

8. РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

УДК 616-089.844

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ДВУСТОРОННИХ РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

Гричанюк Д. А.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
кафедра челюстно-лицевой хирургии,
г. Минск, Республика Беларусь*

Цель работы — описание функционально-эстетической проблемы расщелин верхней губы для понимания вариантов и качества хирургической реабилитации

Объекты и методы. Осуществлен анализ специальной литературы и собственного практического опыта оказания помощи пациентам — детям с врожденными двусторонними расщелинами верхней губы. Применен описательный метод.

Результаты. Ключевым отличием односторонних и двусторонних расщелин верхней губы является необходимость объединения трех верхнечелюстных сегментов в реконструкции и восстановлении анатомии верхней губы — два латеральных и один медиальный сегмент (пролябиум). Находится пролябиум на передней поверхности премаксиллы (первичного неба) и имеет свои вариации в зависимости от степени протрузии. Крайне тяжелым вариантом реконструкции является переднее расположение пролябиума и сужение альвеолярных отростков латеральных сегментов. В таких ситуациях может помочь предхирургическая ортопедия, которая предотвращает прогрессирующий коллапс верхней челюсти с блокировкой межчелюстной кости (премаксиллы).

Заключение. Применение протокола предхирургической ортопедической подготовки, липадгезии, или комбинации этих методик для осуществления впоследствии качественной первичной реконструкции верхней губы и носа у детей с врожденными расщелинами верхней губы, особенно при двусторонних процессах, остается правом выбора за челюстно-лицевым хирургом с учетом всех недостатков и рисков,

и не может быть включен как обязательный подготовительный этап в реконструктивных операциях для данной категории пациентов.

Ключевые слова: расщелина губы; хейлопластика; носоальвеолярный молдинг; предхирургическая ортопедия.

POSSIBILITIES OF PRE-SURGICAL TREATMENT FOR CONGENITAL BILATERAL CLIFFS OF THE UPPER LIP

Hrychaniuk D. A.

*Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,
Department of Maxillofacial Surgery, Minsk, Republic of Belarus*

The purpose of the work is to describe the functional and aesthetic problem of upper lip cleft in order to understand the options and quality of surgical rehabilitation.

Objects and methods. The analysis of special literature and own practical experience of providing care to children with congenital bilateral cleft upper lip was carried out. The descriptive method is applied.

Results. The key difference between unilateral and bilateral clefts of the upper lip is the need to combine three maxillary segments in the reconstruction and restoration of the anatomy of the upper lip – two lateral and one medial segment (prolabium). The prolabium is located on the anterior surface of the premaxilla (primary palate) and has its own variations depending on the degree of protrusion. An extremely difficult reconstruction option is the anterior location of the prolabium and narrowing of the alveolar processes of the lateral segments. In such situations, pre-surgical orthopedics can help, which prevents progressive collapse of the upper jaw with blocking of the interjawbone (premaxilla).

Conclusion. The use of the protocol of pre-surgical orthopedic preparation, lipadhesia, or a combination of these techniques for the subsequent qualitative primary reconstruction of the upper lip and nose in children with congenital cleft upper lip, especially in bilateral processes, remains the right of choice for the maxillofacial surgeon, taking into account all the disadvantages and risks, and cannot be included as a mandatory preparatory stage in reconstructive operations for this category of patients.

Keywords: cleft lip; cheiloplasty; nasoalveolar molding; presurgical infant orthopedics.

Введение. Врожденные типичные расщелины верхней губы являются наиболее частым пороком развития челюстно-лицевой области

и в тоже время наиболее тяжелыми. Частота встречаемости у мальчиков выше по сравнению с девочками (0,79 мальчиков и 0,59 девочек на 1000 новорожденных), а частота рождаемости детей с указанной патологией в разных регионах варьирует в достаточно широких диапазонах. В Республике Беларусь за последние 5 лет рождаемость детей с расщелинами губы и неба и составляет 1: 1000 [1].

