

На правах рукописи

КОСЫМОВ
Махмадулло Махмадиевич

**РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКА У
БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ
ГУБЫ**

14.01.17 – хирургия

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе - 2012

Работа выполнена на кафедрах хирургических болезней № 2 и челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, в отделениях реконструктивной и пластической микрохирургии, а также восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии, в отделениях челюстно-лицевой хирургии для детей и подростков и челюстно-лицевой хирургии для взрослых Национального медицинского центра МЗ РТ.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Курбанов Убайдулло Абдулоевич

Научный консультант: кандидат медицинских наук, доцент
Субханов Саттор Сохибович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Тоиров Умар Тоирович

доктор медицинских наук, профессор
Бозоров Негматулло Исмоилович

Ведущая организация: ГБОУ ВПО Первый Московский Государственный Медицинский университет им. И.М. Сеченова.

Защита состоится «18» мая 2012г. в 10:00 час. на заседании диссертационного совета Д 737.005.01 при Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино, 734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Автореферат разослан «11» апреля 2012 г

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Назаров Ш.К.

Актуальность темы. Врождённая расщелина верхней губы является наиболее распространённым пороком развития лица и по данным разных авторов встречается от 1-2 на 1000 до 1 на 300 новорождённых, среди которых 66% детей имеют одностороннюю расщелину (Millard D.R., 1976; Козин И.А., 1996; Лавриков В.Г., 2004; Krupp S., 2007). Рождение ребёнка с расщелиной верхней губы является сильным психическим стрессом для родителей и оказывает отрицательное влияние на дальнейшую психозмоциональную атмосферу в семье.

Лечение детей с врождённой односторонней расщелиной верхней губы предусматривает многоэтапное оперативное вмешательство, постоянное диспансерное наблюдение и лечение у хирургов, ортодонт, логопедов, педиатров, оториноларингологов и других специалистов (Субханов С.С., 2010). В комплексной реабилитации больных с врождённой односторонней расщелиной верхней губы ведущее место отводится хирургическому лечению (Бессонов С.Н., 2007). По мнению И.А. Козина (1996), едва ли можно найти раздел хирургии, который по количеству предложенных способов оперативного вмешательства превосходил хирургическое лечение врождённых расщелин лица. Наряду с большими достижениями в хирургии врождённых односторонних расщелин верхней губы результаты оперативных вмешательств не вполне удовлетворяют как пациентов, их родителей, так и хирургов. Большинство авторов считает, что ни один из современных способов первичной хейлопластики не может полностью исправить сопутствующие и предупредить вторичные деформации верхней губы и носа (Тоиров У.Т., 1989; Козин И.А., 1996; Бессонов С.Н., 2005; Sykes J.M., 2007). На сегодняшний день коррекция деформации носа при врождённой односторонней расщелине верхней губы находится в центре внимания многих специалистов (Salyer K.E., 2001; Kirschbaum J., 2005; Виссарионов В.А., 2005; Козин И.А., 2006). Ряд хирургов считает возможным и необходимым провести коррекцию формы носа одновременно с первичной хейлопластикой (Козин И.А., 1996; Давыдов Б.Н., 2000; Byrd H.S., 2000; Salyer K.E., 2001). Однако травмирование хрящевых отделов носа во время раннего вмешательства может привести к возникновению тяжёлых вторичных деформаций (Бессонов С.Н., 2007).

Хотя данная проблема относится к разделу реконструктивной хирургии, так как операции проводятся на изменённых тканях, результаты лечения

оцениваются по эстетическим критериям. Больные обращаются в различные лечебные учреждения для выполнения повторных корригирующих операций на верхней губе, костно-хрящевом отделе носа и лицевом скелете, желая добиться восстановления пропорций лица в целом.

Вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы хирургического лечения врождённой односторонней расщелины верхней губы, что побудило нас предпринять настоящее исследование.

Цель исследования – улучшение результатов хейлопластики и хейлоринопластики у больных с врождённой односторонней расщелиной верхней губы.

Задачи исследования:

1. Изучить причины возникновения и систематизировать различные виды вторичных деформаций верхней губы и носа у больных, ранее перенесших первичную хейлопластику.
2. Усовершенствовать хирургическую тактику и технику операций при выполнении вторичной хейлопластики и хейлоринопластики.
3. С учётом причин развития, разновидностей и способов коррекции вторичных деформаций верхней губы и носа определить наиболее эффективные способы выполнения первичной хейлопластики.
4. Оценить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных с врождённой односторонней расщелиной верхней губы.

Научная новизна. На основании анализа клинического материала – больных с деформацией верхней губы и носа после ранее проведённой первичной хейлопластики – изучены причины развития, разновидности и наиболее эффективные способы их хирургического устранения.

Разработаны новые и усовершенствованы известные способы хирургической коррекции деформации верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики.

На основании опыта хирургического лечения больных с деформацией верхней губы и носа после ранее проведённой первичной хейлопластики усовершенствованы тактические моменты и технические аспекты первичной

хейлопластики у больных с врождённой односторонней расщелиной верхней губы.

Изучив эффективность различных способов первичной хейлопластики у больных основной и контрольной групп при устранении врождённой односторонней расщелины верхней губы, установили, что среди них оптимальным является способ Миллард.

Практическая значимость. Применение новых тактических решений и усовершенствованных способов оперативных вмешательств при хирургическом лечении больных с деформацией верхней губы и носа после ранее проведённой первичной хейлопластики позволило во всех случаях добиться хороших и удовлетворительных отдалённых результатов.

Предложенный комплекс методов обследования больных с деформацией верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики предоставил полноценную информацию об имеющихся деформациях костно-хрящевых структур и способствовал в предоперационном периоде возможности определить необходимый объём реконструктивной операции.

Внедрение техники открытой ринопластики при устранении остаточных и вторичных деформаций носа расширило возможности реконструктивных операций.

