

ІНСТИТУТ СТОМАТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

КРИКЛЯС Володимир Генріхович

УДК 617.5-089.844:616-007.24:616.211+
+616.317:616.317-007.254-089.844-053.1

**ОБГРУНТУВАННЯ МЕТОДУ УСУНЕННЯ ДЕФОРМАЦІЙ НОСА І
ВЕРХНЬОЇ ГУБИ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ З
ПРИВОДУ ОДНОСТОРОННЬОЇ УРОДЖЕНОЇ РОЗЩІЛИНИ**

14.01.22 - стоматологія

А в т о р е ф е р а т

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Одеса – 2005

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Одеському державному медичному університеті МОЗ України та в Інституті стоматології АМН України, м. Одеса.

Науковий керівник:

доктор медичних наук, професор **Вакуленко Василь Іванович**,
Одеський державний медичний університет МОЗ України,
професор кафедри стоматології факультету післядипломної освіти

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор, член-кореспондент АМН України,
Маланчук Владислав Олександрович, Національний медичний
університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, завідувач кафедри
хірургічної стоматології
- доктор медичних наук, професор **Бердюк Ігор Васильович**,
Запорізький державний інститут удосконалення лікарів МОЗ України,
професор кафедри хірургічної та терапевтичної стоматології

Провідна установа:

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України, м.
Полтава, кафедра дитячої хірургічної стоматології

Захист відбудеться «___» _____ 2005 р. о ___ годині на
засіданні спеціалізованої вченої ради Д 41.563.01 в Інституті стоматології АМН
України за адресою: 65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська, 11.

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Інституту стоматології
АМН України (65026, м. Одеса, вул. Рішельєвська, 11).

Автореферат розісланий «___» _____ 2005 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради

Чумакова Ю.Г.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Деформації носа і верхньої губи, що супроводжують уроджені односторонні розщілини верхньої губи, спотворюють обличчя, при цьому у пацієнтів часто розвивається комплекс неповноцінності, виникають різного роду психічні порушення (Turner S.R. et al., 1997). Сучасні методики первинних хейлопластик, які проводяться в клініках, що спеціалізуються на лікуванні дітей з уродженими розщілинами верхньої губи, дозволяють відновити нормальну анатомічну форму верхньої губи і її функції. Однак ці методики хейлопластик і хейлоринопластик не можуть забезпечити повноцінне відновлення всіх структур носа (Trenite G.J. et al., 1997).

Частота деформацій носа після хейлопластики з приводу односторонніх уроджених розщілин верхньої губи становить від 60 до 100% (Семенченко Г.И., Вакуленко В.И., 1968; Виссарионов В.А., 1986; Козин И.А., 1986; Лыви-Калнин М.О., 1998; Агеева Л.В., 1999; Бердюк І.В. із співавт., 2002; Denny A.D., Kinney T., 1995; Kyrkamides S. et al., 1996).

Маланчук В.О. із співавт. (2002) відзначають недорозвинення і деформацію середньої зони обличчя, що поєднується зі звуженням верхнього зубного ряду у хворих після хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини губи і піднебіння.

Ткаченко П.І. із співавт. (2000) визначили вплив анатомічних порушень середнього відділу лицевого кістяка на структуру верхніх дихальних шляхів у дітей з уродженими розщілинами верхньої губи і піднебіння.

Недостатня ефективність хейлопластики вимагає проведення через якийсь час реконструктивних хірургічних операцій по усуненню деформації носа. Однак коригуючі операції так само не завжди приводять до позитивних результатів. Так, Бердюк І.В. (1985), Horswell B.V., Pospisil O.A. (1995), Gubisch W. (1995), Smith T.D. et al. (1996), Mazzola R.F. (1996) відзначають, що після коригуючих операцій в 37% випадків настає рецидив деформацій носа.

Тому розробка нових і вдосконалення вже відомих методик оперативних втручань для усунення деформацій носа і верхньої губи, що супроводжують односторонні уроджені розщілини верхньої губи, є актуальною проблемою відновлюючої хірургії щелепно-лицевої ділянки.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри хірургічної стоматології Одеського державного медичного університету МОЗ України "Розробка системи поетапної реабілітації хворих з уродженими дефектами щелепно-лицевої ділянки" (№ ДР 0196UO17671). Здобувач був співвиконавцем окремого фрагмента вищезазначеної теми.

Мета дослідження – підвищення ефективності лікування хворих з уродженими пороками розвитку верхньої губи і піднебіння після операції хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини шляхом удосконалення методик усунення деформацій носа і верхньої губи.

Для досягнення мети дослідження були визначені наступні **завдання**:

1. Вивчити характер клінічних і антропометричних змін носа і верхньої губи у хворих з деформаціями після операції хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини.

2. Вивчити ступінь виразності порушення носового дихання у хворих з деформацією носа і верхньої губи після операції хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини.

3. Удосконалити і розробити методики операції по усуненню типових форм виявлених деформацій носа і верхньої губи після операції хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини.

4. Вивчити результати лікування хворих з деформаціями носа і верхньої губи після операції хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини і провести оцінку ефективності розроблених методик оперативних втручань.

Об'єкт дослідження – деформації носа і верхньої губи у хворих після раніше проведених хейлопластик з приводу односторонньої уродженої розщілини.

Предмет дослідження – методи усунення деформацій носа і верхньої губи у хворих після операції хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини.

Методи дослідження: клінічні – збір анамнезу та огляд хворого для визначення терміну і методики первинної хейлопластики, оцінки ефективності попереднього хірургічного та ортодонтичного лікування; антропометричні – для кількісного визначення виду та ступеня анатомічних порушень носа і верхньої губи; функціональні – для виявлення порушень проходження повітряних потоків через носові ходи; статистичні – для оцінки достовірності отриманих результатів.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше проведено кількісний аналіз порушень носового дихання через носовий хід з боку пороку, через здоровий носовий хід і через обоє носових ходів у хворих з деформаціями носа і верхньої губи після операції хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини.

