

ISSN 2181-337X

# EURASIAN JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY - HEAD AND NECK SURGERY

Volume 2 • Issue 3

2023



[ejohns.scinnovations.uz](http://ejohns.scinnovations.uz)



## ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ОДНОСТОРОННИМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ

Шомуродов К.Э.<sup>1</sup>, Вохидов У.Н.<sup>1</sup>, Файзуллахужаев А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ташкентский государственный стоматологический институт

**Аннотация.** Целью данного обзора является изучение частоты распространённости и методов лечения больных с односторонними расщелинами верхней губы. Материал данного обзора составил научные публикации из научных баз PubMed, Scopus и Google Scholar за последние 10 лет. Таким образом, обзор показал, что увеличение частоты врождённой односторонней расщелины верхней губы, тяжесть их последствий, а также недостаточная эффективность как первично выполняемых, так и вторичных реконструктивных оперативных вмешательств дают все основания рассматривать эту патологию как серьёзную социальную проблему, в целой системе комплексных мероприятий по медицинской реабилитации больных с врождённой односторонней расщелиной верхней губы ведущее место занимает хирургический метод лечения, который требует своего дальнейшего совершенствования.

**Ключевые слова:** Одностороннее расщелина верхней губы, хейлоринопластика, реконструктивные оперативные вмешательства, анкетирование.

### Для цитирования:

Шомуродов К.Э., Вохидов У.Н., Файзуллахужаев А.А. Хейлоринопластика у больных с односторонними расщелинами верхней губы. *Евразийский журнал оториноларингологии - хирургии головы и шеи.* 2023;2(3):47–50. <https://doi.org/10.57231/j.ejohns.2023.2.3.005>

## CHEILORINOPLASTY IN PATIENTS WITH UNILATERAL CLEFT OF THE UPPER LIP

Shomurodov K.E.<sup>1</sup>, Vokhidov U.N.<sup>1</sup>, Fayzullakhujaev A.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Tashkent State Dental Institute

**Abstract.** The aim of this review is to study the incidence and treatment methods of patients with unilateral cleft of the upper lips. PubMed, Scopus and Google Scholar over the past 10 years. Thus, the review has shown that an increase in the frequency of congenital unilateral discrepancies, the severity of their consequences, as well as a low efficiency of both primary and secondary reconstructive surgical interventions. Medical rehabilitation of patients with congenital unilateral cleft is a surgical method of treatment that requires further development.

**Keywords:** Unilateral cleft of the upper lip, cheilorhinoplasty, reconstructive surgery, questionnaire survey.

### For citation:

Shomurodov K.E., Vokhidov U.N., Fayzullakhujaev A.A. Cheilorinoplasty in patients with unilateral cleft of the upper lip. *Eurasian Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery.* 2023;2(3):47–50. <https://doi.org/10.57231/j.ejohns.2023.2.3.005>

### ВВЕДЕНИЕ

Хирургическое лечение врождённой расщелины верхней губы имеет многовековую историю и на сегодняшний день накоплен большой опыт в этом направлении, которое считается одним самых сложных разделов реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области [1,4,8,12,15]. Тем не менее, в связи с возрастающими требованиями пациентов и их родителей к результатам операций, хирургическая тактика и техника оперативных методик постоянно совершенствуются [2,3,7,10,14].

Отдельно рассматриваемой проблемой стали вторичные и остаточные деформации верхней губы и носа после ранее проведённой первич-

ной хейлопластики [5,6,9,11,13]. Наряду с этим, в литературе имеется достаточное количества работ, посвященные вторичным деформациям хрящевого отдела носа у детей с врожденными расщелинами губы и нёба, которые, как правило, носят описательный характер [1,5,11,12].

### ЦЕЛЬ ОБЗОРА

Изучение частоты распространённости и методов лечения больных с односторонними расщелинами губы.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ОБЗОРА:

Материал данного обзора составил научные публикации из научных баз PubMed, Scopus и



Google Scholar за последние 10 лет.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ:

Относительно частоте встречаемости врожденной расщелины в литературе приводятся различные статистические данные. При этом данные проведенных исследований среди различных этнических групп отличаются большой разницей. Изучение частоты рождения детей с этой патологией многочисленными авторами показало, что в среднем она встречается у 1:1000, и, в зависимости от географического региона, варьирует от 1:2250 до 1:300. Среди них наиболее распространенными являются пороки челюстно-лицевой области, где 90% составляют врожденные расщелины верхней губы и/или неба [5].