Разработанные способы хирургического лечения больных с врождённой односторонней расщелиной верхней губы могут быть рекомендованы для внедрения в клиниках челюстно-лицевой и пластической хирургии.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Деформации верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики возникают в связи с выбором неадекватного способа первичной хейлопластики, погрешностями при выполнении операции, возникновением осложнений, отсутствием ортодонтического лечения, а также тяжестью расщелины. О деформациях верхней челюсти и структур носа наибольшую информацию возможно получить при компьютерной томографии.

2. При вторичной хейлоринопластике наиболее эффективным является сочетание способов вторичной ринопластики по Майер и вторичной хейлопластики по Миллард. У взрослых вторичные и остаточные деформации

костно-хрящевого скелета носа более полноценно устраняются с применением техники открытой ринопластики.

3. Изучение причин возникновения деформации верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики, разновидностей этих деформаций и способов их устранения указывает на необходимость совершенствования первичной хейлопластики. С учётом вышеизложенного, а также анализа эффективности различных способов первичной хейлопластики установлено, что лучшим способом среди них является способ Миллард.

4. Разработанные новые оперативные приёмы и усовершенствование тактики с обязательным использованием оптического увеличения и прецизионной техники при хирургическом лечении врождённых односторонних расщелин верхней губы, остаточных и вторичных деформаций верхней губы и носа после первичной хейлопластики позволяют в преимущественном большинстве случаев получить положительные результаты.

Внедрение результатов работы. Результаты исследования внедрены в хирургическую практику отделения реконструктивной и пластической микрохирургии и отделения восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии, отделения челюстно-лицевой хирургии для детей и подростков и отделения челюстно-лицевой хирургии для взрослых Национального медицинского центра МЗ РТ.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на республиканской конференции, посвящённой 20-летию службы микрохирургии республики Таджикистан с международным участием (Душанбе, 2007); международной конференции, посвящённой актуальным проблемам стоматологии (Душанбе, 2010); V съезде хирургов Республики Таджикистан (Душанбе, 2011); 59-ой годичной конференции ТГМУ, посвящённой 20-летию государственной независимости Республики Таджикистан (Душанбе, 2011); на совместном заседании кафедр хирургических болезней № 2 и челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ТГМУ и Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии (Душанбе, 2012).

Публикации. По материалам диссертационной работы опубликованы 11 научных работ, в том числе 1 в журнале, входящем в реестр ВАК МОН РФ.

Объём и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Работа изложена на 122 страницах компьютерного текста, включает 1 диаграмму, 36 рисунков, 12 таблиц, а также библиографию, состоящую из 135 источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика клинического материала

Материал настоящего исследования охватывает результаты обследования и хирургического лечения 123 больных с врождённой односторонней расщелиной верхней губы, остаточными и вторичными деформациями верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики, которые находились на лечении в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии и отделении восстановительной хирургии РНЦССХ, а также в отделении челюстно-лицевой хирургии для детей и подростков и отделении челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра министерства здравоохранения республики Таджикистан за период с 1998 год по 2011 год. Возраст больных к моменту операции колебался от 2 мес. до 39 лет. Большинство больных (82, 66,7%) были лица женского пола. Изучение частоты локализации врождённой односторонней расщелины установило, что в преимущественном большинстве случаев (86, 70%) имела место левосторонняя врождённая расщелина верхней губы. При этом мы не нашли достоверной зависимости частоты локализации расщелины от пола больных.

В зависимости от порядка поступления в клинику больных распределили на 2 клинические группы. В 1-ю клиническую группу вошли 56 (45,5%) больных с различными деформациями верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики. Учитывая, что причинами вторичных и остаточных деформаций наряду с тяжестью расщелины, отсутствием ортодонтического лечения и послеоперационными осложнениями, является также неадекватный выбор способа первичной хейлопластики, нами поставлена задача по изучению эффективности разных способов первичной хейлопластики. С этой целью во 2-ю группу включили 67 больных, которые поступили на первичную хейлопластику. Эта группа состояла из двух подгрупп. Подгруппу А составили 35 (28,5%) больных, которым первичная хейлопластика выполнена без учёта разработок настоящего исследования. В подгруппу Б включили 32

(26%) больных, которым для проведения первичной хейлопластики использованы новые тактические и технические разработки.

Больные 1-й клинической группы (56) для устранения остаточных и вторичных деформаций поступали в основном после 7-летнего возраста – 46 (82,0%) больных, тогда как для первичного устранения врождённой расщелины верхней губы на первом году жизни поступили 48 больных из 67 (71,6%).

С учётом причины возникновения деформации верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики (так называемые последующие деформации верхней губы и носа) по поводу односторонней врождённой расщелины верхней губы мы их распределили следующим образом:

1. Остаточные деформации верхней губы и носа – это деформации, которые не устранены при первичной хейлопластике. У всех больных I группы имелись остаточные деформации верхней губы (11) и носа (56). Кроме того, у 49 этих больных наряду с остаточными деформациями носа отмечалось лёгкое (29), умеренное (17) или выраженное (3) уплощение средней зоны лица. В 7 случаях остаточные деформации были в виде рото-носовых соустьев в области расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти.

2. Рецидивные деформации – это те характерные для расщелины верхней губы деформации, которые во время первичной хейлопластики были устранены, но в силу каких-то обстоятельств появились вновь. Причинами рецидива расщелины верхней губы было расхождение краёв раны в результате нагноения или травмы в раннем послеоперационном периоде. Другим примером рецидивной деформации может служить повторное уплощение (дорсальный прогиб) крыла носа после ранее проведённой хейлоринопластики. Рецидивные деформации имели место у 6 больных (верхняя губа 2, крыло носа 4).

