врождённых двухсторонних расщелин занимает особое место по своей актуальности, многообразию оперативных методов и множеству нерешённых вопросов. Среди большого разнообразия способов первичной пластики врожденной расщелины губы и неба в настоящее время нет

предпочтения какой-то одной методике. Использование новых способов хирургического лечения не всегда оказывается рациональным и не дает возможности в полном объеме провести реабилитацию ребёнка с данной патологией [3,4].

Анализ литературы последних лет показывает, что на сегодняшний день разработаны и применяются более сотни видов хейлопластики. Каждый из этих методов имеет свои положительные и отрицательные стороны, что позволяет хирургам индивидуализировать методику оперативного подхода в каждом конкретном случае.

В отечественной и зарубежной литературе уделено недостаточное внимание вопросу первичной хейлопластики с выбором наиболее оптимальных мето-

дов, учитывающих степень недоразвития мягких тканей срединного фрагмента.

Несмотря на ряд исследований по совершенствованию способов первичной хейлопластики, вопросу сравнительного анализа методов устранения врождённых двусторонних расщелин верхней губы и нёба, не уделено достаточно должного внимания. Актуальность поставленной проблемы и недостаточная её освещённость в научной литературе явилось основным мотивом выполнения данной работы.

Цель исследования

Проведение сравнительного анализа отдалённых результатов первичной хейлопластики по методу Лимберга, Милларда и по методике Обуховой-Теннисон, определить показания к их применению с учётом степени недоразвития мягких тканей срединного фрагмента.

Материал и методы

Материалом для нашего исследования явились результаты хирургического лечения детей с врожденной двухсторонней расщелиной верхней губы и нёба. Под наблюдением и лечением в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарской областной больницы и в ЛОР отделении областной детской больницы за период с 2014 по 2017 годы находились 31 больных с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и нёба, в возрасте от 6 месяцев до 6 лет. Из них мальчиков 19, девочек 12. Из общего числа детей с врожденной расщелиной губы и нёба по методу Лимберга было оперировано 8 детей. С расщелиной губы и нёба по методу Милларда было оперировано 13 детей. Количество больных, которым была проведена хейлопластика методом Обуховой-Теннисон составило 10 детей.

С помощью антропометрического метода был проведён сравнительный анализ результатов первичной хейлопластики по методам Лимберга, Обуховой-Теннисон и Милларда через 1-2 года после вмешательства. Для этого на носу и верхней губе проводили замеры, взяв за основу методы антропометрического исследования Р.Д. Новоселова (1978), Т.В. Шаровой, Л.П. Герасимовой (1991), S. Mahn(1980).

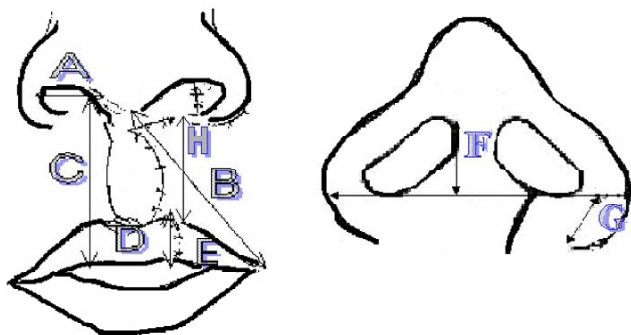


Рисунок. Схема измерений губы и носа.

Измерения губы: A/A1- ширина преддверия носа, B/B1- расстояние от угла рта до середины колумеллы с обеих сторон, C/C1- высота от нижнего края верхней губы до входа в преддверие носа, D/D1- рас-

стояние между выступающими точками линии Купидона, E/E1- расстояние между выступающей точкой линии Купидона до нижнего края верхней губы с каждой стороны. Высота губы, H/H1- высота кожной части верхней губы, разность параметров C и E.

Измерения носа: F/F1- длина колумеллы с обеих сторон, G/G1- длина филтрума с обеих сторон (рисунок).

Данные результатов антропометрического исследования у оперированных пациентов по трём методам сравнивали с контрольными средневозрастными показателями у детей.

