

**Summary
TO TSMU - 70 YEARS!
BRILLIANT JUBILEE OF FAME UNIVERSITY
U.A. Kurbanov**

In jubilee article the author describes the history of initiation, development and periods of unique high school of medicine at Tajikistan - The Abuali ibn Sino Tajik State Medical University. The activity of the medical university in last 10-years jubilee is given more detaily.



Дорогие коллеги - читатели журнала!

Эта историческая дата, мы уверены, вселяет в вас оптимизм и позитивно отразится на вашей педагогической и научно-исследовательской деятельности. Сердечно поздравляем вас, со славным юбилеем нашего признанного университета, желаем вам здоровья, мирного неба и благополучия в жизни, неиссякаемого творческого вдохновения и успехов в вашей трудной, но благородной профессии.

*С наилучшими пожеланиями
коллектив редакции журнала "Паёми Сино"
("Вестник Авиценны")*



ХИРУРГИЯ

**ПЕРВИЧНАЯ ХЕЙЛОПЛАСТИКА И ВТОРИЧНАЯ ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКА
ПРИ ОДНОСТОРОННИХ РАСЩЕЛИНАХ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ**

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, М.М. Косимов, З.А. Курбанов

**Республиканский научный центр
сердечно-сосудистой и грудной хирургии;
кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино**

В работе анализированы результаты хирургического лечения 41 больного с врождёнными односторонними расщелинами (24), остаточными и вторичными деформациями верхней губы и носа (17) после ранее выполненной хейлопластики в других лечебных учреждениях.

Подробно приведены способы первичной хейлопластики и вторичной хейлоринопластики, сравнены результаты различных способов оперативных вмешательств. Обобщая результаты различных методов, пришли к заключению, что все деформации, характерные для врождённых расщелин верхней губы, по возможности должны устраняться во время первичной хейлопластики.

Наиболее эффективным способом первичной хейлопластики оказался способ R. Millard, а для устранения остаточных и вторичных деформаций верхней губы и носа - сочетание способов Meurer и Millard.

Ключевые слова: врождённые расщелины верхней губы, хейлопластика, хейлоринопластика

Актуальность. Врождённая расщелина верхней губы является наиболее распространённым пороком развития лица и по данным разных авторов встречается от 1-2 на 1000 до 1 на 300 новорождённых [1-5]. В настоящее время разработаны многочисленные способы оперативных вмешательств и, по мнению И.А.Козина, едва можно найти раздел хирургии, который по количеству предложенных способов оперативных вмешательств превосходил бы хирургического лечения врождённых расщелин лица [2]. Несмотря на это, проблема хирургии врождённых расщелин верхней губы остаётся широко дискуссионной, и ряд вопросов до конца не решены. Противоречивы взгляды авторов относительно сроков выполнения первичной хейлопластики. Ряд авторов являются сторонниками раннего (в первом полугодии жизни) выполнения хейлопластики, ссылаясь на то, что при этом создаются предпосылки для правильного развития лицевого скелета [4-7].

И. А. Козин (1996) считает справедливым высказывания Т. Р. Kilner о раннем выполнении хейлопластики, что она выполняется ради желания родителей, а не в интересах ребёнка. Рекомендуются более современные и совершенные способы хейлопластики, предусматривающие сложные приёмы, которые лучше выполнять в возрасте, когда размеры и элементы верхней губы и носа значительно увеличатся [2].

Несмотря на оптимистичность сторонников раннего выполнения хейлопластики, большинство из них утверждают, что ни один из современных методов первичной хейлопластики не может полностью исправить сопутствующие и предупредить вторичные деформации верхней губы и носа после устранения расщелины верхней губы. Более того, ранние вмешательства на деформированные крыльчатые хрящи могут стать причиной отставания их развития и возникновения в последующем вторичных деформаций [2,4,8].

Ранее используемые способы линейного ушивания расщелины верхней губы на сегодняшний день считаются устаревшими. Они не могут всесторонне устранить все имеющиеся деформации, и основным недостатком данных способов является склонность к образованию контрактуры вертикального рубца. В дальнейшем были предложены геометрические способы (модифицированные способы Z-пластики, квадратные лоскуты и треугольные лоскуты) закрытия расщелины верхней губы, примерами которых являются способы С. Hagedorn (1892), Le Mesurier (1949), V. Veau (1990) С. W. Tennison в модификации Randall (1952), Л. М. Обухова (1955) и др. [4,6,10,12,14]. Современным методом является способ перемещаемых ротируемых лоскутов (или способ ротации и движения) для закрытия расщелин верхней губы, который предложен R. Millard в 1957 г. Этот способ намного увеличил свободные манёвры хирурга [1,2,4].

Однако, несмотря на многочисленные, включая самые современные, способы устранения врождённых расщелин верхней губы, ни один из способов первичной хейлопластики не может полностью исправить сопутствующие и предупредить вторичные деформации носа после устранения расщелины верхней губы.

В настоящей работе мы хотели бы поделиться собственным опытом первичной и вторичной хейлоринопластики при врождённых односторонних расщелинах верхней губы.

Цель исследования. Анализ результатов и усовершенствование хирургического лечения врождённых расщелин, остаточных и вторичных деформаций верхней губы и носа после хейлопластики.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии нами за последние 10 лет оперировано 41 больной с врождённой односторонней расщелиной верхней губы. Преимущественное боль-

шинство (28 больных - 68,3%) были лица женского пола. Мужчин всего было 11. Возраст больных колебался от 4,5 месяцев до 26 лет. В возрасте до одного года были 3 (7,3%) больных, от одного года до 5 лет - 15 (36,6%), от 6 до 14 лет - 11 (26,8%) и свыше 15 лет - 12 (29,3%) больных. Чаще (25 случаев - 61%) отмечалась левосторонняя расщелина верхней губы. У всех больных, кроме расщелины верхней губы, отмечались характерные деформации одноимённого крыла носа. Деформация верхней челюсти различной степени имела место в 18 (43,9%) случаях. В 5 (12,2%) случаях у больных были расщелины верхней губы в сочетании с расщелиной мягкого и твёрдого нёба.