Уперше здійснена кількісна оцінка функції дихання в залежності від ступеня порушень антропометричних показників носа і верхньої губи у хворих

після первинної хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини.

Визначені види деформації носа і верхньої губи в залежності від ступеня виразності антропометричних і функціональних порушень у хворих після первинної хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини.

Розроблені та обґрунтовані методики оперативних втручань для корекції деформацій носа і верхньої губи в залежності від ступеня виразності антропометричних і функціональних порушень у хворих після первинної хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено, запропоновано і впроваджено комплекс операцій для усунення окремих елементів і всієї сукупності деформацій носа і верхньої губи у хворих після хейлопластики з приводу односторонніх уроджених розщілин верхньої губи, які дозволяють поліпшити анатомічні, естетичні і функціональні результати лікування хворих з даною патологією. Пріоритетність розробки підтверджена патентами України на винахід: № 23822 А "Спосіб хірургічного усунення деформації крила носа, що супроводжується одностороннім природженим незрощенням верхньої губи" від 16.06.1998 р. і № 23823 А "Спосіб хірургічного усунення деформації кінцевого відділу носа, що супроводжується одностороннім природженим незрощенням верхньої губи" від 16.06.1998 р.

Результати дисертаційної роботи використовуються в навчальному процесі на кафедрі хірургічної стоматології і кафедрі стоматології факультету післядипломної освіти Одеського державного медичного університету, кафедрі стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицьової хірургії та імплантології Харківського державного медичного університету, кафедрі пропедевтики хірургічної стоматології та пластичної хірургії Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава). Розроблені методики впроваджені в практику клініки щелепно-лицьової хірургії Інституту стоматології АМН України і відділення щелепно-лицьової хірургії міської клінічної лікарні №11 м. Одеса.

Особистий внесок здобувача. Автор самостійно провів інформаційно-патентний пошук за темою дисертації, разом з науковим керівником сформулював мету і задачі дослідження. Результати, що становлять основний зміст дисертаційної роботи, отримані автором самостійно, у тому числі здійснено: набір клінічного матеріалу; оперативні втручання і усі клінічні дослідження; аналіз, оцінку і статистичну обробку результатів дослідження; оформлення дисертаційної роботи. Автор брав участь у розробці методик оперативних втручань.

Клінічна частина роботи виконана на базі клініки щелепно-лицьової

хірургії Інституту стоматології АМН України (директор – член-кор. АМН України, д.мед.н., проф. К.М. Косенко). Функціональні дослідження носового дихання виконані на базі відділення функціональної діагностики Українського НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України (директор - д.мед.н., проф. К.Д. Бабов).

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації повідомлені й обговорені на науково-практичній конференції, присвяченій 70-річчю Одеського НДІ стоматології (Одеса, 1998), І Республіканській конференції „Современная стоматология и челюстно-лицевая хирургия” (Київ, 1998), Республіканській науково-практичній конференції "Нове в стоматології і щелепно-лицьовій хірургії" (Харків, 2001).

Публікації. За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 10 наукових праць, серед яких 5 статей у наукових фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 2 статті в збірниках наукових праць, 2 патенти України на винаходи, 1 тези доповіді на конференції. Також опубліковано 2 інформаційних листки (2002) і 1 нововведення в "Реєстрі галузевих нововведень" (2000).

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 150 сторінках принтерного тексту і складається з вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, узагальнення й обговорення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел. Робота ілюстрована 29 малюнками, фотографіями і діаграмами, містить 18 таблиць. Список використаних джерел наукової літератури включає 197 найменувань, серед яких 144 іноземних.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Робота заснована на даних безпосередніх клінічних спостережень і лікування 52 хворих з деформаціями носа і верхньої губи після хейлопластики з приводу різних форм односторонньої уродженої розщілини верхньої губи.

Для виявлення виду деформацій носа і верхньої губи після операції хейлопластики у хворих з односторонніми уродженими розщілинами верхньої губи проведені антропометричні (за методикою Переверзева-Бердюка) і функціональні (функція дихання за методикою Sly-Путова) дослідження порушень, обумовлених анатомічними змінами структурних елементів носа і верхньої губи.

В результаті проведених досліджень було виділено 6 груп хворих: з деформацією кінчика носа (8 хворих), з деформацією крила носа (7 хворих), з деформацією кінчика і крила носа (12 хворих), з деформацією кінчика, крила носа і верхньої губи (18 хворих), зі звуженням носового ходу (3 хворих), з

деформацією верхньої губи (4 хворих). Клінічно деформації проявлялися у вигляді порушень окремих анатомічних елементів носа і верхньої губи або різних їх сполучень.

У 8 хворих (15,58%) деформація носа полягала в зміщенні кінчика носа у бік пороку, роздвоєнні кінчика носа і його розширенні. Ободок крила носа нависав над носовим ходом. Ребро шкірної перегородки носа з боку розщілини було вкорочено на 2-3 мм у порівнянні зі здоровою стороною. Чотирикутний хрящ займав вертикальне або трохи похиле положення. Крило носа не було, або практично не було деформовано. Основа крила носа з «хворої» сторони розташовувалася симетрично здоровій стороні або була незначно (на 1 мм) зміщена латерально. При такому виді деформації були виявлені незначні порушення функції дихання. Найбільш інформативними є показники пікової об'ємної швидкості (ПОШ), середньої об'ємної швидкості (СОШ) і миттєвої об'ємної швидкості (МОШ 75%), які характеризують прохідність повітряного потоку через порожнину носа. Показники ПОШ і МОШ 75% були знижені у цих хворих з боку пороку (ПОШ - 50%, МОШ 75% - 53%) і з протилежної сторони (ПОШ - 72,5%, МОШ 75% - 57,8%), так само при диханні через обое носових ходів (ПОШ - 72,5%, МОШ 75% - 88,5%). Цим хворим була проведена операція – усунення деформації кінчика носа за розробленою нами методикою.

