

УДК 616.317-007.254-053.1-089.844

О. В. Пионтковская, В. А. Шевчук, Р. С. Назарян, Н. В. Одушкіна**Харьковский национальный медицинский университет,
КЗОЗ Областная детская клиническая больница № 1, г. Харьков

ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ И КОРРИГИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

Анализ литературных данных по первичной и корригирующей пластике расщелин верхней губы у детей свидетельствовал о том, что первичная пластика расщелин верхней губы базовыми хирургическими методами не исключает развитие деформаций губы и носа. Актуальным остается поиск эффективных методов первичной хирургии расщелин губы, а также корригирующей пластики. У 83 пациентов с несращением верхней губы нами применен метод хейлориногнатопластики на основе дубль-Z-лоскутной пластики в качестве первичной и корригирующей операции. Сопутствующую деформацию носа у 15 детей устраняли методом открытой ринопластикой по Rettinger and O'Connell. У всех пациентов отсутствовали интра- и послеоперационные осложнения. Получен длительный хороший косметический и функциональный результат во всех наблюдениях.

Ключевые слова: расщелина верхней губы, деформация носа, реконструктивная пластика.

Среди всех пороков развития человека наибольшее количество составляют аномалии челюстно-лицевой области — 20–30%. В свою очередь расщелины верхней губы и неба встречаются примерно в 86% всех пороков развития лица. Сохраняется тенденция к увеличению количества детей с данной патологией, что исследователи связывают с экологическими катаклизмами и социально-экономическими проблемами [1–3].

Лечение данных пациентов является комплексным, охватывает период от рождения ребенка до окончательного формирования лицевого скелета. Основопологающим этапом лечения является первичная пластика врожденного дефекта верхней губы, задачами которой является устранение анатомических и функциональных нарушений, а также восстановление эстетических норм [3, 6, 9, 11].

В мире существует множество хирургических методов хейлориногнатопластики при расщелине верхней губы. Однако большинство из них базируются на методах, разработанных Tennison, Randall, Millard, Delaire [4, 5, 10, 11, 14].

Современный протокол лечения расщелины верхней губы наряду с пластическим восстановлением формы и размеров верхней губы включает коррекцию крыльчатого носового хряща на «больной» стороне. Доказано, что деликатная препаровка аларных хрящей с восстановлением гипоплазированных носовых мышц дает возможность их правильной постановки, нормализует миодинамическое равновесие приротовой области и не оказывает негативного воздействия на дальнейший рост хрящей носа [3, 5, 6, 13].

Кроме того, необходимо одномоментное выполнение первичной пластики альвеолярной дуги мягкими тканями и создание условий для последующей костной пластики в зоне дефекта. Некоторые исследователи включали костную пластику в объем первичного хирургического вмешательства. Другие рекомендовали проведение графтинга в сроке, близком к прорезыванию постоянного клыка. Для костной пластики альвеолярного дефекта авторы использовали аутогенный, гетерогенный, ксеногенный материал, аутотромбоконцентрат [3, 7, 8].

Следует отметить, что соблюдение протокола первичной пластики расщелины верхней губы не исключает развитие вторичных деформаций верхней губы и носа.

Типичными нарушениями являются тракция красной каймы в линию рубца, снижение высоты верхней губы. Для их устранения требуется проведение корригирующих пластических операций, количество которых зависит от вида нарушений. Основной задачей реконструктивной хейлопластики является минимизация количества хирургических вмешательств. Предложено множество вариантов реконструктивной пластики расщелин верхней губы. Наибольшее распространение получили методы Б. М. Давыдова, Р. Д. Новоселова, И. А. Козина, О. И. Могиляка, Malek, Pavu.

Деформация носа сопровождается девиацией пирамиды носа, расширением спинки носа, асимметрией кончика носа и носовых ходов, искривлением и укорочением колумеллы, коллапсом ноздри на стороне расщелины [12, 13]. Хирургическая коррекция

этих деформаций у детей показана после стабилизации роста носовых хрящей. Минимизировать количество хирургических вмешательств по устранению данных нарушений возможно при открытой ринопластике. За последние десятилетия значительный вклад в развитие данного направления внесли Б. М. Давыдов (1999), И. А. Козин (1998), Tajima (1977), Millard (1982), Gubisch (1990), Farrior (1993) и др.

