

втручання. В нашому дослідженні у хворих I-O1, I-O2 та II-O груп збалансована попереджувальна (pre-emptive) анестезія та аналгезія запобігала больовій дії операційної травми та надмірному збудженню ЦНС, тим самим знижувала потребу в аналгетиках в післяопераційному періоді на відміну від контрольної групи. В даній групі аналгетичний ефект був недостатнім, а розвиток післяопераційного больового синдрому розвивався швидко та мав високу інтенсивність.

Таким чином, отримані нами результати свідчать, що у групах, де застосовувалось провідникове та комбіноване знеболення на основі провідникових блокад, а також використовувались нестероїдні протизапальні засоби у складі премедикації забезпечувалась достатня аналгезія в післяопераційному періоді до 6 годин ( $335,0 \pm 74,77$  хвилин), швидке відновлення свідомості та мінімізація розвитку побічних наслідків порівняно з аналогічними показниками хворих контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

#### Список літератури

1. Столяренко П. Ю. Местная анестезия в стоматологии. Выбор препаратов. Осложнения. Профилактика / П.Ю. Столяренко, И.М. Федяев, В.В. Кравченко. – Самара : ООО «Офорт»; СамГМУ, 2009. – 235 с.
2. Лисункин Ю. И. Фармакологическое воздействие на чувствительные нервные окончания / Ю.И. Лисункин, Н.А. Морхорт. - Киев: Здоровье, 1991. — 200 с.
3. Лихванцев В. В. Анестезия в малоинвазивной хирургии / Лихванцев В. В. – М. : «Миклош», 2006. – 351 с.
4. Ковальов М. В. Місцеве лікування гнійних ран м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки : дис. канд. мед. наук : 14.01.22 / Ковальов Максим Володимирович. – К., 2006. – 182 с.
5. Фесенко В. С. Интоксикация местными анестетиками: старая опасность, современные мифы, новые препараты и "серебряная пуля" / В.С. Фесенко // Біль, знеболювання та інтенсивна терапія. – 2009 - № 3. – с. 2-10.
6. Морган Дж.Э.-мл. Клиническая анестезиология / Дж.Э.-мл. Морган, М.С. Михаил; пер. с англ. — М., СПб.: Изд-во "Бином", "Невский диалект", 1998. — 431 с.

Надійшла 07.11.11



УДК 616.315-007.254:616.211:616-071.3

**В. Г. Крыкляс, к. мед. н., Н. Б. Дмитриева, к. мед. н.,  
Е. В. Крыкляс, О. А. Фаренюк, к. мед. н.**

Одесский национальный медицинский университет  
ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТАТОЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОРОННИМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Обследовано 52 больных с деформациями носа и верхней губы после хейлопластики по поводу односторонней расщелины верхней губы. Проведены клинические, антропометрические, статистические методы исследования. Остаточные деформации носа выявлены у 39 больных (75%). Описаны клинические, антропометрические особенности остаточных деформаций носа и верхней губы. Наибольшие изменения антропометрических показателей выявлено у

больных с комбинированными пороками по сравнению с изолированными формами.

**Ключевые слова:** расщелина верхней губы и неба односторонняя, деформации верхней губы и носа, антропометрия.

**В. Г. Крикляс, Н. Б. Дмитриєва, К. В. Крикляс,  
О. О. Фаренюк**

Одеський національний медичний університет  
ДУ «Інститут стоматології НАМН України»

### КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАЛИШКОВИХ ДЕФОРМАЦІЙ НОСА У ХВОРИХ З ОДНОСТО- РОННИМИ РОЗЩІЛИНАМИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

Обстежено 52 хворих з деформациями носа і верхньої губи після хейлопластики з приводу односторонньої розщелини верхньої губи. Проведені клінічні, антропометричні, статистичні методи дослідження. Залишкові деформації носа виявлені у 39 хворих (75%). Описані клінічні, антропометричні особливості залишкових деформацій носа і верхньої губи. Найбільші зміни антропометричних показників виявлено у хворих з комбінованими пороками в порівнянні з ізолюваними формами.