Лечение врожденной патологии лица — наиболее сложный раздел реконструктивной пластической хирургии. Самая подробная классификация не всегда соответствует индивидуальным анатомическим особенностям пациента, и ни одна из существующих методик хирургического лечения не решает все разнообразие проблемы в полном объеме [2].

Особая роль в реконструкции лица отводится двусторонним расщелинам верхней губы, так как при данном патологическом состоянии происходят более выраженные и более сложные анатомические недостатки средней зоны лица, которые ведут к выраженным функциональным нарушениям, связанных с дыханием, сосанием и питанием ребенка. Использование широко распространенных способов первичной двусторонней хейлоринопластики, в большинстве наблюдений, у пациентов с врожденными двусторонними расщелинами верхней губы, не позволяет добиться удовлетворительного положения всех компонентов носо-губно-верхнечелюстного комплекса.

Цель работы — описание функционально-эстетической проблемы расщелин верхней губы для понимания вариантов и качества хирургической реабилитации.

Объекты и методы. Осуществлен анализ специальной литературы и собственного практического опыта оказания помощи пациентам — детям с врожденными двусторонними расщелинами верхней губы. Применен описательный метод.

Результаты. Ключевым отличием односторонних и двусторонних расщелин верхней губы является необходимость объединения трех верхнечелюстных сегментов в реконструкции и восстановлении анатомии верхней губы — два латеральных и один медиальный сегмент (пролябиум). Находится пролябиум на передней поверхности премаксиллы (первичного неба) и имеет свои вариации в зависимости от степени протрузии.

Крайне тяжелым вариантом реконструкции является переднее расположение пролябиума и сужение альвеолярных отростков латеральных сегментов. В таких ситуациях может помочь предхирургическая

ортопедия, которая предотвращает прогрессирующий коллапс верхней челюсти с блокировкой межчелюстной кости (премаксиллы) [3, 4].

Предхирургическая ортопедия может применяться во всех ситуациях расщелин верхней губы [5]. При этом могут использоваться пальцевые давления родителями на пролябиум ребенка, тэйпирование сегментов верхней губы между собой, установка внутриротовых ортодонтических аппаратов с наконечной фиксацией (по типу Latham), или пассивного носо-альвеолярного молдинга. Внутриротовой аппарат по типу Latham жестко фиксируется во рту и оказывает одновременное давление на боковые сегменты верхней челюсти для расширения, и на межчелюстную кость для ее ретрузии. По мнению многих авторов установка такого рода устройств с наконечной фиксацией винтами или пинами негативно влияет на рост и развитие средней зоны лица, несет высокий риск повреждения зачатков зубов, и требует проведения дополнительного анестезиологического пособия.

Во многих центрах США и Европы применяют методику раннего предхирургического ортопедического лечения с использованием носо-альвеолярного молдинга (NAM) (рисунок 1), направленного на уменьшение ширины расщелины, ликвидацию протрузионного положения премаксиллы и пролябиума, выравнивание верхнечелюстной альвеолярной дуги. NAM предусматривает пассивную предхирургическую ортопедическую технику. Общий принцип данных аппаратов, разработанный Grayson и Cutting, заключается в том, что изготавливается серия небных пластин по типу ортодонтических ретейнеров, которые оказывают постепенное давление на альвеолярные сегменты верхней челюсти (в отличие от аппаратов по типу Latham, оказывающих одновременное ежедневное индуцированное давление на все верхнечелюстные сегменты). После формирования пластин для альвеолярных отростков, их соединяют при помощи ортодонтической проволоки и силиконовых прокладок с куполами деформированного носа, с целью улучшения позиции структур хрящевого отдела носа для облегчения проведения реконструктивной первичной двусторонней хейлоринопластики. Организационными недостатками являются необходимость согласия родителей и присутствие у хирурга в команде высококвалифицированного ортодонта. Местными недостатками NAM, являются: раздражение слизистой оболочки полости рта, кожи щеки и носа, преждевременное прорезывание зубов, гиперкератинизация слизистой в зоне контакта, ограничители на сгибатели ребенку с целью защиты от самопроизвольного удаления NAM.