По данным зарубежных авторов, односторонние врожденные расщелины верхней губы и неба составляют 60-85% [4]. При этом, левосторонние расщелины верхней губы встречаются в среднем в 2,5 раза чаще, чем правосторонние, причем у женщин - более чем в 4 раза чаще [9]. Согласно исследованиям других авторов, односторонние врожденные расщелины верхней губы и неба встречаются чаще, чем двусторонние, левая сторона доминирует над правой [8]. Как отмечают, в 99% случаях имеют место боковые несращения верхней губы, 82% из которых являются односторонними и эти несращения в преимущественном большинстве случаев расположены слева.

Большое внимание уделяется изучению психо-эмоционального состояния детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы [11].

По мнению зарубежных учёных, процесс социальной адаптации человека происходит неравномерно в различные возрастные периоды. Имеющие место "комплексы внешней неполноценности" у детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы обостряются к окончанию школы, когда к человеку предъявляются новые требования и создаются новые социальные условия после длительно существовавшего жизненного стереотипа. Кроме того, дети с такими аномалиями часто страдают от непрерывных психологических травм, оказывающих отрицательное влияние на их развитие, в особенности эмоциональное [1].

Кроме того, эта патология в периоде новоро-

жденное является причиной тяжелых функциональных нарушений со стороны органов дыхания и пищеварения [7].

Врожденные расщелины верхней губы характеризуются целым комплексом анатомо-функциональных нарушений, который следует считать предметом изучения для многих специалистов: челюстно-лицевых хирургов, ортодонт, ортопедов, логопедов, а также психологов и социологов. [4]. Поэтому лечение детей с этими аномалиями требует проведения многоэтапных, комплексных оперативных и реабилитационных вмешательств, для устранения врожденной аномалии и, как следствие, связанных с ней функциональных осложнений. Комплексная реабилитация детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, включающая медико-восстановительное лечение и психолого-педагогическую коррекцию позволяет плодотворно справляться с задачами, направленными на улучшение качества жизни детей инвалидов и повышение уровня их психосоматических возможностей. В системе реабилитации большое значение имеет проведение лечебных мероприятий, направленных на подготовку ребенка, восстановление его соматического статуса и функциональных способностей оперированных тканей, а также на профилактику возникновения хронических заболеваний, вторичных деформаций челюстно-лицевой области и уменьшения личностной патологии пациента, имеющего врожденный порок [12].

Расщелины губы и неба - это группа аномалий, включающаяся в себя случаи отсутствия или недостатка определенной части губы и неба или неправильное развитие этих органов.

Результаты такого неправильного развития сказываются и на примыкающих отделах верхней челюсти. Для правильного понимания задач, стоящих перед хирургом, готовящимся произвести хейлопластику, необходимо внимательно разобраться в нормальной анатомии органов, расположенных в центре лица и изучить их физиологию [13].

На сегодняшний день всесторонне изучены и в специальной литературе, посвященной проблемам врожденной односторонней расщелины верхней губы, подробно изложены все детали анатомии структур верхней губы, носа и верхней челюсти при данной патологии [15]. Несращение

тканей верхней губы и альвеолярного отростка верхней челюсти, дисбаланс в функции аномально прикрепленных волокон круговой мышцы рта с изменением вектора сил при их сокращении обуславливают ряд деформаций со стороны губы и носа, характерны для врожденной расщелины верхней губы [2]. Кроме того, в связи с ослаблением стимулирующего влияния перегородки на рост верхней челюсти со стороны поражения с возрастом отмечается различной степени выраженности отставания от развития этой половины верхней челюсти [6].

Анатомические и функциональные нарушения при врожденных расщелинах верхней губы многообразны и зависят от вида расщелины губы, т.е. от степени тяжести врожденного порока. При всех расщелинах верхней губы имеются общие для всех видов анатомические нарушения, выраженные в большей или меньшей степени: расщепление тканей верхней губы; укорочение срединного фрагмента верхней губы; деформация кожно-хрящевого отдела носа [8].

