

МОРФОКЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ОДНОСТОРОННИХ НЕСРАЩЕНИЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

ВАСИЛЕНКО В.М., РУЗИН Г.П.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Харьковский национальный медицинский университет

Введение

Среди множества проблем челюстно-лицевой хирургии особое место занимают вопросы лечения детей с врожденными односторонними несращениями верхней губы. Актуальность этой проблемы объясняется высокой распространенностью несращения губы и тенденцией к росту популяции больных с данной патологией [1–2].

В обосновании выбора оптимальных сроков хейлопластики до настоящего времени нет единого мнения, что можно объяснить отсутствием объективных критериев в решении данной проблемы. Большинство авторов, определяя оптимальные сроки хейлопластики, базируются лишь на данных клинических наблюдений. Естественно, что только клиническое обоснование не может быть полностью достоверным, о чем свидетельствует широкий диапазон мнений об оптимальных сроках первичного оперативного лечения детей с врожденными односторонними несращениями верхней губы [3].

Одним из основных вопросов в проблеме хирургического лечения детей с врожденными несращениями верхней губы, наряду с тяжестью самого дефекта, наличием или отсутствием общей патологии, правильным выбором методики хирургического вмешательства и тщательного выполнения всех его этапов, является также возраст оперируемого ребенка и гистоморфологический характер тканей губы [4, 5].

Анализируя данные литературы по морфологическим исследованиям тканей краев несращений губы у детей, можно отметить, что они неполны, так как преимущественно изучались только отдельные тканевые компоненты — мышцы или сосуды [6–9]. Проблема же сроков оперативного лечения

детей с несращениями верхней губы в зависимости от морфологического состояния тканей в этих исследованиях не рассматривалась. Тем более, что в последние два десятилетия эта проблема практически не нашла достаточного отображения в научной литературе.

Лечение детей с врожденными односторонними несращениями верхней губы представляет сложную задачу еще и потому, что при проведении первичной хейлопластики необходимо не только устранить дефект губы, нормализовать ее функции, но и получить благоприятный косметический результат. Достижение этого результата затрудняется наличием у ребенка наряду с несращением губы, еще и деформации носа, усиливающей обезображивание лица [10–12].

Таким образом, наряду с тщательным анализом клинических критериев, определение объективных показателей оптимальных сроков хейлопластики в зависимости от морфологических особенностей тканей краев несращений губы в разные возрастные сроки является актуальным.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения детей с односторонними несращениями верхней губы в зависимости от вида, степени тяжести и морфологических особенностей тканей краев несращений у детей разного возраста.

Объекты и методы исследования

Изучение клинко-морфологических особенностей врожденных односторонних несращений верхней губы проводилось у 162 детей. Их возраст находился в пределах от первых 3-х суток жизни до одного года и старше. Среди исследованных

детей число девочек составило 60, а мальчиков 102 человека (37,0 и 63,0% соответственно). Для описания клиники врожденных односторонних несращений верхней губы нами была разработана клинико-анатомическая рабочая схема. В основу ее положен принцип комплексного учета всех 4-х параметров, характеризующих любой вид несращения: 1) наличия или отсутствия нарушения целостности эпителиальных покровов в области несращения; 2) протяженности несращения в пределах губы; 3) глубины поражения; 4) формы несращения губы. Предложенный нами 4-й параметр позволяет оценить вид и тяжесть несращения по форме дефекта губы [13].

Хейлопластика выполнялась по методам Лимберг-Обуховой, Фроловой, Теннисона, Ле Мезюрье, Милларда. Показанием к применению того или иного метода хейлопластики или ее отдельного этапа определялись в зависимости от протяженности, глубины и формы несращения губы, а также от степени выраженности сопутствующих деформаций концевого отдела носа.

Период прослеженных нами постоперативных изменений у детей составлял от 6-ти — 12 месяцев до 3-х—5-ти и более лет.

Результаты первичной хейлопластики у детей с односторонними несращениями верхней губы оценивались нами комплексно с позиций качества восстановленной губы и с учетом изменений сопутствующих деформаций концевого отдела носа — их устранения или снижения степени выраженности.

Такую взаимосвязь мы считали вполне обоснованной, так как применявшиеся методы хейлопластики включали в себя и элементы ринопластики, например: перемещение в правильное положение кожной части перегородки носа, исправление деформации крыла, устранение западения его основания, восстановление переднего отдела носа и другое. Кроме того, находясь рядом, верхняя губа и концевой отдел носа тесно связаны между собой морфологическими, функциональными и эстетическими особенностями.