Операція (відкрита ринопластика) (рис.1) полягала в розрізі по ребру шкірної перегородки від його основи з боку деформації, далі розріз проходив по шкірі кінчика і крила носа. В області кінчика носа висікали ділянку шкіри серповидної форми, ширина якої дорівнює різниці між висотою ребра перегородки носа «хворої» і «здорової» сторони. Крильний хрящ мобілізували, переміщали симетрично крильному хрящу «здорової» сторони і фіксували між собою швами з вікрилу.

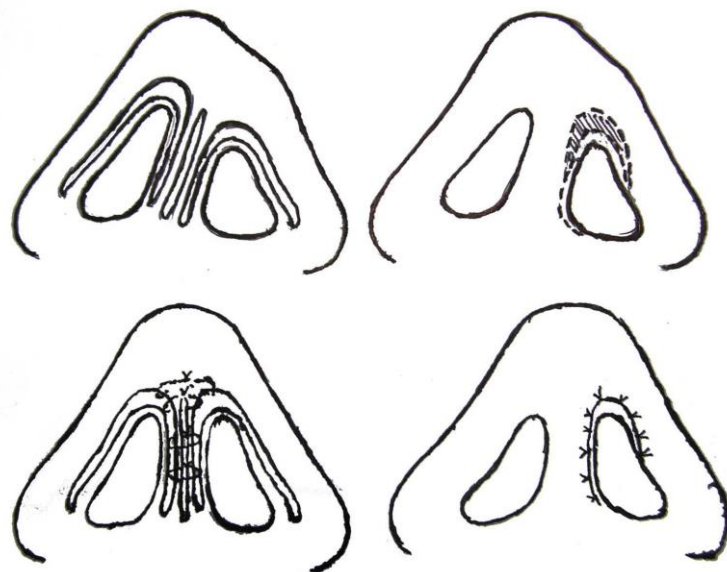


Рис. 1. Усунення деформації кінчика носа. Патент України № 23823А від 16.06.98 р.

Деформації в області крила носа виявлено в 7 хворих (13,46%). При цьому змінилося розташування основи крила носа, яка була зміщена найчастіше латерально вниз і назад. Ширина основи носового ходу з боку деформації на 2-5 мм була більше, ніж зі здорової сторони. Відстань від кута рота до основи крила носа і відстань від центра верхньої губи до основи крила носа з «хворої» сторони на 2-4 мм була більше, ніж зі «здорової». Ніздря займала похиле положення з боку дефекту. Основа крильного хряща на цій стороні була ввернута в носовий хід у вигляді гребеня. Тіло і латеральна ніжка деформовані і вип'ячувалися у носовий хід. Всі ці елементи деформації утруднювали проходження повітряного струменя через носові ходи. Особливо ці зміни були виражені з боку деформації, де були змінені всі показники при дослідженні функції дихання. Показник ПОШ становив 28,3%, МОШ 75% - 35,4%, МОШ 50% - 35,3%, СОШ - 39,% від норми. При диханні через деформований носовий хід був знижений і показник МОШ 25%, що становив 58% від норми. Так само в різному ступені були порушені показники носового дихання через здоровий і через обое носових ходів. Найбільші зміни були в показниках ПОШ - 51,6% через здоровий носовий хід і 65,4% - через обое носових ходів, і МОШ 75% - 57,2% і 85 % відповідно.

З метою усунення деформації крила носа, переміщення основи крила носа медіально вгору і наперед розроблена операція усунення деформації крила носа (рис.2). Для цього проводили розріз, що облямовує основу крила носа уздовж передсінку носового ходу до основи шкірної перегородки носа з боку пороку. Через цей розріз відшаровували латеральну ніжку крильного хряща від шкіри і у основи ніжки від слизової оболонки, усуваючи тим самим деформацію даного утворення. З метою попередження рецидиву деформації і зміщення основи крила носа, латерально по носогубній складці висікали ділянку шкіри трикутної форми з основою, яка дорівнює різниці ширини основи носового ходу «хворої» і «здорової» сторони. Основу крила носа мобілізували. При значному недорозвиненні верхньої щелепи біля нижньозовнішнього краю грушоподібного отвору проводили контурну пластику його трансплантатом з консервованого реберного хряща і переміщали медіально вгору і наперед симетрично здорової сторони на відстань, яка дорівнює різниці ширини відстані носового ходу «хворої» і «здорової» сторони і фіксували швами з вікрилу до перегородки носа. На крило носа через всі тканини накладали П-подібні формуючі шви для попередження вторинної деформації поставленого в правильне положення крильного хряща. Після накладання швів проводилася тампонада носових ходів.

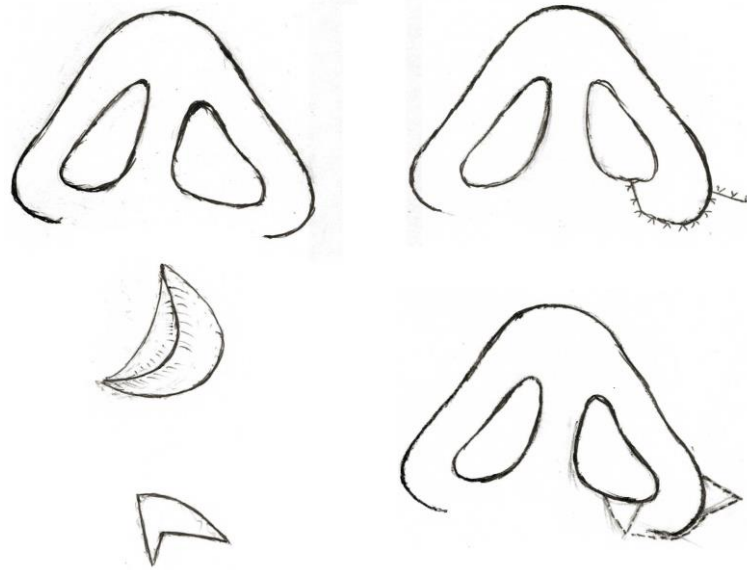


Рис. 2. Методика усунення деформації крила носа, що супроводжує односторонні розщілини верхньої губи. Патент України № 23822 А від 16.06.98 р.

