

## Тактика хирургического лечения детей с врожденной частичной расщелиной верхней губы

Г. М. Савицкая, Л. В. Агеева

Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии

Достижение оптимального функционального и косметического результата при лечении детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) возможно при восстановлении правильного анатомического положения тканей. В последние годы все больше внимания уделяется принципу физиологической реконструкции при выполнении первичного оперативного вмешательства. Из всех тканей при ВРГН наибольшее значение для оптимального функционального восстановления приротовой области имеет круговая мышца рта.

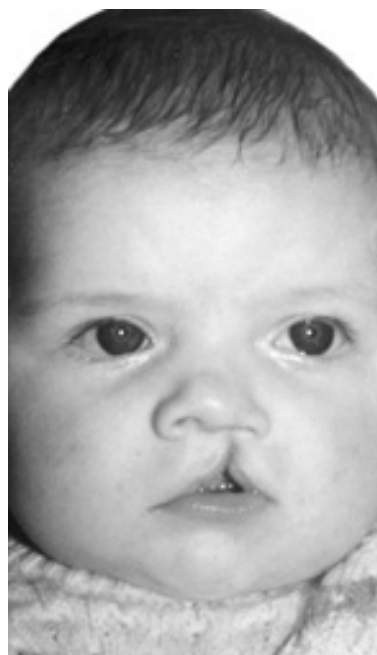
Детальное знание анатомии позволяет выбрать хирургу правильный операционный метод. Этот подход должен выполняться вне зависимости от тяжести анатомических нарушений при ВРГН. Недооценка степени анатомического дефекта круговой мышцы рта и костной гипоплазии грушевидной апертуры у больных с врожденной частичной и полной расщелиной верхней губы препятствует достижению хороших послеоперационных результатов.

Исходя из этого, мы сочли необходимым остановиться на особенностях обследования и лечения данной категории больных, поскольку общепринятое деление ВРГН на скрытую, частичную и полную может привести к недооценке тяжести анатомического дефекта и выбору неадекватной тактики, особенно начинающими хирургами (Мамедов, 1998).

**Клинико-анатомические особенности частичной ВРГН.** При врожденной частичной форме ВРГН отмечается нарушение целостности верхней губы в области слизистой оболочки и кожи с сохранением ткани основания носового хода.

В области нижнего отдела преддверия носа и верхней трети губы располагается участок мягких тканей, образованных кожным покровом, слизистой оболочкой преддверия рта с включением между ними атрофических и беспорядочно расположенных мышечных волокон. При всех видах частичной ВРГН отмечается полное расщепление круговой мышцы рта — явное или скрытое, малозаметное (Faga et al., 1965).

При антропометрических измерениях концевого отдела носа выявляли разность уровней арок больших хрящей крыла. Точка пересечения длинных осей носовых отверстий, которая



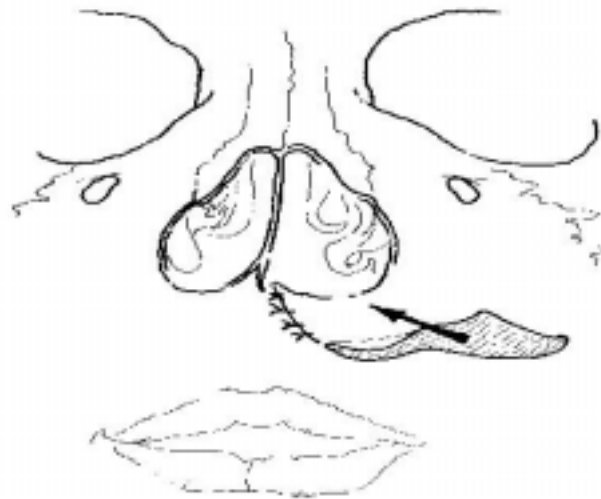
**Рис. 1.** Внешний вид пациента с незначительной деформацией концевого отдела носа.

у детей без данной патологии располагается на кончике носа, была смещена.