В других центрах применяют методику хирургической липадгезии, как первого шага перед окончательной реконструкцией верхней губы при полных расщелинах. Методика липадгезии, как первичный шаг к окончательной хейлопластике, наиболее эффективно подходит при полных одно- и двусторонних расщелинах в эстетическом и функциональном аспекте (Seibert 1993, Cho 2006, Nagy and Mommaerts 2009, Gatti 2010). Выполняется данное оперативное вмешательство в период между 1 неделей и 3 месяцами после рождения. Наиболее лучших эстетических результатов можно добиться, используя комбинацию методики липадгезии и носо-альвеолярного молдинга или ортопедического лечения (Vander Woude and Mulliken 1997, Millard 1999, Cho 2006, Nagy and Mommaerts 2009, Gatti 2010). После этой предварительной подготовки в возрасте около 3 месяцев проводят окончательную хейлопластику. Методика липадгезии была впервые описана в 19 веке хирургом Simon, как техника фиксации межчелюстной кости (премаксиллы), и была возрождена в 20 веке Johanson и Ohlsson, как начальная процедура для первичной костной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти (Johanson и Ohlsson 1960, Gibson 1977, Mulliken и Schmidt 2013). В нашей клинике по данному протоколу прооперировано трое детей с диагнозом врожденная двусторонняя расщелина верхней губы: в возрасте 3 месяцев — липадгезия и в 6 месяцев — первичная двусторонняя хейлоринопластика. Следует подчеркнуть, что данный подход в лечении включает дополнительное хирургическое вмешательство, требующее общую анестезию в ранние сроки, пагубно влияет на ткани важные для проведения окончательной хейлоринопластики, то есть формируется рубец, который затрудняет проведение вторичной реконструкции и это объединяет дополнительные расходы.

Заключение. Применение протокола предхирургической ортопедической подготовки, липадгезии, или комбинации этих методик для осуществления впоследствии качественной первичной реконструкции верхней губы и носа у детей с врожденными расщелинами верхней губы, особенно при двусторонних процессах, остается правом выбора за челюстно-лицевым хирургом с учетом всех недостатков и рисков, и не может быть включен как обязательный подготовительный этап в реконструктивных операциях для данной категории пациентов.

Литература.

1. Бессонов, С. Н. Антропометрический анализ лица в хирургии врожденных расщелин верхней губы / С. Н. Бессонов // Стоматологические забо-

левания у детей (эпидемиология, профилактика и лечение). – Тверь, 2000. – С. 160–162.

2. Cleft lip and palate repair / G. L. Gatti [et al.] // *J. Craniofac. Surg.* – 2017. – Vol. 28, N 8. – P. 1918–1924. doi: 10.1097/SCS.0000000000003820

3. Cleft lip and palate treated by presurgical orthopedics, gingivoperiosteoplasty, and lip adhesion (POPLA) compared with previous lip adhesion method : a preliminary study of serial dental casts / D. R. Millard [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1999. – Vol. 103. – P. 1630–1644. doi: 10.1097/00006534-199905060-00009

4. Effectiveness of pre-surgical infant orthopedic treatment for cleft lip and palate patients : a systematic review and meta-analysis / M. A. Papadopoulos [et al.] // *Orthod. Craniofac. Res.* – 2012. – Vol. 15. – P. 207–236. doi: 10.1111/j.1601-6343.2012.01552.x

5. Rintala, A. The effect of the lip adhesion procedure on the alveolar arch. With special reference to the type and width of the cleft and the age at operation / A. Rintala, J. Haataja // *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.* – 1979. – Vol. 13. – P. 301–304. doi: 10.3109/02844317909013074