

## ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.315. -053.2

DOI <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2023-50-4.7>**В.Г. Крикляс,**

кандидат медичних наук, доцент кафедри  
хірургічної стоматології, Одеський національний  
медичний університет,  
Валіховський провулок, 2, м. Одеса, Україна, індекс  
65082 kryklyas@gmail.com

**К.В. Крикляс,**

асистент кафедри хірургічної стоматології,  
Одеський національний медичний університет,  
Валіховський провулок, 2, м. Одеса, Україна,  
індекс 65082

### УТОЧНЕННЯ КЛІНІЧНИХ ДАНИХ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНОЮ ПОЄДНАНОЮ ОДНОСТОРОННЬОЮ РОЗЦІЛИНОЮ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

Діти з односторонньою вродженою поєднаною розцілиною верхньої губи та піднебіння становлять біля 50 % від всіх дітей, які народжуються з розцілиною верхньої губи та піднебіння. Тобто кількість таких дітей, які народжуються в Україні та інших країнах становить достатню кількість. **Мета нашої роботи.** Вивчення клінічних даних у цієї категорії пацієнтів і на їх основі встановити показання для проведення хейлопластики. **Матеріали та методи.** Нами було обстежено 52 пацієнти з вроджених комбінованих розцілин верхньої губи та піднебіння. З них 30 хлопчиків та 22 дівчинки, що відповідно складає 57,7 % та 42,3 %. З лівосторонньою поєднаною розцілиною верхньої губи та піднебіння було 38 пацієнтів, з правосторонньою – 14, що складає відповідно 75 % та 27 %. У 38 дітей з вродженою односторонньою поєднаною розцілиною верхньої губи, з 52 пацієнтів розцілина була повною, Тобто у цих 38 пацієнтів дефект губи проходив від вільного краю верхньої губи (червоної облямівки губи) і перетинав у верхньому відділі губи дно носового ходу. У цих пацієнтів дефект мав трапецієвидну форму, Фрагменти губи підіймались догори вслід краями цього дефекту. Медіальний (більший) фрагмент і латеральний (менший) фрагмент були зменшені по висоті і зрівнялись з валиком фільтра здорової сторони. У цій групі дітей крім дефекту і деформації фрагментів верхньої губи спостерігається деформація фрагментів коміркового відростку, а також спостерігається достатньо виражена деформація носа, яка обумовлена дефектом кісткової тканини верхньої щелепи, дна носового отвору, м'яких тканин губи. **Результати дослідження.** В цьому дослідженні ми уточнили клінічні та деякі антропометричні показники тканин верхньої губи та носа, коміркового відростку у дітей з односторонньою вродженою розцілиною верхньої губи та

піднебіння. Тобто ми розглядали місцеві показники, які впливають на проведення оперативних втручань в тому чи іншому обсязі. Діти з односторонньою вродженою розцілиною верхньої губи та піднебіння у яких в наявності неповна розцілина верхньої губи та не має дефекту коміркового відростку чи він незначний, потребують проведення операції хейлопластики. Діти з таким видом патології але які мають повну розцілину верхньої губи і повний дефект коміркового відростку потребують іншого оперативного втручання. **Висновки.** На підставі клінічних та антропометричних досліджень нами встановлено що розцілина верхньої губи, коміркового відростка, дна порожнини носа, піднебіння було у 82,7 % дітей з вродженою розцілиною верхньої губи та піднебіння. 2. У 17,3 % дітей з цією же патологією була повна розцілина верхньої губи, часткова розцілина коміркового відростка та повна розцілина піднебіння. 3. Першим показана операція хейлопластики з періостеопластикою коміркового відростка, та переднього відділу дна носового ходу, другим показана проведення тільки хейлопластики.

**Ключові слова:** вроджена розцілина, верхня губа, піднебіння, діти, хейлопластика.

**V.G. Kryklias,**

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor  
of the Department of surgical dentistry,  
Odessa National Medical University,  
Valikhovsky Lane, 2, Odessa, Ukraine, postal code 65082  
kryklyas@gmail.com

**K.V. Kryklias,**

Assistant of the Department of surgical dentistry,  
Odessa National Medical University,  
Valikhovsky Lane, 2, Odessa, Ukraine, postal code 65082

