

КЛІНІЧНИЙ РОЗДІЛ

DOI 10.35220/2078-8916-2019-34-4-72-74

УДК 616.315-007.2.54-08

**В.І. Куцевляк, д.мед.н., О.В. Любченко, д.мед.н.,
О.О. Любченко**

Харківська медична академія післядипломної освіти

**ХИРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ
З ВРОДЖЕНИМИ ОДНОСТОРОННІМИ
НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ**

Вроджене незрощення верхньої губи є найбільш частотою вадю розвитку щелепно-лицевої ділянки. Народження дитини з незрощенням верхньої губи є трагедією для батьків. Тому медичною та соціальною проблемою є виписування матері з пологового будинку з прооперованою дитиною. Понад рання хейлопластика в пологовому будинку в перші дні від народження була запропонована Фроловою Л.Е. у 1967, 1969 роках. Віддаленні результати лікування були негативними. Запропонована методика полягає у проведенні в термін від 3 до 30 діб в ушиванні шкірної частини незрощення під місцевим знеболенням та наступною радикальною хейлопластиком через 3-4 місяці під загальним знеболенням.

Проведення I етапу хейлопластики дозволяє зменшити ширину незрощення та виписати з пологового будинку дитину додому з відновленою шкірою, що знімає моральне напруження в сім'ї.

II етап хейлопластики проводиться з меншою травмою та хорошим результатом.

Ключові слова: вроджене незрощення верхньої губи, моральний клімат у сім'ї, двоетапна хейлопластика

В.І. Куцевляк, А.В. Любченко, А. А. Любченко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ
С ВРОЖДЕННЫМИ ОДНОСТОРОННИМИ
НЕСРАЩЕНИЯМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ**

Врожденная расщелина верхней губы является наиболее частым пороком развития челюстно-лицевой области. Рождения ребенка с несращением верхней губы является трагедией для родителей. Поэтому медицинской и социальной проблемой является выписка матери из родильного дома с прооперированным ребенком. Сверххраня хейлопластика в роддоме в первые дни от рождения была предложена Фроловой Л.Е. в 1967, 1969 годах. Отдаленные результаты лечения были отрицательными. Предложенная методика заключается в проведении в срок от 3 до 30 суток в ушивании каждой части несращения под местным обезболиванием и последующей радикальной хейлопластиком через 3-4 месяца под общим обезболиванием.

Проведение I этапа хейлопластики позволяет уменьшить ширину несращения и выписать из роддома ребенка домой с обновленной кожей, что снимает моральное напряжение в семье.

II этап хейлопластики проводится с меньшей травмой и хорошим результатом.

Ключевые слова: врожденное несращение верхней губы, моральный климат в семье, двухэтапная хейлопластика.

**V.I. Kutcevliak., A.V. Lyubchenko,
A.A. Lyubchenko**

Kharkiv medical Academy of postgraduate education

**SURGICAL TRATMENT OF CHILDREN
WITH CONGENITAL UNILATERAL CLEFTS
OF UPPER LIP****ABSTRACT**

Congenital cleft of the upper lip is the most common malformation of the maxillofacial region. Having a baby with a cleft upper lip is a tragedy for the parents, therefore, a medical and social problem is the discharging of the mother from the maternity hospital with the operated child. The superearly surgical correction of the cleft in the maternity hospital in the first three days of birth was proposed in 1962, 1967 by Frolova L.E. Long-term results were negative. The proposed method consists in suturing of the skin part of the cleft under local anesthesia in terms of 3 to 30 days, and subsequent radical surgical correction of the cleft in 3-4 months under general anesthesia.

Carrying out the First stage of cheiloplasty allows you to reduce the width of the incision and discharge a child from the hospital home with a renewed skin, which relieves moral stress in the family.

Stage II of cheiloplasty is performed with less trauma and good results.

Key words: congenital cleft of upper lip, moral climate in the family, two-stage chilooplasty.

Актуальність проблеми. Вроджене незрощення верхньої губи та піднебіння є найбільш розповсюдженими вадами щелепно-лицевої ділянки та займають третє місце серед інших вроджених вад людини. 70 % з них складають незрощення верхньої губи та піднебіння, а 3 0% – краніосиностозів та черепно-лицевих дизостозів. При цьому відзначається тенденція до збільшення частоти народження дітей з цією вадю в Україні. Якщо, на початку ХХ століття діти народжувались з незрощенням губи та піднебіння в співвідношенні 1 на 200 здорових дітей, в 1970 роках

– 1:1000, то у 2000 році – 1:800 – 1: 900. Така саме тенденція зберігається по всьому світі, та значного зниження народжуваності таких дітей не передбачиться, тому що екологічні, економічні, соціальні та інші умови, що впливають на стан здоров'я батьків та їх дітей не покращуються (Харьков Л.В. та ін., 2005; Hagberg C. Et al, 1998).