При скрытой расщелине верхней губы наблюдается выраженное недоразвитие мышечного слоя при отсутствии нарушения целостности кожи и слизистой верхней губы. Сбоку от филтрума имеется вертикальная рубцовая полоска кожи в виде бороздки, под которой отсутствует круговая мышца рта. В спокойном состоянии дефект мало заметен и проявляется лишь во время улыбки, плача и т.п., когда по обе стороны от бороздки появляются мышечные валики из-за сокращения круговой мышцы рта. Укорочение верхней губы при скрытой расщелине незначительное (1-2 мм), а деформация кожно-хрящевого отдела носа малозаметна [14].

При неполной расщелине верхней губы несращение тканей имеется только в нижних её отделах, а у основания носа имеется правильно развитый участок или тонкий кожный мостик, соединяющий оба отдела губы между собой. Практически всегда имеется деформация носа: крыло носа на стороне расщелины растянуто, уплощено, основание его смещено кнаружи и книзу, кончик носа смещён в сторону расщелины, искривлена перегородка носа за счёт выгибания её в здоровую сторону. При скрытых и неполных расщелинах верхней губы ребёнок может брать

грудь матери, прижимая ткани груди к нормально развитому альвеолярному отростку верхней челюсти и нёбу, компенсируя неполноценность мышц губы активным включением языка в акт сосания [15].

При полных расщелинах не срастаются все ткани верхней губы от красной каймы до нижнего носового хода. Во всех случаях имеется деформация кожно-хрящевого и костного отделов носа. При двусторонней расщелине верхней губы перегородка носа укорочена, пролябиум выступает впереди в виде хоботка, кончик носа уплощён, часто раздвоен, крылья носа с 2-х сторон растянуты и уплощены, ноздри широкие [8].

Накопленный огромный опыт хирургии в лечении больных с врожденной односторонней верхней губы обусловил возможность появления хороших результатов хирургической коррекции как первичных дефектов, так и вторичных деформаций. В то же время существование таких вопросов, как: оптимальный возраст ребёнка при выполнении первичной хирургической коррекции, выбор наиболее оптимального в функциональном отношении и наименее травматичного метода, совокупное влияние указанных факторов на последующее состояние слуха, речи, роста верхней челюсти и средней зоны лица и общее развитие ребёнка, - остаются спорными, и широко обсуждаются в отечественной и зарубежной литературе. Вместе с тем, очевидно, что именно своевременное и правильное выполнение первого этапа хирургического лечения определяет успех реабилитации пациентов с врожденными расщелинами верхней губы и нёба [7].

Ряд авторов являются сторонниками раннего (в первые сутки после рождения) выполнения хейлопластики, ссылаясь на то, что при этом создаются предпосылки для правильного развития лицевого скелета. Разработаны эффективные методы устранения расщелин верхней губы, большое внимание уделяется ранней (во время первичной хейлопластики) коррекции деформации носа и устранению недоразвития верхней челюсти [2].

Зарубежные учёные о раннем (в первые сутки после рождения) выполнении хейлопластики отмечают, что она выполняется ради желания родителей, а не в интересах ребенка. Автором

рекомендуется применить более современные и совершенные способы хейлопластики, предусматривающие сложные приемы, лучше выполнять в возрасте, когда размеры и элементы верхней губы и носа значительно увеличатся [10].

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 в развитии и возникновения в последующем вторичных деформаций [5].

Независимо от степени имеющихся деформаций, все врожденные односторонние расщелины верхней губы подлежат хирургической коррекции. Методы хирургического лечения врожденной расщелины верхней губы всегда находятся в центре внимания хирургов, занимающихся этой проблемой, постоянно совершенствуются способы оперативных вмешательств с целью улучшения результатов лечения больных [11].

При выполнении реконструктивных операций по поводу врожденной односторонней расщелины верхней губы, а также при проведении вторичных реконструктивных вмешательств после ранее выполненной хейлопластики на современном этапе большое значение придается строгим расчётам, тщательному техническому выполнению операции и аккуратному обращению с тканями, что возможно только лишь использованием оптического увеличения, прецизионной техники и тонкого атравматического шовного материала [3].

