

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

© 2016 Д.Т. Джураев, Р.Ф. Усмонов, П.Р. Усмонов, Х.Ш. Хасанов

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт Самаркандский филиал

Ключевые слова: врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба, хейлопластика, комбинация методов.

Tayanch so'zlar: tug'ma birtomonlama kesib o'tuvchi yuqori lab va tanglay kemtigi, xeloplastika, kombinasion usullarini

Keywords: congenital unilateral cleft lip and palate, cheiloplasty, combination of methods.

На сегодняшний день число родившихся детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба наиболее высокое. По частоте заболеваемости комбинированные расщелины губы и неба приходится около 50% и 82% из врожденных расщелин односторонние [2]. Анализ литературы последних лет показывает, что на сегодняшний день разработаны и применяются более сотни видов хейлопластики. В большинстве клиник более широко применяются методы, предложенные Tennison (1952) и Обуховой (1954), и метод предложенный Millard (1958). Каждый из этих методов имеет свои положительные и отрицательные стороны, поэтому в хирургической практике нередко используется комбинация этих методов. Целью этого исследования было сравнить отдаленные результаты трёх различных хирургических техник - Обухова-Теннисон (треугольный лоскут), Р. Миллард (ротационный лоскут) и Миллард с элементом Обуховой (комбинация ротационного лоскута с треугольным лоскутом выше красной каймы губы)-которые используются для лечения врожденных односторонних расщелин верхней губы и нёба.

BOLALARDA TUG'MA BIRTOMONLAMA KESIB O'TUVCHI YUQORI LAB VA TANGLAY KEMTIGINI BIRLAMCHI HEYLOPLASTIKADAN KEYINGI HOLATINI BAHOLASH

D.T. Jo'raev, R.F. Usmonov, P.R. Usmonov, Kh.Sh. Khasanov

Bolalarda tug'ma birtomonlama kesib o'tuvchi yuqori lab va tanglay kemtigi so'ngi yillarda ko'paymoqda. [2] Klinikalarda keng foydalanish usullari Tennison (1952), Obukhov (1954) va Millardning (1958) ikki tomonlama taklif etilgan xeloplastika usulidir. Bu usullarning har bir o'z afzalliklari va kamchiliklariga ega, shuning uchun jarrohlik amaliyotida tez-tez bu usullarning birlashmasidan foydalanadi. Bu xirurgik usulning maqsadi ham Obukhov (lablar qizil qismi yuqorisidan uchburchak laxta qolishi) Obukhov-Tennison (uchburchak laxtak), R. Millardning (rotatsion laxtak) va Millard va Obuxovalarning kombinasion usullarini (uchburchak va rotatsion laxtak) solishtirish.

EVALUATION OF PRIMARY CHEILOPLASTY IN CHILDREN WITH CONGENITAL UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE

D. Juraev, R. Usmonov, P. Usmonov, Kh. Khasanov

Nowadays number of births of children with congenital unilateral cleft lip and palate highest by frequency combined incidence of cleft lip and palate fall off 50% and 82% of unilateral congenital cleft [2]. Analyzed literature of recent years shows that today used more than a hundred species of heyloplastics. Most clinics are more widely used methods proposed Tennison (1952) and Obukhov (1954), and the method proposed by Millard (1958). Each of these methods has its advantages and disadvantages, so the surgical practice often uses a combination of these methods. The aim of this study was to compare the long-term results of three different surgical techniques - Obukhov-Tennyson (triangular flap), R. Millard (rotary flap) and Millard with an element of Obukhov (a combination of a rotary flap with a triangular flap above the red portion of the lips) -which are used for the treatment of congenital unilateral cleft lip and palate.

Сравнение результатов различных методов имеет множество сложностей, поскольку операции проводятся у разных пациентов в разном возрасте, разное время измерений. Выявление результатов хирургии предполагается проводить как минимум через несколько лет после операции.

Методы выявления различных учений тоже различны, некоторые из них основаны на субъективном мнении и удовлетворенности хирурга в результатах, а некоторые из них основаны на методах более объективных на стандартизированных послеоперационных фотографиях компьютеризированные измерения. Ещё одна сложность состоит в том, что измерения брались в различных клиниках с различными дооперационными и послеоперационными протоколами. А также клинический опыт хирургов оперировавших детей с ВРГН различен.

Целью этого исследования было сравнить отдаленные результаты трёх различных хирургических техник Обухова-Теннисон (треугольный лоскут), Р. Миллард (ротационный лоскут) и Миллард с элементом Обуховой (комбинация ротационного лоскута с треугольным лоскутом выше красной каймы губы) - которые используются для лечения врожденных односторонних расщелин верхней губы и нёба.

Цель. Проведение сравнительного анализа отдаленных результатов первичной

хейлопластики по методам.