### CLARIFICATION OF CLINICAL DATA IN CHILDREN WITH CONGENITAL COMBINED UNILATERAL CLEFT OF THE UPPER LIP AND PALATE

Children with unilateral congenital combined cleft upper lip and palate account for about 50 % of all children born with cleft upper lip and palate. That is, the number of such children born in Ukraine and other countries is sufficient. **The purpose of our work.** Study of clinical data in this category of patients and, based on them, establish indications for cheiloplasty. **Materials and methods.** We examined 52 patients with congenital combined cleft upper lip and palate. Of these, 30 are boys and 22 are girls, which is 57.7% and 42.3%, respectively. There were 38 patients with left – sided combined cleft upper lip and palate, and 14 with right-sided cleft lip, which is 75% and 27%, respectively. In 38 children with congenital unilateral combined cleft of the upper lip, out of 52 patients, the cleft was complete, that is, in these 38 patients, the lip defect

passed from the free edge of the upper lip (red border of the lip) and crossed the bottom of the nasal passage in the upper part of the lip. In these patients, the defect had a trapezoidal shape, fragments of the lip were raised up after the edges of this defect. The medial (larger) fragment and lateral (smaller) fragment were reduced in height and aligned with the healthy side filter roller. In this group of children, in addition to the defect and deformation of fragments of the upper lip, there is a deformation of fragments of the cellular process, and there is also a fairly pronounced deformity of the nose, which is caused by a defect in the bone tissue of the upper jaw, the bottom of the nasal opening, and soft tissues of the lip. **Research results.** In this study, we clarified the clinical and some anthropometric parameters of upper lip and nasal and collarbone tissues in children with unilateral congenital cleft upper lip and palate. In other words, we considered local indicators that affect the implementation of surgical interventions in one volume or another. Children with unilateral congenital cleft of the upper lip and palate who have an incomplete cleft of the upper lip and do not have a defect in the cellular process or it is insignificant need cheiloplasty surgery. Children with this type of Pathology who have a complete cleft upper lip and a complete defect of the cellular process need other surgical intervention. **Conclusions.** Based on clinical and anthropometric studies, we found that 82.7% of children with congenital cleft upper lip and palate had a cleft upper lip, collarbone, bottom of the nasal cavity, and palate. 2. 17.3% of children with the same pathology had a complete cleft upper lip, a partial cleft collarbone, and a complete cleft palate. 3. The first shows cheiloplasty surgery with periosteoplasty of the cellular process and anterior part of the bottom of the nasal gait, the second shows only cheiloplasty. **Key words:** congenital cleft, upper lip, palate, children, cheiloplasty.

Діти з односторонньою вродженою поєднаною розщілиною верхньої губи та піднебіння становлять біля 50 % від всіх дітей, які народжуються з розщілиною верхньої губи та піднебіння. Тобто кількість таких дітей, які народжуються в Україні та інших країнах становить достатню кількість [1, 5, 6]. Чому у нас виникло питання про уточнення клінічних даних. Всім відомо що поєднана розщілина верхньої губи та піднебіння містить у собі розщілину верхньої губи, розщілину коміркового відростка, та розщілину піднебіння. Але, це так не зовсім так. У цій величезній групі знаходяться діти з різними клінічними ситуаціями [2-4]. І від того яку клінічну картину спостерігаємо у кожної окремої дитини, залежить то яке оперативне втручання показано цієї дитині. Тому ми вирішили знову звернути на це нашу увагу і проаналізувати клінічні дані, порушення з боку верхньої губи, коміркового відростка та носа.

**Мета нашої роботи.** Вивчення клінічних даних у цієї категорії пацієнтів і на їх основі встановити показання для проведення хейлопластики.

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено 52 пацієнти з вроджених комбінованих розщілин верхньої губи та піднебіння. З них 30 хлопчиків та 22 дівчинки, що відповідно складає 57,7 % та 42,3 %. З лівосторонньою поєднаною розщілиною верхньої губи та піднебіння було 38 пацієнтів, з правосторонньою – 14, що складає відповідно 75 % та 27 %.