В зависимости от порядка поступления на оперативное лечение больных разделяли на две клинические группы. Первую группу составили 24 (58,5%) человека, которые поступили первично с расщелинами верхней губы. Во вторую группу включали 17 (41,5%) больных, поступивших с остаточными и вторичными деформациями верхней губы и носа после ранее перенесённых операций в других лечебных учреждениях.

Всем больным до госпитализации проводили полное клинико-инструментальное и лабораторное исследование, включая консультацию педиатра (детям до 14 лет) и стоматолога (в случаях деформаций верхней челюсти) в амбулаторном порядке. Оперативные вмешательства производили в плановом порядке под общим эндотрахеальным наркозом. Операции выполняли после тщательного планирования и маркировки линии разрезов, исключительно под оптическим увеличением и применением прецизионной техники. После маркировки схемы операции производили инфильтрацию мягких тканей 1% раствором лидокаина с адреналином из расчёта 1:200000 с целью вазоконстрикции. При зашивании тканей использовали тонкий атравматический шовный материал - викрил 3/0-4/0 для круговой мышцы рта, PDS (монофиламент) 5/0 - для слизистой оболочки и пролен 6/0 - для кожи.

В первой клинической группе больных в возрасте до одного года было 3, в возрасте от 1 года до 2 лет - 2, от 2 до 3 лет - 2, от 3 до 4 лет - 3, от 8 до 14 лет - 5 и старше 17 лет - 5.

Полная расщелина верхней губы отмечалась у 11 (45,8%) больных, неполная расщелина - у 13 (54,2%).

В начале внедрения первичной хейлопластики в хирургическую практику отделения, в 3 случаях операции выполняли способом С.W.Tennison в модификации P.Randall (рис. 1).

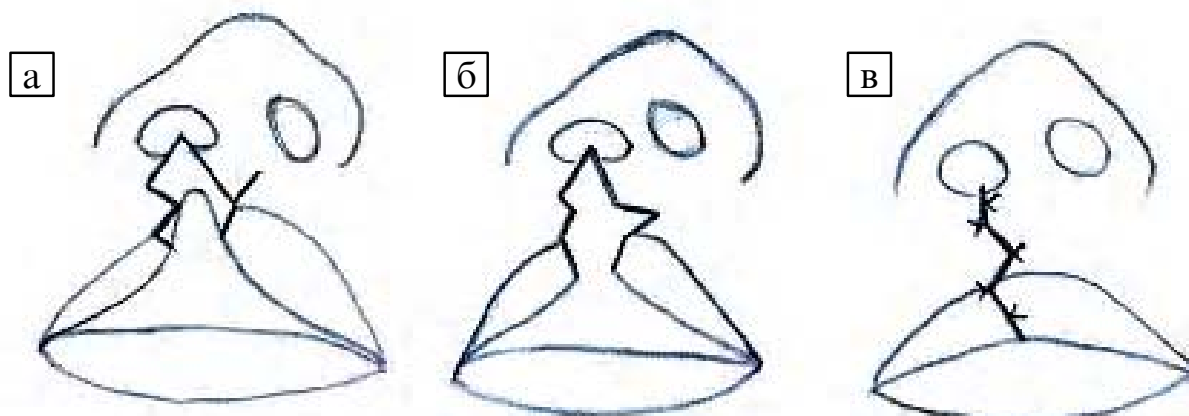


Рис. 1. Схема первичной хейлопластики по Tennisson-Randall: а - схема разрезов кожи до операции; б - вид раны после выполнения разрезов; в - линия швов после завершения операции.

В дальнейшем, в связи ограниченной возможностью данного способа при одновременной коррекции деформации губы и носа, данный способ нами более не применяется.

В 21 случае первичная хейлопластика выполнена способом ротации и движения, разработанного R.Millard в классическом его варианте (рис. 2).