3. Вторичные деформации – это деформации верхней губы и носа, которые не характерны для расщелины верхней губы, а их появление связано с грубым рубцеванием, неправильным планированием или техническим выполнением ранее проведённого вмешательства. Эти деформации имели место у 32 (57,1%) больных и были самыми разнообразными. Следует отметить, что в ряде случаев у одного больного имело место два или три вида вторичной деформации одновременно. В общем у 32 больных встречались сращение преддверия рта (свода верхней губы) в 13 случаях, рубцовая

деформация лука Купидона - в 27 случаях, рубцовая деформация крыла носа – в 6 и коллумелы – в 9 случаях, вторичная рубцовая деформация дна носового хода – в 6 случаях.

Методы исследования

Наряду с общеклиническими методами исследования проводили такие дополнительные методы исследования, как антропометрическое измерение параметров носа и верхней губы, снятие слепков с моделированием носа и верхней губы, рентгенография, а также фотографическая документация до, во время и в различные сроки после операции. В 12 случаях с выраженными деформациями со стороны верхней челюсти и костно-хрящевого остова носа нами проведена компьютерная томография.

Выбор способов реконструктивной хейлоринопластики и техника выполнения оперативных вмешательств

При хирургическом лечении врождённой односторонней расщелины верхней губы, как и в других разделах пластической хирургии важно тщательное планирование оперативного вмешательства и всесторонняя подготовка к проведению операции. Изучение характера и форм проявлений деформации верхней губы и носа, с одной стороны, и анализ специальной литературы с сопоставлением различных существующих способов коррекции этих деформаций, – с другой, позволили в каждом конкретном случае индивидуально выбрать необходимый способ оперативного вмешательства или же при необходимости внести какие-либо собственные корректировки в их схемы. При этом большое значение имела фотографическая документация и данные антропометрического измерения. У больных с выраженными деформациями со стороны костно-хрящевых структур носа проведение компьютерной томографии позволило заблаговременно определить необходимый способ операции, особенно у взрослых больных, когда необходимы более радикальные способы оперативного вмешательства.

Оперативное вмешательство во всех случаях проводили под общим обезболиванием. Наряду с этим после разметки линии разрезов производили инфильтрацию мягких тканей 1%-ным раствором лидокаина с адреналином в разведении 1: 200000 с целью вазоконстрикции.

Разметку ориентиров и линий разрезов, а также выполнение всех этапов операции проводили с обязательным использованием оптического увеличения (операционная лупа с увеличением $\times 2,5$ и $\times 4$), специального инструментария, прецизионной техники и тонкого атравматического шовного материала.

Больным I-й клинической группы с деформациями верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики хирургическая тактика определялась в зависимости от вида деформации. Для устранения остаточных деформаций крыла носа у 3 больных нами использован способ поворота половины коллумелы с его удлинением путём Z-пластики у основания, предложенный R.Meyer и L.O.Boileau.

В 18 случаях остаточные деформации крыла носа сопровождались вторичными деформациями верхней губы. В таких случаях поиск более эффективных способов одновременной коррекции остаточных деформаций крыла носа и вторичных деформаций верхней губы навёл нас на мысль о сочетании вторичной ринопластики по Майер с вторичной хейлопластикой по Миллард. Способ заключается в том, что разрезами по схеме Миллард рассекается верхняя губа, вновь формируя расщелину, а затем производится ушивание лоскутов способом ротации и продвижения. Таким образом, хейлопластика переделывалась полностью и выполнялась ринопластика способом Майер. При этом одним из ключевых моментов было согласование перехода разрезов схем друг к другу (рис. 1).

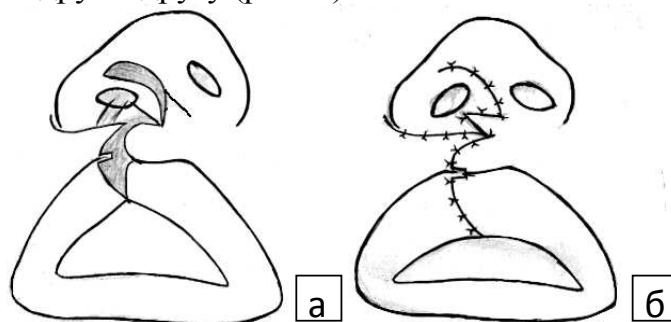


Рис. 1. Схема вторичной хейлоринопластики сочетанием способов Meyer и Millard: а – схема разрезов; б – линия швов после завершения операции.

В 12 случаях при сращении преддверия рта с укорочением верхней губы со стороны слизистой оболочки вторичную хейлоринопластику способами Майер и Миллард сочетали с созданием глубокого свода преддверия различными способами местно-пластических операций.

В 6 случаях у взрослых больных из-за упругости деформированных хрящей и невозможности полноценного устранения деформации носа применением только лишь способа Майер нами разработан способ вторичной хейлоринопластики сочетанием способа Майера с техникой открытой ринопластики.

Для взрослых пациентов при остаточной деформации носа с вторичной деформацией верхней губы нами разработан способ тройного сочетания - способов хейлопластики по Миллард, ринопластики по Майер с техникой открытой ринопластики. Этим способом оперированы 6 больных в возрасте старше 18 лет, у которых наряду с остаточными деформациями носа, также имели место вторичные деформации верхней губы.

Проанализировав эффективность открытой ринопластики при устранении вторичных деформаций носа, в дальнейшем эту технику применили в изолированном виде у 5 больных.

В 5 случаях с западением верхней челюсти и глубоким расположением основания крыла носа с целью восполнения дефекта кости применили костный аутооттрансплантат, взятый из гребня подвздошной кости по способу R.T. Ferrior.

Свищи в области нёба или преддверия рта во всех случаях устранены способами местно-пластических операций путём перемещения лоскутов способом Дьюформентал.

В целом у больных 1-й клинической группы с деформацией носа и верхней губы после ранее проведённой хейлопластики чаще всего выполняли оперативные вмешательства сочетанием способов Майер и Миллард (24). В 17 случаях для устранения деформаций носа использовали технику открытой ринопластики в сочетании со способом Майер (12) или же в изолированном (5) виде. Вторичная хейлоринопластика способом Козина и Миллард, которая использована в 13 случаях, оказалась малоэффективной, в связи с чем мы не рекомендуем её для широкого применения (табл. 1).

