



ОЦЕНКА ОСТАТОЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

© М.Г. Семенов, С.С. Мушковская, К.Ю. Коваленко

ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Статья поступила в редакцию: 29.03.2018

Статья принята к печати: 31.08.2018

Актуальность. Лечение пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и нёба (ВРГН) является сложной медико-социальной проблемой. При этом остаточные и вторичные деформации носа, верхней губы, выраженные зубочелюстно-лицевые деформации зачастую требуют оперативной коррекции у этих пациентов во взрослом возрасте после завершения реконструктивного лечения в детском периоде.

Цель исследования — систематизировать степень тяжести остаточных и вторичных деформаций средней зоны лица (носа, верхней губы, преддверия рта) у пациентов во взрослом возрасте после проведенного ранее оперативного лечения односторонней врожденной расщелины верхней губы.

Материалы и методы. Работа основана на результатах исследования 42 взрослых пациентов с врожденной односторонней расщелиной верхней губы после завершения их медицинской реабилитации в детском возрасте. Оценка остаточных деформаций носа, верхней губы, преддверия рта проведена в возрастной категории от 25 до 40 лет. Выявленные типичные остаточные деформации указанной локализации были разделены на три группы и оценены по балльной системе.

Результаты. Установлено, что у пациентов с односторонней врожденной расщелиной верхней губы деформации средней зоны лица сохраняются в 91 % наблюдений, из которых 15 % имеют деформации выраженной степени с абсолютными показаниями к оперативному лечению.

Выводы. При первичной хейлоринопластике по методике Миро – Лимберг – Обуховой в отдаленном периоде остаточные и вторичные деформации лица отмечены у 91 % (80,6–96,7 %) пациентов. При этом у 15 % из них деформации имеют выраженный характер, что служит показанием к проведению местнопластических корригирующих операций.

Трехбалльная система оценки остаточных и вторичных деформаций средней зоны лица у пациентов с ВРГН позволяет объективно и быстро оценить степень выраженности той или иной деформации носа, губы и преддверия рта.

Ключевые слова: остаточные деформации; врожденная расщелина губы и нёба; система оценки; медицинская реабилитация; отдаленные результаты.

THE VALUATION OF THE RESIDUAL AND SECONDARY DEFORMATION OF THE MEDIUM FACE ZONE IN PATIENTS WITH UNILATERAL CLEFT LIP

© M.G. Semyonov, S.S. Mushkovskaya, K.Yu. Kovalenko

North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

For citation: Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery. 2018;6(3):56-62

Received: 29.03.2018

Accepted: 31.08.2018

Background. The treatment of patients with cleft lip and palate is a complicated medical-social problem. The residual and secondary deformations of the nose, upper lip, and dentoalveolar require surgical correction in these patients after undergoing complete reconstruction as a child.

Aim. To systematize the degree of severity of the residual secondary deformation of the medium face zone in adult patients after previous surgery.

Materials and methods. This scientific work was based on the results of 42 adult patients with unilateral cleft lip after undergoing complete reconstructive surgery as a child. The valuation of residual and secondary deformations of the

nose, upper lip, and vestibule was performed in adults aged 25–40 years. The typical residual deformation at these locations was determined and separated into three groups and given a value.

Results. We observed that 91% of the patients with unilateral cleft lip had a deformation in the medium face; of these patients, 15% had severe deformation with an absolute indication for surgery.

Conclusion. The residual and secondary deformations of the medium face zone were diagnosed in 91% (80.6%–96.7%) of the patients operated using the Miro-Limberg-Obuyhovoï method in the remote period. Moreover, 15% of these deformations had an absolute indication for surgery. The three numbers used in the valuation system of the residual and secondary deformations of the medium face zone in patients with a unilateral cleft lip enable impartial and quick determination of the intensity of one or more deformations of the nose, lip, or vestibule of the mouth.

Keywords: residual deformation; cleft lip and palate; system of valuation; medical rehabilitation; remote results.

Актуальность

Полное завершение медицинской реабилитации пациентов с врожденной расщелиной верхней губы и нёба (ВРГН) остается одной из важнейших проблем в здравоохранении.