Найбільшу групу склали 30 чоловік (57,7%) з деформацією крила і кінчика носа. У цих хворих були наступні зміни в області носа: ребро шкірної перегородки носа з «хворої» сторони було вкорочено в порівнянні зі «здоровою» від 2-4 мм до 5-6 мм. Кінчик носа був опущений униз, зміщений у бік деформації, роздвоєний. Ободок крила носа нависав над носовим ходом. Шкірна перегородка займала похиле положення. Її основа була зміщена в здорову сторону. Чотирикутний хрящ був S-подібно вигнутий. Передньонижній його край вистояв у здоровий носовий хід. Передня носова ость також зміщена в здорову сторону. Основа носового ходу з боку пороку була ширше аналогічного антропометричного показника протилежної сторони від 2-4 мм до 6-7 мм. Відстань від центра верхньої губи до основи крила носа з «хворої» сторони на 2-4 мм більше, ніж зі «здорової». Відстань від кута рота до основи крила носа відповідно на 2-4 мм менше, ніж зі «здорової» сторони. Основа крила носа у цих хворих була зміщена медіально вниз і назад. Латеральна ніжка крильного хряща була деформована і у середньому відділі виступала в носовий хід. Основа латеральної ніжки крильного хряща з боку пороку була ввернута усередину і також виступала в нижньому відділі носового ходу у вигляді гребеня. Ніздра займала похиле або горизонтальне положення.

Зміни, які стосувалися тільки кінчика і крила носа, виявлені у 12 (23,10%) хворих. У 18 хворих (34,60%), крім змін в області кінчика і крила носа, були виявлені і зміни в області верхньої губи. Це виявлялося в зменшенні вертикального і горизонтального розміру верхньої губи. Висота валика фільтра з боку пороку була на 2-5 мм менше, ніж зі «здорової» сторони. Була деформована червона кайма і дуга Купідона. У всіх хворих на верхній губі був Z-

подібний післяопераційний рубець, що перетинає в середньому відділі валик фільтра з боку пороку. Відзначали вклинювання шкіри в червону кайму і червону кайму в шкіру. З боку слизової оболонки верхньої губи відзначався лінійний рубець, що також викликав помітне зменшення вертикального розміру верхньої губи, обмежував її рухливість і деформував передсінок порожнини рота з «хворої» сторони.

У всіх цих 30 хворих з деформацією крила і кінчика носа, незалежно від того, була наявна або відсутня деформація верхньої губи, було відзначено більш виражене порушення носового дихання у порівнянні з попередніми групами. З «хворої» сторони відзначалося зниження рівня всіх показників. Показник ПОШ був у межах 17,2% - 35,4%, СОШ - 22,0% - 35,9%, МОШ 75% - 17,2% - 35,4%, МОШ 50% - 20,0% - 34,8%, МОШ 25% - 33,4% - 36,1%. Через носовий хід «здорової» сторони також зафіксоване зменшення обсягу проходження повітряного потоку. Показники ПОШ були в межах від 37,5% до 51,1%, СОШ - 64,0% - 66,3%, МОШ 75% - 50,0% - 53,7%, МОШ 50% - 70,7% - 79,1%, МОШ 25% був змінений менше і складав 92,6% - 104,7%.

При такому ступені виразності деформації ми проводили за запропонованою нами методикою усунення деформації кінчика і крила носа у 12 хворих і у 18 хворих здійснено усунення деформації кінчика носа, крила носа і верхньої губи. При значному недорозвиненні верхньої щелепи в ділянці нижньозовнішнього краю грушовидного отвору проводилася його контурна пластика алотрансплантатом з реберного хряща (у 8 хворих).

Техніка оперативного втручання поєднувала техніку описаних раніше методик для усунення деформації крила і кінчика носа (рис.3).

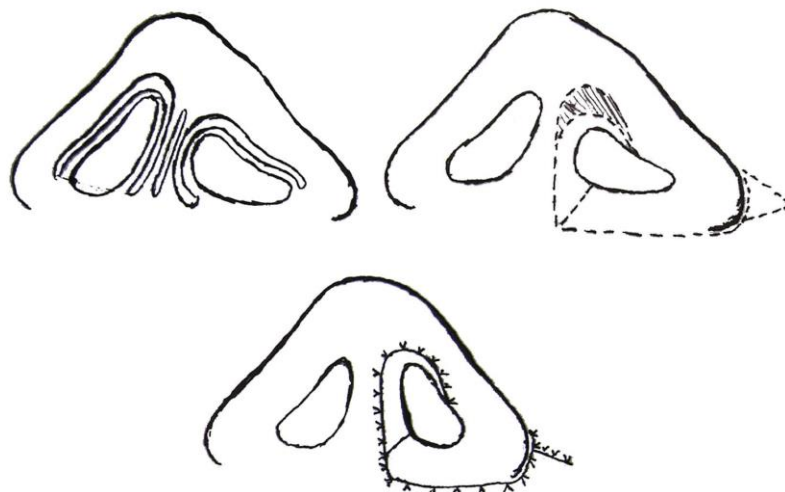


Рис. 3. Усунення деформації кінчика і крила носа.

Для усунення деформації верхньої губи, що поєднувалась з деформаціями кінчика і крила носа, проводилася хейлопластика (модифікація Millard) одночасно з операцією усунення деформації носа (рис.4).

