

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Белорусская медицинская академия
последипломного образования

кафедра челюстно-лицевой хирургии

**ВРОЖДЕННАЯ ОДНОСТОРОННЯЯ РАСЩЕЛИНА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ:
ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2017

УДК 616.317.1-007.254-031.4-089(075.9)

ББК 56.6_я73

В 82

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 9 от 08.11. 2017

Авторы:

доцент каф. челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, к.м.н. *Д.А. Гричанюк*
зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии, профессор, д.м.н. *А.С. Артюшкевич*
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, к.м.н. *Г.М. Руман*
ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО *И.Ю. Федченко*

Рецензенты:

кафедра челюстно-лицевой хирургии БГМУ
зав. кафедрой детской стоматологии БГМУ д.м.н. профессор Т.Н. Терехова

В 82 **Врождённая** односторонняя расщелина верхней губы: принципы хирургического лечения: учеб.-метод. пособие /Д.А. Гричанюк, А.С. Артюшкевич., [и др.] – Минск: БелМАПО, 2017 – 12с.

ISBN 978-985-584-198-3

Учебно-методическое пособие посвящено проблеме хирургического лечения врождённых расщелин верхней губы (ВРГ). В пособии подробно приводятся все этапы хейлопластики, особенности с учетом топографии и анатомии верхней губы. Реализация полученных результатов позволит улучшить качество хирургического лечения детей с ВРГ, снизить сроки лечения больных с данной патологией, уменьшить число осложнений.

Издание будет полезно для врачей челюстно-лицевых и пластических хирургов, студентов стоматологических факультетов.

УДК 616.317.1-007.254-031.4-089(075.9)

ББК 56.6_я73

ISBN 978-985-584-198-3

© Гричанюк Д.А., Артюшкевич А.С.,
Руман Г.М., Федченко И.Ю., 2017

© Оформление БелМАПО, 2017

Введение. Врожденные расщелины лица являются тяжелым пороком развития, которые сопровождаются выраженными структурными и функциональными нарушениями. Степень выраженности косметического дефекта зависит от множества факторов и их негативного влияния на плод в разные сроки эмбриогенеза. Улучшение качества жизни ребенка и его социальная адаптация в семье и обществе зависит от своевременного, полноценного и квалифицированного оказания лечебных мероприятий с участием смежных специалистов. Основная роль на начальном этапе комплексной реабилитации отводится именно челюстно-лицевому хирургу, который и является основным координатором этапности комплексного лечения.

На выбор методики хирургического лечения влияет ширина расщелины верхней губы, степень девиации носовой перегородки и деформации крыльного хряща. В одних центрах Европы применяют методику раннего предхирургического ортопедического лечения, направленного на уменьшения ширины расщелины и выравнивания верхнечелюстной альвеолярной дуги. В других центрах применяют методику хирургической липадгезии, как первого шага перед окончательной реконструкцией верхней губы при полных расщелинах.

Определение сроков и методики окончательной реконструкции губы индивидуально, потому что каждая расщелина особенна. G.Mirault (1844) являлся одним из первых, описал технику хейлопластики, которая увеличивает длину губы небольшим лоскутом на стороне дефекта. Однако, данная техника не восстанавливает анатомию «лука Купидона». Le Mesurier в 1949 году описал прямоугольный лоскут на стороне расщелины, который перемещался в расширенный разрез на здоровой стороне, с формированием искусственного «лука Купидона». Недостатком данной техники является создание рубцовой деформации филтрума. C.W.Tennison (1952) описал технику треугольного лоскута с сохранением «лука Купидона». P.Randall (1959) позже разработал геометрию этого лоскута, тем самым увеличив точность и воспроизведение техники треугольного лоскута. Данная техника создает неестественный рубец, пересекающий колонку филтрума, и плоским углубление в зоне филтрума. В дополнение, треугольный лоскут не устраняет деформацию носа.