Таким образом, в современном комплексном лечении детей с врожденными расщелинами верхней губы хирургическому аспекту уделяется значительное внимание, продолжается совершенствование и поиск методик первичной и корригирующей пластики у детей с расщелинами верхней губы.

Цель исследования: оценка эффективности этапного хирургического лечения детей с врожденными расщелинами губы и неба с применением двойной Z-лоскутной пластики верхней губы и открытой ринопластики по Rettinger and O'Connel.

Материалы и методы

В наше исследование были включены 83 ребенка в возрасте от 3 мес до 17 лет с пороком развития верхней губы и неба, составившие две группы наблюдения.

В 1-ю группу вошли 57 детей с односторонними расщелинами верхней губы и неба в возрасте от 3 до 5 мес. Из них у 29 (50,8%) пациентов установлен изолированный порок верхней губы, у 28 (49,2%) — расщелина верхней губы сочеталась с расщелиной неба. Все пациенты подверглись хирургическому лечению. Необходимыми условиями для его проведения были компенсированное общесоматическое состояние ребенка, стабильный рост массы тела, гемоглобин более 100 г/л. Мы применяли хейлориногнатопластику по Malek, Pavy B., Onizuka в модификации О.И. Могиляка, разметка операционного поля у лиц старшей возрастной группы представлена на *рис. 1*.

Метод основан на базовом треугольно-лоскутном закрытии несращения верхней губы по Tennison-Randall, преобразованном в двойную Z-лоскутную



Рис. 1. Разметка операционного поля для выполнения хейлориногнатопластики по Malek, Pavy B., Onizuka в модификации О.И. Могиляка

пластику. Операция включала одномоментное закрытие дефекта альвеолярного отростка слизистым лоскутом на ножке и синхронную реконструкцию дна носового хода по Delaire-Salyer. Выполнялось выравнивание столбика носа по Pavy, правильная постановка основы ноздри путем изменения положения латерального алярного хряща по Fisher. После послойного закрытия раны операцию завершали постановкой полых силиконовых носовых стентов для профилактики релапса перегородочного хряща. Критериями оценки результата были восстановление анатомической формы и пропорций верхней губы, симметричность носовых ходов, правильное положение столбика носа, достаточная глубина верхнего свода преддверия рта, восстановление непрерывности альвеолярной дуги верхней челюсти.

Вторую группу составили 15 пациентов с деформацией верхней губы и носа в возрасте от 10 до 17 лет. Ранее они подверглись первичной хирургической коррекции порока верхней губы по методам Millard, Обуховой в возрасте от 6 до 12 мес. В анамнезе у 10 (66,7%) пациентов были односторонние расщелины верхней губы, у 5 (33,3%) — двусторонние несращения. Показаниями к реконструктивной хейлопластике являлись укорочение высоты верхней губы, увеличение ее горизонтальных размеров, уменьшение полноты среднего отдела верхней губы в случаях двусторонней деформации, нарушение смыкания губ в состоянии «физиологического покоя», врастание красной каймы в линию рубца, сквозные альвеолярные дефекты в зоне несращения из-за отсутствия костной основы носовых ходов.

Оперативное лечение пациентам проводилось в два этапа. Первым этапом выполнялась реконструктивная хейлопластика. Вторым этапом проводили открытую ринопластику после 15-летнего возраста ребенка. В 5 случаях двухсторонней деформации верхней губы коррекция дефекта проводилась поочередно с интервалом в 6–8 нед. В последующем деформацию носа также устраняли путем открытой ринопластики после 15-летнего возраста ребенка.