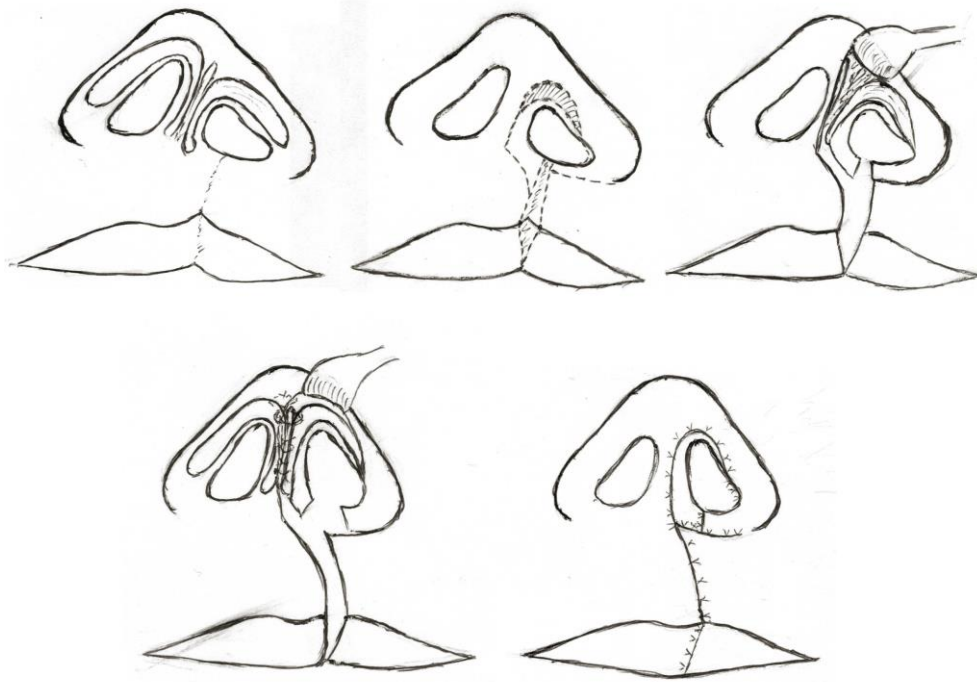


Рис. 4. Схема усунення деформації носа і верхньої губи.

Найбільші зміни функції дихання були виявлені в 3-х хворих зі звуженням носових ходів. Всі визначені нами показники були різко знижені при диханні через носовий хід з боку пороку, через носовий хід протилежної сторони і при диханні через обоє носових ходів.

Кількісні дані показників носового дихання через «хворий» носовий хід були наступними: ПОШ - 8,9% - 10,4%, СОШ - 10,4% - 18,3%, МОШ 75% - 9,4% - 10,2%, МОШ 50% - 9,6% - 11,9%, МОШ 25% - 12,5% - 20,7%. Зі «здорової» сторони аналогічні показники були такими: ПОШ - 8,9% - 25,6%, СОШ - 12,1% - 35,4%, МОШ 75% - 9,9% - 27,2%, МОШ 50% - 10,7% - 36,4%, МОШ 25% - 15,8% - 55,9%. При проходженні повітряного потоку через обоє носових ходів одержані такі дані: ПОШ - 42,4% - 44,6%, СОШ - 33,1% - 65,4%, МОШ 75% - 25,1% - 44,6%, МОШ 50% - 30,7% - 57,8%, МОШ 25% - 38,9% - 78,8%.

Зміни показників носового дихання були обумовлені анатомічними змінами носа у хворих після хейлопластики з приводу односторонньої розщілини верхньої губи. Ширина основи носового ходу з боку деформації на 3-4 мм менше, ніж з протилежної сторони. Основа крила носа зміщена медіально. Крило носа деформоване. У середньому відділі латеральна ніжка крильного хряща виступає в носовий хід. Основа латеральної ніжки крильного хряща також виступає в носовий хід у вигляді гребеня. Розмір ноздрі з «хворої» сторони набагато менше, ніж зі «здорової». Шкірна перегородка носа з боку розщілини на 3 мм менше, ніж зі «здорової» сторони. Ободок крила носа

нависає над носовим ходом. Відзначався зсув хрящів в області кінчика носа. Перегородка носа займала похиле положення. Чотирикутний хрящ був S-подібно деформований. Передньонижній край його виступав у носовий хід здорової сторони. Передня носова ость також була зміщена убік носового ходу «здорової» сторони. Все це приводило до звуження носового ходу «здорової» сторони

Для усунення звуження носового ходу, усунення деформації крила носа, усунення деформації чотирикутного хряща була запропонована операція усунення звуження носового ходу (рис. 5).

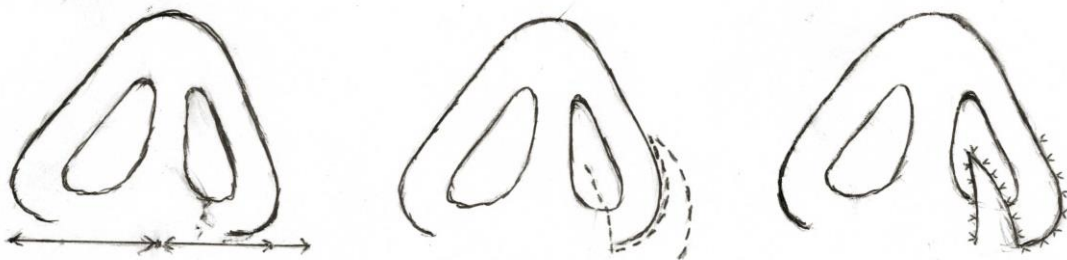


Рис. 5. Схема усунення деформації при звуженні носового ходу.