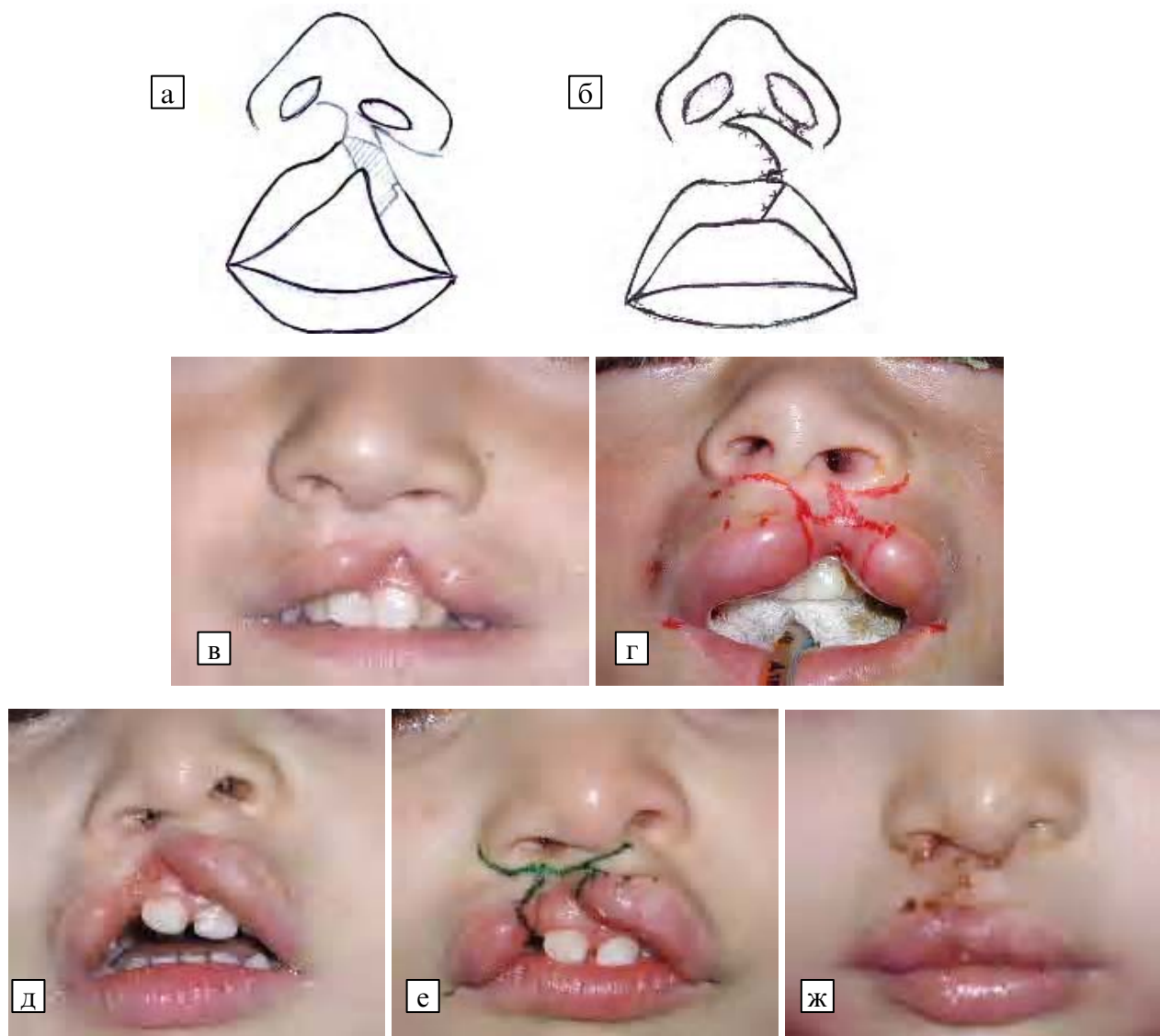


Рис. 2. Первичная хейлопластика по Millard: а и б - схема выполнения разрезов и линия швов после зашивания ран; в, г и д-ж - клиническое применение способа.

Все больные второй клинической группы с остаточными и вторичными деформациями верхней губы и носа были в возрасте старше 5 лет. Время, прошедшее после первичной хейлопластики в других лечебных учреждениях, составило от 3 до 12 лет.

Этим больным в 12 случаях с целью устранения остаточных деформаций крыла носа и вторичных деформаций верхней губы, делали операцию, сочетая способы Meyer и Millard (рис. 3).

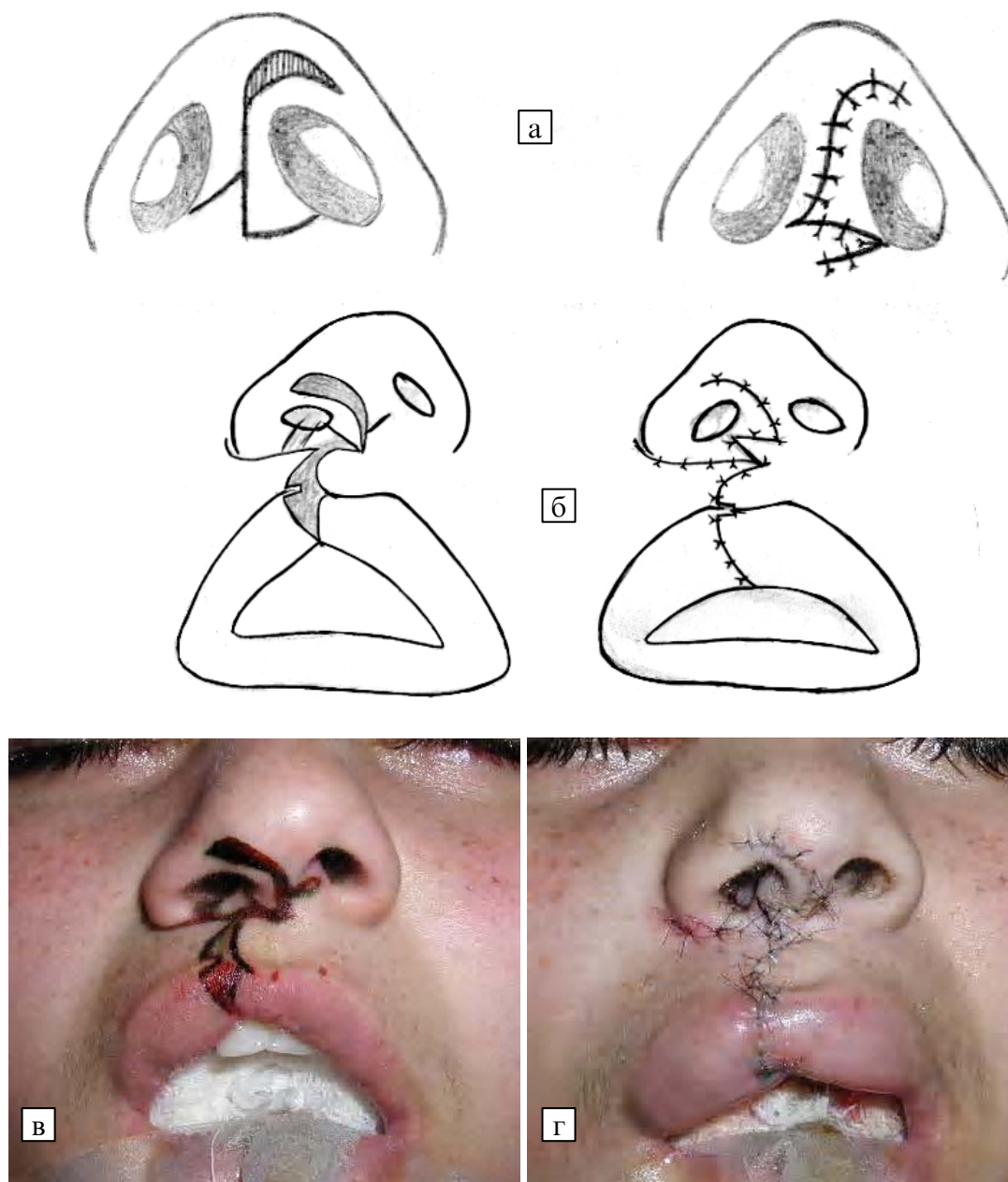


Рис. 3. Коррекция остаточной деформации крыла носа и вторичной деформации верхней губы после первичной хейлопластики: а - схема способа поворота половины коллумелы с Z-пластикой у его основания по Meyer и Voileau; б - схема сочетания способов Meyer и Millard; в и г - клиническое применение сочетания способов Meyer и Millard.