Изучив и проанализировав причины деформации верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики в других лечебных учреждениях, мы решили усовершенствовать тактику при первичном устранении расщелины верхней губы.

Таблица 1

Выполненные операции у больных 1-й клинической группы

Способы операции	Число	%
Вторичная ринопластика по Майер	3	5,4
Вторичная хейлоринопластика по Майер и Миллард	18	32,2
Вторичная хейлоринопластика по Козину и Миллард	13	23,2
Вторичная ринопластика по Майер с открытой ринопластикой	6	10,7
Вторичная хейлоринопластика способом тройного сочетания (Майер, Миллард, открытая ринопластика)	6	10,7
Костная пластика по Фериор	5	8,9
Открытая ринопластика	5	8,9
Итого	56	100%

С этой целью нами изучены результаты первичной хейлопластики у 35 больных (подгруппа А - контрольная) с врождённой односторонней расщелиной верхней губы, которые оперированы в других учреждениях различными способами первичной хейлопластики. Этим больным чаще всего использованы так называемые способы перекидного треугольного лоскута по Теннисон, Обуховой, Фроловой и Лимбергу (табл. 2).

Следует отметить, что все приведённые в таблице способы применены у больных контрольной подгруппы без учёта разработок настоящего исследования. Как видно из табл. 2, чаще всего (16 случаев, 45,7%) первичная хейлопластика выполнена способом С.W. Tennison. На втором месте по частоте применения стоит способ Фроловой-Обуховой. Способы Обуховой (4) и

Таблица 2

Способы первичной хейлопластики у больных подгруппы А (контрольная)

Способ операции	Количество	Процент
Теннисон (в т.ч. его модификации)	16	45,7%
Фролова-Обухова	13	37,2%
Обухова	4	11,4%
Лимберг-Обухова	2	5,7%
Всего	35	100%

Лимберга-Обуховой (2) применены значительно реже. После изучения непосредственных результатов первичной хейлопластики этими способами были

установлены следующие недостатки: деформация крыла носа в виде дорсального прогиба остаётся некорригированной; дистопированное основание крыла носа исправляется незначительно; на колонке по краю филтрума образуется заметный послеоперационный рубец; укорочение коллумелы со стороны расщелины также сохраняется. Используя эти способы, хирург как бы преднамеренно планирует ещё и вторичную корригирующую операцию в будущем.

Имея опыт использования способа Миллард при устранении вторичных деформаций верхней губы у больных, ранее перенесших первичную хейлопластику, мы тщательно изучили особенности расчёта чертежа схемы этого способа при различных вариантах врождённой односторонней расщелины верхней губы, внедрив его при первичной хейлопластике во всех случаях.

Способ хейлопластики по Миллард нами выполнен в классическом его варианте. Способ маркируется следующим образом (рис. 2, а): сначала отмечаются точки лука Купидона. Точка 1 должна соответствовать центральной точке, расположенной в самой нижней части филтрума (срединного желобка). Точка 2 располагается в верхней части лука Купидона в области колонки филтрума на здоровой стороне. Далее, отмеряем от центральной точки 2 расстояние, равное дистанции между точками 1 и 2, где находится местоположение точки 3 ($1-2=1-3$). Затем отмечаются точки 6 и 7 на переходной складке красной каймы углов рта с обеих сторон. Измерив расстояние между точками 6-2, на таком же расстоянии от точки 7 на малом фрагменте отмечается точка 4, соответствующая области окончания белого валика над линией перехода кожи в красную кайму ($6-2=7-4$). Согласно схеме отмечаются также точки 5, 8, 9, 10, 11, 12. После этого приступают к маркировке линии разрезов. На большом фрагменте верхней губы проводится дугообразная линия выпуклостью к расщелине между точками 5 и 3. На вогнутой стороне этой линии образуется лоскут А. От точки 3 под углом в 90 град. по отношению к линии 5-3 проводится прямая линия на красной кайме в сторону слизистой большого фрагмента верхней губы. Далее по нижнему краю основания деформированного крыла носа соединяются точки 9-10-11-12. От точки 9 до точки 4 проводится дугообразная линия выпуклой стороной к расщелине. На вогнутой стороне этой линии образуется лоскут В, верхним краем которого является линия 9-10-11-12. Следует отметить, что длина линии

9-4 должна соответствовать длине линии 5-3. От точки 4 на красной кайме в сторону слизистой латерального фрагмента верхней губы проводится перпендикуляр к линии 9-4. Начиная от середины выпуклой стороны дугообразной линии 5-3, проводится прямая линия в сторону ноздри до дна носового хода со стороны расщелины. Выше этой линии у основания коллумелы образуется лоскут С.

После маркировки производится инфильтрация мягких тканей фрагментов верхней губы 0,8-1%-ным раствором лидокаина с адреналином в разведении 1:200000. Следует особо отметить, что операции проведены с обязательным использованием оптического увеличения с применением прецизионной техники. По маркированным линиям скальпелем № 15 выполняется разрез кожи и слизистой оболочки. Далее мобилизуется культя круговой мышцы рта от кожи и красной каймы, отсекается от медиальной ножки крыльного хряща при низведении линии лука Купидона до уровня здоровой стороны. Через разрез вдоль переходной складки альвеолярного отростка малого фрагмента мобилизуется мышечная культя от края грушевидного отверстия и кости верхней челюсти. Атривматической нитью викрил 5/0-4/0 сшиваются расщеплённые части круговой мышцы рта по всей высоте губы. У основания колумеллы выкраивается треугольный лоскут С, который перемещается вверх вместе с медиальной ножкой крыльного хряща. Для закрытия образовавшегося треугольного дефекта у основания перегородки на малом фрагменте выкраивается углообразный кожный лоскут В, который после сшивания круговой мышцы рта по всей высоте губы вшивается под основание колумеллы. Предварительно мобилизованное от верхней челюсти основание крыла носа на стороне расщелины сшивается с треугольным лоскутом, выкроенным у основания колумеллы, формируя дно носового хода. Операция завершается наложением швов на кожу, красную кайму и слизистую оболочку верхней губы. Необходимо точно сопоставить линию перехода кожи в красную кайму в области расщеплённой колонки филтума, соединив точки 3 и 4 (рис. 2).