У детей с **незначительной деформацией концевого отдела носа** (20 наблюдений) кончик носа был хорошо сформирован, разница расположения арок больших крыльчатых хрящей составляла в среднем 2 мм (рис. 1).

Разница в высоте кожной части колумеллы составляла от 1,5 до 2,5 мм. Уровень дна аномального носового хода располагался на 2 мм ниже здорового. Уплотнение крыла было выражено незначительно. Завиток со стороны дефекта был более тонкий, при этом основание крыла носа находилось на одном уровне со здоровой стороной. При таком варианте латеральный фрагмент верхней губы был удлинен на стороне расщелины и создавалось впечатление его провисания, а дно носового хода располагалось ниже, чем на здоровой стороне. Это объяснялось расщеплением верхней части глубокого слоя круговой мышцы рта.

**Ход операции при минимальной деформации концевого отдела носа.** После освежения



**Рис. 2.** Выкраивание периостального лоскута у больных с врожденной частичной расщелиной верхней губы (схема).

краев дефекта проводили мобилизацию разорванных волокон верхней части глубокого слоя круговой мышцы рта и выкраивание периостального лоскута доступом через разрез по переходной складке. Гипоплазированные волокна верхней части круговой мышцы под основанием крыла носа восстанавливали за счет использования мышечного лоскута на ножке. При этом устранялось кажущееся удлинение латерального фрагмента верхней губы.

После мобилизации мышцы восстанавливали высоту кожи и слизистой оболочки с последующим формированием правильной дуги Купидона путем введения кожного лоскута в дугообразный разрез медиального фрагмента (модифицированная методика Millard).

Ринопластику у этой группы больных проводили в следующем объеме. Подъем дна носового хода происходил в результате ушивания круговой мышцы рта. Асимметрию крыльев носа устраняли серповидным иссечением кожи нависающей части крыла носа.

При этом виде патологии у детей сохранена непрерывность альвеолярного отростка, но отмечается его недоразвитие по нижнелатеральному краю грушевидной аппертуры. Поэтому вмешательство на альвеолярном отростке заключалось в создании субпериостального кармана у грушевидной аппертуры с введением гемостатической губки и перемещением ротационного периостального лоскута над гипоплазированным краем грушевидной аппертуры.

Введенный материал действовал как опора для основания крыла носа и стимулировал развитие кости в полости, сформированной увеличивающейся гематомой. Материал,

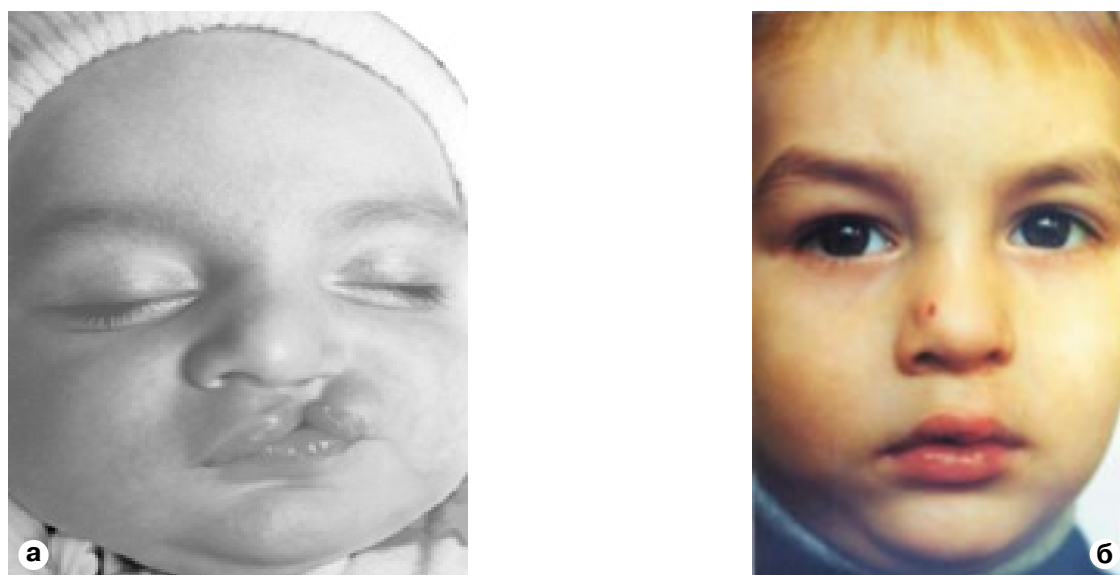
пропитанный кровью, эффективно заполнял место дефекта, а дальнейшее его рассасывание происходило при минимальной тканевой реакции. На альвеолярном отростке выкраивали периостальный лоскут с основанием у грушевидной аппертуры, который ротировали над его нижним гипоплазированным краем.