Среди больных с врожденными пороками развития лица на их долю приходится до 90 % [1]. Проблема завершения медицинской реабилитации пациентов этой категории не ограничивается только периодом детства. Несмотря на значительные успехи комплексного хирургическо-ортодонтического лечения и медицинской реабилитации больных с односторонней ВРГН, ряд проблем их лечения остается актуальным и до настоящего времени [2–4]. По мнению некоторых авторов, около 80 % пациентов во взрослом периоде с ВРГН нуждаются в корригирующих операциях на лице [5–7].

Естественная форма, симметрия верхней губы и носа, их эстетическая привлекательность, участие в мимике лица мимической мускулатуры, выполнение ряда функций обусловлены прежде всего анатомически правильным положением хрящей носа и мышц носогубной области. Деформация порогов носовых ходов, уплощение кончика и крыльев носа, рубцовая деформация верхней губы и свода преддверия рта, щелевидный изъян альвеолярного отростка — типичные признаки остаточных и вторичных деформаций средней зоны лица после оперативного лечения ВРГН [1].

Цель — систематизировать степень тяжести остаточных и вторичных деформаций средней зоны лица (носа, верхней губы, преддверия рта) у пациентов взрослого возраста после оперативного лечения односторонней ВРГН в детском периоде.

В исследовании мы поставили следующие задачи: определить наиболее значимые типичные признаки остаточных и вторичных (послеоперационных) деформаций средней зоны лица во взрослом возрасте; оценить степень выраженности типичных деформаций лица по разработан-

ной балльной системе; по результатам объективной оценки степени выраженности деформаций обосновать целесообразность проведения корригирующих операций по медицинским показаниям, а также возможность их проведения с целью улучшения только эстетики лица.

Материалы и методы

Изучены деформации средней зоны лица 42 пациентов с ВРГН после завершения их медицинской реабилитации в детском периоде в возрастной категории от 25 до 40 лет.

Для оценки деформации носогубной зоны нами разработана трехбалльная система оценки, в соответствии с которой степень выраженности каждого признака деформации носа, верхней губы и преддверия рта определяется от 0 до 2 баллов. Критерии оценки степени выраженности деформации следующие: 0 — деформация отсутствует после полного восстановления; 1 — деформация незначительно выражена, нарушений функции нет; 2 — выраженная деформация, нарушение функции.

Результаты и их обсуждение

При обследовании пациентов данной категории установлено, что в 96 % наблюдений первичная хейлоринопластика проведена по методике Миро – Лимберг – Обуховой. В 4 % наблюдений не удалось установить методику первичной операции.

Уплощение кончика носа на стороне расщелины отмечено в 24 % наблюдений. Выраженной деформации в этой зоне выявлено не было. Уплощение крыла носа с сохранением контура носа отмечено в 40 % наблюдений. Данный вид деформации не вызывал жалоб у пациентов. Асимметрия положения основания крыла носа отсутствовала более чем у половины обследуемых. Однако 4 % пациентов имели выраженную деформацию положения крыла носа и предъявляли на это жа-

Таблица 1

Деформации носа у пациентов с односторонней врожденной расщелиной верхней губы и нёба после оперативного лечения

Деформации носа	Баллы		
	0	1	2
1. Уплотнение кончика носа: 0 — не уплощен 1 — уплощено со стороны расщелины 2 — уплощено с двух сторон	76 %	24 %	
2. Уплотнение крыла носа на стороне расщелины: 0 — не уплощено 1 — уплощено с сохранением контура носа 2 — уплощено с нарушением контура носа	60 %	40 %	
3. Асимметрия положения основания крыла носа: 0 — нет 1 — есть, малозаметно 2 — есть, выражено	56 %	40 %	4 %
4. Изменение размеров порога носа на стороне расщелины: 0 — порог носа восстановлен полностью 1 — порог сужен либо расширен ~2 мм (малозаметно) 2 — порог сужен либо расширен более ~2 мм	40 %	60 %	
5. Искривление спинки носа: 0 — не искривлен 1 — искривлен в хрящевом отделе 2 — искривлен в костно-хрящевом отделе	64 %	32 %	4 %
6. Сужение носового отверстия в пределах хрящевого отдела: 0 — сужения нет 1 — сужение есть за счет рубца в области порога; дна; колумеллы 2 — по всему периметру ноздри/циркулярное сужение	40 %	60 %	
7. Нарушение носового дыхания (субъективная оценка): 0 — дыхание не нарушено 1 — нарушено незначительно, при вдохе прилагает больше усилий на стороне деформации носа 2 — резко нарушено с обеих сторон полости носа	51 %	40 %	9 %

лобы. Среди пациентов не обнаружено выраженных форм деформаций порога носа и носового отверстия. Искривление спинки носа с грубой деформацией выявлено в 4 % наблюдений, однако даже при незначительном искривлении спинки у 32 % пациентов этот недостаток был отмечен ими как существенный. Одной из жалоб пациентов являлось нарушение носового дыхания (по субъективной оценке). О затруднении дыхания в двух носовых ходах сообщили 9 % обследованных пациентов, из них у 40 % этот симптом был отмечен со стороны ВРГН (табл. 1).