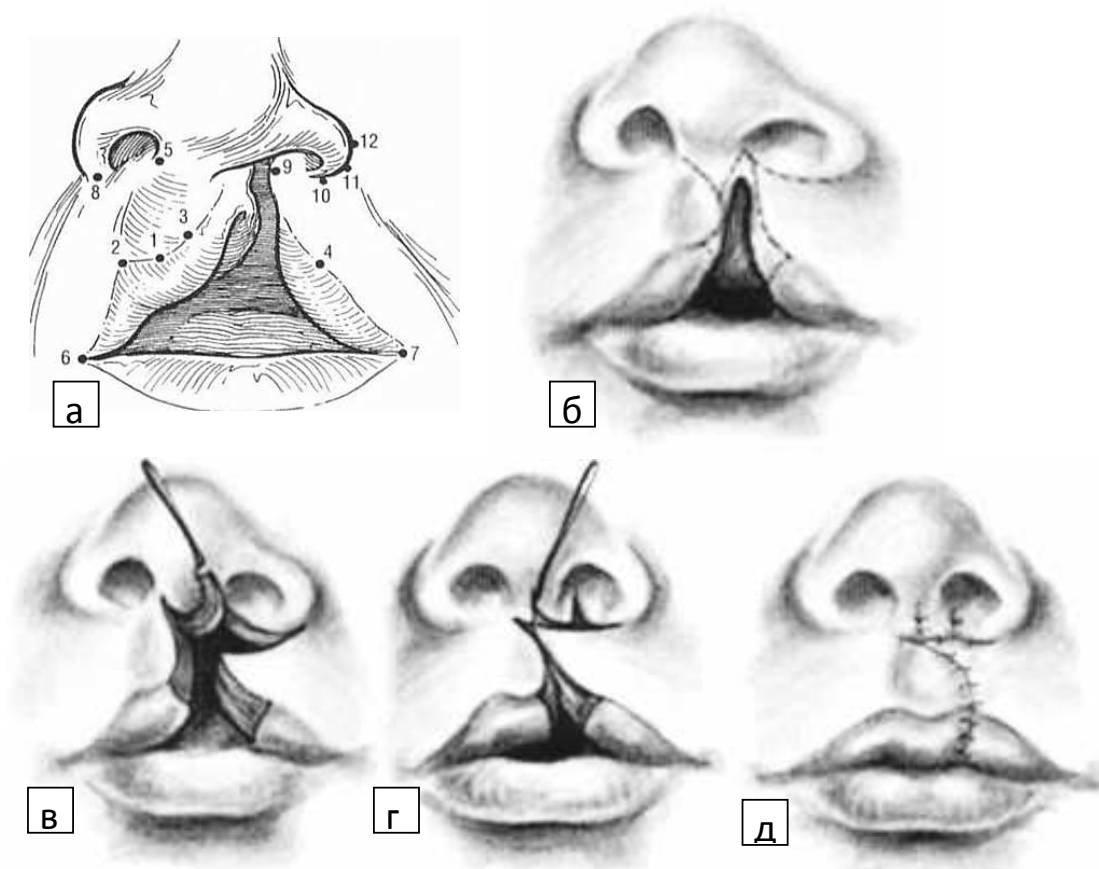


Рис. 2. Способ первичной хейлопластики по D.R. Millard: а - схема разметки верхней губы (1-2=1-3; 6-2=7-4; 8-2=10-4; 3-5= 4-9); б – схема разрезов; в-г – этапы мобилизации лоскутов; д - вид послеоперационной раны

Следует отметить, что ротация основания крыла носа медиально устраняет наружное его положение, тем самым заставляя грушевидное отверстие из горизонтального положения занять более вертикальное положение. Вдвижение верхушки латерального лоскута под основание колумелы позволяет удлинить короткую её половину, что в свою очередь поднимает верхушку грушевидного отверстия до уровня верхушки здорового грушевидного отверстия. Смещение медиального лоскута кнаружи и его поворот вниз приведёт к центру смещённого в здоровую сторону основания колумелы.

Таким образом, способ ротации и движения, предложенный Миллард, включает в себя ряд элементов ринопластики, что позволяет при первичной хейлопластике значительно устранить характерные деформации со стороны коллумелы, кончика и крыла носа, которые при использовании других способов

как остаточные деформации планируются корректировать в более поздние сроки.

Способом Миллард в его классическом варианте оперировано нами 15 больных с односторонней расщелиной верхней губы.

Широко внедрив способ Миллард, мы усовершенствовали его собственными разработками. Так, с учётом проблемы с недостатком тканей слизистой оболочки свода преддверия рта при первичной хейлопластике, нами разработан способ формирования свода с использованием местно-пластических операций, который применён в 17 случаях.

Анализ результатов хирургического лечения врождённой односторонней расщелины верхней губы

В послеоперационном периоде больным назначали антибиотики, обезболивающие препараты, производили тщательный уход за состоянием послеоперационной раны, верхней губы, полости рта и носа, детям младших возрастов осуществляли контроль за способом питания, наблюдали за состоянием защитной пластинки дефекта твёрдого и мягкого нёба, а также пластмассового вкладыша в полости оперированной ноздри, выполняли многократную санацию послеоперационной раны в течение дня.

Ближайшие результаты хирургического лечения врождённых односторонних расщелин верхней губы изучены у всех 123 оперированных больных. Критериями оценки ближайших результатов были состояние тканей вокруг послеоперационной раны, течение раневого процесса, наличие или отсутствие осложнений. У 118 (95,9%) больных течение было гладким, заживление ран происходило первичным натяжением, отёк тканей был незначительным, и он разрешался постепенно, инфильтрации тканей не отмечали.