Схема выкраивания и перемещения периостального лоскута представлена на **рис. 2**.

У детей с **максимальной деформацией** (15 наблюдений) кончик носа был асимметричен и образован выпуклостью арки и медиальной ножкой большого крыльного хряща здоровой стороны (**рис. 3**). Эти изменения связаны со смещением большого крыльного хряща вниз и латерально. Повреждение мышечного комплекса приводило к нарушению взаимодействия между верхним латеральным и большим крыльным хрящами. Это подтверждалось впоследствии в процессе хирургического вмешательства.

Арка большого крыльного хряща на стороне патологии располагалась ниже в среднем на 3,5 мм. Отмечался тупой интракруральный угол. Разница в высоте кожной части колумеллы составляла от 3 до 3,5 мм. Большой крыльный хрящ располагается ниже на 2—4 мм. Основание крыла носа было смещено в 2 плоскостях: вертикальной и фронтальной. Смещение хряща приводило к повреждению связочного аппарата между четырехугольным хрящем и арками больших хрящей.

Разница в форме аномального завитка крыла и здорового выражалась в его уплощении и направлении вниз. Нижняя граница носового отверстия, т. е. определяющая расстояние от основания кожной части перегородки до осно-



**Рис. 3.** Внешний вид пациента с выраженной деформацией крыла и кончика носа: а — до операции; б — через 2,5 года после операции.

вания крыла, располагалась значительно ниже, чем на здоровой стороне.

Нарушение мышечного баланса между расщепленной круговой мышцей рта и мышцами-антагонистами приводило к смещению большого крыльчатого хряща на стороне расщелины. Мышечные ткани основания носового хода содержали единичные мышечные волокна. На латеральном фрагменте волокна круговой мышцы рта в верхней трети не доходили до основания крыла носа, и под кожей определялось сжатое мышечное кольцо.

У таких детей деформация концевого отдела носа в большей степени была обусловлена полным расщеплением круговой мышцы рта и нарушением взаимоотношений с носовой мышцей. У 8 больных из этой группы отмечена врожденная частичная расщелина альвеолярного отростка.

Оперативное вмешательство проводили на мягких тканях верхней губы, хрящевом отделе носа для устранения асимметрии и на альвеолярном отростке верхней челюсти. Каждый анатомический фрагмент индивидуально оценивали и последовательно восстанавливали для достижения наиболее оптимального хирургического результата.

Оперативное вмешательство начинали с последовательной зарисовки предстоящих кожных разрезов. Выбор ключевых точек соответствовал стандартной методике Millard.

**Ход операции при максимальной деформации концевого отдела носа.** После освежения краев дефекта проводили широкую мобилизацию волокон круговой мышцы рта. Восстановление высоты кожи и слизистой оболочки с последующим формированием пра-

вильной дуги Купидона осуществляли введением кожного лоскута в дугообразный разрез медиального фрагмента (модифицированная методика Millard).

Ринопластика у этой группы больных проводилась в следующем объеме.

Устраняли смещение четырехугольного хряща, который был отклонен в здоровую сторону относительно гипертрофированной носовой ости. Хрящ освобождали с двух сторон от слизистой оболочки, верхней челюсти и арки большого крыльчатого хряща на стороне расщелины. Освобожденный хрящ перемещали за спинку носа, а слизистую оболочку фиксировали П-образным швом.