Методика операції полягала в проведенні розрізу, що окаймляє основу крила носа, і проходить уздовж основи носового ходу до основи ребра шкірної перегородки носа з боку деформації. Мобілізували основу крила носа. Відшаровували від шкіри латеральну ніжку крильного хряща, у нижньому відділі, основу латеральної ніжки відшаровували і від слизової оболонки носа для усунення деформації крила носа. Від передньої носової ості відтинали передньонижній край чотирикутного хряща і розташовували його по серединній лінії, усуваючи тим самим деформацію і вип'ячування його в здоровий носовий хід. При надмірному розвитку передньої носової ості і вип'ячуванні її в нижньому відділі носового ходу «здорової» сторони, проводилося часткове видалення цього утворення. По носогубній складці викраювали трикутний клапоть з основою, рівною різниці ширини основи носового ходу «здорової» і «хворої» сторони. Розсікали слизову оболонку в області дна носового ходу на довжину, рівну ребру клаптя, викроєного по носогубній складці. Клапоть мобілізували і переміщали їх відносно один одного за принципом пластики зустрічними трикутними клаптями. При цьому основа крила носа переміщала латерально на відстань, що дорівнювала різниці ширини основи носового ходу «здорової» і «хворої» сторони і розташовувалася симетрично основі крила носа сторони, протилежної деформації. Введений у розріз слизової оболонки дна носового ходу клапоть перехідної складки заповнював дефект слизової оболонки в цій зоні, розширюючи носовий хід, і не давав можливості основі

крильного хряща повернутися в положення, яке він займав раніше. Основу крила носа з боку пороку фіксували до чотирикутного хряща швом з вікрила, і таким чином стабілізували положення переміщених структур носа.

З 52 обстежених хворих в 4 при проведенні антропометричних досліджень виявлена значна різниця антропометричних показників з «хворої» і «здорової» сторін носа. При вимірі верхньої губи виявлялась різниця в 3-5 мм між висотою валика фільтра з боку пороку і протилежною стороною. Вертикальний розмір верхньої губи рідко був зменшений з боку деформації. Зсув висоти губи був більше виражений на бічному фрагменті. Червона кайма була ввернута в шкіру губи по рубцю. Відзначалося також сплющення верхньої губи. Деформація верхньої губи на функцію дихання не впливала.

З метою відновлення нормальних розмірів верхньої губи, відновлення дуги Купідона і червоної кайми верхньої губи, усували її деформацію за вдосконаленою нами методикою. Розріз починали у основи носового ходу на обох фрагментах, ощадливо висікали рубцеві тканини по всій висоті верхньої губи. На дузі Купідона розріз проводили через обмежуючі точки. Рубцеві тканини верхньої губи висікали у всю її товщу. У верхньому відділі медіального фрагмента губи викроювали клапоть основою у шкірній перегородки носа. Використовували модифіковану методику Міларда, створюючи симетричну дугу Купідона, червону кайму, відновлювали висоту верхньої губи симетрично здорової сторони.

Для вивчення безпосередніх і віддалених результатів лікування через 2 тижні і через 6 місяців після оперативного втручання проводилося антропометричне дослідження носа і верхньої губи, і визначалася функція дихання.

Безпосередні результати лікування, виходячи з даних антропометричних досліджень, були задовільними у 48 хворих (92,31%). У 4-х хворих відзначалося часткове розходження швів, і основа крила носа змістилася знову латерально на 2-3 мм. Безпосередніх незадовільних результатів оперативного лікування не відзначено.

При дослідженні функції дихання через 2 тижні після операції відзначене поліпшення всіх показників.

У хворих групи з деформацією кінчика носа показники ПОШ з боку пороку були 50%, зі «здорової» сторони - 85,7%, через обоє носових ходів - 72,5%. Після оперативного втручання вони зросли до 54,8%, 96% і 93,4% відповідно. МОШ 75% у цій же групі хворих з «хворої» сторони - 53%, з «здорової» сторони - 124,7%, через обоє носових ходів - 88,5%. Після оперативного втручання - 57,9%, 127,9% і 107,8% відповідно. Показники СОШ до операції з боку деформації становили 72,3%, із «здорової» сторони - 138,6%, через обоє носових ходів - 103,6%. Після операції вони склали відповідно 80,7%, 172,6% і 176,3%.

У хворих в групі з деформаціями крила носа показники ПОШ з боку пороку були 58,3%, із «здорової» сторони - 51,6%, через обоє носових ходів - 65,4%. Після оперативного втручання вони зросли до 52,5%, 89,1% і 85,9% відповідно. МОШ 75% у цій же групі хворих з «хворої» сторони - 35,4%, зі «здорової» сторони - 57,7%, через обоє носових ходів - 85,7%. Після оперативного втручання - 58,8%, 108,9% і 97,6% відповідно. Показники СОШ до операції з боку деформації становили 39,4%, зі «здорової» сторони - 92,2%, через обоє носових ходів - 85%. Після операції вони склали відповідно 76,3%, 140,1% і 136,3%.

У групі хворих з деформацією кінчика і крила носа показники ПОШ з боку пороку були 17,9% - 25,6%, зі «здорової» сторони - 37,4% - 51,7%, через обоє носових ходів - 48,7% - 60,5%. Після оперативного втручання вони зросли до 32,4% - 44,6%, 52,3% - 57,7% і 60% - 81,5% відповідно. МОШ 75% у цій же групі хворих з «хворої» сторони - 17,2% - 32,1%, зі «здорової» сторони - 50% - 53,7%, через обоє носових ходів - 53,7% - 75,6%. Після оперативного втручання - 43,3% - 52,9%, 57,9% - 89% і 78,4% - 91,1% відповідно. Показники СОШ до операції з боку деформації становили 27% - 35,9%, зі «здорової» сторони - 64,0% - 66,3%, через обоє носових ходів - 70,8% - 79,8%. Після операції вони склали відповідно 52,6% - 58,3%, 80,7% - 91,9% і 82,2% - 130,4%.

Позитивні тенденції у відновленні функції дихання визначені і в групі хворих зі звуженням носового ходу. В доопераційному періоді показники були різко знижені. Показник ПОШ становив 8,9% - 10,4% при диханні через носовий хід «хворої» сторони; 8,9% - 25,6% - через здоровий носовий хід; 27,0% - 44,6% - через обоє носових ходів. МОШ 75% - 9,4% - 10,2%; 9,9% - 27,2%; 25,1% - 44,6%. і СОШ - 10,4% - 18,3%; 12,1% - 35,4%; 33,1% - 65,4% відповідно. У післяопераційному періоді ці показники не досягли норми, однак значно покращилися. Так, показник ПОШ склав 24% - 31,8% з боку пороку; 42,6% - 48,3% зі здорової сторони; 42,4% - 57,1% через обоє носових ходів. МОШ 75% - 30,2% - 38,65; 57,8%; 34,1% - 66,2%. СОШ - 42,9% - 47,6%; 60,4% - 65,7%; 44,2% - 87,2% відповідно.

