

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ГУБЫ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ОДНОСТОРОННИМИ РАСЩЕЛИНАМИ

В.М. Василенко, Г.П. Рузин, З.Л. Терешина

Харьковский государственный медицинский университет

Несмотря на значительный прогресс в развитии детской челюстно-лицевой хирургии до настоящего времени при лечении врожденных расщелин лица наблюдается немало осложнений и неблагоприятных исходов. К их числу можно отнести послеоперационные деформации губы у детей с врожденными односторонними расщелинами. К сожалению, они менее изучены, чем деформации носа. В специальной литературе имеются разноречивые сведения о видах, частоте, причинах их развития и исходах (В.А. Виссарионов, 1986, 1988, 1997; М.С. Цыплакова, Ю.В. Степанова, 2001 и др.)

Нами проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов первичной хейлопластики у 162 детей разного возраста – от новорожденных первых суток жизни до детей одного года и старше.

В соответствии с данными анализа нами выделены два вида послеоперационных деформаций губы – истинные и ложные. Истинные представляли деформации самой губы – не полностью или неправильно сформированной. При ложных деформациях губа была полностью и правильно сформирована в соответствии с тремя ее параметрами (формой, функцией и эстетическими показателями). Причиной ее деформаций были дефекты альвеолярного отростка верхней челюсти при сквозных и комбинированных расщелинах. Частота истинных деформаций в наших наблюдениях составляла 17,9%. Виды истинных послеоперационных деформаций губы, их классификация, клинико-морфологическая характеристика и динамика описаны нами ранее.

Ложные послеоперационные деформации губы наблюдались реже, в 7,4% случаев. Клинически они представляли собой незначительное или выраженное западение нормально сформированной губы над широким дефектом альвеолярного отростка верхней челюсти. Ложные послеоперационные деформации губы наблюдались у детей, оперированных по поводу наиболее тяжелых врожденных односторонних расщелин губы – полных, сквозных,

трапециевидной формы обоих типов: T_1 (с большим основанием трапеции у красной каймы) и особенно T_2 (с большим основанием трапеции у дна носа).

Частота ложных послеоперационных деформаций губы у детей с трапециевидной формой расщелин составляла – 5,6 % из 7,4%. Значительно реже в 1,8 % ложные послеоперационные деформации отмечены у детей с полными расщелинами верхней губы треугольной формы комбинированными с расщеленой АО.

Ложные послеоперационные деформации губы наблюдались в группе новорожденных, детей от 6 месяцев до года и реже – у детей старше года (по видимому, в связи с тем, что дети с наиболее тяжелыми видами расщелин губы либо были прооперированы раньше, либо погибали от сопутствующих общесоматических осложнений).

Отдаленные наблюдения (через 2-3 года после хейлопластики) показали, что динамика ложных деформаций губы зависела от положительной постоперативной динамики костных фрагментов АО, а именно – от степени их сближения и уменьшения расстояния между ними.

Ложные послеоперационные деформации губы ни у одного из 4 новорожденных (2,5%) оперированных в первые трое суток после рождения, не выявлены, фрагменты АО у них были полностью сближены или между ними оставалась щель равная 1-2 мм.

У всех детей с ложными деформациями губы, оперированных в сроки от 6 месяцев до года, также, наблюдалась положительная динамика, но менее выраженная, чем у новорожденных. Деформации полностью устранились у 1,2% детей и уменьшились с незначительной до мало заметной степени у 2,5% (расстояние между фрагментами АО у них составляло от 3 до 8 мм).

У двух (1,2%) детей старше года ложные послеоперационные деформации губы остались без изменений.

Из приведенных данных следует, что профилактикой ложных послеоперационных деформаций губы у детей с врожденными односторонними расщелинами является как можно более раннее их оперативное лечение.