**Ключові слова:** розщелина верхньої губи і піднебіння одностороння, деформації верхньої губи і носа, антропометрія.

**V. G. Kryklias, N. B. Dmitrieva, E. V. Kryklias,  
O. A. Fareniuk**

Odessa National Medical University  
SE "The Institute of Dentistry of the NAMS of Ukraine"

### THE CLINICAL PECULIARITIES OF THE RE- SIDUAL DEFORMATIONS OF NOSE IN PA- TIENTS WITH UNILATERAL CLEFTS OF UPPER LIP AND SOFT PALATE

52 patients with deformations of nose and upper lip after cheiloplasty for the reason of unilateral cleft of upper lip were examined. The clinical, anthropometric, statistical methods of study were held. The residual deformations of nose were observed in 39 patients (75%). The clinical and anthropometric peculiarities of the residual deformations of nose and upper lip were described. The most considerable changes in anthropometric indices were found in patients with combined defects in comparison to the isolated forms.

**Key words:** unilateral cleft of upper lip and soft palate, deformations of upper lip and nose, anthropometry.

Деформация носа после хейлопластики, по данным разных авторов наблюдается от 70 % до 100 %, случаев независимо от методики проведения оперативного вмешательства [1, 2].

Согласно классификации И.В. Бердюка [3] деформации носа после хейлопластики бывают остаточными, вторичными и хирургическими. Остаточные - это те деформации, которые не были устранены во время первой хейлопластики. Вторичными деформациями определены изменения, которые возвращаются после операции по устранению их, которая была проведена ранее. Хирургическими деформациями называют те, которые возникают при нарушении протокола оперативного вмешательства. В литературе очень часто встречаются термины «деформации носа после

хейлопластики», без уточнения какая это деформация.

**Задачей** нашего исследования явилось уточнение клинических и антропометрических особенностей носа и верхней губы у больных после хейлопластики по поводу односторонней расщелины верхней губы.

**Материалы и методы исследования.** Нами обследовано 52 больных с деформациями носа и верхней губы, которые находились на лечении в отделе челюстнолицевой хирургии ГУ „Институт стоматологии АМН Украины”. Все они ранее были оперированы по поводу односторонней врожденной расщелины верхней губы в различных клиниках Украины. У больных собирали анамнез, изучали объективные данные общего и местного статуса, для изучения местного статуса проводили антропометрическое исследование носа и верхней губы.

Антропометрические исследования осуществляли при помощи измерителя и линейки. За основу антропометрических исследований были приняты стан-

дартные точки, описанные В.А. Переверзевым [3] и использованные И.В. Бердюком [4]. Антропометрические измерения, проводимые до операции, позволяли определить вид деформации и степень ее выраженности. Во время оперативного вмешательства данные антропометрического исследования служили критерием перемещения ткани в правильное симметричное положение. В дальнейшем антропометрические исследования проводили в сроки 2 недели и 6 месяцев после оперативного вмешательства для оценки полученных результатов.

Из приводимых в этих работах стандартных антропометрических точек мы выбрали, как наиболее показательные, следующие (рис.), дополнив их двумя точками, которые более полно характеризуют степень деформации.

Точку *fis* мы предположили для лучшего изучения высоты колонки фильтра и ширины основания носового хода (рис.).

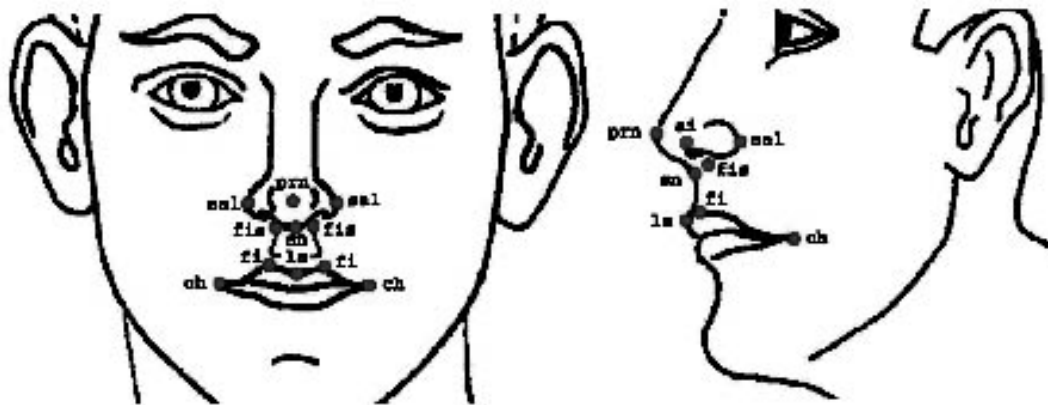


Рис. Схема антропометрических точек носа и верхней губы.