При проведенні антропометричних вимірів через 6 місяців дані з «хворої» і «здорової» сторони були однакові або мали різницю не більше одного мм в 25 хворих. Показники дихання залишилися такими ж, як при дослідженні через 2 тижні після операції.

За даними нашого дослідження, хороший результат лікування був в 83,3%, задовільний - в 3,3%, незадовільний - в 13,4% хворих після оперативних втручань за запропонованими нами методиками. Ці показники трохи кращі тих, які приводять І.В. Бердюк (1985), Horswell V.B., Pospisil O.A. (1995), Gubich W. (1995), Smith et al. (1996), Mazzola R.F. (1996).

ВИСНОВКИ

В дисертаційній роботі представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуальної наукової задачі, спрямованої на підвищення ефективності лікування хворих з уродженими пороками розвитку верхньої губи і піднебіння після операції хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини шляхом розробки комплексу оперативних втручань, використання яких забезпечило покращення естетичних і функціональних результатів лікування у хворих, раніше оперованих з приводу односторонньої уродженої розщілини верхньої губи.

1. Деформація носа після первинної хейлопластики з приводу односторонньої вродженої розщілини верхньої губи, або верхньої губи і піднебіння, яка потребує хірургічної корекції, виявлена нами в 92,48% обстежених хворих. На основі клінічних і антропометричних особливостей виявлених змін виділені 6 основних груп типових деформацій носа і верхньої губи: деформація кінчика носа (15,48%), деформація крила носа (13,46%), деформація крила і кінчика носа (23,1%), комплекс змін в області кінчика, крила носа і верхньої губи (34,6%), звуження носового ходу (5,77%). В 7,52% хворих була виявлена ізольована деформація верхньої губи без деформації носа. Ці хворі мають потребу в реконструктивно-відбудовних і коригуючих операціях.

2. Деформація носа у осіб, раніше оперованих з приводу односторонньої уродженої розщілини верхньої губи або верхньої губи та піднебіння, викликають функціональні порушення носового дихання через обоє носових ходів, носовий хід з боку деформації і через здоровий носовий хід. Найбільші зміни носового дихання виявлені на стороні розщілини. Виявлено взаємозв'язок між анатомічними порушеннями структур носа і показниками функції носового дихання. ПОШ при цьому склала 8,9%-50% від норми, СОШ 10,4%-72,3% від норми і МОШ 75% - 9,4%-53% від норми.

3. Виділені шість основних груп типових деформацій носа і верхньої губи стали підставою для вдосконалення методів хірургічного лікування кожного виду зазначеної патології з урахуванням диференційованого підходу в усуненні причин розвитку залишкових, вторинних і хірургічних деформацій носа і верхньої губи.

4. Клінічне застосування вдосконалених методів хірургічної корекції деформацій носа і верхньої губи з урахуванням анатомо-функціональних особливостей кожного з видів деформацій дозволяє зробити висновок про ефективність запропонованих методів лікування, які дозволили поліпшити естетичні результати лікування у 92,3% хворих і підвищити ефективність носового дихання в середньому з 30% до 95% від норми.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. З метою виявлення типових деформацій носа і верхньої губи і ступеня виразності порушень носового дихання у хворих, раніше оперованих з приводу односторонньої уродженої розщілини верхньої губи та верхньої губи і піднебіння, необхідно включати в комплекс обстеження антропометричні виміри носа на стороні деформації і здоровій стороні, фотографування хворих у різних ракурсах: фас, профіль, фас з закинutoю головою, проведення функціональних досліджень для визначення ступеня порушення носового дихання через носовий хід з боку деформації, через здоровий носовий хід і через обоє носових ходів.

2. На основі даних антропометричних вимірів і функціонального дослідження носового дихання визначати вид і ступінь деформації носа і верхньої губи.

3. Оперативні втручання проводити з урахуванням виду і ступеня деформації носа і верхньої губи. Переміщення тканини під час оперативного втручання проводити з урахуванням даних антропометричних вимірів.

4. Оцінку результатів лікування проводити за допомогою повторних антропометричних вимірів, дослідження функції дихання і фотографування в строки 2 тижні і 6 місяців після операції, тому що в ці строки відбувається трансформація рубців і тканин після оперативного втручання.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

1. Крыкляс В.Г. Методы устранения деформаций носа и верхней губы в зависимости от вида незаращения и степени деформации после односторонних незаращений // Вісник стоматології. – 2000. – № 5. – С. 69-72.

2. Вакуленко В.І., Крикляс Г.Г., Гулюк А.Г., Бабов Є.Д., Крикляс В.Г. Клініка залишкових деформацій носа і верхньої губи у хворих, оперованих раніше за методикою Обухової-Tennison // Одеський медичний журнал. – 2001. – № 5 (67). – С. 56-60. *Автор приймав участь у наборі хворих, порівняльному аналізі виду і ступеня деформацій та розробці показань до оперативного втручання.*

3. Федорчук Т.И., Крыкляс В.Г. Показатели носового дыхания после реконструктивной ринопластики у больных с односторонней расщелиной верхней губы // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2002. – № 4 (32). – С. 39-40. *Автор самостійно здійснив операції реконструктивної ринопластики, оцінку показників носового дихання до і після оперативного втручання, статистичну обробку матеріалів, написав статтю.*

4. Вакуленко В.И., Крыкляс Г.Г., Гулюк А.Г., Бабов Е.Д., Крыкляс В.Г. Анатомические особенности сопутствующих деформаций верхней губы и носа у ранее оперированных больных // Вісник стоматології. – 1997. – № 3. – С. 367-369. *Участь здобувача в клініко-антропометричному обстеженні хворих, аналізі отриманих результатів.*

5. Гулюк А.Г., Крыкляс Г.Г., Птичкина Ю.О., Крыкляс В.Г. Пластика альвеолярного отростка в комплексе лечения больных с врожденными расщелинами верхней губы (обзор литературы) // Медицина сегодня и завтра. – 2001. – № 4. – С. 153-154. *Автор приймав участь у зборі інформації та огляді наукової літератури, його аналізі та написанні оглядової статті.*

6. Патент на винахід № 23822 А, Україна, МКИ 6 А61В17/00. Спосіб хірургічного усунення деформації крила носа, що супроводжується одностороннім природженим незрощенням верхньої губи / Крикляс Г.Г., Гулюк А.Г., Бабов Є.Д., Крикляс В.Г. - Заявка № 97042007; Заявл. 25.04.1997; Опубл. 16.06.1998. - Бюл. № 4.