Материал и методы исследования. Это ретроспективное исследование было проведено во взрослом челюстно-лицевом хирургическом отделении Самаркандского Городского Медицинского Объединения. Все фотографии брались с помощью фотоаппарата SAM-SUNG WB150F. Все фотографии были стандартизированы. На измерение брались измерения носа и губы здоровой и оперированной стороны пациента (Рис.1).

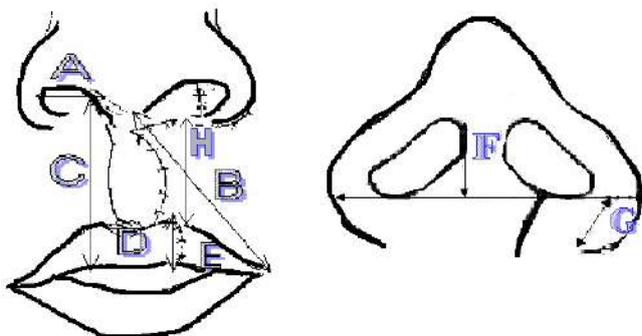


Рис. 1.

Измерения губы: А/А1 - Ширина преддверия носа. В/В1 - Расстояние от угла рта до середины колумеллы с обеих сторон. С/С1 - Высота от нижнего края верхней губы до входа в преддверие носа. Е/Е1 - Расстояние между выступающей точкой линии Купидона до нижнего края верхней губы с каждой стороны. Высота губы. Н/Н1 - Высота кожной части верхней губы, разность параметров С и Е.

Измерения носа: F/F1 - Длина колумеллы с обеих сторон. G/G1 - Длина филтрума с обеих

сторон.

Полученные данные оценивали по 6 - балльной шкале, где:

1-2 балла - Неудовлетворительный результат. Разница при сравнительной оценке какого-либо параметра между здоровой и оперированной стороной составляет более 4 мм.

3-4 балла - Удовлетворительный результат. Разница при сравнительной оценке какого-либо параметра между здоровой и оперированной стороной составляет 3-4 мм.

5-6 баллов - Хороший результат. Разница при сравнительной оценке какого-либо параметра между здоровой и оперированной стороной составляет 1-2 мм.

А также проводилась оценка результатов хейлопластики на основании опроса родителей по 5 балльной шкале.

Результаты исследования. Для проведения сравнительного анализа результатов хейлопластики нами были обследованы и проведен опрос родителей через 3-6месяцев после хейлопластики у 54 детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба. 19 пациентов были оперированы используя технику Миллард (1-метод), 17 пациентов были оперированы по методу Обуховой-Теннисон (2-метод), и 17 пациентов были оперированы по комбинированному методу (3-метод). Результаты исследования показывают что после хейлопластики у 82% анатомическая форма губы восстановлена, у 67% детей послеоперационный рубец малозаметен, т.е. родители полностью удовлетворены результатами операции. Выявлено также, что у 18% детей после хейлопластики по Милларду анатомическая форма красной каймы не восстановлена, у 33% детей после хейлопластики по Обуховой отмечаются деформирующие рубцы. Измерения носа и измерения губы оценивались по отдельности. Таблица показывающая средние значения баллов измерения носа (1х), губы (2х), опроса родителей по 5 балльной шкале (3х) (Таблица 1) (Диаграмма 1).

Таблица 1.

| Параметры | 1-метод | 2-метод | 3-метод |
|-----------|---------|---------|---------|
| 1х | 5,21 | 5 | 5,375 |
| 2х | 3,578 | 4 | 4,687 |
| 3х | 4 | 5 | 5 |

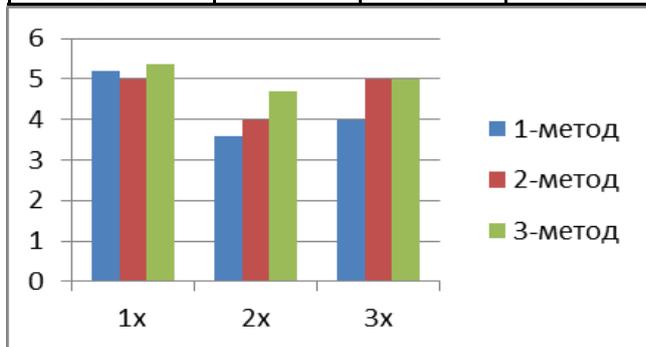


Диаграмма 1. Результаты статистической обработки по трём параметрам

Таблица показывающая средние значения баллов измерения носа (1х), губы (2х), опроса родителей по 5 балльной шкале (3х) (Таблица 1) (Диаграмма 1).