При обследовании пациентов с деформацией верхней губы число пациентов с выраженными признаками данной локализации превышало число таких же пациентов с грубыми деформациями носа. Выраженная деформация красной каймы составила 16 % наблюдений, и у 36 % пациентов данный признак был менее выражен. Гипертрофический рубец, деформирующий форму верхней губы, был отмечен у 8 % пациентов,

что приводило к дисгармонии лица. Нарушение рельефа колонки филтума с малозаметным рубцом зафиксировано у 68 % обследуемых, что было обусловлено особенностью методики операции по Миро – Лимберг – Обуховой. Пациенты со значительным нарушением рельефа филтума составляют 8 %, они же образуют группу с выраженной деформацией верхней губы. Нарушение прерывности круговой мышцы рта обнаружено только у 4 % обследованных пациентов (табл. 2).

Рубцовые тяжи и складки преддверия рта наблюдались у 36 % обследованных, при этом они не нарушали глубину преддверия рта. Так называемая «щель» альвеолярного отростка верхней челюсти отмечена у 32 % пациентов, и 12 % имели изъём нёба (табл. 3).

Оценка в 2 балла хотя бы одного из представленных признаков, по нашему мнению, определяет пациента в группу с обязательными показаниями к оперативному лечению. В случае имеющейся, но невыраженной деформации (1 балл) пациенту

Таблица 2

Деформации верхней губы у пациентов с односторонней врожденной расщелиной верхней губы и нёба после оперативного лечения

Деформации верхней губы	Баллы		
	0	1	2
1. Рубцовая деформация верхней губы: 0 — малозаметный нормотрофический рубец кожной части без нарушения колонки фильтрума 1 — заметный широкий рубец кожной части (без деформации) 2 — рубец, деформирующий верхнюю губу	44 %	48 %	8 %
2. Нарушение рельефа колонки фильтрума: 0 — незначительно либо колонка фильтрума нарушено частично 1 — рельеф нарушен полностью, рубец малозаметен, фильтрум укорочен 2 — рельеф значительно нарушен, деформация	24 %	64 %	8 %
3. Нарушение прерывности круговой мышцы рта: 0 — без нарушений 1 — нарушение прерывности по ходу рубца в области порога носа 2 — нарушение прерывности мышцы по ходу всего рубца кожи	96 %	4 %	
4. Деформация красной каймы: 0 — красная кайма без изменения размера и формы, малозаметный нормотрофический рубец (в области белой линии) по границе кожи и красной каймы 1 — рубец нормотрофический с избытком красной каймы по свободному краю 2 — выраженный рубец, деформация красной каймы с интерпозицией кожи в красную кайму и/или красной каймы в кожу, заметное нарушение прерывности мышцы по красной кайме («борозда свистуна»), выраженный избыток красной каймы и слизистой оболочки верхней губы	48 %	36 %	16 %
5. Сужение верхней губы в направлении По высоте: 0 — укорочения нет 1 — слабовыраженное укорочение в пределах 1–3 мм 2 — выраженное укорочение более 3 мм По длине: 0 — укорочения нет 1 — слабовыраженное укорочение 2 — выраженное укорочение	80 %	20 %	

Таблица 3

Деформации преддверия рта у пациентов с односторонней врожденной расщелиной верхней губы и нёба после оперативного лечения

Деформации преддверия рта	Баллы		
	0	1	2
1. Рубцовые тяжи, складки в области свода преддверия рта: 0 — тяжи и складки отсутствуют, глубина преддверия не нарушена 1 — тяжи и/или складки в области свода преддверия без существенного уменьшения глубины преддверия 2 — тяжи и/или складки в области свода преддверия с существенным изменением его глубины	68 %	32 %	
2. Рото-носовое сообщение: 0 — нет 1 — есть в области альвеолярного отростка («щель» альвеолярного отростка) 2 — есть в области нёба	52 %	36 %	12 %

возможно проведение оперативного лечения по эстетическим показаниям. Однако, несмотря на показатель в 2 балла, ряд пациентов были абсолютно удовлетворены своей внешности, что послужило обоснованием для отказа от корригирующей операции.