Появление многочисленных способов устранения врожденных расщелин верхней губы связано с эволюцией хирургического лечения этой патологии и возрастающей потребностью пациентов в разных периодах развития хирургии. Первоначально все усилия были направлены на устранение самой расщелины верхней губы, с целью чего разработаны способы линейного ушивания расщелин. После широкого применения этих способов появились проблемы, связанные со вторичным укорочением верхней губы по

линию послеоперационного рубца. Вторым значимым недостатком этих способов 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. Это позволило в некоторой степени предотвратить укорочение верхней губы по линии послеоперационного рубца, однако первичная деформация крыла носа осталась некорригированной [4].

Неправильное выполнение лоскутных хейлопластик приводит к развитию вторичных деформаций губы, челюсти, носа. В связи с этим полная реабилитация больных до 14-15 лет не осуществляется.

Корректирующие вмешательства значительно сложнее, чем первичные хейлопластики и уранопластики. В результате встает проблема массовой реабилитации, так как ежегодно увеличивается поток больных в возрасте от 15 до 30 лет, нуждающихся в реконструктивных операциях и длительном, стационарном лечении.

Однако, считается, что несмотря на многочисленные, включая самые современные, способы устранения врожденных расщелин верхней губы ни один из способов первичной хейлопластики не может полностью исправить сопутствующие и предупредить вторичные деформации носа после устранения расщелины верхней губы [5].

Кроме того, в послеоперационном периоде нередко случаи развития осложнений, в частности расхождение швов и заживление раны вторичным натяжением с образованием грубых рубцов. По этой причине число пациентов, нуждающихся в повторных операциях или устранении послеоперационных деформаций мягких тканей средней зоны лица, не снижается [7].

После первичной хейлопластики в связи с развитием осложнений, применением неадекватного способа или же грубым техническим выполнением операции часто развиваются вторичные деформации верхней губы [1]. Одним из возникающих после первичной хейлопластики проблем является недостаточно глубокий свод преддверия рта - так называемого вестибулярного пространства. Практически после хейлопластики любым способом в будущем потребуются

дополнительное вмешательство с целью формирования преддверия рта.

У больных со сквозными односторонними расщелинами верхней губы большинство авторами рекомендуется одновременное проведение первичной хейлопластики и веллопластики в возрасте от 3 до 6 месяцев, а вторым этапом в возрасте 3 года выполнить уранопластику [2].

Применение современных и усовершенствованных способов первичной хейлопластики с одновременным вмешательством на хрящевые структуры носа приводило в ряде случаев к образованию вторичных деформаций со стороны носа [9].

С накоплением опыта хирурги при выполнении первичной хейлопластики начали производить одновременную коррекцию деформаций носа дополнительным вмешательством через отдельный разрез на крыльях носа [4]. Более того, согласно сообщениям последних лет, рядом авторов при первичной хейлопластике выполняется первичная костяная пластика или же альвеолопластика, что на сегодняшний день недостаточно изучен и широко дискутируется [3].

Тем не менее, практически у всех больных, поступивших на повторную корригирующую операцию, со стороны носа отмечались различные степени деформаций [4].

Разноречивы взгляды авторов также по отношению сроков выполнения вторичных корригирующих и реконструктивных операций на верхней губе и носу. Вторичную деформацию верхней губы большинство авторов считают лучше всего выполнить в дошкольном возрасте [7]. Что касается сроков устранения остаточных деформаций носа, то здесь мнение специалистов сильно расходятся.

По мнению ряда авторов, к 8-летнему возрасту заканчивается основной рост хрящевого отдела носа и коррекцию деформации носа необходимо проводить после этого периода [2]. Некоторые исследования показали, что в возрасте от 7 до 12-14 лет происходит замедление процессов роста носовой перегородки и швах лицевого скелета. В связи с этим автор рекомендует производить реконструкцию хрящевого отдела носа в возрасте 10-12 лет [8].

Согласно наблюдениям зарубежных учёных,

септопластику целесообразно выполнять при первичной хейлопластике для обеспечения благоприятных условий развитию хрящевого отдела носа [2]. Большинство же авторов едины во мнении, что проводить восстановительные операции в области носа после пластики врожденных расщелин верхней губы следует больным старше 15-16 лет, когда в основном завершается рост и развитие лица [6].

Другие считают, что если по каким-либо причинам во время первичной хейлопластики деформация носа не устранена, то она должна быть устраняться в дошкольном (5-6 лет) или же в предпубертатном периоде (10-12 лет). Окончательную коррекцию формы носа, считает автор, следует проводить в возрасте старше 16 лет [8].