Осложнения отмечены всего в 5 (4,1%) случаях в виде нагноения и расхождения раны у больных контрольной подгруппы 2-й клинической группы (3 случая, 2,4%) и краевого некроза выкроенных лоскутов у больных 1-й клинической группы (2 случая, 1,6%).

Отдалённые результаты вторичной хейлоринопластики и корригирующих операций на верхней губе, верхней челюсти и носу у больных 1-й клинической группы, а также первичной хейлопластики у больных 2-й клинической группы в сроках от 6 мес. до 12 лет изучены нами у 104 (84,6%) больных.

Результаты хирургического лечения оценивали при визуальном осмотре и по данным антропометрии восстановленной губы, носа и верхней челюсти и определяли результат в зависимости от степени устранения имеющихся до операции деформаций. Особое место при оценке отдалённых результатов имела фотографическая документация, которая, хотя и не имеет цифровых значений, но тем не менее является достаточно объективным критерием эффективности проведённой операции.

Для объективизации оценки результатов нами по 10 параметрам верхней губы и носа на основании антропометрического измерения разработаны оценочные критерии. Каждый из параметров оценивается в 3 балла. При этом 1

Таблица 3

Критерии оценки отдалённых результатов по данным антропометрии

Критерии	Хорошо (3 балла)	Удовлетворительно (2 балла)	Неудовлетворительно (1 балл)
Длина верхней губы	Симметричная	Незначительная асимметрия	Требуется коррекция
Контуры красной каймы	Ровные	Незаметная деформация	Сильно деформирована
Лук Купидона	Правильный	Незаметная деформация	Сильно деформирован
Фильтрум	Правильный	Небольшая деформация	Отсутствует
Колонки	Симметричные	Слегка укорочены	Сильное укорочение
Свод верхней губы	Глубокий	Слегка укорочен	Недостаточный
Кончик носа	Правильный	Незначительно спущен	Заметное опущение
Колумела	Прямая	Незаметная асимметрия	Сильно укорочена
Крыло носа	Симметричное	Незаметно запавшее	Выраженная асимметрия
Состояние послеоперационных рубцов	Мягкие, малозаметные	Мягкие, заметные, незначительно стягивающие	Плотные, сильно заметные, деформируют губу или нос

Примечание: Общая оценка определяется по сумме набранных баллов: хорошо – 26-30; удовлетворительно 20-25; неудовлетворительно – при наличии в 1 критерии в 1 балла.

балл отражает необходимость в коррекции этого параметра, 2 балла - незначительную асимметрию, которая считается эстетически приемлемой и 3 балла - практически полную симметрию. Антропометрическая оценка считалась хорошей при общем количестве баллов от 26 до 30, удовлетворительной - от 20 до 25 и неудовлетворительной при наличии 1 параметра в 1 балл (табл. 3).

В отдалённом послеоперационном периоде наблюдали за 51 больным после вторичной хейлоринопластики.

Таблица 4

Отдалённые результаты хирургического лечения деформаций верхней губы и носа после ранее проведённой хейлопластики

Способы операции	Результаты			Всего
	Хорошо	Удовл.	Неудов.	
Вторичная хейлоринопластика по Майер и Миллард	18	11	-	29
Вторичная хейлоринопластика по Козину и Миллард	3	7	-	10
Костная пластика по Фериор	2	3	-	5
Открытая ринопластика	5	2	-	7
Итого	28 (54,9)	23 (45,1%)	-	51

Как видно из таблицы 4 отдалённые результаты в большей половине случаев были хорошими. Неудовлетворительных результатов среди больных 1-й клинической группы не было.

У больных подгруппы А (контрольной) 2-й клинической группы (28 больных, 80,0%) в отдалённом послеоперационном периоде результаты были хорошими в 3 (10,7%) случаях, удовлетворительными - в 22 (78,6%) и неудовлетворительными - в 3 (10,7%) случаях (табл. 5).

Таблица 5

Отдалённые результаты первичной хейлопластики у больных подгруппы А (контрольной) в зависимости от способа операции

Способ хейлопластики	Хорошо	Удовл.	Неудовл.
Теннисон (в т.ч. модификации)	2	11	-
Фролова-Обухова	1	8	2
Обухова	-	2	-
Лимберг-Обухова	-	1	1
Всего	3 (10,7%)	22 (78,6%)	3 (10,7%)

Как следует из табл. 5 отдалённые результаты у больных контрольной подгруппы после первичной хейлопластики способом Теннисон с его модификациями несколько лучше, чем при других способах, хотя после этих

операций практически во всех случаях деформации со стороны крыла носа сохраняются. Отдалённые результаты сочетания способов Лимберга с Обуховой или же Фролова с Обуховой уступали результатам других способов.

Использование способа Теннисон в классическом варианте позволило в некоторой степени предотвратить укорочение верхней губы по линии послеоперационного рубца, однако первичная деформация крыла носа оставалась нескорригированной. Мы считаем, что это является главным недостатком данного способа.

Результаты первичной хейлопластики способом Миллард, выполненная у больных подгруппы Б (основной) 2-й клинической группы, во всех наблюдавшихся случаях были положительными. Правильная симметричная форма носа, которая была достигнута непосредственно после операции, сохранилась и в отдалённом послеоперационном периоде. Характерные для расщелины верхней губы деформации носа в отдалённом периоде после хейлопластики способом Миллард отсутствовали или были настолько незначительными, что на них больные и их близкие вовсе не обращали внимание. В целом отдалённые результаты в этой подгруппе больных приведены в табл. 6.