Приводим пример хорошего отдаленного результата оперативного лечения (рис. 1). Пациентка М., 26 лет, с диагнозом: «Остаточная деформация носа и верхней губы после односторонней ВРГН». Отмечается незначительное уплощение крыла носа, сужение порога носа (до 2 мм)



Рис. 1. Пациентка М., 26 лет. Остаточная деформация носа и верхней губы после односторонней врожденной расщелины верхней губы и нёба



Рис. 2. Пациент А., 31 год. Остаточная деформация носа и верхней губы после односторонней врожденной расщелины верхней губы и нёба

на стороне расщелины; носовое дыхание свободно; малозаметный нормотрофический рубец кожной части верхней губы, красная кайма губы без изменения размера и формы. Со стороны преддверия рта патологических изменений нет. Оценка носа — 1 балл, верхней губы — 0 баллов. Жалоб не предъявляет. Качество жизни на высоком уровне по всем шкалам. Полная реабилитация больной.

Следующее клиническое наблюдение демонстрирует удовлетворительный результат отдаленного хирургического лечения (рис. 2). Пациент А., 31 год, с диагнозом: «Остаточная деформация носа

и верхней губы после односторонней ВРГН». Объективно: незначительное уплощение крыла носа, сужение порога носа (до 2 мм) на стороне расщелины; носовое дыхание свободно; незначительное сужение верхней губы по ширине, нормотрофический рубец кожной части губы, нарушение формы и размера красной каймы. Щель альвеолярного отростка (заброс пищи в нос). Оценка носа — 1 балл, верхней губы — 1 балл. Жалоб не предъявляет. Качество жизни по шкалам «социальное функционирование» и «психологическое здоровье» снижено. Рекомендовано проведение корригирующей операции на носу и верхней губе.



Рис. 3. Пациент А., 38 лет. Остаточная деформация носа и верхней губы после односторонней врожденной расщелины верхней губы и нёба

Приводим клинический пример с плохим результатом оперативного лечения (рис. 3). Пациент А., 38 лет, с диагнозом: «Остаточная деформация носа и верхней губы после односторонней ВРГН». Отмечается незначительное уплощение кончика и крыла носа на стороне расщелины; носовое дыхание свободно; нормотрофический рубец кожной части верхней губы, выраженная деформация красной каймы с интерпозицией в кожную часть губы, нарушение прерывности круговой мышцы рта. Оценка носа — 1 балл, верхней губы — 2 балла. Жалоб не предъявляет. Качество жизни по всем шкалам оценки на высоком уровне, однако рекомендована корригирующая операция на губе и носу.

После обследования пациентов с односторонней ВРГН установлено, что деформации средней зоны лица сохраняются у 91 % (80,6–96,7 %) обследуемых, из которых 15 % имеют деформации выраженной степени с абсолютными показаниями к оперативному лечению. Однако пациенты с наличием деформаций средней зоны лица разной степени выраженности, но при этом высокими показателями социально-психологической оценки личности могут обоснованно отказаться от последующего лечения.

Выводы

1. При первичной хейлоринопластике по методике Миро – Лимберг – Обуховой в отдаленном периоде остаточные и вторичные деформации средней зоны лица отмечены у 91 % (80,6–96,7 %) пациентов. При этом у 15 % из них деформации имеют выраженный характер, что служит показанием к проведению местнопластических корригирующих операций.
2. Трехбалльная система оценки остаточных и вторичных деформаций средней зоны лица у пациентов с ВРГН позволяет объективно и быстро оценить степень выраженности той или иной деформации носа, губы и преддверия рта.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Исследование осуществлено в рамках НИР при поддержке СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Этическая экспертиза. Все пациенты дали добровольное согласие на участие, обработку и пу-

бликацию персональных данных. Для проведения исследования было получено разрешение локального этического комитета.