У 38 дітей з вродженою односторонньою поєднаною розщілиною верхньої губи, з 52 пацієнтів розщілина була повною, що складало 73 %. Тобто у цих 38 пацієнтів дефект губи проходив від вільного краю верхньої губи (червоної облямівки губи) і перетинав у верхньому відділі губи дно носового ходу. У цих пацієнтів дефект мав трапецієвидну форму, Фрагменти губи підіймались догори вслід краями цього дефекту. Медіальний (більший) фрагмент і латеральний (менший) фрагмент були зменшені по висоті і зрівнялись з валиком фільтра здорової сторони. За рахунок не з'єднання кругового м'яза дефект розтягнутий у бік (латерально і медіально) від центру дефекта. В верхньому відділі верхньої губи поблизу носового отвору круговий м'яз прикріплюється до щічної стінки коміркового відростку верхньої щелепи. Завдяки цьому факту дефект у верхньому відділі верхньої губи (біля носового отвору), менший ніжче біля вільного краю верхньої губи. В ділянці червоної облямівки круговий м'яз не має точок прикріплення. Дефект у цій ділянці виглядає набагато більшим. У 5 дітей з 38 пацієнтів, у яких спостерігалась повна розщілина верхньої губи, м'язи на фрагментах верхньої губи були розвинуті добре. У 33 дітей з 38 спостерігався поганий розвиток правого м'яза на фрагментах губи, тобто м'язовий шар на фрагментах губи був тонший і менш виражений ніж зі «здорової» сторони. У 3 з 38 пацієнтів цієї групи спостерігалось збереження тонкої кісткової перетинки коміркового відростка біля дна носового отвору. У інших 35 дітей ми спостерігали повну відсутність кісткової тканини у ділянці коміркового відростку. Тобто дефект верхньої губи переходить у дефект коміркового відростку (повний) той у свою чергу переходить в дефект дна носового ходу і далі у дефект піднебіння. У цій групі дітей крім дефекту і деформації фрагментів верхньої губи спостерігається деформація фрагментів коміркового відростку. Медіальний (більший) фрагмент коміркового відростка латерально і наперед, латеральний (малий) фрагмент зміщений латерально і назад. Це зміщення збільшує відстань між фрагментами коміркового відростка і посилює зміщення фрагментів верхньої губи.

Крім того, у цих дітей спостерігається достатньо виражена деформація носа, яка обумовлена дефектом кісткової тканини верхньої щелепи, дна носового отвору, м'яких тканин губи. Деформація являє собою зміщення передньої носової ості разом з нижнім краєм чотирикутного хряща носа у «здорову» сторону. Кінчик носа зміщений у бік розщілини та донизу. Завдяки цьому хрящова перетинка носа займає наклонне положення. Ребро шкірної перетинки носа (колумели) з боку дефекту верхньої губи також менше аналогічного анатомічного утворення протилежної сторони. За рахунок дефекту кісткової тканини верхньої щелепи, дна носового отвору та дефекту верхньої губи спостерігається зміщення основи крила носа з боку незарощення і латерально, назад та вгору. Спостерігається також деформація крильного хряща носа з боку незарощення верхньої губи. Спостерігаються також зміни з боку внутрішніх структур носа. Насамперед це відноситься до деформації кісткової частини перетинки носа. Вона частіше за все S-подібно деформована, займає наклонне положення. По нижньому краю спостерігається утворення шипів, або гребнів, спостерігається також деформація носових раковин з боку незарощення, особливо це стосується нижньої носової раковини. Вона має гіпертрофію різного ступеня. У пацієнтів з 52 з діагнозом вроджена одностороння комбінована розщілина верхньої губи та піднебіння ми відмічали неповну розщілину верхньої губи, що складало 27 %. У цих пацієнтів дефект верхньої губи починався від червоної облямівки (вільного краю губи) і розповсюджувався догори на різну відстань, але не перетинав дна носового ходу.

У 3 пацієнтів з цих 14 дефект верхньої губи розповсюджувався на 1/3 висоти верхньої губи, у 9 пацієнтів займав відстань 1/2 висоти верхньої губи, у 2 майже доходив до дна носового ходу, але не перетинав його. У пацієнтів цієї групи дефект на верхній губі був трикутної форми. Основа трикутника знаходилась у вільного краю губи, ребра трикутника – це краї розщілини на медіальному і латеральному фрагментах верхньої губи. Вершина цього трикутника знаходилась у верхній точці розщілини на губі. Фрагменти губи по краях розщілини поєднані і слідували за розщілиною догори. Розвинутість кругового м'яза на фрагментах верхньої губи недостатня і відрізнялась від аналогічної ділянки здорової сторони. Чим менше дефект розповсюджувався по висоті губи, тем менше був ступінь асиметрії обличчя. Відстань між фрагментами верхньої губи по віль-