7. Патент на винахід № 23823 А, Україна, МКИ 6 А61В17/00. Спосіб хірургічного усунення деформації кінцевого відділу носа, що супроводжується одностороннім природженим незрощенням верхньої губи / Крикляс Г.Г., Гулюк А.Г., Бабов Є.Д., Крикляс В.Г. - Заявка № 97042008; Заявл. 25.04.1997; Опубл. 16.06.1998. - Бюл. № 4.

8. Крыкляс В.Г. Особенности деформаций верхней губы и носа у больных, ранее оперированных по поводу односторонних незаращений, и методы их устранения // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии: Сборник научных трудов. Вып. 2. – Харьков: «Консум», 1999. – С. 59-64.

9. Крыкляс В.Г., Кононенко А.Е. Применение формирующих носовых вкладышей при устранении деформации носа у больных с расщелинами верхней губы // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии: Сборник научных трудов. Вып. 4. – Харьков, 2001. – С. 134-136. *Автор приймав участь у виготовленні ортодонтичної конструкції, розробці показань до її застосування, написанні статті.*

10. Вакуленко В.И., Крыкляс Г.Г., Бабов Е.Д., Гулюк А.Г., Крыкляс В.Г. Устранение сопутствующих деформаций носа у больных с односторонними незаращениями верхней губы // Сборник тезисов 1 Республиканской конференции «Современная стоматология и челюстно-лицевая хирургия». – Киев, 1998. – С. 125-126. *Автор прийняв участь у розробці методів лікування деформацій верхньої губи і носа, наборі клінічного матеріалу, написанні первинного тексту і оформленні тез.*

АНОТАЦІЯ

Крикляс В.Г. Обґрунтування методу усунення деформацій носа та верхньої губи у хворих після хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Інститут стоматології АМН України, Одеса, 2005.

Запропоновані хірургічні способи лікування деформацій носа і верхньої губи у хворих після хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщілини. Хірургічне лікування проводилось в залежності від виду та ступеня деформації, яка, в свою чергу, залежить від ступеня порушення показників антропометричних вимірювань і досліджень функції носового дихання. Проведена оцінка ефективності лікування клінічними, антропометричними і функціональними методами 52 хворих.

Досягнуто підвищення ефективності лікування хворих з деформаціями носа та верхньої губи після операції з приводу односторонніх вроджених розщілин.

Ключові слова: односторонні вроджені розщілини верхньої губи та піднебіння, деформації носа та верхньої губи, способі оперативного лікування.

АННОТАЦИЯ

Крыкляс В.Г. Обоснование метода устранения деформаций носа и верхней губы у больных после хейлопластики по поводу односторонней врожденной расщелины. – Рукопись

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Институт стоматологии АМН Украины, Одесса, 2005.

Диссертация посвящена вопросам лечения деформаций носа и верхней губы у больных после хейлопластики по поводу различных видов односторонних врожденных расщелин верхней губы. Автором предложены хирургические способы лечения деформаций носа и верхней губы в зависимости от вида и степени выраженности деформации.

Клинический материал диссертации составили результаты обследования и лечения 52 больных с деформациями носа и верхней губы после хейлопластики по поводу односторонней врожденной расщелины. По виду деформации все больные разделены на 6 групп: деформация кончика носа (8

человек), деформация крыла носа (7 человек), деформация кончика и крыла носа (12 человек), деформация кончика, крыла носа и верхней губы (18 человек), сужение носового хода (3 человека), деформация верхней губы (4 человека).

Оценку деформаций носа и верхней губы, а также оценку эффективности лечения проводили на основании данных клинических, антропометрических исследований, анализа данных исследования функции носового дыхания.

Предложенные способы хирургического лечения деформаций носа и верхней губы позволили устранять данную патологию с учетом ее вида и степени. Ткани носа и верхней губы при этом перемещали на расстояние, которое определяли при проведении антропометрических измерений носа и верхней губы. Результатом оперативного вмешательства у больных являлась симметрия носа и верхней губы. Отмечалось также улучшение функции носового дыхания – в среднем 90-95 % нормы.

Незначительное число рецидивов и осложнений свидетельствовало об эффективности разработанных способов лечения деформаций носа и верхней губы у больных после хейлопластики по поводу различных видов односторонних расщелин верхней губы.

Ключевые слова: односторонние врожденные расщелины верхней губы и неба; деформации носа и верхней губы; способы оперативного лечения.

SUMMARY

Kryklias V.G. The ground of methods removal lip and nasal deformities after dreiloplastics at unilateral cleft lip patients. – Manuscript.

Dissertation for the scientific degree of the candidate of medical sciences of the speciality 14.01.22 – dentistry. – Institute of Dentistry Of AMS of Ukraine, Odessa, 2005.

The surgical methods of treatment lip and nasal deformities after dreiloplastics at unilateral cleft lip patients were proposed. The surgical treatment of deformation which depends on the clinical situation was developed.

The assessment of the treatment efficiency was performed according to the clinical data, anthropological and functional measuring in 52 patients.

The rise of the treatment effectiveness in cases of lip and nasal deformities after cheiloplastics at the unilateral cleft lip patient was advieed.

Key words: unilateral cleft lip and palate; cleft lip and nasal deformities; methods of surgical treatment.