Для определения оптимальных сроков первичной хейлопластики проводилось изучение морфологических особенностей тканей краев несращений у детей в разные возрастные периоды: от первых 3-х суток жизни до одного года и старше [14].

У 84 детей во время первичной хейлопластики иссекались ткани краев несращений губы через всю их толщину на этапе выкраивания и освежения краев фрагментов, которые в дальнейшем были подвергнуты соответствующим гистохимическим исследованиям.

Результаты исследования

Патоморфологические исследования были направлены на изучение морфологических особенностей тканей краев несращения губы для выявления в них благоприятных и неблагоприятных факторов обеспечения процессов репаративной регенерации у детей с врожденными односторонними несращениями верхней губы разного возраста.

А так как морфологические изменения были разными, то и динамика сопутствующих и послеоперационных изменений губы и концевого отдела носа в постоперативном периоде была неодинаковой: положительной постоперативной динамикой — уменьшение или полное устранение деформаций — или отрицательной постоперативной динамикой — рецидивирование или ухудшение (увеличение степени деформаций, сниженных во время операции). Клинически это выражалось в улучшении или ухудшении непосредственных результатов операции или в отсутствии каких либо их изменений.

Промежуток времени между непосредственными и отдаленными результатами хейлопластики, в течение которого происходили дальнейшие изменения сформированной губы, мы назвали постоперативным периодом. Характер этих изменений выявлялся по данным исследований детей в отдаленные сроки после операции. Определяющую роль в период постоперативных изменений имели: полноценное устранение дефекта губы, воссоздание правильной ориентации мышечных волокон губы и концевого отдела носа, нормализация их

функций, а также благоприятные гистоморфологические и гистохимические особенности тканей краев несращения губы.

У детей первых 3-х суток жизни обнаруженное состояние тканей краев несращений губы позволяет считать их активным морфологическим субстратом, способным обеспечить полноценные процессы репаративной регенерации после хейлопластики. У детей от 2-х недель до 1-го месяца в активных структурных компонентах губы появляются очаговые воспалительные инфильтраты серозного характера. У детей в возрасте от 1-го до 3-х месяцев в тканях краев несращения губы на фоне нарушения кровообращения формируются периваскулярные, субэпителиальные и, чаще, диффузные гнойные инфильтраты. Указанные изменения тканей создают худшие предпосылки для нормальной регенерации и способствуют развитию воспалительных осложнений преимущественно у детей от одного до трех месяцев.

У детей в возрасте от 3-х до 6-ти месяцев воспалительный процесс в тканях краев несращения губы принимает вялотекущий характер. Дегенеративно-дистрофических изменений в эпителиальном покрове, мышечной и соединительной ткани не наблюдается. Такое строение местных тканей должно служить положительным моментом, способствующим осуществлению полноценных процессов репаративной регенерации после хейлопластики.

У детей в возрасте от 6-ти месяцев до одного года и старше 1-го года выявлены дистрофические изменения эпителиального покрова, дегенеративные и атрофические изменения в мышечной ткани, заместительное разрастание жировой и соединительной ткани губы. Воспалительные изменения имеют вялотекущий хронический характер. Такое состояние тканей создает не совсем благоприятный фон для репаративных процессов после хейлопластики.

Проведенные нами исследования у 162 детей с учетом разработанной нами рабочей схемы показали, что клинические проявления их зависели от

разных параметров, характеризующих несращения губы, в том числе и от формы дефекта.

Форма несращения существенно влияла на тяжесть клинического течения самих несращения губы и на степень выраженности сопутствующих им деформаций концевой отдела носа. Поэтому клинику врожденных односторонних несращений верхней губы мы рассматривали в соответствии с их формой, а также и с другими характеризующими их особенностями — протяженностью в тканях губы, наличием или отсутствием комбинации их с несращениями соседних органов и тканей, скрытым или явным проявлением данной патологии.

Характер разных видов и частота односторонних несращений верхней губы по данным наших исследований составляли:

В соответствии с наличием или отсутствием целостности эпителиальных покровов губы в области несращения — скрытые несращения верхней губы в наших наблюдениях составляли всего 1,8 %, все остальные 98,2% были явные несращения верхней губы.

По протяженности несращения в пределах верхней губы наиболее частыми были полные несращения губы, они составляли 46,3%, наиболее редкими — частичные несращения губы — всего 15,4% и промежуточное место занимали неполные несращения губы — 38,3%, которых на 22,9% было больше, чем частичных, и на 8% меньше, чем полных.

По глубине поражения (по наличию или отсутствию комбинаций несращения губы с несращениями глубже лежащих анатомических структур) наиболее частыми были изолированные несращения верхней губы (42,6%), реже на 12,4% — комбинированные (30,2% и еще реже, на 15,4% по сравнению с изолированными — сквозные несращения губы (27,2%).