Следует отметить, что двойная Z-лоскутная пластика в модификации О. И. Могиляка является универсальной как для первичных, так и для реконструктивных операций при расщелинах верхней губы. Мы применили в качестве базового данный метод у всех пациентов 2-й группы. При этом в нашей модификации одномоментно с коррекцией верхней губы восстанавливали апикальный базис верхней челюсти в области наибольшей ширины альвеолярного дефекта костно-пластическим материалом ГСК-Х-ГА-50 «Стимул-Осс». Операцию заканчивали постановкой силиконовых носовых формирующих стентов. Хорошим косметическим результатом считали наличие эластического послеоперационного рубца, восстановление анатомии и пропорций верхней губы, симметрию носовых ходов и столбика носа, воссоздание дна носового хода в зоне сквозного альвеолярного дефекта, симметричную позицию базисов алярных хрящей, восстановление непрерывности альвеолярной дуги в области несращения. В случаях двусто-

ронней деформации верхней губы оценивали степень наполнения ее среднего фрагмента.

Показаниями к открытой ринопластике являлись асимметрия и раздвоение кончика носа, асимметрия носовых ходов, деформация колумеллы, уплощение крыла носа на стороне расщелины. В исследуемой группе мы применили метод открытой ринопластики по Rettinger and O'Connel (2001). Хирургический протокол включал освобождение боковой ножки алярного хряща на стороне расщелины от кожной выстилки ноздри. Затем проводили коррекцию положения передней части перегородочного хряща и укрепление медиальной ножки крыльчатого хряща. Создание правильной формы кончика носа достигали приведением доменов обоих крыльчатых хрящей на один уровень, одновременно перемещая боковую ножку дистопированного хряща вместе с кожной выстилкой ноздри. На завершающем этапе проводили удлинение колумеллы.

Период послеоперационного лечения в обеих группах составил 6 сут, в течение которых дети по-

лучали стандартную антибактериальную и симптоматическую терапии. Местное лечение раны проводили «открытым» способом, без применения наружной асептической повязки. Использовали ежедневную аппликацию области раны мазью «Банеоцин». Снятие швов проводили на 6-е сутки после операции. Формирующие носовые стенты извлекали на 14-е сутки после оперативного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех детей первой группы (n=57), подвергшихся первичной хейлориногнатопластике, значительных осложнений при выполнении операции и в периоперационном периоде не наблюдалось. Заживление послеоперационных ран происходило первичным натяжением у всех пациентов. Последующий период наблюдения составил от 1 года до 5 лет. Стойкий результат отмечен у 54 (94,8 %) пациентов. Стабильно сохранялась достаточная высота верхней губы, четкий контур губы по границе кожи и кератинизированной части красной каймы, симметрия носовых ходов, правильное положение столбика носа (рис. 2–5).



Рис. 2. Ребенок П., 4 мес

Диагноз: расщелина твердого и мягкого неба и губы односторонняя

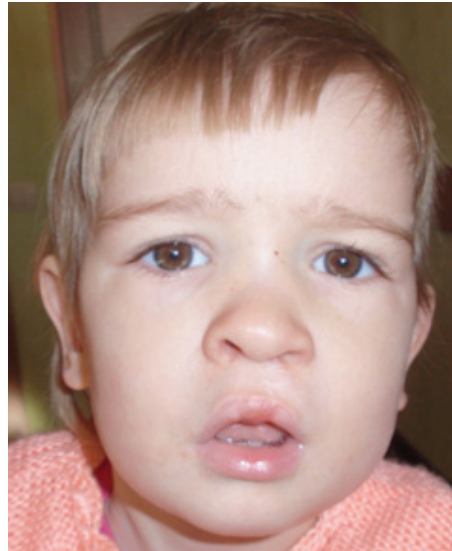


Рис. 3. Ребенок П., 1 год 7 мес

Вид пациента через 1 год 3 мес после первичной хейлориногнатопластики



Рис. 4. Ребенок К., 3 мес. *Диагноз:* расщелина губы, односторонняя слева



Рис. 5. Ребенок К., 2 года 3 мес. Вид пациента через один год после первичной хейлориногнатопластики

У 3 (5,2 %) пациентов после одного года наблюдения на коже верхней губы сохранялись возвышающиеся рубцы с эффектом «тракции» красной каймы в основании рубца. Глубина верхнего свода преддверия полости рта во всех наблюдениях была достаточной. Альвеолярных дефектов в зоне несращений не было.

У пациентов второй группы (n=15) результат лечения оценивали после выполнения всех этапов реконструктивной пластики верхней губы и носа.