Народження дитини з незрощенням верхньої губи є трагедією для батьків та родичів. Виникає нездоровий психологічний клімат в сім'ї, який приводить до її руйнування. Мають місце випадки відмови від дітей. Тому великою медичною та соціальною проблемою є виписка матері з пологового будинку з прооперованою верхньою губою у дитини. (Козін І.А., 1996; Бернадський Ю.І., 1985; Гулюк А.Г., 2002)

Зберігаючи психіку батьків та прагнучі до нормалізації росту тканин та функції верхньої губи, було запропоновано виконувати хейлопластику в період новонародженості, тобто, в перші три доби життя дитини в пологовому будинку (Фролова Л.Є., 1962, 1967). Благородна ідея понад ранньої хейлопластики в пологовому будинку під місцевим знеболенням, проведена в масштабі всієї країни показала протилежні результати. Відсутність належних умов для операції, проведення радикальної хейлопластики під місцевим знеболенням, відсутність належного післяопераційного догляду за дітьми дало велику кількість ускладнень. Аналіз віддалених результатів хейлопластики в пологових будинках в 94 % виявив деформації верхньої губи та носа. (Мухін В.І., Агроскіна А.П., 1966; Козлюк В.І., 1973, 1976; Губська А.Н., 1975; Колесов А.А., Каспарова Н.Н., 1970).

Ціль дослідження. Покращення анатомічних та функціональних результатів лікування дітей з вродженим незрощенням верхньої губи.

Збереження нормального психологічного клімату в сім'ї, де народилася дитина з незрощенням верхньої губи.

Методика лікування полягає в ранньому, до виписки з пологового будинку, оперативному лікуванні в термін від 3 до 30 днів після народження під місцевою анестезією, та наступним проведенням радикальної хейлопластики під загальним знеболенням.

На підставі роботи Аветікова Д.С. (2009), де обґрунтовано переміщення тканин по міжфасціальним просторам, нами розроблена двоетапна методика хейлопластики. Операція повинна проводитися в перинатальному центрі.

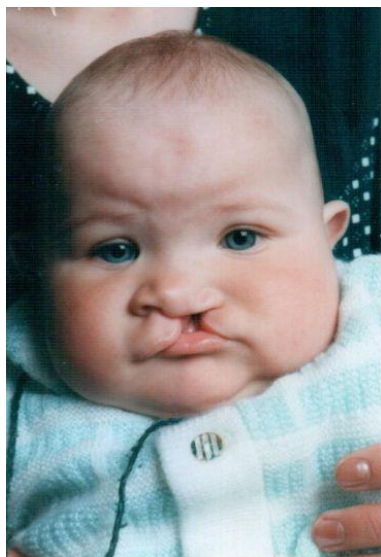
I етап. Під місцевим знеболенням на боці незрощення робиться розріз по шкірно-слизовій межі, тупо відшаровується шкіра за межу носогубної складки, на шкіру з боку рани, накладається П-подібний внутрішньошкірний шов, який максимально зміщує шкіру до центру та фіксується за окістя краю незрощення.

На здоровому боці проводиться аналогічна операція та зміщенні до центру шкірні клапті зшиваються між собою. Підшиті до окістя шкірні клапті не дають тканинам повернутися в попереднє положення, та за 3-4 місяці зміщують крило носу й тканини губи на зустріч одне одному.

II етап. Хейлопластики проводиться в 3-4-місяці під загальним знеболенням. Базовою методикою залишається Millard D. (1976) з нашим доповненням, завдяки чому ширина незрощення зменшилася та крило носу змістилося до центру.

Даною методикою нами виліковано 5 пацієнтів з отриманням хорошого результату.

Для прикладу, приводимо фото дитини К., 1 міс. (мал. 1), до I етапу та після II (мал. 2) етапу хейлопластики в 4 місяці. Операція на піднебінні проведена в 12 місяців.



Мал. 1. До хейлопластики.



Мал.2 Після хейлопластики.

Висновки. 1. Проведення I етапу хейлопластики дозволяє зменшити ширину незрощення та виписати з положового будинку дитину додому з відновленою шкірою, що знімає моральне напруження в сім'ї.