С целью восполнения дефекта кости в 2 случаях с деформацией верхней челюсти и глубоким расположением основания крыла носа применяли костный аутотрансплантат из гребня подвздошной кости по способу R.T.Ferriorg. В 3 случаях при стягивании слизистой верхней губы нами применялся способ V-Y пластики, предложенный S.Stal and L.Hollier. Кроме того, с целью устранения рубцового укорочения верхней губы, в 8 случаях выполнили Z-пластику рубца со стороны слизистой оболочки в различных вариантах (рис. 4).

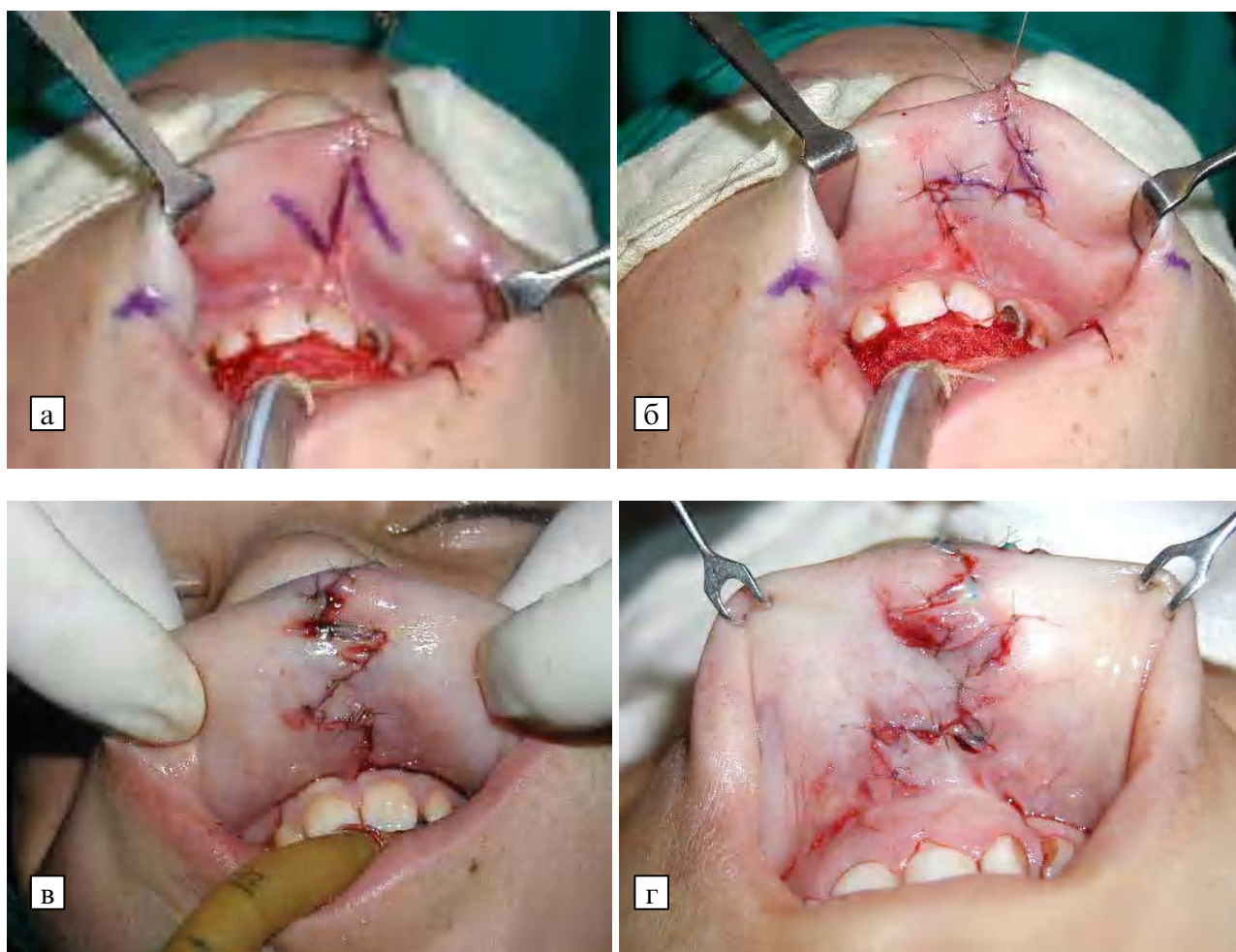


Рис. 4. Удлинение верхней губы со стороны слизистой оболочки различными вариантами Z-пластики: а и б - простая Z-пластика; в - двойная Z-пластика; г - пластика способом "butterfly".

В 3 случаях для устранения деформации верхней губы вторичную хейлопластику выполняли способом Z-пластики. В 2 случаях у больных с остаточной деформацией крыла носа без вторичной деформации верхней губы способ Meurer и Voileau применён без сочетания со способом Millard.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период у 40 оперированных протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, кожные и слизистые швы удалены на 7-8 сутки. После снятия швов реконструированный носовой ход шинировали при помощи специально приготовленной шины из мягкой силиконовой трубки, которую рекомендовали больным носить в течении 2 месяцев.