Таблица 6

Результаты первичной хейлопластики способом Миллард				
Виды расщелин верхней губы	Результат			Всего
	Хорошо	Удовл.	Неудов.	
Скрытая	2	-	-	2
Неполная	7	2	-	9
Полная	4	2	-	6
Полная с расщелиной альвеолярного отростка	3	2	-	5
Полная сквозная	1	2	-	3
Итого	17 (68%)	8 (32%)	-	25 (100%)

Как видно из табл. 6, отдалённые результаты после первичной хейлопластики способом Миллард в 68% случаях были хорошими и в 32% случаях - удовлетворительными. При этом отдалённые результаты умеренно зависели от степени тяжести расщелины, то есть при полной сквозной расщелине верхней губы соотношение хорошего результата к удовлетворительному было 1:2.

ВЫВОДЫ

1. У больных, ранее перенесших хейлопластику, во всех случаях (100%) отмечались остаточные деформации носа; кроме того, у 10,7% этих больных имелись рецидивные и у 57,1% - вторичные деформации. Причиной возникновения этих деформаций, наряду с тяжестью расщелины, отсутствием ортодонтического лечения и послеоперационными осложнениями, явился также неадекватный выбор способа первичной хейлопластики.

1.1 Компьютерная томография верхней челюсти позволила детально изучить имеющиеся деформации со стороны костно-хрящевых образований.

2. При вторичной хейлоринопластике высокую эффективность показало сочетание способов Майер и Миллард. Внедрение техники открытой ринопластики при вторичной хейлоринопластике у взрослых позволило более полноценно устранить деформации костно-хрящевого остова носа.

3. Анализ причин, разновидностей проявлений и необходимых способов устранения вторичных деформаций верхней губы и носа свидетельствовал о необходимости изучения эффективности разных способов первичной хейлопластики, среди которых оптимальным оказался способ Миллард.

4. Использование оптического увеличения и прецизионной техники, усовершенствование тактики, разработка новых приёмов и более совершенных способов операций позволили у всех больных с врождённой односторонней расщелиной верхней губы достичь хороших и удовлетворительных результатов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больной с врождённой расщелиной верхней губы должен находиться под наблюдением ортодонта и хирурга с момента рождения.
2. Первичную хейлопластику и вторичную хейлоринопластику необходимо выполнять под оптическим увеличением с применением прецизионной техники и тонкого атравматического шовного материала.
3. Первичную хейлопластику целесообразно выполнять способом Миллард с первичным созданием глубокого свода преддверия рта.

4. Для устранения вторичных и остаточных деформаций носа и верхней губы лучше всего использовать способ сочетания хейлопластики по Миллард и ринопластики по Майер.
5. У взрослых при устранении остаточных и вторичных деформаций носа необходимо применить предложенную технику открытой ринопластики.
6. После вторичной ринопластики для удержания заданной формы крыла носа необходимо использовать эндоназальные приспособления.
7. Для устранения западений верхней челюсти у основания крыла носа следует использовать аутокостный трансплантат из гребня подвздошной кости.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Субханов С.С. Реабилитация детей со сквозной расщелиной верхней губы и неба в послеоперационном периоде / С.С. Субханов, А.З. Абдурахмонов, М.М. Косымов // Вклад ТГМУ в подготовку кадров, медицинскую науку и улучшение здоровья общества: материалы 57-й годич. Науч.- практ. Конф. с междунар. участием, посвящ. 70-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино. - Душанбе, 2009. - С. 467-469.
2. Первичная хейлопластика и вторичная хейлоринопластика при односторонних расщелинах верхней губы / У.А. Курбанов, М.М. Косымов [и др.] // Вестник Авиценны. - 2009. - № 3. - С. 18-30.
3. Вторичная корригирующая хейлоринопластика при односторонних расщелинах верхней губы / У.А. Курбанов, М.М. Косымов [и др.] // Материалы 5-го съезда хирургов Таджикистана. – Душанбе, 2011. - С. 93-94.
4. Субханов С.С. Классификация морфофункциональных и эстетических нарушений средней зоны лица после первичной хейлоринопластики по поводу врожденных расщелин верхней губы / С.С. Субханов, М.М. Косымов // Мат. II Конгр. стоматологов Таджикистана / Актуальные вопросы и приоритеты развития стоматологической службы Республики Таджикистан. - Душанбе, 2009. - С. 185-187.
5. Способ корригирующей хейлопластики при дефектах и деформациях верхней губы / У.Т. Таиров, М.М. Косымов [и др.] // Мат II Конгр. стоматологов Таджикистана / Актуальные вопросы и приоритеты развития

стоматологической службы Республики Таджикистан. – Душанбе, 2009. - С. 208-210.

6. Косымов М.М. Профилактика вторичных деформаций верхней губы и концевой отдела носа у больных с врожденными односторонними расщелинами верхней губы / М.М. Косымов // Мат. Годич. Науч. – прак. Конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящ. 1150-летию основоположника таджикско-персидской литературы А. Рудаки. – Душанбе, 2008. - С. 151-152.

7. Субханов С.С. Медико-психологические проблемы матерей, обусловленные рождением в семье ребёнка с врожденной расщелиной верхней губы и неба / С.С. Субханов, М.М. Косымов, Д.М. Ахмедова // Актуальные вопросы экспериментальной хирургии, трансплантологии и консервирования трансплантатов. – Душанбе, 2007. - С. 108-111.

8. Олимов А.М. Роль физиотерапии в комплексной реабилитации больных с врожденной расщелиной губы и неба / А.М. Олимов, С.С. Субханов, М.М. Косымов // Мат. Годич. Науч.-практ. Конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящ. 20-летию государственной независимости Республики Таджикистан. – Душанбе, 2011. - С. 298-299.

9. Субханов С.С. Актуальные проблемы внедрения методологии изучения качества жизни у детей с врожденной расщелиной губы и неба / С.С. Субханов, М.М. Косымов, Ф.И. Файзиев // Мат. Годич. Науч.-практ. Конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино посвящ. 20-летию государственной независимости Республики Таджикистан. – Душанбе, 2011. - С. 324-325.