Полученные цифровые показатели оценивали по 6 - бальной шкале: 1-2 балла - неудовлетворительный результат - разница при сравнительной оценке какого-либо параметра между оперированными больными и контрольными здоровыми детьми превышает 4 мм.; 3-4 балла - удовлетворительный результат - разница при сравнительной оценке какого-либо параметра между оперированными больными и контрольными здоровыми детьми равен 3-4 мм.; 5-6 баллов - хороший результат. Разница при сравнительной оценке составляет 1-2 мм.

Кроме этого результаты хейлопластики оценивали на основании опроса родителей по 5 - бальной шкале.

Результат и обсуждение

Фотометрическое исследование показало, что ширина преддверия носа (A) у детей оперированных методом Обуховой - Tennison составила $1,1 \pm 0,01$ см., в контрольной группе $0,71 \pm 0,02$ см. Сравнивая полученные результаты, получили разницу в среднем в 3,9 мм. По бальной системе это составило 3-4 балла - удовлетворительный результат. Анализируя полученные данные при первичной хейлопластике по Millard D.R. отмечено: у оперированных детей $0,64 \pm 0,01$ см., у детей контрольной группы $0,71 \pm 0,02$ см. Ширина преддверия носа имела разницу в 0,7 мм., 5-6 баллов - хороший результат. Ширина преддверия носа у детей, оперированных методом Лимберга составила $0,66 \pm 0,02$ см., в контрольной группе $0,71 \pm 0,02$ см. Сравнивая полученные результаты, получили разницу в среднем в 0,5 мм. По бальной системе это составило 5-6 баллов - хороший результат.

Расстояние от угла рта до середины основания колумеллы с обеих сторон (B). По этому показателю при операции по Обуховой-Теннисон разница в контрольных и оперированных группах составила 0,6 мм., 5-6 баллов. Это хороший результат. При хейлопластике методами Милларда и Лимберга отмечались почти одинаковые параметры как в контрольных, так и в оперированных группах. Результат можно расценивать как хороший.

Высота от нижнего края верхней губы до входа в преддверие носа (C). По методу Обуховой-Tennison у оперированных детей этот показатель составил $2,61 \pm 0,02$ см., у детей контрольной группы - $2,2 \pm 0,02$ см. Разница между ними составила 4,1 мм. - неудовлетворительный результат, 1-2 балла.

Что касается данного параметра по Millard D.R., то у оперированных детей он составил $1,9 \pm 0,02$ см., в контрольной группе - $2,2 \pm 0,02$ см. Разница между ними составила 3 мм, удовлетворительный результат. При методе Лимберга этот показатель у оперированных

детей составил $1,85 \pm 0,02$ см, у здоровых - $2,2 \pm 0,02$ см. Разница составила 3,5 мм, 5-6 баллов, удовлетворительный результат.

Расстояние между выступающими точками линии Купидона (D). Полученные данные как у оперированных, так и у здоровых детей при всех трёх методиках не выявили отличий. По методу Обуховой-Теннисона этот показатель составил $0,66 \pm 0,01$ см. как в контроле, так и после хейлопластики. При хейлопластике по методу Millard D.R. и Лимбергу это расстояние составило $0,66 \pm 0,01$ см., после операции $0,65 \pm 0,01$ см., разница составила 0,1 мм., 5-6 баллов хороший результат.

Высота красной каймы в выступающих точках (E). При хейлопластике по Обуховой - Теннисон этот показатель у оперированных детей составил $0,63 \pm 0,02$ см., у контрольных детей - $0,65 \pm 0,04$ см. Разница составила до 1 мм, 5-6 баллов, хороший результат. При хейлопластике по Millard D.R. это расстояние составило $1,03 \pm 0,02$ см., в контроле - $0,65 \pm 0,04$ см. Разница составила 3,8 мм, 3-4 балла - удовлетворительный результат. При методе Лимберга этот показатель у оперированных детей составил $0,95 \pm 0,03$ см и $0,65 \pm 0,02$ см. у здоровых детей. Разница составила 0,3 мм, 5-6 баллов - хороший результат.