Осложнение в виде краевого некроза одного из треугольных лоскутов отмечалось у одного больного после вторичной хейлоринопластики, выполненной на фоне рубцов после первой операции. Рана на данном участке зажила вторичным натяжением в течение 2 недель, и на конечный функциональный результат это осложнение не оказало влияния.

Отдалённые результаты наблюдали у 31 больного в сроках от 6 месяцев до 8 лет после операции. Критериями оценки результатов служили эстетические параметры верхней губы и крыльев носа, оцениваемые родителями и специалистами. В целом во всех случаях результаты были положительными, форма верхней губы и крыльев носа устраивала родителей и пациентов.

Появление многочисленных способов устранения врождённых расщелин верхней губы связано с эволюцией хирургического лечения этой патологии и возрастающей потребностью со стороны пациентов в таких операциях. Первоначально все усилия были направлены на устранение самой

расщелины верхней губы, с целью чего были разработаны способы линейного ушивания расщелин. После широкого применения этих способов появились проблемы, связанные со вторичным укорочением верхней губы по линии послеоперационного рубца. Вторым значимым недостатком этого способа явились остаточные деформации крыла носа. В связи с этим, предложены способы прямоугольного перекидного лоскута, углообразного кожно-мышечного лоскута в нижней трети губы, способ треугольного перекидного лоскута. Примером геометрического способа устранения расщелины верхней губы является способ Tennison-Randall, который нами применялся в 3 случаях на начальном этапе внедрения хейлопластики. Это позволило в некоторой степени предотвратить укорочение верхней губы по линии послеоперационного рубца, однако первичная деформация крыла носа оставалось не корригированной (рис. 5).



Рис. 5. Отдалённый результат первичной хейлопластики способом Tennison-Randall: а - до, б - после операции.

На сегодняшний день самым часто применяемым способом, позволяющим значительно устранить характерные деформации верхней губы и крыла носа, является способ ротации и вдвигания, предложенный R.Millard. Среди наших наблюдений во всех (21) случаях после применения способа Millard состояние верхней губы и большого крыла носа удовлетворяло пациентов и их родителей (рис. 6).



Рис. 6. Отдалённые результаты первичной хейлопластики по Millard: Ia и IIa - до операции; Ib и IIb - отдалённые результаты после операции.

Следует отметить, что способ ротации и движения, разработанный Millard, способствовал не только хорошему первичному устранению врождённой расщелины верхней губы, но и позволяло одновременно устранить имеющиеся типичные деформации крыла носа (рис. 7).

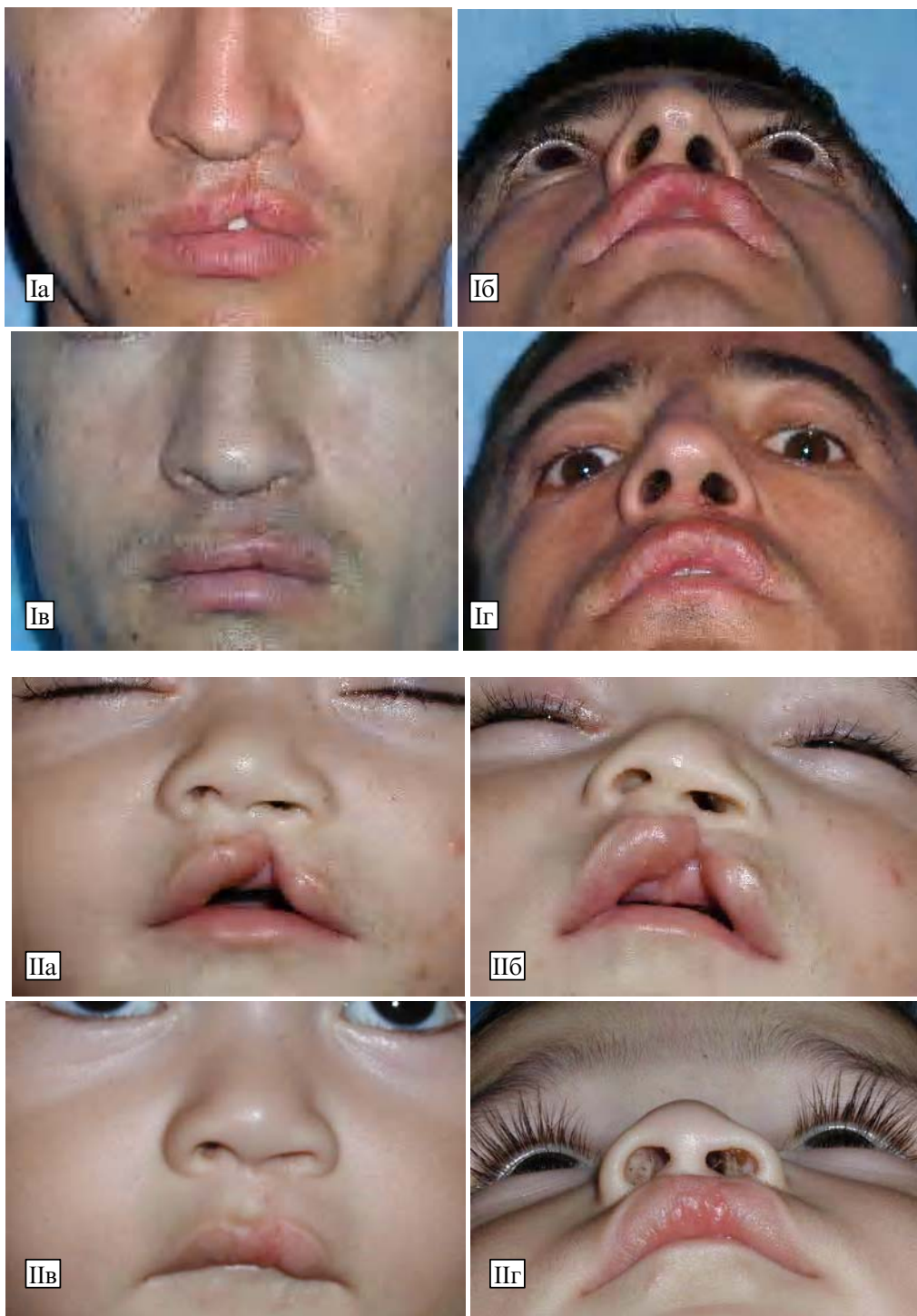


Рис. 7. Устранение типичной деформации крыла носа при использовании способа первичной хейлопластики по Millard: а и б - расщелины верхней губы и деформации крыла носа до операции; в и г - отдалённый результат первичной хейлопластики с полным устранением деформации крыла носа (римскими цифрами указаны клинические случаи).