На сегодняшний день наиболее часто используемой методикой реконструктивной хейлопластики при односторонних расщелинах верхней губы является методика D.R.Millard (1971). Эта ротационная методика способствует увеличению высоты верхней губы, сохраняет анатомию «лука Купидона», формирует колонку филтрума на стороне поражения, улучшает симметрию носа.

В 1995 году D.M.Fisher опубликовал свою технику реконструкции верхней губы при односторонних расщелинах. Данная техника содержит в себе базовые концепции от каждого ранее описанного метода и придерживается модели создания стойкой симметрии губы и носа.

Цель

Описание деталей проведения реконструктивной хейлопластики для улучшения качества эстетических и функциональных параметров лица при врожденных односторонних расщелинах верхней губы.

Классификация врожденной расщелины верхней губы

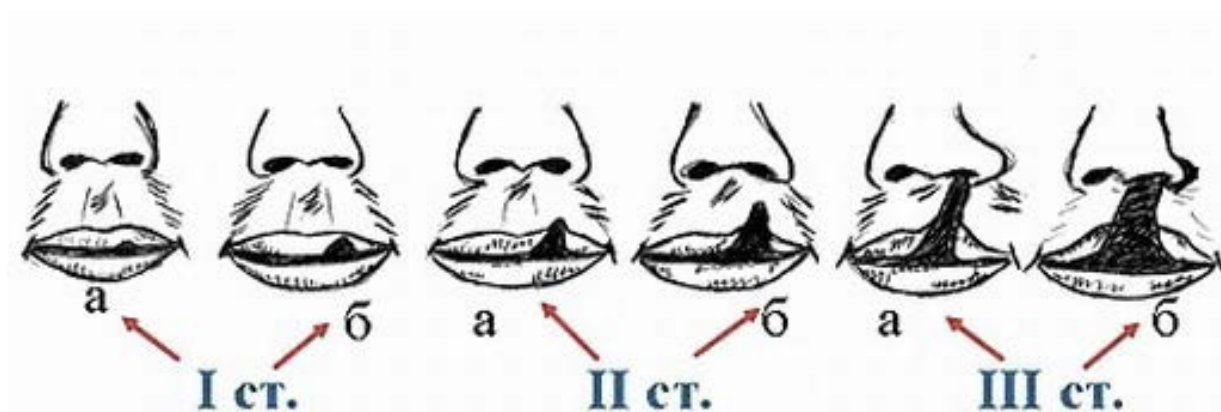
Рекомендовано к использованию две классификации врожденных односторонних расщелин верхней губы:

1. Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ)

I. Врожденные расщелины верхней губы

1. Врожденная скрытая расщелина верхней губы (одно- или дву- сторонняя).
2. Врожденная неполная расщелина верхней губы.
 - а) без деформации кожно-хрящевого отдела носа (одно - или дву-сторонняя).
 - б) с деформацией кожно-хрящевого отдела носа (одно - или дву-сторонняя).
3. Врожденная полная расщелина верхней губы (одно - или дву-сторонняя).

2. Классификация по Фроловой (1973)



Детали предоперационной подготовки:

1. Премедикация за 30-40 мин до операции;
2. Управляемая общая эндотрахеальная анестезия (оротрахеальная интубация, центральное положение);
3. Мониторинг основных показателей (пульс, дыхание, кровяное давление, температура);
4. Осторожное вытяжение шеи в оптимальное для проведения операции положение;
5. Обеспечить соответствующее действие в точках наибольшего давления (мягкая подложка);
6. Обеспечить защиту роговицы глаза (глазной гель, тэйпирование век или наложение лигатуры на веки);
7. Положить пациента на теплое покрывало или подогреваемый коврик (контролируемая температура нагрева).