rpn- pronazale, наиболее выступающая точка кончика носа при ориентации головы в франкфуртской плоскости;

sn- subnazale, точка в середине основания кожной перегородки носа на границе с верхней губой;

sal- subalare, точки у нижнего конца крыльчатой бороздки;

fi- filtrum, точка соприкосновения пограничного валика верхней губы с валиком Купидона;

ls- labiale superius, наиболее выступающая точка верхней губы;

ch- chelion, точка угла рта: переход красной каймы верхней губы в нижнюю;

ai- angulus intercruralis, точка в нижнем отделе интеракруального угла (переход медиальной ножки большого крыльчатого хряща в латеральную), соответствует переднему полюсу ноздри;

fis- filtrum superior, точка соприкосновения пограничного валика желобка верхней губы с основанием кожной перегородки носа.

Измеряли расстояния между выбранными нами антропометрическими точками при помощи измерителя и линейки.

Эти линейные размеры определяют взаимоотношение между элементами носа со стороны порока и “здоровой” стороной, а также отношение элементов носа и элементов верхней губы и дают количественную характеристику степени деформации изучаемых структур у данной категории больных.

При помощи транспортира определяли величину интракруального угла с обеих сторон, который характеризует степень смещения относительно друг друга медиальной и латеральной ножки крыльчатого хряща.

Для оценки антропометрических исследований мы использовали параметрических критерий Стьюдента *t*.

**Результаты исследования.** Из 52 больных с деформацией носа и верхней губы, обследованных нами, 39 человек были с остаточными деформациями (75 %).

Деформации носа у больных этой группы обусловлены тем, что они не были устранены во время первичной операции. Выраженность деформации находилась в зависимости, прежде всего, от вида расщелины: изолированная или сочетанная, от степени недоразвития верхней челюсти в области расщелины, так как костная основа является опорой мягких тканей. Степень выраженности деформации зависела также от методики хейлопластики, от качества сопос-

тавления фрагментов круговой мышцы рта, особенно у основания круговой носового хода, от заживления раны в послеоперационном периоде, а также от многих других причин.

Для всех больных в группе с остаточными деформациями наиболее характерными были следующие изменения. Крыло носа со стороны порока уплощено и смещено за счет уплощения и деформации латеральной ножки крыльного хряща. Поперечная часть носовой мышцы, таким образом, прикрепляется не к треугольному хрящу носа, как со здоровой стороны, а к нижней части латеральной ножки крыльного хряща. Таким образом, не имея точки опоры и под действием тяги порочно прикрепляющейся поперечной части носовой мышцы, нижняя часть латеральной ножки выстоит вместе с участком выстилки носа в носовой ход в виде гребня. Крыльная часть носовой мышцы не имеет нормальной точки прикрепления в области передней носовой ости. Эта мышца прикрепляется вместе с частью круговой мышцы рта к недоразвитому нижненаружному краю грушевидного отверстия со стороны расщелины. Другой точкой фиксации крыльной части носовой мышцы служит нижняя часть латеральной ножки крыльного хряща. Со стороны порока крыльная часть носовой мышцы прикрепляется к коже и слизистой крыла носа. В результате нарушения фиксации носовой мышцы крыльный хрящ смещается латерально, вниз и кзади. За счет неправильного сопоставления поверхностных волокон круговой мышцы рта со стороны расщелины происходит неравномерное движение фрагментов этой мышцы со здоровой и «больной» стороны. Это приводит к смещению медиальной ножки крыльного хряща в здоро-

вую сторону и вниз. Действие этих факторов влечет за собой смещение всего крыльного хряща со стороны порока. Клинически это выражается в раздвоении кончика носа, укорочении ребра каждой перегородки со стороны расщелины. Арка и тело крыльного хряща смещаются кпереди и вниз и нависают над носовым ходом. Нижний край латеральной ножки подтянут вверх и смещен латерально и кзади. Интракраниальный угол увеличен от 80° до 120°.