Осложнений при выполнении операции и в периоперационном периоде не наблюдалось. У всех пациентов послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Период дальнейшего наблюдения составил от 1 до 2 лет. Получен стойкий косметический и функциональный результат, который у 13 (86,7 %) детей оценили как «хороший» по состоянию послеоперационного рубца, форме носа и пропорциям верх-

ней губы, наличию полного смыкания губ в состоянии «физиологического покоя» (рис. 6–10).

Однако у 2 пациентов (13,3 %) с двухсторонней деформацией наполнение верхней губы было недостаточным, что связываем с исходным дефицитом местных тканей ее среднего фрагмента. Закрытие альвеолярных дефектов с использованием костнопластического материала «Стимул-Осс» достигнуто во всех наблюдениях.

Выводы

1. Первичная пластика у детей с расщелинами верхней губы, базирующаяся на двойной Z-лоскутной пластике, позволяет достаточно удлинить нижний и верхний сегменты верхней губы с образованием хорошо выраженной дуги Купидона. Предупреждает вертикальную контрактуру рубца, восстанавливает дно носового хода и непрерывность альвеолярной



Рис. 6. Ребенок Я., 13 лет. Диагноз: рубцовая деформация верхней губы и носа слева (прямая проекция)



Рис. 7. Ребенок Я., 13 лет. Диагноз: рубцовая деформация верхней губы и носа слева (боковая проекция слева)



Рис. 8. Ребенок Я., 13 лет. Вид пациента через один месяц после реконструктивной хейлопластики (прямая проекция)



Рис. 9. Ребенок Я., 16 лет. Вид пациента через один год после открытой ринопластики (прямая проекция)

дуги верхньої щелепної кістки. Обеспечує умови для подальшого кістко-пластичного закриття альвеолярного несращення.

2. Применений метод хейлориногнатопластики є універсальним для первинних і реконструктивних операцій у дітей з вродженим порок розкриття верхньої губи. Обеспечує довготривалий хороший функціональний і косметичний результат.

3. Протокол реконструктивної подвійної Z-лоскутної пластики не забезпечує хороше наповнення верхньої губи в ситуації вихідного дефіциту тканин її середнього відділу при двосторонній деформації, що є предметом подальшого дослідження.

4. В якості матеріалу для графтингу альвеолярного несращення верхньої щелепної кістки рекомендуємо використовувати кістко-пластичний матеріал ГСК-Х-ГА-50 «Стимул-Осс».

5. Відкрита ринопластика дозволяє мінімізувати кількість хірургічних втручань з метою усунення вроджених деформацій носа у дітей з расщелинами верхньої губи і отримати стабільний косметичний ефект.

Даний протокол первинної і реконструктивної пластики у дітей з расщелинами верхньої губи є ефективним і може бути рекомендований для широкого застосування в практичній медицині.