Кроме вышеназванных способов предложены способы двойного треугольного лоскута S.K.Wynn (1960) и T.Skoog (1974), которые применяются не так широко, как способ Millard [5,10].

Первичное устранение всех имеющихся деформаций является главной целью первичной хейлопластики, однако, нельзя забывать, что у детей раннего возраста вмешательство на ростковую зону хрящей носа или кости верхней челюсти ведёт к отставанию их в развитии и возникновению вторичных деформаций со стороны носа и верхней челюсти [4,8]. Кроме того, некоторые авторы упоминают о промежуточных вмешательствах, направленных на уменьшение выраженности дефекта и улучшение результатов окончательной ринопластики. Окончательная ринопластика при расщелинах верхней губы производится в возрасте 14-16 лет [11,12].

В связи с очень высокой частотой остаточных и вторичных деформаций крыла носа, предложено достаточно много способов вторичных корригирующих операций после устранения расщелины верхней губы. Среди них, на наш взгляд, особый интерес представляет способ поворота половины коллумелы с Z-пластикой у его основания, а также, как альтернатива этому, - способ скольжения преддверия носа, предложенный R.Meuer и L.Voileau [13]. Нами первый из этих способов применялся в 9 случаях. В том числе у 7 из них ввиду того, что наряду с остаточной деформацией носа, имелась вторичная деформация верхней губы, способ Meuer сочетали со способом хейлопластики по Millard. У всех оперированных отмечалось устранение типичной деформации крыла носа и, в отдалённом послеоперационном периоде форма преддверия носовых ходов устраивала пациентов и их родителей (рис. 8, 9).



Рис. 8. Результат вторичной хейлоринопластики сочетанием способов Meuer и Millard (пример I): а и б - до операции; в и г - отдалённый результат.

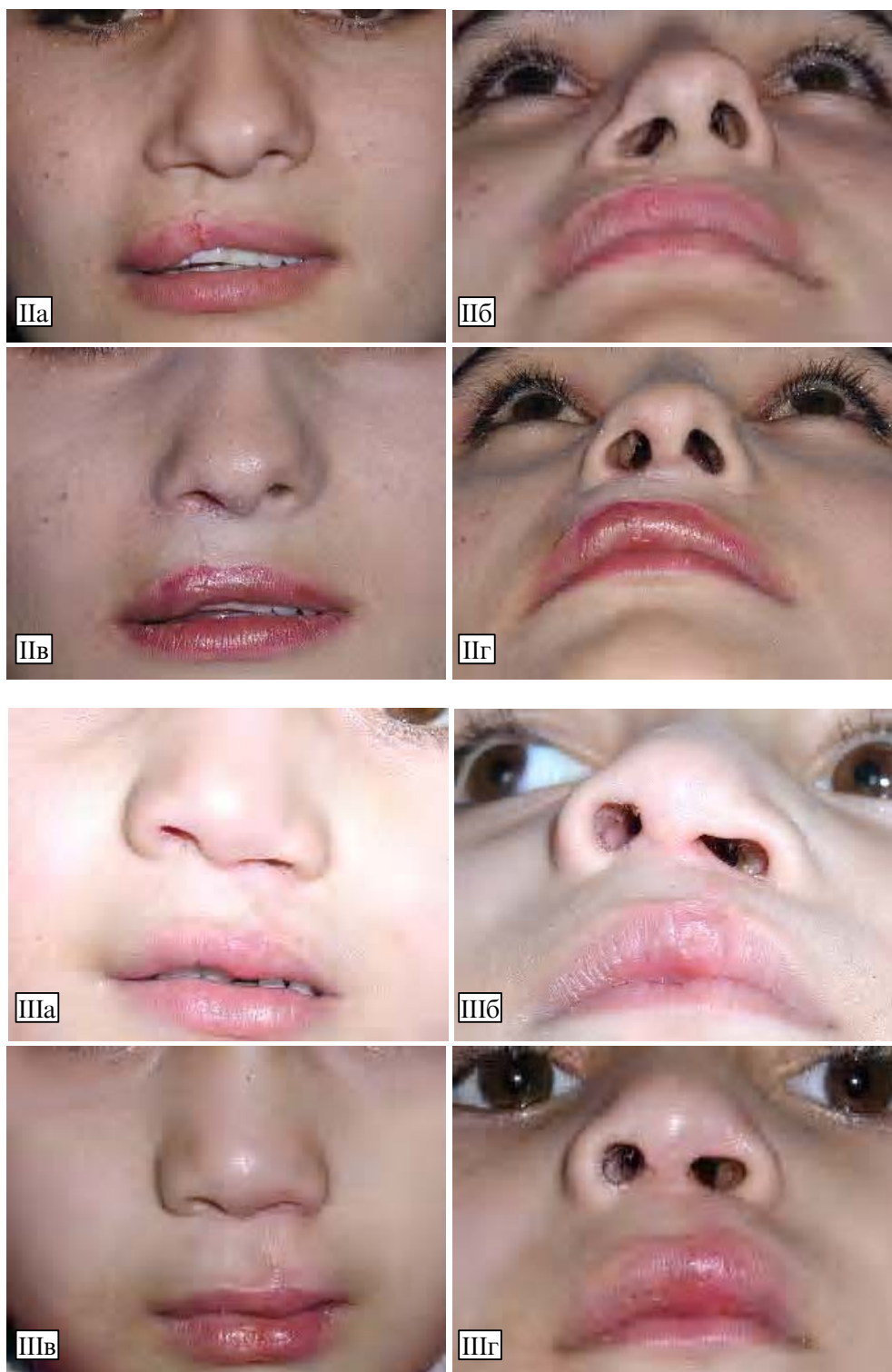


Рис. 9. Результаты вторичной хейлоринопластики сочетанием способов Meyer и Millard (примеры II и III): а и б - до операции; в и г - отдалённые результаты.