Предложено многочисленное количество реконструктивных операций для устранения остаточных и вторичных деформаций после ранее проведённой хейлопластики. Это начиная от простой Z-пластики при устранении рубцовых деформаций верхней губы до сложных реконструктивных операций на носу с использованием хрящевых трансплантатов [6].

О сложностях при устранении вторичных и остаточных деформаций носа у больных с врождённой односторонней расщелиной верхней губы говорится в работах многих хирургов, занимающихся данной проблемой. Одним из групп способов ринопластики у больных, перенесших хейлопластику

Наибольший интерес представляет способ поворота половины коллумелы с Z-пластикой у его основания, предложенный R. Meyer и L.O. Voileau в 1989 году. Способ заключается в проведении продольного разреза по коллумеле с продолжением по краю большого крыла носа и иссечением кожи серповидной формы у верхушки грушевидного отверстия. В конце продольного разреза у основания коллумелы производится Z-пластика кожи с целью удлинения короткой половины коллумелы. Авторы назвали его способом поворот половины коллумелы с удлинением у его основания. На самом деле при этом способе производится поворот грушевидного отверстия наружу, что приводит к поднятию его верхушки до уровня верхушки здорового грушевидного отверстия. Далее авторы рекомендуют разрезом по наруж-



ному краю основания большого крыла носа мобилизовать и сместить его медиально и вверх [5].

Для устранения деформаций носа в более старшем возрасте ряд авторов рекомендуют использовать технику реконструктивной ринопластики, а также использование хрящевых трансплантатов [10]. Такой подход на наш взгляд является целесообразным и должно быть перспективным направлением в хирургии деформаций носа, характерных для расщелины верхней губы у взрослых больных, поскольку именно открытая ринопластика позволяет иметь широкий обзор и доступ ко всем деформированным структурам носа. Наряду с этим требуется усовершенствование ряда тактических и технических аспектов ринопластики для достижения желаемых результатов.

По поводу деформаций верхней челюсти имеется несколько точек зрения. Большинство авторов считают, что по возможности эти деформации должны устраняться проведением ортодонтического лечения, а оперативные способы коррекции должны предприняты после исчерпания возможностей ортодонтических мероприятий [6].

Широко дискутируется вопрос о сроках и способах костной пластики при устранении деформации верхней челюсти в области расщелины верхней губы и альвеолярного отростка [8]. Одни авторы являются сторонниками первичной костной пластики, ссылаясь на то, что при этом создаются благоприятные условия для дальнейшего роста верхней челюсти и его альвеолярного отростка [2]. Другие же исследователи считают, что костную пластику в области расщелины альвеолярного отростка нижней челюсти необходимо выполнить после завершения ортодонтии и сведения медиального и латерального фрагментов альвеолярного отростка [5]. Для костной пластики верхней челюсти в области расщелины альвеолярного отростка большинства специалистов предпочитают губчатую кость из гребня подвздошной кости [1]. Последние годы появились сообщения об использовании различных биосинтетических материалов в изолированном виде или же в сочетании с аутокостью.

В отношении материала для проведения костной пластики следует отметить, что лиофилизированная аллокость, формализированные

трансплантаты, брeфоматериалы, деминерализованные аллотрансплантаты для использования в качестве остеопластических материалов являются предметом дискуссии, так как свои остеоиндуктивные свойства они утрачивают, частично или полностью, в процессе обработки и стерилизации. Пересадка лиофилизированной аллокости нежелательна в инфицированное ложе реципиента, так как она часто заканчивается его отторжением. Формализация кости значительно снижает костно-пластические свойства трансплантата. Одним из весьма серьезных недостатков брeфоматериалов является их низкая механическая прочность и довольно быстрое рассасывание в костной ране. А недостатком деминерализованных аллотрансплантатов является сыпучесть и технологические затруднения при заполнении костных карманов. Общим недостатком всех перечисленных трансплантатов является их иммуногенность, присутствующая в той или иной степени. Использование других материалов, стимулирующих процесс репаративного остеогенеза (коллагенсодержащие материалы, биостекло, ситаллы, гидроксипатит и другие), демонстрирует хорошую биосовместимость и остеокондукционный потенциал, однако, свойствами остеоиндукции не обладают, так как не могут вызвать митоз и дифференциацию стволовых мезенхимальных клеток в остеогенные, митоз и дифференциацию остеогенных клеток в остеобласты.