2. II етап хейлопластики проводиться з меншою травмою та хорошим результатом.

Список літератури

1. **Аветиков Д.С.** Морфофункциональные особенности строения мягких тканей разных отделов головы человека: автореф. дис. на соискание учен. степени д. мед. наук: спец. 14.03.01 «Нормальная анатомия» / Д.С. Аветиков. – Харьков, 2011. – 35 с.
2. **Бернадский Ю.И.** Травматология и реконструктивная хирургия челюстно-лицевой области / Бернадский Ю.И. – Київ: Вища школа, 1985. – 391 с.
3. **Губская А.Н.** Вторичные деформации челюстно-лицевой области с врожденной расщелиной губы и неба: монография / А.Н. Губская. – Ташкент: Медицина, 1975. – 103 с.
4. **Гулюк А.Г.** Методи поетапного хірургічного лікування хворих з вродженою розщипиною верхньої губи і піднебіння: автореф. дис. на здобуття наук.ступеня д. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / А. Г. Гулюк. – Полтава, 2002. – 36 с.
5. **Козин И.А.** Эстетическая хирургия врожденной расщелины лица / Козин И.А. – М: Мартис, 1996. – 568 с.
6. **Козлюк В.И.** Классификация послеоперационных дефектов и деформаций врожденной расщелины верхней губы / В.И. Козлюк // Хірургічна стоматологія. – Київ, 1973. – Vol.6. – С. 75-77.
7. **Колесов А.А.** Детская стоматология / А.А. Колесов, Н.Н. Каспарова. – М.: Медицина, 1970. – 559 с.
8. **Мухин М.В.** Хирургическое лечение деформаций лица после хейлопластики при врожденных расщелинах верхней губы / М.В. Мухин, А.П. Агроскина // *Astra chir. Plast.* – 1966. – Vol.8, №4. – С. 231-237.
9. **Фролова Л.Е.** Лечение врожденных расщелин верхней губы / Фролова Л.Е. – Ташкент: Медицина, –1967 с.
10. **Харьков Л.В.** Surgical dentistry and maxillofacial surgery of children's age. / Харьков Л.В., Харьков Л.Н., Чехова И.Л. – М.: Книга плюс, 2005. – 470 с.
11. **Bardach J.** Rozszczepy wargi gornej I podniebienia / Bardach J. – Warszawa: PZWL, 1967. – 346 s.
12. **Millard D. R.** Cleft craft The evolution of its surgery / Millard D. R. – Bostn, 1967. – Vol.1: The Unilateral Deformity. https://scholarlyrepository.miami.edu/cleft_craft/3/

REFERENCES

1. **Avetikov DS.** *Morfofunkcional'nye osobennosti stroeniya mjagkih tkanej raznyh otdelov golovy cheloveka* [Morphofunctional peculiarities of the structure of soft tissues of different sections of the human head]: Abstract of a doctoral thesis of medical sciences *Har'kov*; 2011:35.
2. **Bernadskii UI.** *Travmatologija i rekonstruktivnaja hirurgija cheljstno-licevoj oblasti* [Traumatology and reconstructive surgery of maxillofacial region]. *Kyi'v: Vyshha shkola*; 1985:391.
3. **Gubskaja AN.** *Vtorichnye deformacii cheljstno-licevoj oblasti s vrozhdennoj rasshhelinoj guby i neba: monografija* [Secondary deformities of the maxillofacial region with congenital cleft lip and palate: monograph]. *Tashkent: Medicina*; 1975:103.
4. **Guljuk AG.** *Metody poetapnogo hirurgichnogo likuvannja hvoryh z vrodzhenuju rozshhilynoju verhn'oi' guby i pidnebinnja* [Methods of step-by-step surgical treatment of patients with congenital cleft of the upper lip and palate]. Abstract of a doctoral thesis of medical sciences. *Poltava*; 2002:36.
5. **Kozin IA.** *Jesteticheskaja hirurgija vrozhdennoj rasshheliny lica* [Aesthetic surgery of congenital facial cleft]. *M: Martis*; 1996:568.
6. **Kozljuk VI.** Classification of postoperative defects and deformities of congenital cleft of the upper lip. *Hirurgichna stomatologija. Kii'v.* 1973;6:75-77.
7. **Kolesov AA., Kasparova NN.** *Detskaja stomatologija* [Pediatric dentistry]. *M.: Medicina*; 1970:559.
8. **Muhin MV., Agroskina AP.** Surgical treatment of facial deformities after cheiloplasty in congenital cleft upper lip. *Astra chir. Plast.* 1966; 4(8):231-237.
9. **Frolova LE.** *Lechenie vrozhdennyh rasshhelin verhnej guby* [Treatment of congenital clefts of the upper lip]. *Tashkent: Medicina*;1967.
10. **Har'kov LV., Har'kov LN., Chehova IL.** Surgical dentistry and maxillofacial surgery of children's age. *M.: Kniga pljus*; 2005:470.
11. **Bardach J.** *Rozszczepy wargi gornej I podniebienia.* Warszawa: PZWL; 1967:346.
12. **Millard DR.** Cleft craft The evolution of its surgery. Bostn. 1967;1: The Unilateral Deformity. https://scholarlyrepository.miami.edu/cleft_craft/3/.

Надійшла 26.11.19