Г.В.Гончаков считает, что эффективность устранения типичной деформации верхней губы и носа значительно снижена в связи с отсутствием костной опоры под основанием крыла носа и уплоще-

ния фронтального отдела верхней челюсти [14]. В таких случаях R.T.Ferrior (1962) предлагает использовать костный аутотрансплантат или аллотрансплантат для восполнения дефекта кости верхней челюсти [15]. Нами этот способ применён в 2 случаях, когда в качестве пластического материала использовали костный трансплантат из гребня подвздошной кости больного с получением хороших отдалённых результатов (рис.10).

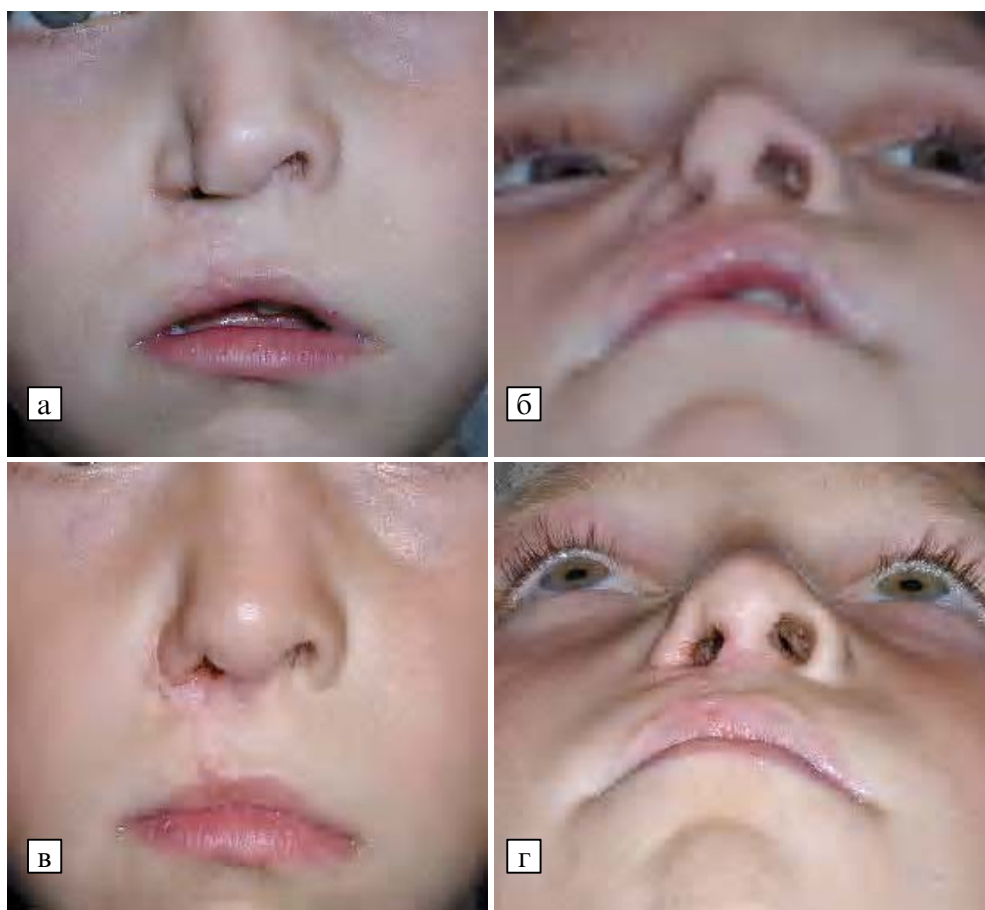


Рис. 10. Вторичная хейлоринопластика с использованием костного аутотрансплантата для замещения дефекта верхней челюсти под основанием большого крыла носа: а и б - до операции; в и г - результат после операции.

Для устранения вторичных деформаций верхней губы после первичной хейлопластики практически не существует универсальных способов. При этом, в зависимости от вида и локализации деформаций, применяются различные приёмы и процедуры, одним из которых является удлинение тканей слизистой верхней губы способом V-Y пластики по S.Stal and L.Hollier (2002) [16]. Этот способ нами сочетался со вторичной корригирующей хейлоринопластикой в 3 случаях с хорошим функциональным и эстетическим результатом.

Таким образом, все компоненты врождённых расщелин верхней губы по возможности должны устраняться во время первичной хейлопластики. На наш взгляд наиболее эффективным способом устранения односторонних расщелин верхней губы является способ перемещаемых ротирюемых лоскутов, предложенный R. Millard. При устранении остаточных и вторичных деформаций верхней губы и носа среди наших наблюдений наиболее эффективным были случаи, когда способы поворота половины коллумелы с Z-пластикой у его основания со скольжением преддверия носа, пред-