В связи с этим особую значимость приобретают разработки последних лет по использованию биоактивного аутогенного геля (РКР-обогащенная тромбоцитами плазма крови) для ускорения заживления мягких и твердых тканей, увеличению объема и качества новообразованной кости [3].

В связи с этим оценка эффективности хирургического лечения больных представляет значительные трудности, поскольку результат операции связан не только с преимуществами способа оперативного вмешательства, но и подготовленностью больных реально воспринимать достигнутые успехи. Непосредственное отношение к этому имеет и выбор оптимальных сроков для хирургического устранения деформаций. Однако до настоящего времени по данному вопросу также нет единого мнения [7].

Как отмечается, отдалённые результаты имеют тесную связь со временем, прошедшем после первичной хейлопластики. Изучение результатов операций в более отдалённые сроки (14-28 лет после операции) показало, что число очень хороших и хороших результатов уменьшилось более чем на половину по отношению результатов семилетнего периода. Это обусловлено процессом роста организма ребёнка за нескольких лет, и естественно становившемся заметным непропорциональное развитие структур и элементов средней зоны лица [8].

Изучение ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения таких детей, которое, по мнению многих авторов, долгое время считалось ведущим, показывает высокий процент неудовлетворительных исходов и осложнений в виде вторичных деформаций. После хейлопластики частота деформации верхней губы и носа составляет от 80 до 100%. Деформация хрящевого отдела носа выражается в основном в уплощении купола кончика и крыла носа, деформации всего хрящевого остова, хрящевого и костного остова носа [7].

Анализ причин развития вторичных деформаций челюстно-лицевой области, проведенный авторами показал, что они являются часто следствием недостаточно квалифицированного выполнения оперативного пособия, несоблюдение возрастных показаний к выбранному методу операции или результатам применения неполного комплекса, необходимого для полноценного лечения больного в дооперационном и послеоперационном периодах [8].

По мнению учёных, причинами деформации носа является недоразвитие верхней челюсти на стороне порока, ее дистальное смещение и атипичное прикрепление мышц в области крыла носа [1].

Необходимо отметить, что результаты лечения врождённых односторонних расщелин верхней губы оцениваются по эстетическим критериям. В последнее время в связи с осведомленностью пациентов о возможностях современной медицины отмечается значительное повышение их требований пациентов к результатам операций. Не удовлетворившихся результатам предыдущих оперативных вмешательств больные нередко обращаются в различные лечебные учреждения

для выполнения повторных корригирующих операций на верхней губе, костно-хрящевом отделе носа и лицевом скелете, желая добиться восстановления пропорций лица в целом [10].

Проблемы с оценкой результатов хейлопластики самыми больными или же их родителями связаны с тем, что при наличии расщелины имеется желание лишь избавиться от этого уродства. После достижения этой цели больные и их близкие начинают обращать внимание на более тонкие изменения в симметрии верхней губы и носа, желая достичь более эстетически совершенную форму верхней губы и носа. Особенно при более лёгких формах патологии больные обращаются больше с эстетическими пожеланиями, поскольку у этой категории пациентов функциональные нарушения минимальные [15].

Внедрение принципов и способов местнопластических операций в широкую практику хирургического лечения врождённых односторонних расщелин верхней губы и их последующих деформаций позволило значительно улучшить результаты лечения. Вместе с тем, несоблюдение правил выкраивания этих лоскутов и нарушение техники операций могут привести к их частичному или полному некрозу с последующим рецидивом деформации. Описанные осложнения наиболее часто могут возникать в период освоения методики, что, однако, не исключает появления сомнений у их исполнителей о возможности реального осуществления предлагаемого принципа перемещения дистопированных структур в правильное положение [4].

Наличие деформаций лица, особенно их сочетаний с речью, отрицательно влияет на процесс социальной адаптации больных в обществе, на их развитие, в особенности эмоциональное, и на отношение к окружающим. В связи с этим большое значение имеет выявление особенностей социально-психологического статуса больных, его изменений в соответствии с их возрастом и результатами проводимого лечения [7].