При комбинированных несращениях верхней губы чаще других наблюдалась комбинация несращения губы с несращениями твердого и мягкого

неба (13,6% из 30,2%), второе место по частоте занимали несращения губы, комбинированные с несращениями альвеолярного отростка (10,6%), а последнее место — самые легкие комбинации несращения верхней губы, комбинированные с мягким небом (6,1%).

Частота врожденных несращений верхней губы по их форме. Самой частой формой несращения губы была треугольная в 73,5%. В 3,2 раза реже встречались несращения трапециевидной формы (22,8%) и в 19,8 раза реже — щелевидной формы (3,7%).

Заключение

Анализ результатов первичной хейлопластики по качеству восстановленной губы показал, что у 81,5% детей была сформирована нормальная губа, а у 18,5% наблюдались послеоперационные деформации губы воспалительного, дегенеративно-дистрофического генеза. В основе их возникновения лежат морфологические предпосылки в виде скрытого воспаления и неблагоприятных изменений тканей краев несращения губы на фоне длительного нарушения анатомо-функциональной целостности её в области дефекта.

Проведенные исследования позволяют определиться со сроками оперативного вмешательства в зависимости от гистоморфологического состояния тканей верхней губы.

Список литературы

1. Приходько Т. А. Вроджені щілини губи і або піднебіння: поширеність серед новонароджених і чинники ризику виникнення : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Т. А. Приходько. — Х., 2007. — 20 с.
2. Тимченко О. І. Генофонд і здоров'я: поширеність і чинники ризику виникнення щілини губи і/або піднебіння / Т.А. Приходько, О. В. Линчак, І. П. Кривич. — К.: МВЦ Медінформ, 2008. — 155 с.
3. Харьков Л.В. Обзор состояния помощи детям с несращениями верхней губы и неба в европейских странах/ Л.В. Харьков, В. Шоу, Г. Семб //Вісник стоматології.— 2001.— № 3.— С. 55–59.
4. Образцов Ю. Л. Клинико-морфологическое обоснование некоторых методов хейлопластики : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматология» / Ю. Л. Образцов — Архангельск, 1971 — 20 с.
5. Терешина З. Л. Гистоморфологическая характеристика краев расщелин верхней губы у детей различного возраста / З. Л. Терешина, И. И. Давиденко // Стоматология.— 1976.— № 3.— С. 64 — 67.
6. Новоселов Р. Д. Хирургическая анатомия мимических мышц в окружности рта при врожденных расщелинах верхней губы / Р. Д. Новоселов, А. А. Лаврентьев // Стоматология.— 1969.— № 5.— С. 31 — 35.
7. Schyle H. Das Prolabium bei dopelseitigen Zippenspalten / H. Schyle // Z. Kinderchir. u. Grenzgebiete.— 1969. — Vol. 6.— № 4.— P. 485–490.
8. Фара М. Функциональная анатомия губ и неба и ее применение в хирургии расщелин неба и губ / М. Фара // Последние достижения в пластической хирургии.— М.: Медицина, 1985.— С. 175 — 196.
9. Соловьев В.А. Морфометрическая характеристика мышечной ткани у детей с расщелиной губы / В. А. Соловьев // Стоматология. — 1981. — № 4. — С. 53 — 55.
10. Яковенко Л.М. Вторинні деформації носу та їх корекція після хейлопластики у дітей із вродженими вадами / Л. М. Яковенко, А. Л. Харьков // Матеріали ІІ (ІХ) з'їзду Асоціації стоматологів України,

1–3 груд.2004 р.: тези доп.— К.: Книга плюс.— 2004.— С. 343 — 344.

11. Бердюк И.В. Патогенез и лечение деформаций носа, сопутствующих врожденным расщелинам верхней губы. / И. В. Бердюк // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии: сб. науч. трудов. — Х., 2003. — С.185–189.

12. Крикляс В.Г. Обґрунтування методу усунення деформацій носу і верхньої губи у хворих після хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / В. Г. Крикляс. — О., 2005. — 17 с.

13. Василенко В.М. Клинико-морфологическое особенности односторонних несращений верхней губы и их влияние на результаты первичной хейлопластики у детей: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматология» / В. М. Василенко — Полтава, 2010 — 20 с.

14. Василенко В.М. Клинико-морфологическая характеристика послеоперационных деформаций верхней губы после хейлоринопластики у детей с врожденными односторонними расщелинами / В.М. Василенко // Український стоматологічний альманах.-2005.-№4.-С.50-53.