10. Субханов С.С. Роль ортодонтического и ортопедического лечения в комплексной реабилитации больных с врожденной расщелиной губы и неба / С.С. Субханов, А.З. Абдурахмонов, М.М. Косымов // Мат. 58-й годич. Науч.-практ. Конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвящ. 100-летию со дня рождения акад. К.Т. Тоджиева. – Душанбе, 2010. - С.135-136.

11. Subkhanov S.S. Topical problems of rehabilitation of patients with the cleft lip (cheiloschisis) and palate / S.S. Subkhanov, M.M. Kosimov, A.Kh. Abdurahimov // Beitrag der Deutsch-Tadschikischen Zusammenarbeit zur Entwicklung der plastischen, rekonstruktiven, Mund-, Kiefer-und Gesichtschirurgie sowie der Zahnmedizin in Tadschikistan. – Dushanbe, 2010. - P. 67-75.

Резюме

Косымов М.М. Реконструктивная хейлоринопластика у больных с
односторонней расщелиной верхней губы

Кандидатская диссертация по специальности 14.01.17 – хирургия

Обобщён опыт реконструктивной хейлопластики и хейлоринопластики у 123 больных с врождённой односторонней расщелиной верхней губы. Больные распределены на 2 клинические группы: 1-ю группу составили 56 больных с деформациями верхней губы и носа после ранее проведённой первичной хейлопластики; во 2-ю группу вошли 67 больных с односторонней расщелиной, поступившие на первичную хейлопластику. Эта группа состояла из 2 подгрупп: подгруппа А (контрольная, 35 больных) – первичная хейлопластика выполнена различными способами без учёта разработок настоящего исследования; подгруппа Б (основная, 32 больных) – для выполнения первичной хейлопластики использованы новые тактические и технические разработки. Для устранения деформаций у больных 1-й группы разработаны способы сочетания вторичной хейлопластики по Миллард и ринопластик по Майер, способ тройного сочетания хейлопластики по Миллард и ринопластики по Майер с техникой открытой ринопластики, способ формирования свода преддверия рта местно-пластическими операциями. У всех больных подгруппы А отмечались остаточные деформации со стороны носа, тогда как у больных основной подгруппы, которым первичная хейлопластика выполнена способом Миллард или его модификацией во всех случаях получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Стр. 122

Рис. 36

Табл. 12

Библ. 135

Хулоса

Ќосимов М.М. Хейлоринопластикаи реконструктивї дар беморон бо чоки модарзодии яктарафаи лаби боло

Рисолаи номзадї бо тахассуси 14.01.17 – љарроњї

Тальрибаи хейлопластика ва хейлоринопластикаи реконструктивї њангоми чоки модарзодии яктарафаи лаби боло дар 123 бемор љамъбаст шудааст. Беморон ба ду гурӯњ тақсим карда шудаанд. Гурӯњи аввалро 56 нафар бемор бо деформатсияи лаби боло ва бинї, ташкил доданд, ки пештар хейлопластикаи аввалия гузарониданд. Ба гурӯњи дуюм 67 бемор дохил шуданд, ки бо чоки яктарафа барои гузаронидани хейлопластикаи аввалия мурољият карданд. Ин гурӯњ аз ду зергурӯњ иборат буд. Зергурӯњи А (муќоисавї) иборат аз 35 беморе, ки дар онњо хейлопластикаи аввалия бо усуљои гуногун бе назардошти тавсияњои тадќикоти мазкур иљро гаштааст. Зергурӯњи Б (асосї) иборат аз 32 беморе, ки ба онњо барои иљрои хейлопластикаи аввалия тактика ва техникаи тањияшудаи нав истифода шудааст. Барои бартараф намудан деформатсияњо дар беморони гурӯњи якум амалиёти пайвастаи хейлопластикаи сониявї (дуумкарата) бо усули Миллард ва ринопластика бо усули Майер, амалиёти пайвастаи сегона, ки усуљои Миллард, Майер ва техникаи ринопластикаи кушодаро дар бар мегирад ва усули сохтани даромадгоњи дањон бо роњи пластикаи мавзеї тањия ва иљро гардидаанд. Дар њамаи беморони зергурӯњи А пас аз хейлопластика деформатсияи боќимонда аз тарафи бинї мушоњида шуда, дар беморони зергурӯњи асосї, ки хейлопластикаи аввалия бо усули Миллард ва ё модификатсияи он иљро гаштааст, дар њама њолатњо натиљаи хуб ва ќаноатбахш ба даст омадааст.

Сањ. 122

Расм – 36

Љадв.- 12

Адаб.- 135

Summary

Kosimov M.M. Reconstructive kheyloplasty and kheylo rhynoplasty at patients with congenital unilateral cleft-lip

PhD dissertation 14.01.17 – surgery

Experience reconstructive kheyloplasty and kheylo rhynoplasty at 123 patients with a congenital unilateral cleft-lip is generalized. Patients are distributed on 2 clinical groups. The first group was made by 56 patients with deformations of an upper lip and a nose after before spent primary kheyloplasty. The second group included 67 patients with the unilateral cleft-lip, arrived for primary kheyloplasty. This group consisted 2 subgroups: the subgroup A (control, 35 patients) – primary kheyloplasty by various ways without workings out of the present research is executed; a subgroup B (basic, 32 patients) – for performance primary kheyloplasty new tactical and technical workings out are used. Ways of a combination for elimination of deformations at patients of the first group secondary kheyloplasty by Millard and rhynoplasty by Mayer, a way of a threefold combination kheyloplasty by Millard and rhynoplasty by Mayer with technics opened rhynoplasty, a way of formation of the arch of a threshold of a mouth local-plastic operations are developed. At all patients of a subgroup A residual nose deformations were marked whereas at patients of the basic subgroup with whom primary kheyloplasty it is executed in the way by Millard or its updating in all cases good and satisfactory results are received.

Pages – 122

Pictures – 36

Tables – 12

References - 135