Высота кожной части перегородки носа (F). Существенные отличия были обнаружены после хейлопластики по методу Обуховой-Теннисона. Данные составили $0,31 \pm 0,01$ см. у оперированных и $0,53 \pm 0,01$ см. у контрольных детей. Разница составила 2,2 мм. По методу Millard D.R. $0,44 \pm 0,01$ см. у оперированных детей и $0,53 \pm 0,01$ см. у здоровых, 5-6 баллов, хороший результат. По методу Лимберга у оперированной группы это расстояние составило $0,46 \pm 0,02$ см., в контроле $0,53 \pm 0,01$ см., 5-6 баллов, хороший результат.

Западение основания крыла носа (G). По методу Обуховой-Теннисона этот показатель у оперированных детей составил $0,68 \pm 0,01$ см., в контрольной группе - $0,42 \pm 0,02$ см. Разница составила 2,6 мм., 3-4 балла - удовлетворительный результат. При хейлопластике по методу Millard D.R. это расстояние составило $0,40 \pm 0,01$ см. и $0,42 \pm 0,02$ см. у контрольных детей. Разница составила до 1 мм., хороший результат. При операции по методу Лимберга этот показатель составил $0,41 \pm 0,01$ см и $0,42 \pm 0,01$ см в контроле. Разница 0,1 мм - хороший результат.

Высота кожной части верхней губы (H). По этому показателю при операции по Обуховой - Теннисон разница в контрольных и оперированных группах составила 2,6 мм., 3-4 балла. Можно расценить, как удовлетворительный результат. При хейлопластике методом Милларда этот показатель у оперированных детей составил $0,87 \pm 0,01$ см., в контроле $1,45 \pm 0,02$ см. Разница 5,8 мм., результат неудовлетворительный. При методе Лимберга это расстояние у оперированных детей составило $0,91 \pm 0,02$ см., в контроле $1,45 \pm 0,02$ см. Разница 5,4 мм. Результат можно расценивать как неудовлетворительный.

Результаты субъективного опроса родителей: после оперативного лечения с использованием метода Милларда: рубец не заметен - у 10 (76,9%) больных, рубец заметен - у 3 (23,1%), красная кайма непрерывна - у 9 (69,2%), красная кайма прерывна - у 4 (30,8%), высота верхней губы восстановлена - у 8 (61,5%), высота верхней губы не восстановлена - у 5 (38,5%), высота верхней губы симметрична с обеих сторон - у

6 (46,1%), высота верхней губы не симметрична с обеих сторон - у 7 (53,9%), уплощения крыла носа нет - у 11 (84,6%), крыло носа уплощено - у 2 (15,4%).

После хирургического лечения по методу Теннисона - Обуховой: рубец не заметен - у 3 (30,0%) больных, рубец заметен - у 7 (70,0%), красная кайма непрерывна - у 8 (80,0%), красная кайма прерывна - у 2 (20,0%), высота верхней губы восстановлена - у 9 (90,0%), высота верхней губы не восстановлена - у 1 (10,0%), высота верхней губы симметрична с обеих сторон - у 6 (60,0%), высота верхней губы не симметрична с обеих сторон - у 4 (40,0%), уплощения крыла носа нет - у 2 (20,0%), крыло носа уплощено - у 8 (80,0%).

После операции по методу Лимберга: рубец не заметен - у 5 (62,5%) больных, рубец заметен - у 3 (37,5%), красная кайма непрерывна - у 5 (62,5%), красная кайма прерывна - у 3 (37,5%), высота верхней губы восстановлена - у 4 (50,0%), высота верхней губы не восстановлена - у 4 (50,0%), высота верхней губы симметрична с обеих сторон - у 3 (37,5%), высота верхней губы не симметрична с обеих сторон - у 5 (62,5%), уплощения крыла носа нет - у 6 (75,0%), крыло носа уплощено - у 2 (25,0%).

Вывод

Таким образом, применяемые при первичной хейлопластике линейные методы Милларда и Лимберга и методика Обуховой-Теннисон при правильном выборе показаний к их проведению, позволяют успешно восстановить анатомическую и функциональную целостность зоны дефекта. Для выбора методики двусторонней первичной хейлопластики определяющим фактором является степень недоразвития мягких тканей срединного фрагмента.

