

По современным представлениям врожденные расщелины верхней губы и неба обусловлены взаимодействием генетических (эндогенных) и экзогенных факторов. Наиболее важными этиологическими факторами являются отягощенная наследственность (13,6%) и вирусные заболевания (11,3%) в первые 1,5-2 месяца беременности.

К более редко встречающимся факторам можно отнести травмы, хроническое или острое отравление токсическими веществами и лекарствами, ионизирующую радиацию, рентгеновское излучение, авитаминозы, стрессовые ситуации и т. д.

Причины возникновения расщелин верхней губы:

I. Экзогенные причины:

1. Физические факторы:

- механические;
- термические;
- радиационные.

2. Биологические факторы:

- вирусы;
- бактерии и их токсины;
- простейшие.

3. Химические факторы:

- гипоксия;
- неполноценное питание;
- гормональная дискорреляция;
- тератогенные яды.

4. Психические факторы.

II. Эндогенные причины:

- Наследственность.
- Биологическая неполноценность половых клеток.
- Влияние возраста родителей.

Клинические формы врожденных расщелин верхней губы

1. Неполная врожденная расщелина верхней губы:

а) односторонняя:

- левосторонняя,
- правосторонняя;

б) двусторонняя:

- симметричная,
- асимметричная.

2. Полная врожденная расщелина верхней губы:

а) односторонняя:

- левосторонняя,
- правосторонняя;

б) двусторонняя:

- симметричная,
 - асимметричная.
3. Атипичные врожденные расщелины лица:
- косая;
 - срединная;
 - поперечная;
 - расщелина носа.

Клинико-морфологическая характеристика



1. Врожденных изолированных односторонних скрытых расщелин верхней губы.

Наличие бороздки в области бокового валика верхней губы, всплеска или узурры по красной кайме. Образуется в результате незаращения мышечного слоя верхней губы. Функциональных нарушений нет.

1. Врожденных изолированных односторонних неполных расщелин верхней губы.

Основным клиническим признаком этой группы больных является наличие дефекта в области свободного края верхней губы, который захватывает красную кайму или распространяется по всей высоте губы, доходя до основания носового отверстия, но не заходя на дно носового хода.

Дефект располагается асимметрично и проходит по линии пограничного валика фильтрума, имея форму треугольника.

У всех больных, даже при незаращениях, захватывающих только красную кайму, выявляется недоразвитие тканей верхней губы по краям дефекта.

Кроме собственно расщелины верхней губы у больных выявляются деформации носа различной степени. При пальпации в области основания крыла носа на стороне расщелины у больных с более выраженной деформацией носа определяется недоразвитие верхней челюсти в области наружного края грушевидного отверстия. Функциональных нарушений не наблюдается.

2. Врожденных изолированных односторонних полных расщелин верхней губы.

Основным клиническим признаком при данной патологии является наличие дефекта всех слоев верхней губы, распространяющегося от ее свободного края по всей высоте, захватывающего дно носового хода. Дефект располагается асимметрично и проходит по линии пограничного валика фильтрума.



Отмечается недоразвитие и подтянутость красной каймы кверху и слабое развитие мышечного слоя. У больных выявляется деформация носа. При пальпации в области основания крыла носа на стороне

расщелины определяется недоразвитие костной ткани верхней челюсти у края грушевидного отверстия. Нарушение функции сосания за счет несмыкания губ.

3. Врожденных изолированных полных и неполных двусторонних расщелин верхней губы.

Основным клиническим признаком у этой группы больных является наличие двустороннего дефекта верхней губы, который проходит по линии пограничных валиков филтрума. У всех больных срединный фрагмент недоразвит в той или иной степени, короче боковых фрагментов губы, почти лишен мышечного слоя. Красная кайма срединного фрагмента также недоразвита и узка. В тех случаях, когда дефект распространяется на дно носового хода, имеет место полная двусторонняя расщелина верхней губы.

Хирургическое лечение врожденных расщелин верхней губы. Оптимальные сроки оперативного лечения

В настоящее время хейлопластику проводят, начиная с 3-х месячного возраста ребенка в зависимости от вида расщелины и общего состояния ребенка. Обязательным является правила: удвоение веса ребенка, показатели гемоглобина не ниже 110 г/л, более месяца после перенесенного ОРВИ.

Разные авторы оптимальными сроками проведения операций считали два возраста: 2-12 дней (Фролова Л.Е., 1967) и 5-8 мес. (Новоселов Р.Д., 1972; Козлов В.А., 1982; Бернадский Ю.И., 1985 и др.).

Хирургическое вмешательство в возрасте 2-12 дней определяет правильное развитие верхней губы и носа, способствует уменьшению психической травмы родителей. Однако оперативное вмешательство в этот срок связано с рядом трудностей, обусловленных высокой чувствительностью ребенка к кровопотере, малыми анатомическими деталями верхней губы, несовершенством терморегуляции организма ребенка.

В 5-8 месяцев жизни у ребенка стабилизируется темп роста анатомических образований средней зоны лица, уменьшается риск повреждения ростковых зон, хрящей носа. Прорезываются центральные резцы верхней и нижней челюстей (создается естественный «замок», препятствующий микрогнатии верхней челюсти), состояние развития ребенка позволяет выполнить в полном объеме корригирующие вмешательства для устранения врожденных деформаций средней зоны лица.

В зависимости от вида врожденной расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба, формы сопутствующих деформаций хрящевого и костного остова носа и объема вмешательства первичную пластику подразделяют на хейлопластику, хейлоринопластику и хейлориногнатоластику.

Первичная хейлопластика ограничивается восстановлением анатомически правильной формы верхней губы и проведением миопластики круговой мышцы.

При первичной хейлопластике достигается закрытие дефекта и создание полноценной верхней губы в анатомическом, функциональном и эсте-

тическом плане. При этом не устраняется деформация хрящей носа, дефект альвеолярного отростка, не формируется дно преддверия носа.



Рис. 114. Схема хейлопластики по Теннисон-Л. М. Обуховой при неполном одностороннем несращении губы:
а — линии разрезов;
б — перед сшиванием краев раны; в — после наложения швов (объяснение в тексте).

Наиболее распространенной считается методика встречных треугольных лоскутов по методике Фроловой в нижнем отделе верхней губы и методике Лимберга — треугольный лоскут формируется в верхней части верхней губы и вшивается в разрез у перегородки носа .

За счет этих треугольников удлиняется боковой валик филтрума. Очень важно сопоставить фрагменты круговой мышцы рта.

Лоскутная методика **Милларда** заключается в формировании большого лоскута на малом фрагменте, который перемещается и вшивается в разрез верхней части большого фрагмента верхней губы.

Первичная хейлоринопластика решает две задачи: коррекция хрящей носа и патологического положения мышц приротовой области и носа.

Способ Р.Д. Новоселова включает, наряду с закрытием щелевого дефекта губы и удлинением ее медиального фрагмента, коррекцию порочного расположения мышц носовых отверстий и ротовой щели, исправление формы хрящей носа с учетом зон их роста.

Первичная хейлориногнатопластика включает кроме перечисленных этапов пластику альвеолярного отростка и дна носового хода.