Интраоперационные детали (точки - ориентиры)

1. Наиболее выступающая точка лука Купидона на здоровой стороне латеральная часть;
2. Центральная часть лука Купидона;
3. Наиболее выступающая точка лука Купидона перехода красной каймы в кожу на медиальной части непораженной стороны;
4. Наиболее выступающая точка лука Купидона перехода красной каймы в кожу на стороне расщелины медиальная часть;
5. Переход сухая и влажная слизистая;
6. Центральная линия филтрума;
7. Основание крыла носа на стороне расщелины;
8. Основание крыла носа на здоровой стороне;
9. Точки (вершины) формируемых лоскутов на коже и красной кайме (сухая и влажная слизистая);
10. Основание колумеллы;
11. Купола крыльных хрящей.

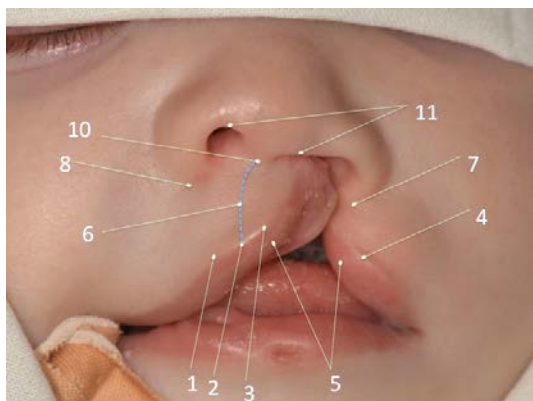


Рисунок 1: Точки-ориентиры для проведения хейло-ринопластики.



Рисунок 2: “Белый валик” на верхней губе (сторона расщелины).

Хирургический план (маркировка кожи и местная анестезия) (рис.3)

1. разметка линий согласно точечным ориентирам производится метиленовым синим, бриллиантовым зеленым или специальными одноразовыми хирургическими маркерами.
2. начинается маркировка с нижней точки 2 «лука Купидона» (рис.1), отступив на 4 мм намечается латеральная точка 3 «лука Купидона», точка 4 отмечается путем измерения расстояния хирургической линейкой от угла рта на здоровой стороне до верхней точки 1 «лука Купидона» (при центральной интубации) или поиском наиболее выступающей части границы красной каймы (при боковой интубации);
3. в первую очередь выполняется разметка латеральной части филтума на здоровой стороне, затем на стороне расщелины – зеркальное отображение;
4. точка 5, являющаяся границей сухой и влажной слизистой, с обеих сторон определяется маркировкой видимой линии и на 4 мм отступив от размеченных точек 3 и 4;
5. нельзя забывать о «белом валике», проходящего над красной каймой. У многих детей он наиболее выпуклый, тогда точки формирования треугольных лоскутов определить легче с сохранением белого валика в зоне формирования рубца (рис.2);
6. маркировка ориентиров «лука Купидона» является наиболее важной с целью выставления симметрии верхней губы и лучше намечать описанные точки 30-размера иглой с использованием раствора метиленового синего или бриллиантового зеленого до проведения локальной анестезии;
7. после нанесения маркировки и татуажа проводится местная анестезия с целью облегченной диссекции тканей и гемостатического эффекта. Инфильтрация тканей верхней губы может быть проведена следующими растворами анестетика: 1) раствор Новокаина 0,5% в разведении с адреналином 1:200000; 2) раствор Лидокаина 0,25% в разведении с адреналином 1:200000; 3) 0,25% раствор Маркаина в разведении с эпинефрином 1:200000. Приоритет отдается Маркаину (Бупивакаин), максимальная дозировка 1мл/кг. Так же проводится инфраорбитальный блок на стороне расщелины, с целью уменьшения болевого синдрома в

послеоперационном периоде. Период выжидания до разреза составляет 5-7 мин;