Ширина основания носового хода со стороны деформации больше, чем со «здоровой» стороны. Это объясняется недоразвитием верхней челюсти со стороны порока, особенно в области ниже-наружного края грушевидного отверстия, а также неправильным сопоставлением, или несопоставлением фрагментов круговой мышцы рта у основания носового хода во время проведения хейлопластики. Кожная перегородка со стороны расщелины укорочена по сравнению со «здоровой» стороной. В целом кожная перегородка носа занимает наклонное положение, в области кончика носа она смещена в «большую» сторону и у основания - в «здоровую». Ноздря со стороны расщелины занимает наклонное, почти горизонтальное положение. Передненижний край четырехугольного хряща смещен в здоровую сторону и конец его выстоит в носовой ход с этой же стороны, это объясняется смещением в здоровую сторону передней носовой ости, к которой прикрепляется передненижний край четырехугольного хряща. В целом четырехугольный хрящ S-образно деформирован, купол его выстоит в носовой ход «больной» стороны.

Таблица

**Данные антропометрического обследования больных с остаточной деформацией носа и верхней губы (n= 39)**

Антропометрические показатели	Абсолютные величины (M+m)	Процентное отношение (P±mp)	P
1. Величина кожной перегородки носа здоровой стороны (ai1-fis1)	11,45±0,47	77,2 %±7,72	<0,001
2. Величина ребра кожной перегородки носа «больной» стороны (ai2-fis2)	8,27±0,38		
3. Ширина основания носового хода со здоровой стороны (sal1-fis1)	10,57±0,37	135,0 %±11,9	<0,001
4. Ширина основания носового хода «больной» стороны (sal2-fis2)	14,27±0,31		
5. Расстояние от угла рта до основания крыла носа здоровой стороны (ch1-sal1)	26,78±0,41	91,5 %±4,84	<0,001
6. Расстояние от угла рта до основания крыла носа «больной» стороны (ch2-sal2)	24,51±0,39		
7. Расстояние от середины вогнутости дуги Купидона до основания крыла носа здоровой стороны (ls-sal1)	22,27±0,55	113,7 %±6,88	<0,001
8. Расстояние от середины вогнутости дуги Купидона до основания крыла носа «больной» стороны (ls-sal2)	25,33±0,5		
9. Высота валика фильтра со здоровой стороны (fis1-fi1)	16,5±0,56	88,9 %±5,46	<0,03
10. Высота валика фильтра с «больной» стороны (fis2-fi2)	14,36±0,53		

Описанные изменения являются наиболее общими. У каждого конкретного больного они выражены в различной степени. Среди этой группы больных мы не отметили каких-то отдельных элементов деформаций

из описанного выше комплекса изменений. Так, у 8 больных, что составляло 20,5 % из данной группы, преобладали изменения в области кончика носа. У 5 больных (12,8 %) было резко выражено укорочение

ребра кожної перегородки носа со сторони деформації. Різниця між ребром кожної перегородки со сторони порока і протилежної сторони досягла 4-5 мм. Розширення основи носового ходу і зміщення основи крила носа, при відносно задовільному стані інших анатомічних структур носа нами відмічалось у 7 хворих (17,9 %).

У 4 хворих (10,2 %) різниця між шириною основи носового ходу со здорової і «хворої» сторони досягла 5-7 мм.

У 1 хворого крім різких змін хрящових і м'якотканних структур носа, які були клінічно виражені в максимальній ступені, нами було відмічено зміну кістяного остову носа. Кістяна піраміда носа зміщена в сторону щелини, кістяна перегородка займала діагональне положення.

У 9 (23,1 %) була виявлена тільки деформація носа, у 30 (76,9 %) хворих деформація носа поєднувалась з деформацією верхньої губи. У всіх хворих на губі існує Z-образний рубець після операції хейлопластики по методиці Tenisson-Обухової. Губа ущільнена, в області рубця вільний край підтягнутий вгору і на червоній каймі визначалась Λ-образна виїмка. Дуга Купідона у цих хворих не була симетричною. Валік фільтра со сторони порока перетятий Z-образним рубцем і укорочений. Со здорової сторони висота валіка фільтра в середньому складала 16,5±5,46 мм. На слизистій верхньої губи визначалась грубий вертикальний рубець, який підтягує губу вгору, обмежуючи її рухливість, деформировав передвертєву порожнину рота во фронтальному відділі.