При недоразвитии мягких тканей срединного фрагмента на 2/3 его высоты наиболее приемлем метод перемещения треугольного лоскута по Обуховой-Теннисон, который даёт лучшие результаты с учётом восстановления правильного лука Купидона и анатомической целостности верхней губы с нормализацией подвижности круговой мышцы рта.

У детей с врождённой двусторонней расщелиной верхней губы и нёба при недоразвитии мягких тканей срединного фрагмента на 1/3 или 1/2 его высоты, целесообразно применение линейных методов Милларда и Лимберга. При этом наблюдаются менее заметные рубцы и максимально сохраняются ткани верхней губы, что служит залогом успешного выполнения завершающей реконструктивной операции у взрослых пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Амануллаев Р. А., Курбанходжаев Ш. Н., Шойусупова М. Т., Акбаров А.А. Влияние врожденной расщелины верхней губы и нёба на общее развитие ребенка // Вестник Ташкентской медицинской академии. -2013; 4:46-48. [Amanullaev R. A., Kurbanxodjaev SH. N., Shoyusupova M. T., Akbarov A.A. Vliyaniye vroidennoy rasshelini verkhney gubi i nyoba na obshee razvitiye rebenka // Vestnik Tashkenskoy meditsinskoy akademii. -2013; 4:46-48. (In Russ)]
2. Гранчук Г.Н. Размеры зубных рядов и лицевого скелета у взрослых при зубо - челюстных деформациях, обусловленных врожденным несращением в челюстно-лицевой области. //Стоматология. - 1987; 66(2):63-66. [Granchuk G.N. Razmeri zubnix ryadov i litsevo go skeleta u vzroslykh pri zubo - chelyustnix deformatsiyax,

- obuslovlennix vrojdennim nesrasheniem v chelyustno-litsevoy oblasti. //Stomatologiya. - 1987; 66(2):63-66. (In Russ)]
3. Козин И.А. Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица. - /М. Медицина, -1996; 347. [Kozin I.A. Esteticheskaya xirurgiya vrojdennix rasshelin litsa. - /M. Meditsina, -1996; 347. (In Russ)]
 4. Мамедов Ад.А. Алгоритм реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба /Ад.А.Мамедов Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. -/М.: МГМСУ, - 2012; 151-155. [Mamedov Ad.A. Algoritm reabilitatsii detey s vrojdennoy rasshelinoj verxney gubi i neba /Ad.A. Mamedov Vrojdennaya i nasledstvennaya patologiya golovi, litsa i shei u detey: aktualnie voprosi kompleksnogo lecheniya. -/M.: MGMSU, -2012; 151-155. (In Russ)]
 5. Махкамов Э.У., Муртазаев С.М., Комарин А.С. и др. Всасывание в кишечнике у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. //Стоматология. - 1987; 66(4):38-45. [Maxkamov E.U., Murtazaev S.M., Komarin A.S. i dr. Vsasivanie v kishechnike u detey s vrojdennimi rasshelinami verxney gubi i neba. //Stomatologiya. - 1987; 66(4):38-45. (In Russ)]
 6. Медведев М.В. Перинатальные исходы при врожденных пороках развития. // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии, - 2001; 4:260-267. [Medvedev M.B. Perinatalnie isxodi pri vrojdennix porokax razvitiya. // Ultrazvukovaya diagnostika v akusherstve, ginekologii i pediatrii, - 2001; 4:260-267. (In Russ)]
 7. Baskaran M, Packiaraj I, Arularasan SG, Divakar TK. Cleft rhinoplasty. //J Pharm Bioallied Sci. 2015 Aug; 7(Suppl 2):S691-4.
 8. Flinn W. The cleft lip nose: an update //Facial Plast Surg., -2006; 9(4):241-268.
 9. Hugentobler H. Wave - line procedure in the repair of cleft lip. / /J. max.-fac., -2006; 1:198-202.
 10. Recaman M. Cleft lip and palate. In McCarthy J.G. (ed) //Plastic Surgery. Volume 4: Cleft Lip and Palate and Craniofacial Anomalies. Philadelphia: WB Saunders, 2006.
 11. Slifer K.L. Lip Adhesion //J. Facial Plastic surgery. -2013; 9(3):188-195.

Поступила 04.05. 2019