8. затем проводится маркировка разрезов на медиальной части верхней губы. «Скат» в области колюмеллярно-губного соединения должен маркироваться заранее и сохраниться в течении всей процедуры маркировки и разрезов. Медиальная часть маркируется от латеральной части «ската» и простирается вниз к вершине «лука Купидона». Первый размыкающий V-образный разрез проводится ниже «ската» и второй V-разрез проводится сразу над белым валиком. Окончательный разрез проводится в области соединения сухая и влажная красная кайма (красная линия Noordhoff), который располагается под 90° к перпендикулярному разрезу от точки перехода сухая красная кайма – кожа, до перехода влажная красная кайма-слизистая верхней губы. Этот разрез формирует ложе в виде размыкающей «V», которое позволяет включить треугольный лоскут сухой красной каймы на нижнелатеральном сегменте верхней губы;
9. в последующем проводится маркировка на латеральной части верхней губы. Линия проводится от преддверия носа до самой выступающей точки перехода кожа-красная кайма, которая является латеральной точкой «лука Купидона». Разрез не продлевается под основанием крыла носа. В результате проведения линии разреза формируются три треугольных лоскута, которые и являются дизайном данной техники. В последующем эти три лоскута распределяются на медиальной стороне следующим образом: два в область двух размыкающих V-образных разрезов, один в область красной линии Noordhoff. Таким образом мы получаем трехуровневое вертикальное удлинение верхней губы.



Рисунок 3: Маркировка кожи до операции (слева), после реконструкции (справа)

Разрезы на коже и слизистой

Выполняются двумя видами скальпелей №15с и №11. Непрерывную линию разреза на медиальной части верхней губы выполнять лучше скальпелем №15с. Скальпелем №11 рекомендуется формировать треугольные

лоскуты на латеральной части верхней губы, а так же в проведении размыкающих V-образных разрезов на медиальной части. Разрез по слизистой проводят по краю до прикрепленной десны. В редких случаях, при широких расщелинах проводят дополнительный щечно-десневой разрез в пределах 4-5 мм под углом 90^0 дистальнее на латеральной части верхней губы. Это позволяет создать мобильность мягкотканного массива латеральной части верхней губы и адекватно сформировать щечно-десневую борозду.

Разрезы и передвижение мышечного слоя

1. Разрез с целью выделения круговой мышцы рта проводится скальпелем №15с в зоне соединения с подслизистым и подкожным слоем.
2. Для создания тоннеля на медиальной части верхней губы ниже бугорковой области используется скальпель №15с и изогнутые глазные ножницы.
3. Для диссекции и мобилизации поперечной мышцы носа у основания крыла носа используются изогнутые остроконечные ножницы и скальпель №15с.
4. Сначала проводится фиксация поперечной мышцы носа к назальному депрессору у основания колумеллы (при неполных и нешироких расщелинах верхней губы) и к надкостнице альвеолярного отростка медиального сегмента (при широких расщелинах).
5. Целью краевой стыковки круговой мышцы рта является аугментация данной зоны для формирования искусственной колонки филтума на стороне дефекта. Существует несколько вариантов такой аугментации. На рис.(4) изображен один из вариантов ушивания круговой мышцы рта, заключающийся в формировании ножки на латеральной части, которая подкладывается в сформированное ложе между мышцей и подслизистым слоем.



Рисунок 4: Схематическое изображение вариантов аугментации круговой мышцы рта, где а) использование лоскута в виде «языка» на стороне расщелины с целью подложки для круговой мышцы на здоровой стороне; б) двустороннее поперечное рассечение круговой мышцы с ушиванием центральной части и выворотом расщепленных лоскутов для создания объема