ному краю верхньої губи була тим менша, чим менша була висота дефекту. Якщо дефект не доходив до дна носового ходу, то вище рівня дефекту при пальпації губи ми відмічали відсутність шару кругового м'яза на губі. Тобто у тієї ділянки губи був присутній шар шкіри, підшкірної клітковини, підслизова клітковина і шар слизової оболонки верхньої губи. Відсутність шару кругового м'яза губи впливав на ступінь дефекту носа. Ребро шкірної перегородки носа було зменшеним з боку розщілини в порівнянні зі здоровою стороною. Кінчик носа зміщений донизу та в бік розщілини. Спостерігалась деформація крильного хряща, а відповідно і крила носа з боку розщілини. Спостерігалась також деформація хрящової частини перетинки носа, яка розташована була наклонно. Кісткова частина перетинки носа також деформована. Деформація S-подібної форми, розташована перетинка наклонно. По нижньому її краю спостерігались кісткові виступи по типу шипиків або гребнів. Також ми спостерігали гіпертрофію носових раковин, особливо нижньої носової раковини з боку розщілини. Спостерігалось також зміщення основи крила носа з боку розщілини латерально, назад і догори. Ступінь зміщення основи крила носа залежала від ступеня розповсюдження розщілини по висоті губи. Основа носового ходу з боку розщілини була більшою ніж з протилежного боку.

Дефект коміркового відростку зміщення фрагментів відстань між фрагментами в цій групі пацієнтів не залежала від ступеня вираженості і розповсюдження дефекту на верхній губі.

У 5 пацієнтів з 14 ми спостерігали повну роз'єднання фрагментів коміркового відростку. Медіальний (більший) фрагмент був зміщений наперед і латерально. Латеральний фрагмент коміркового відростку був зміщений медіально і назад. У 4 пацієнтів цієї групи на комірковому відростку по нижньому краю спостерігалось вдавнення трикутної форми. В цій ділянці комірковий відросток був трохи деформований. Ще у 5 пацієнтів цієї групи на комірковому відростку в ділянці розщілини верхньої губи спостерігалось вдавнення (невеликий дефект) з вестибулярної поверхні коміркового відростку і незначна його деформація в цій ділянці.

Проводячи антропометричні дослідження у дітей з вродженою односторонньою комбінованою розщілиною верхньої губи та піднебіння ми встановили, що в групі дітей в кількості 38 осіб там де була повна розщілина верхньої губи висота валика фільтра здорової сторони стано-

вила  $12 \pm 1,2$  мм. Висота краю розщілини на латеральному (малому) фрагменті становили  $1,0 \pm 1,2$  мм. Висота краю розщілини на медіальному (більшому) фрагменті становила  $7,6 \pm 0,7$  мм. Вимірювання на фрагментах губи проводились від точки основи носового ходу з краю розщілини до червоної облямівки верхньої губи на відповідному краю розщілини. Висота ребра шкірної перегородки носа з боку розщілини  $6,8 \pm 0,2$  мм, з боку протилежному розщілині  $10,1 \pm 0,3$  мм. Ширина основи носового ходу з боку розщілини була  $25 \pm 0,5$  мм, з протилежного боку  $10,2 \pm 0,4$  мм.

Відстань між фрагментами коміркового відростку біля основи носового ходу  $18,0 \pm 0,7$  мм, біля вільного краю коміркового відростку  $21,7 \pm 0,3$  мм.

В групі дітей у яких розщілина верхньої губи була неповною при антропометричному дослідженні нами було зафіксовано такі показники. Висота валика фільтра складала  $17,5 \pm 1,2$  мм, з боку розщілини на медіальному (великому) фрагменті  $14,3 \pm 0,9$  мм, на латеральному (малому) фрагменті  $15,1 \pm 0,8$  мм. Вимірювання проводилось від нижньої точки ребра шкірної перетинки носа до обмежуючої точки на фрагментах верхньої губи зовні розщілини. Висота шкірної перетинки носа з боку дефекту  $7,3 \pm 0,2$  мм, з протилежної сторони  $9,7 \pm 0,23$  мм. Ширина основи носового ходу з боку розщілини  $11,7 \pm 0,2$  мм, з протилежного боку  $5,7 \pm 0,15$  мм.

У 5 дітей з повною розщілиною коміркового відростка ширина розщілини в ділянці основи носового ходу біла  $12,7 \pm 0,9$  мм, в ділянці вільного краю альвеолярної кістки становила  $13,3 \pm 1$  мм.