Подъем дна носового хода происходил в результате создания субназальной мышечной поддержки. После освобождения круговой мышцы рта и крыловидной части носовой мышцы, последнюю подшивали к надкостнице, затем сшивали глубокую часть боковой мышцы с культей мышц медиального фрагмента.

Подъем опущенного носового свода проводили через разрез по краю измененного крыла с мобилизацией большого крыльчатого хряща от кожи и четырехугольного хряща. Перемещенный хрящ фиксировали к медиальной ножке здоровой стороны и четырехугольному хрящу. Объем необходимой мобилизации определялся свободным подъемом большого хряща до уровня здоровой арки.

После подъема носового свода избыток кожи иссекали для создания симметричной окружности хода. Поскольку свод носовой выстилки поднимал основание, дно носового хода можно было создавать в соответствии со здоровым носовым ходом.



**Рис. 4.** Внешний вид пациента с умеренно выраженной деформацией концевой отдела носа: а — до операции; б — через 1,5 года после операции.

У детей этой группы была сохранена непрерывность альвеолярного отростка, но отмечалось недоразвитие по нижнелатеральному краю грушевидной аппертуры, поэтому вмешательство на альвеолярном отростке включало те же манипуляции, что и у детей с минимальной деформацией концевой отдела носа.

Схема выкраивания и перемещения периостального лоскута представлена на **рис. 2**.

По описанной методике оперировано 33 ребенка с врожденной частичной расщелиной верхней губы, асимметрией концевой отдела носа и нерезко выраженными дефектами в области альвеолярного отростка верхней челюсти и гипоплазией в области грушевидной аппертуры верхней челюсти (**рис. 4—6**). Отдаленные сроки наблюдения составляли до 5 лет.

У 95 % больных этой группы удалось ликвидировать уплощение купола кончика носа.



**Рис. 5.** Внешний вид больного с незначительной деформацией концевой отдела носа: а — до операции; б — через 4 года после операции.



**Рис. 6.** Внешний вид больной с умеренной деформацией крыла и кончика носа: а — до операции; б — через 6 мес после операции.

В отдаленные сроки после операции результаты изменялись мало. При осмотре у всех детей определялись нежные послеоперационные рубцы, свободное предверие полости рта. У 2 больных из этой группы, в связи с неполной реконструкцией глубокого слоя круговой мышцы рта, отмечалось нарушение соотношения осей носовых отверстий. Поскольку у 1 ребенка была выявлена расщелина мягкого неба, на этапе пластики неба мы произвели повторную реконструкцию сфинктера через разрез по переходной складке. Через 1 мес после операции отмечено симметричное расположение свода и дна носовых отверстий с пересечением больших осей носовых отверстий на кончике носа. У остальных детей из этой группы получен хороший функциональный и косметический результат, характеризующийся выраженным кончиком носа, симметричным расположением свода и дна носовых отверстий.

Таким образом, результаты проведенного исследования можно обобщить в следующих выводах.

1. Дефект кожно-слизистой части верхней губы не соответствовал глубине поражения круговой мышцы рта.

2. При проведении оперативного вмешательства у детей с врожденной односторонней частичной расщелиной верхней губы необходимо учитывать степень гипоплазии и расщепления круговой мышцы рта, смещение хрящей носа и гипоплазию верхней челюсти по краю грушевидной апертуры.

3. Тщательная реконструкция круговой мышцы рта, устранение смещения четырехугольного и крыльчатого хрящей и перемещение периостального лоскута с латерального фрагмента губы для уменьшения окружности расширенной грушевидной апертуры позволяют получить хороший функциональный и косметический результат, что предупреждает развитие вторичной деформации в виде провисания латерального фрагмента губы и асимметрии положения дна носового хода.

### Литература

- Мамедов Ад. А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. — М.: Детгостомиздат, 1998. — С. 309.
- Fara M., Chlumská A., Hrivnáková J. Musculus orbicularis oris in incomplete hare-lip // *Ada Chir. Plast.* (Prague). — 1965. — P. 125—132.