Реконструкция носа

1. Реконструкция носа необходима при полных (1й, 2й и 3й степени) и при некоторых видах неполных расщелинах (2б, 3а и 3б степени) согласно классификации Л.Е. Фроловой (1973 г.).
2. Для мобилизации крыла носа на стороне расщелины необходимо провести поднадкостничную диссекцию в области грушевидной вырезки с ротацией крыла и латеральной ножки крыльного хряща в нижне-медиальном направлении.
3. Подкожная диссекция хрящевого отдела носа необходима для ее мобилизации и лучшего позиционирования хрящевого отдела носа. Диссекцию начинают со стороны расщелины, острым и тупым путем проходят над крыльным хрящем по направлению к кончику носа. Добавляют контраппертурную диссекцию проходя ткани от медиальной ножки, через кончик носа и встречаются с противоположной стороной.
4. У основания крыла носа на стороне расщелины выделяют участок поперечной мышцы носа с последующей фиксацией ее у основания колумеллы.
5. При выраженной девиации колумеллы, что характерно при полных расщелинах верхней губы, через разрез у основания колумеллы выделяют четырехугольный хрящ искривленной перегородки с последующей резекцией у основания и транспозицией в вертикально ровное положение.
6. В проекции латеральной ножки крыльного хряща на стороне расщелины накладывается несколько матрасных (П-образных) швов через кожу, для компрессии и позиционирования крыла носа.
7. В проекции куполов крыльных хрящей накладывается стягивающий шов и завязывается узел в области преддверия носа, который прячем внутрь носа между слоями через небольшой разрез по краю.

Трех-уровневое закрытие

СЛИЗИСТАЯ:

- проводится перемещение слизистого лоскута с латеральной части верхней губы по направлению к медиальной
- при широкой расщелине (3а и 3б ст) добавляется щечно-десневой разрез на 1/3 высоты верхней губы
- проводится разрез с последующей диссекцией и мобилизацией в области медиального участка латерального элемента верхней губы, с формированием лоскута основанием у крыла носа, который складывается при помощи лигатур П-образными швами и фиксируется к слизистой перегородки носа с формированием футляра для круговой мышцы рта (характерно для сквозных расщелин верхней губы)
- для ушивания слизистой верхней губы безопаснее использовать монофиламентную или хромированную рассасывающую нить 5,0

МЫШЦА:

- выделение круговой мышцы рта начинается на латеральной части верхней губы, острым путем при помощи скальпеля №15с или остроконечными глазными ножницами на глубину до 5мм
- диссекция мышцы на медиальной части верхней губы проводится на глубину захвата лигатурой
- добавляется разрез с последующим рассечением круговой мышцы у основания крыла носа в месте неправильного прикрепления
- при наложении швов предпочтение отдается рассасывающемуся материалу 5.0 и трехуровневое ушивание, начинать необходимо в среднем отделе, затем нижний и верхний, П-образными швами

КОЖА:

- наложение швов начинается с точки возвышения «лука Купидона», предварительно маркером прорисовав контур красной каймы. Кожа на медиальном и латеральном частях верхней губы должны быть строго выровнены по белому валику. Использовать Викрил или PDS 6-0;
- ушивание кожи проводится снизу-вверх. Используется Пролен 6-0. Возможна комбинация П-образного и узлового шва. (Возможно ушивание кожи верхней губы интрадермальными узловыми погружными швами из Викрила или PDS 6-0, либо кожного клея Dermabond, что исключает необходимость удаления швов)
- накладывается трансколумеллярный П-образный шов в проекции перегородочного хряща. Используется Пролен 5-0 и 6-0;

Послеоперационный уход

- 1) ограничительные наклейки на руки (не обязательно, но позволяет избежать случайной травматизации верхней губы)
- 2) не использовать масла и мази на шов при использовании клея Dermabond, так как могут ускорить рассасывание и расслабить фиксацию клея
- 3) не использовать 1% бриллиантовый зеленый для обработки линии швов (так как формируется геморрагическая корка и мокнутие под ней, риск расхождения швов и появлении эстетически непригодного рубца)
- 4) обработка линии швов проводится: 3% перекись водорода, р-ром антисептика «Хлоргексидин» или «Септомерин» (разбавление с физиологическим раствором 50/50)
- 5) допустимо использование мази с антибиотиком («Левомеколь») или мази «Актовегин», «Солкосерил» в первую неделю после операции
- 6) осторожное, не длительное купание разрешается через 24 часа после операции
- 7) область губы и носа можно обмывать не ранее 3-х суток после проведенной операции
- 8) воздержаться от кормления ребенка через бутылочку с соской в течении 1 месяца после проведенной хейлопластики (не строгое противопоказание, носит больше рекомендательный характер)