ложенные R. Meyer и L. Voileau, сочетали со способом перемещаемых и ротируемых лоскутов, предложенным R. Millard. В лечении этих больных большое значение имеет совместная деятельность хирурга и ортодантиста, который в промежутках между оперативными вмешательствами производит коррекцию деформаций верхней челюсти и зубного ряда. При западении верхней челюсти у основания крыла носа, необходимо использование хрящевого (из ребёрной дуги) или костного (из крыла подвздошной кости) аутоотрансплантата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Millard D.R. Cleft craft: The evolution of its Surgery// 1976. Vol. 1: The unilateral deformity
2. Козин И.А. Эстетическая хирургия врождённых расщелин лица// М. Мартис.1996.
3. Лавриков В.Г., Зернов А.В., Степина С.В. Этапность устранения зубочелюстных деформаций в комплексной терапии врождённых расщелин лица // Стоматология. 2004. № 2
4. Sykes J.M. Диагностика и лечение незаращений губы и неба // В кн.: Пластическая и реконструктивная хирургия лица / Под ред. А.Д.Пейпла. Пер. с англ. М. БИНОМ. Лаборатория знаний. 2007
5. Krupp S., Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis. Ecomed, Landsberg, 2007
6. Latham R. Anatomy of the facial skeleton in cleft lip and palate. In: McCarthy J. (ed). Plastic surgery. Vol. 4. Philadelphia: WB Saunders. 1990
7. Бессонов С.Н. Хирургическое лечение врожденных и вторичных деформаций лица при расщелинах верхней губы и нёба // Автореф. докт. дисс. Смоленск. 2007
8. Бессонов С.Н. Ринопластика при врождённых расщелинах верхней губы // Стоматология. 2005. № 3
9. Буриан Ф. Атлас пластической хирургии. М. Медицина. 1967. Том 2
10. Smith H.W. Cosmetic Rhinoplasty on the cleft lip patient. - In: Rhinoplastic surgery / W.E.Berman (Ed). C.V.M.Company. Philadelphia. 1989. P. 300-331
11. Бессонов С.Н., Пшениснов К.П. Вторичная ринохейлопластика // Анн. пласт. реконстр. и эстет. хирургия. 1998. № 4. С. 16-26
12. Coleman J.R., Sykes J.M. Ринопластика при расщелине губы // В кн. "Пластическая и реконструктивная хирургия лица" / Под ред.А.Д. Пейпла. Пер. с англ. М. БИНОМ. Лаборатория знаний. 2007
13. Meyer R.and Voileau L.O. Cleft lip nose. - In: Rhinoplastic surgery / W.E.Berman (Ed). - C.V.M.Company. Philadelphia. 1989. P. 344-361
14. Гончаков Г.В.К вопросу о тактике хирургического лечения детей с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба // Врождённая и наследственная патология головы, лица и шеи: актуальные вопросы комплексного лечения. М. МГМСУ. 2002 С.60-62
15. Ferrior R.T. The problem of the unilateral cleft lip nose // Laryngoscope. 1962. Vol. 72. P. 289
16. Stal S. and Hollier L. Correction of secondary cleft lip deformities // Plastic and reconstructive surgery. 2002. Vol. 109. N 5. P. 1672-1681

ХУЛОСА

Хейлопластикаи нахустин ва хейлоринопластикаи такрорӣ ҳангоми чоки яктарафаи модарзодии лаби боло

У.А. Қурбонов, А.А. Давлатов, М.М. Қосимов, З.А. Қурбонов

Мақолаи мазкур ба таъбири ҷарроҳии чоки яктарафаи модарзодии лаби боло ва деформатсияҳои боқимондаву пайдошудаи лабу бинӣ, ки пас аз амалиёти хейлопластика ҷой доранд, бахшида шудааст.

Муаллифон таҷрибаи шахсии худро дар таъбири 41 беморе, ки 24 нафарашон бори нахустин ва 17 нафарашон пас аз амалиёти хейлопластикаи дар дигар муассисаҳо гузаронида бо деформатсияҳои боқимондаву пайдошудаи лаби боло ва бинӣ бистарӣ шуданд, таҳлил намудаанд.

Намудҳои хейлопластикаи нахустин ва такрорӣ ба тафсил оварда шуда, натиҷаи усулҳои гуногуни амалиётҳои ҷарроҳӣ бо ҳамдигар муқоиса шудаанд. Ҳамаи деформатсияҳои барои лабчокии модарзодӣ хос бо қадри имкон бояд ҳангоми амалиёти нахустини хейлопластика бартараф карда шаванд. Инчунин маълум гашт, ки намуди беҳтарини хейлопластикаи нахустин усули R.Millard буда, роҳи беҳтари бартараф кардани деформатсияҳои боқимондаву пайдошудаи лаби боло ва бинӣ - истифодаи яқояи усулҳои Meyer ва Millard мебошад.


Summary

PRIMARY CHEYLOPLASTY AND SECONDARY CHEYLORHINOPLASTY AT UNILATERAL CLEFT LIP

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, M.M. Kosimov, Z.A. Kurbanov

In this research are analyzed results of surgical treatment of 41 patients with unilateral cleft lip (24), residual and secondary deformations of an upper lip and a nose after cheyloplasty in other clinics (17). The ways of primary cheyloplasty and secondary cheylorhinoplasty are in detail presented, results of various of operative methods are compared. Generalising results of various methods, have come to conclusion that all deformations, characteristic for cleft lip at possibility should eliminate during primary cheyloplasty. The R.Millard's technique has appeared in the most effective way primary cheyloplasty, and for elimination of residual and secondary deformations of an upper lip and a nose the best way is a combination of Meyer's and Millard's techniques.

Key words: cleft lip nose deformity, cheyloplasty, cheylorhinoplasty



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ И ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

А.А. Абдужаббаров, Д.С. Халимов, А.М. Сафаров,
Т.Н. Каримов, А.Р. Рахимов

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

На основании комплексного лечения 126 пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением авторами установлено, что наиболее частой причиной профузных язвенных кровотечений являются пенетрирующие гастродуоденальные язвы, сопровождающиеся нарушением местного гемостаза. Наиболее оправданной при профузных язвенных кровотечениях является активная хирургическая тактика с применением органосохраняющих операций, дающих наименьший процент осложнений и летальных исходов (2,9%).

Ключевые слова: острые и хронические язвы, гастродуоденальные кровотечения

Актуальность. Определение показания хирургического лечения на высоте кровотечения при острых гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии продолжает оставаться актуальной проблемой в неотложной хирургии.

По данным различных авторов [1,2] язвенная болезнь у 5-25% больных осложняется кровотечением. Значительное количество таких пациентов требует хирургических вмешательств по