**Результати дослідження.** В цьому дослідженні ми уточнили клінічні та деякі антропометричні показники тканин верхньої губи та носа, коміркового відростку у дітей з односторонньою вродженою розщілиною верхньої губи та піднебіння. Тобто ми розглядали місцеві показники, які впливають на проведення оперативних втручань в тому чи іншому обсязі. Діти з односторонньою вродженою розщілиною верхньої губи та піднебіння у яких наявності неповна розщілина верхньої губи та не має дефекту коміркового відростку чи він незначний, потребують проведення операції хейлопластики. Діти з таким видом патології але які мають повну розщілину верхньої губи і повний дефект коміркового відростку потребують іншого оперативного втручання – хейлопластики з періостеопластиком коміркового відростку. Діти з такою ж самою патологією, але які

мають повну розщілину верхньої губи, коміркового відростку і дна носового ходу, потребують ще один різновид оперативного втручання – хейлопластики з періостеопластиком коміркового відростку та пластика переднього відділу дна носового ходу. Стан місцевих тканин, клінічні особливості і антропометричні показники тканин верхньої губи, носа та коміркового відростку є дуже важливими для встановлення показань та строків проведення того чи іншого оперативного втручання. Однак крім місцевих показників дуже важливими є показники загального стану організму дитини для проведення того чи іншого оперативного втручання. Це є метою подальших досліджень.

#### **Висновки:**

1. На підставі клінічних та антропометричних досліджень нами встановлено що розщілина верхньої губи, коміркового відростку, дна порожнини носа, піднебіння було у  $82,7\%$  дітей з вродженою розщілиною верхньої губи та піднебіння.

2. У  $17,3\%$  дітей з цією же патологією була повна розщілина верхньої губи, часткова розщілина коміркового відростку та повна розщілина піднебіння.

3. Першим показана операція хейлопластики з періостеопластиком коміркового відростку, та переднього відділу дна носового ходу, другим показана проведення тільки хейлопластики.

#### **Література:**

1. Харьков Л.В. Клініко-хірургічна класифікація вроджених розщілин верхньої губи і піднебіння. *Вісник стоматології*. 2009. № 2. С. 36-41.
2. Delaire J. Theoretical principles and technique of functional closure of the lip and nasal aperture. *Journal of Maxillofacial Surgery*. 1978. Vol.6. P. 109-116.
3. Millard D.R. A primary camouflage of the unilateral harelook. Transactions of the 1st International Congress of the Plastic surgery. Stockholm, Baltimore. 1957. P. 160-166.
4. Allori A.C., Mulliken J.B., Meora J.G., Shugterman S., Marcus J.R. Classification of the cleft lip palate: then and now. *Cleft Palate Craniofacial Journal*. 2015. Vol.54. № 2. P. 175-188.
5. Pons-Bonals A., Pons-Bonals L., Hidalgo-Martínez S.-M., Sosa-Ferreira C. F. Clinical-epidemiological study in children with cleft lip palate in a secondary-level hospital. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2017. V. 74. № 2. P. 107-121 doi: 10.1016/j.bmhime.2017.11.019/
6. Харьков Л. В., Яковенко Л. М., Вишпінський І. М. Класифікація вроджених незрощень верхньої губи і піднебіння (огляд літератури). *Вісник стоматології*. 2009. № 3. С. 107-113.

**References:**

1. Har'kov, L.V. (2009). Kliniko-hirurugichna klasyfikacija vrodzhenyh rozshhilyn verhn'oi' guby i pidnebinnja [Clinical and surgical classification of congenital cleft upper lip and palate]. *Visnyk stomatologii' – Bulletin of Dentistry*, 2, 36-41.
2. Delaire, J. (1978). Theoretical principles and technique of functional closure of the lip and nasal aperture. *Journal of Maxillofacial Surgery*, 6, 109-116.
3. Millard, D.R. (1957). A primary camouflage of the unilateral harelook. Transactions of the 1st International Congress of the Plastic surgery. Stockholm, Baltimore, 160-166.
4. Allori, A.C., Mulliken, J.B., Meora, J.G., Shugterman, S., & Marcus. J.R. (2015). Classification of the cleft lip palate: then and now. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 54, 2, 175-188.
5. Pons-Bonals, A., Pons-Bonals, L., Hidalgo-Martínez, S.-M., & Sosa-Ferreya, C. F. (2017). Clinical-epidemiological study in children with cleft lip palate in a secondary-level hospital. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74, 2, 107-121 doi: 10.1016/j.bmhime.2017.11.019
6. Har'kov, L. V., Jakovenko, L. M., & Vyshpyn'skyj, I. M. (2009). Klasyfikacija vrodzhenyh nezroshhen' verhn'oi' guby i pidnebinnja (ogljad literatury) [Classification of congenital non-junctions of the upper lip and palate (literature review)]. *Visnyk stomatologii' – Bulletin of Dentistry*, 3, 107-113.