- 9) использование силиконовых противорубцовых гелей возможно сразу после удаления швов на 7-е сутки, а ферментные мази, как в изолированной форме, так и в комбинации с Электрофорезом использовать не ранее 3-го месяца послеоперационного периода
- 10) контрольный осмотр в послеоперационном периоде проводится через 1,5-3-6 месяца
- 11) воздержаться от попадания прямых солнечных лучей в первые 3 мес. после операции, либо использовать солнцезащитные мази спустя 1 неделю после операции
- 12) пальцевой деликатный массаж рубца верхней губы через 1 месяц после операции (направление сверху-вниз) несколько раз в день по 5 минут. Рекомендуются проводить на протяжении 6 месяцев

Основные принципы успеха хейлопластики при односторонних расщелинах верхней губы

1. Установить симметричный и пропорциональный «лук Купидона»
2. Создать полный срединный бугорок и адекватную высоту «сухой слизистой красной каймы»
3. Создать колонку фильтрума аналогичную форме и высоте колонки фильтрума на здоровой стороне
4. Создать нормальную, без рубцевания колюмеллу и установить симметричное колумелло-лябиальное соединение
5. Переориентировать и восстановить непрерывность круговой мышцы рта
6. Создавать адекватную губную борозду
7. Корректировать деформацию крыла носа на стороне расщелины
8. Атравматичное, не линейное ушивание кожи

Преследование данных принципов улучшит эстетический результат любой методики реконструкции верхней губы при врожденных расщелинах.

Литература:

- 1) Бессонов С.Н. Антропометрический анализ лица в хирургии врожденных расщелин верхней губы.// Стоматологические заболевания у детей (эпидемиология, профилактика и лечение). — Тверь. — 2000. — С.160-162.
- 2) Gatti GL, Freda N, Giacomina A, Montemagni M, Sisti A. Cleft Lip and Palate Repair. J Craniofac Surg., 2017, 28 (8):1918-1924.
- 3) McKearney RM, Williams JV, Mercer NS. Quantitative computer-based assessment of lip symmetry following cleft lip repair. Cleft Palate Craniofac J 2013; 50:138-43.
- 4) John G. Meara. Unilateral Cleft Lip and Nasal Repair: techniques and principles. Iran J. Pediatr, 2011, vol 21(№2), pp: 129-138.
- 5) Millard D.R., Latham R., Huifen X., Spiro S., Morovic C. 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.// Plast Reconstr Surg, 1999, 103: p.1630-1644.
- 6) Papadopoulos M.A., Koumpridou E.N., Vacalis M.L., Papageorgiou S.N. Effectiveness of pre-surgical infant orthopedic treatment for cleft lip and palate patients: a systematic review and meta-analysis.//orthod Craniofac Res, 2012, 15: p.207-236.
- 7) Randall P. A triangular flap operation for the primary repair of unilateral clefts of the lip. Deformiti. Plast Reconstr Surg, 1959, 23(4): 331-47.
- 8) Rintala A., Haataja J. 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.// Scand J Plast Reconstr Surg, 1979, 13: p.301-304.
- 9) Tennison CW. The repair of the unilateral cleft lip by the stencil method. Plast Reconstr Surg 1952, 9(2): 115-20.
- 10) Skoog T. A design for the repair of the unilateral cleft lips. Amer J Surg 1958, 95(2): 223-6.

Учебное издание

Гричанюк Дмитрий Александрович
Артюшкевич Александр Сергеевич
Руман Григорий Михайлович
Федченко Игорь Юрьевич

**ВРОЖДЕННАЯ ОДНОСТОРОННЯЯ РАСЩЕЛИНА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ:
ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 08. 11. 2017. Формат 60х84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 0,70. Уч.- изд. л. 0,88. Тираж 50 экз. Заказ 236.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