Обсуждение. Разные протоколы лечения

(дооперационное и послеоперационное ортодонтическое лечение, разность возраста пациента во время хирургии, разные хирургические техники) могут повлиять на послеоперационные результаты. Случаи односторонней расщелины верхней губы и нёба встречались у пациентов в различном возрасте (от одного месяца до одного года), в основном от трёх до шести месяцев. В этом исследовании операции проводились в одной клинике с несколькими опытными хирургами по трём методам. Поэтому эти факторы дают лучшую возможность сравнить различные методы.

До этого были использованы несколько различных методов определения и выявления результатов. Для этой цели используются цефалометрический анализ [7], антропометрические исследования [10], и субъективные тесты, основанные на внешнем виде губы с расщелиной и компонентов носа [4]. Рейтинговые оценки использованные в этом исследовании основаны на объективной оценке данных фотометрических измерений назолабиального треугольника.

Некоторые авторы отличают широкие расщелины (8-10 мм и шире) от узких; другие авторы объединили все расщелины в одну группу [1]. В случае широких расщелин в некоторых клиниках операции проводились в два этапа. На первом этапе проводили первичную адгезию губы (кожа и слизистая губы без мышц сшивались). Только через несколько месяцев выполнялась настоящая операция восстановления губы с наложением швов на кожу, слизистую и *m.orbicularis oris* [9]. Основываясь на операции по технике Теннисона даже очень широкие расщелины можно закрыть на одном этапе [3]. В этом исследовании мы не разделяли пациентов по ширине расщелины, поэтому влияние её на эстетический результат не выявлялось.

Как и ожидалось, высота белой кожной части верхней губы оказалась наилучшими по технике Теннисона [3].

Одна из самых главных целей операций расщелин верхней губы и нёба - это избежание деформаций носа [6]. Существуют некоторые данные, что техника Милларда даёт более хороший результат в формировании преддверья носа, чем техника по Теннисону [8]. Наше исследование не показало значительной разницы ($P>0,05$).

В случае первичной хейлопластики было бы мудрым разделять компоненты носа с компонентами губы. Операции верхней губы не включают в себя как прямую цель ринопластику, но во время первичной хейлопластики новое преддверье носа формируется, и соотношение носовых хрящей тоже меняется. Продолжаются обсуждения о том, в каком месте нужно производить разрез на коже у преддверья носа для мобилизации хрящей носа во время первичной хейлопластики или его надо производить во время вторичной операции, как и с чем фиксировать мобилизованный хрящ, использовать или не использовать послеоперационные формирующие трубки. Требуются дальнейшие исследования для того, чтобы ответить на эти вопросы.

Заключение и выводы.

Высота белой части губы и симметрия лука Куппидона были лучше восстановлены при использовании методов Обуховой-Теннисон и комбинированных. Физиологическая конфигурация верхней губы и менее видные шрамы были достигнуты при использовании методов Милларда и комбинированных. Все техники были одинаковыми в формировании красной каймы губы и носа. Оценка результатов по субъективному опросу показала незначительные преимущества методов Обуховой-Теннисон и комбинированных, перед методом Милларда.

Использованная литература:

1. Asher-McDade C, Brattstrom V, Dahl E, McWilliam J, Molsted K, Plint D.A., et al. A six-center international study of treatment outcome in patients with clefts of the lip and palate: Part 4. Assessment of nasolabial appearance cleft Palate // *Craniofacial surgery*. 1992. №29(3). P.409-12.
2. Chowdri N.A., Darzi M.A., Ashraf M.M. A comparative study of surgical results with rotation-advancement and triangular flap techniques in unilateral cleft lip // *British Journal of Plastic Surgery*. 1990. №43. P.551-6.
3. Lindsay W.K., Farkas L.G. The use of anthropometry in assessing the cleft lip-nose // *Plastic Reconstruction Surgery*. 1972. №49. P.286-293.
4. Nagy K., Mommaers M.Y. Analysis of the cleft-lip nose in submental-vertical view, part I-reliability of a new measurement instrument // *Craniofacial Surgery*. 2007. №35(6-7). P.265-77.
5. Numa W., Eberlin K., Hamdan U.S. Alar base flap and suspending suture: a strategy to restore symmetry to the nasal alar contour in primary cleft-lip rhinoplasty // *Laryngoscope*. 2006. №116(12). P.217-7.
6. Ross R.B. Treatment variables affecting facial growth in complete unilateral cleft lip and palate. Part 4. Repair of the cleft lip // *Cleft palate*. 1987. №24. P.5-77.
7. Tan O., Atik B. Triangular with alar nasi (TAN) repair of unilateral cleft lips: a personal technique and early outcomes // *Craniofacial Surgery*. 2007. №18(1). P.136-97.
8. Tatum S.A. Two-stage unilateral cleft lip repair // *Facial Plastic Surgery*. 2007. №23(2). P.91-9.
9. Williams H.B. A method of assessing cleft lip repairs: comparison of Le Mesurier and Millard techniques // *Plastic Reconstruction Surgery*. 1968. №41. P.103-7.