Література

1. Топольницький О. З. Атлас по дитячій хірургічній стоматології і щелепно-лицьовій хірургії : навч. посібник / О. З. Топольницький, А. Ю. Васильєв. — Москва : ГЭОТАР-Медіа, 2011. — 264 с. : іл.
2. Вишпінський І. М. Порівняльна характеристика методів хірургічного лікування незрощень верхньої губи та піднебіння в дітей різного віку / І. М. Вишпінський // Хірургія дитячого віку. — 2014. — № 3–4. — С. 26–34.
3. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области: рук-во для врачей / [П. З. Аржанцев, В. А. Виссарионов, Б. Н. Давыдов и др.]; под ред. А. И. Неробеева, Н. А. Плотникова. — Москва : Медицина, 1997. — 228 с.
4. Тетруева Н. А. Опыт применения первичной хейлоринопластики по Delaire у детей с одно- и двусторонними несращениями верхней губы / Н. А. Тетруева, А. В. Тимошенко, А. В. Проноза // Матеріали 1-го з'їзду черепно-щелепно-лицьових хірургів України. — Київ, 2009. — С. 218–223.
5. Laberge L. C. Unilateral cleft lip and palate: Simultaneous early repair of the nose, anterior palate and lip / L. C. Laberge // Can. J. Plast. Surg. — 2007. — Vol. 15 (1). — P. 13–18.
6. Long-term comparison of four techniques for obtaining nasal symmetry in unilateral complete cleft lip patients: a single surgeon experience / Chang C.-S., Por Y. C., Liou E. J.-W., Chang C.-J. et al. // Plast. Reconstr. Surg. — 2010. — Vol. 126 (4). — P. 1276–1284.
7. Long-term treatment outcome of presurgical nasoalveolar molding in patients with unilateral cleft lip and palate / Clark S. L., Teichgraeber J. F., Fleshman R. G. et al. // J. Craniofac. Surg. — 2011. — Vol. 22 (1). — P. 333–336.
8. Matic D. B. The effects of gingivoperiosteoplasty following alveolar molding with a pin-retained Latham appliance versus secondary bone grafting of midfacial growth in patient with unilateral clefts and bilateral complete cleft lip / D. B. Matic, S. M. Power // Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg. — 2010. — Vol. 44 (2). — P. 88–95.
9. Onizuka T. Cleft lip / T. Onizuka. — Kanehara, Tokyo, 1972 — P. 50.
10. Randall P. A triangular flap operation for the primary repair of unilateral clefts of the lip / P. Randall // Plast. Reconstr. Surg. — 1959. — Vol. 23. — P. 331–347.
11. Raymond T. Unilateral cleft lip: principles and practice of surgical management / T. Raymond // Semin. Plast. Surg. — 2012. — Vol. 26 (4). — P. 145–155.
12. Rettinger G. The nasal base in cleft lip rhinoplasty / G. Rettinger, M. O'Connell // Facial Plast. Surg. — 2002. — Vol. 16. — P. 165–178.
13. Salyer K. E. Unilateral cleft lip and nose repair, close approach Dallas protocol completed patients / K. E. Salyer, H. Xu, E. R. Genecov // J. Craniofac. Surg. — 2009. — Vol. 20 (2). — P. 1939–1955.
14. Bardach J. Surgical Techniques in Cleft Lip and Palate / J. Bardach, K. E. Salyer. — Chicago : Year Book Medical Publishers, Inc., 1987. — 272 p.

О. В. Понтовська, В. А. Шевчук, Р. С. Назарян, Н. В. Одушкіна

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРВИННОЇ ТА РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ПЛАСТИКИ У ДІТЕЙ З УРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ

Аналіз літературних даних із первинної та коригуючої пластики незрощень верхньої губи у дітей визначив, що первинна пластика незрощень верхньої губи із використанням базових хірургічних методів не виключає розвиток деформацій губи та носа. Актуальним залишається пошук ефективних методів первинної хірургії незрощень губи, а також коригуючої пластики. У 83 пацієнтів із незрощеннями верхньої губи нами було застосовано метод хейлориногнатопластики на основі дубль-Z-клаптевої пластики як первинної та коригуючої операції.

Супутню деформацію носа у 15 дітей усували методом відкритої ринопластики за Rettinger and O'Connel. У всіх пацієнтів були відсутні інтра- та післяопераційні ускладнення. Отримано тривалий, добрий косметичний та функціональний результати в усіх випадках.

Ключові слова: незрощення верхньої губи, деформація носа, реконструктивна пластика.

O. Piontkovskaya, V. Shevchuk, R. Nazaryan, N. Odushkina

THE FEATURES OF THE PRIMARY AND SECONDARY CLEFT LIP PLASTIC IN CHILDREN WITH CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE UPPER LIP

Analysis of published data on primary and secondary cleft lip plastic in children testified that their primary basic plastic surgical techniques do not exclude the development of deformities of the lip and nose. There remains the search for effective methods of primary surgery of cleft lip and secondary plastic. In 83 patients with malformations of upper lip we applied the method of cleft closure based on the double-Z-flap as a primary and secondary surgery. Accompanying the deformation of the nose of the 15 children were eliminated through nasal surgery via open approach by Rettinger and O'Connel. There were no significant intra- and perioperative complications. Long received good cosmetic and functional result in all cases.

Keywords: cleft lip, nasal deformity, reconstructive plastic.