Список литературы

1. Козлов В.А., Муратов И.В., Котов Г.А., и др. Классификация врожденных расщелин и изъянов неба после уранопластики. Клинико-эмбриопатогенетические принципы // *Стоматология*. – 2000. – Т. 79. – № 1. – С. 58–61. [Kozlov VA, Muratov IV, Kотов GA, et al. Klassifikatsiya vrozhdennykh rasshchelin i izyanov neba posle uranoplastiki. Kliniko-embriopatogeneticheskie printsipy. *Stomatologiya (Mosk)*. 2000;79(1):58-61. (In Russ.)]
2. Бессонов С.Н. Коррекция деформации носа при врожденных двусторонних расщелинах верхней губы / XXII Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии»; Май 16–18, 2017; Санкт-Петербург. – СПб., 2017. [Bessonov SN. Korrektziya deformatsii nosa pri vrozhdennykh dvustoronnykh rasshchelinakh verkhney guby. In: Proceedings of the 22nd International Conference of Maxillofacial Surgeons and Dentists “Novye tekhnologii v stomatologii”; 2017 May 16-18; Saint Petersburg. Saint Petersburg; 2017. (In Russ.)]
3. Мушковская С.С., Куликов А.В. Остаточные деформации лица после врожденных расщелин губы и неба и методы их коррекции // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2004. – № 4. – С. 116–117. [Mushkovskaya CS, Kulikov AV. Ostatochnye deformatsii litsa posle vrozhdennykh rasshchelin guby i neba i metody ikh korrektsii. *Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoy i esteticheskoy khirurgii*. 2004;(4):116-117. (In Russ.)]
4. Степанова Ю.В., Цыплакова М.С. Основные направления в комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами губы и неба // *Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста*. – 2013. – Т. 1. – № 1. – С. 36–43. [Stepanova YV, Tsyplakova MS. The main directions in the complex rehabilitation of children with cleft lip and palate. *Pediatric traumatology, orthopaedics and reconstructive surgery*. 2013;1(1):36-43. (In Russ.)]
5. Гончаков Г.В., Гончакова С.Г. Хирургическое лечение детей с врожденными односторонними расщелинами верхней губы // *Голова и шея*. – 2015. – № 1. – С. 27–30. [Gonchakov GV, Gonchakova SG. Surgical treatment of children with inherited unilateral lip clefts. *Head and Neck*. 2015;(1):27-30. (In Russ.)]
6. Крыкляс В.Г., Дмитриева Н.Б., Крыкляс Е.В., Фаренюк О.А. Клинические особенности остаточных деформаций носа у больных с односторонними расщелинами верхней губы и неба // *Вестник стоматологии*. – 2012. – № 1. – С. 42–45. [Kryklyas VG, Dmitrieva NB, Kryklyas EV, Farenjuk OA. The clinical peculiarities of the residual deformations of nose in patients with unilateral clefts of upper lip and soft palate. *Vestnik Stomatologii*. 2012;(1):42-45. (In Russ.)]
7. Суркин А.Ю. Программа оценки результатов лечения детей с врожденной расщелиной верхней

губы и неба на этапах реабилитации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. [Surkin AY. Programma otsenki rezul'tatov lecheniya detey s vrozhd-

dennoy rasshchelinoy verkhney guby i neba na etapakh reabilitatsii. [dissertation] Moscow; 2006. (In Russ.)]

Сведения об авторах

Михаил Георгиевич Семенов — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии им. А.А. Лимберга, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: mikhail.semenov@szgmu.ru.

Светлана Сергеевна Мушковская — канд. мед. наук, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии им. А.А. Лимберга, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: mushkovskii@gmail.com.

Ксения Юрьевна Коваленко — аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии им. А.А. Лимберга, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2051-1567>. E-mail: ksenia7-12@mail.ru.

Mikhail G. Semyonov — MD, PhD, Professor, Head of the Department of Maxillofacial Surgery and Surgical Dentistry n.a. A.A. Limberg, North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: mikhail.semenov@szgmu.ru.

Svetlana S. Mushkovskaya — MD, PhD of the Department of Maxillofacial Surgery and Surgical Dentistry n.a. A.A. Limberg, North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: mushkovskii@gmail.com.

Kseniya U. Kovalenko — Candidate of the Department of Maxillofacial Surgery and Surgical Dentistry n.a. A.A. Limberg, North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2051-1567>. E-mail: ksenia7-12@mail.ru.