Наші клінічні спостереження підтвердились даними антропометричних досліджень. Як видно з табл., найбільші зміни виражались в зменшенні величини ребра кожної перегородки носа со сторони щелини 72,22±7,72 %, в збільшенні ширини основи носового ходу 135±11,9 %, в зміні положення основи крила носа. Так висота ребра кожної перегородки со сторони порока в групі хворих з остаточною деформацією складала 8,3±0,38 мм, со здорової сторони 11,5±0,47 мм; ширина основи носового ходу з хворої сторони - 14,3±0,37 мм, з протилежної - 10,6±0,37 мм. Відстань від середини прогиба дуги Купідона до основи крила носа і від кута рота до основи крила носа со сторони деформації відповідно 25,3±0,5 мм і 24,5±0,39 мм, со здорової сторони ці показники складають відповідно 22,3±0,55 мм і 26,8±0,41 мм.

Висота ребра кожної перегородки со сторони деформації складала 72,22 %±7,72 від здорової сторони, ширина основи носового ходу складала 135 %±11,18 від здорової сторони. Відстань від середини прогиба дуги Купідона до основи крила носа со сторони порока складало 113,74 %±6,88 від здорової сторони, а відстань від кута рота до основи крила носа 91,52 %±8,84 відповідно.

В цій групі хворих 5 з них (15,15 %) було після хейлопластик по поводі ізольованих щелин і 28 хворих (84,85 %) - після хейлопластик по поводі поєднаних форм порока.

**Висновки.** 1. В досліджуваній нами групі хворих з деформаціями носа і верхньої губи після хейлопластики по поводі односторонньої щелини верхньої губи 75% були з остаточною деформацією. Зміни структур носа в більшій ступені були виявлені у хворих з поєднаними формами щелин, по порівнянню з ізольованими формами порока

2. Найбільші зміни клінічно і антропометрично визначались у хворих з поєднаними щелинами. Так у хворих з ізольованими щелинами укорочення висоти ребра кожної перегородки складало від 0 до 30 %, з поєднаними щелинами - від 7,2 % до 44,4 % .

У хворих з деформаціями носа після хейлопластики по поводі ізольованих щелин: різниця між шириною основи носового ходу со сторони порока і здорової стороною складала від 0 до 40 % , у хворих з деформаціями носа після хейлопластики по поводі поєднаної щелини в цій групі було від 15,3 % до 70 % .

**Список літератури:**

1. Семенченко Г. И. Врожденная расщелина верхней губы и неба. / Семенченко Г. И., Вакуленко В. И. - К.: «Здоров'я», 1968. – 228 с.
2. Клініка та методи лікування деформацій носа, що супроводжують природжені незарощення верхньої губи: методичні рекомендації. / уклад. І.В. Бердюк, Н.Г. Баранник, О.М. Мапухіна та ін. - Запоріжжя : Запорізький державний інститут удосконалення лікарів, 2002. - 20 с.
3. Бердюк И. В. Патогенез и методы устранения деформаций носа, сопутствующих врожденным расщелинам верхней губы: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. н.: спец. 14.00.21. "Стоматологія" / Бердюк Игорь Васильевич. – К., 1985. – 40 с.
4. Переверзев В. А. Красота лица. Как ее измерить? / Переверзев В. А.- Волгоград 1979.- 176 с.: илл.

Поступила 01.02.12



УДК 611.315.004.64+616-092

**А. Г. Гулюк, д. мед. н., Н. Б. Дмитриева, к. мед. н.,  
В. Г. Крикляс, к. мед. н.,  
В. В. Парасочкина, к. мед. н.**

Одесский национальный медицинский университет  
ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины»

**ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ  
ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ РТА  
У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ  
ДУВСТРОННИМИ РАСЩЕЛИНАМИ  
ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ДО И ПОСЛЕ  
ХЕЙЛОПЛАСТИКИ**

*Проведено електроміографічне дослідження кругової м'язи рота у хворих з вродженою двусторонньою щелиною верхньої губи і неба до первинного оперативного*

© Гулюк А. Г., Дмитриева Н. Б., Крикляс В. Г.,  
Парасочкина В. В., 2012.