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Таким образом, следует вывод, что увеличение частоты врождённой односторонней расщелины верхней губы, тяжесть их последствий, а также недостаточная эффективность как первично выполняемых, так и вторичных реконструктивных



оперативных вмешательств дают все основания рассматривать эту патологию как серьезную социальную проблему. В целой системе комплексных мероприятий по медицинской реабилитации больных с врожденной односторонней расщелиной верхней губы ведущее место занимает хирургический метод лечения, который требует своего дальнейшего усовершенствования.

#### **КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

#### **ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

#### **ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ И МАТЕРИАЛОВ**

Все данные, полученные или проанализированные в ходе этого исследования, включены в настоящую опубликованную статью.

#### **ВКЛАД ОТДЕЛЬНЫХ АВТОРОВ**

Все авторы внесли свой вклад в подготовку исследования и толкование его результатов, а также в подготовку последующих редакций. Все авторы прочитали и одобрили итоговый вариант рукописи.

#### **ЭТИЧЕСКОЕ ОДОБРЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ**

Были соблюдены все применимые международные, национальные и/или институциональные руководящие принципы по уходу за животными и их использованию.

#### **СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ**

Не применимо.

#### **ПРИМЕЧАНИЕ ИЗДАТЕЛЯ**

Журнал "Евразийский журнал оториноларингологии - хирургии головы и шеи" сохраняет нейтралитет в отношении юрисдикционных претензий по опубликованным картам и указаниям институциональной принадлежности.

*Статья получена 21.09.2023 г.*

*Принята к публикации 28.09.2023 г.*

#### **CONFLICT OF INTERESTS**

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

#### **SOURCES OF FUNDING**

The authors state that there is no external funding for the study.

#### **AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS**

All data generated or analysed during this study are included in this published article.

#### **AUTHORS' CONTRIBUTIONS**

All authors contributed to the design and interpretation of the study and to further drafts. All authors read and approved the final manuscript.

#### **ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE**

All applicable international, national, and/or institutional guidelines for the care and use of animals were followed.

#### **CONSENT FOR PUBLICATION**

Not applicable.

#### **PUBLISHER'S NOTE**

Journal of "Eurasian Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery" remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

*Article received on 21.09.2023*

*Accepted for publication on 28.09.2023*

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Angelos P, Wang T. Revision of the cleft lip nose //Facial Plastic Surgery. – 2012. – Т. 28. – №. 04. – С. 447-453.
2. Bennaceur S. Secondary cheiloplasty in the treatment of cleft lip and palates //Annales de chirurgie plastique et esthetique. – 2019. – Т. 64. – №. 5-6. – С. 413-431.
3. Chkadua T. Z. Functional disorders in patients with lip and nose deformity after cheilorhinoplasty //Stomatologiya. – 2016. – Т. 95. – №. 4. – С. 44-48.
4. Gonchakov G. V., Merkulova Y. A. Evaluation of advantages of Contractubex gel usage for postsurgical scars treatment in comparison with absence of systematized topical scars treatment of kids with congenital cleft lip and palate //Khirurgiya. – 2020. – №. 4. – С. 88.
5. Hussein M. A. M. Evaluation of simultaneous secondary cheilorhinoplasty and alveolar bone grafting //Tanta Dental Journal. – 2018. – Т. 15. – №. 2. – С. 76.
6. Mancini L. Three-dimensional soft tissue nasal changes after nasoalveolar molding and primary cheilorhinoplasty in infants with unilateral cleft lip and palate //The Cleft Palate-Craniofacial Journal. – 2019. – Т. 56. – №. 1. – С. 31-38.
7. Pawar S. S., Wang T. D. Secondary cleft rhinoplasty //JAMA facial plastic surgery. – 2014. – Т. 16. – №. 1. – С. 58-63.
8. Pouzet L. Use of the surgical glue in the cutaneous closure of cheiloplasties for cleft lip //Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. – Elsevier Masson, 2019. – Т. 64. – №. 1. – С. 89-92.
9. Rossell-Perry P. Primary unilateral cleft lip nasal deformity repair using VYZ plasty: An anthropometric study // Indian journal of plastic surgery: official publication of the Association of Plastic Surgeons of India. – 2017. – Т. 50. – №. 2. – С. 180.
10. Гажва С.И., Волкоморова Т.В., Румянцева А.А. Программа реабилитации детей с врождённым несращением верхней губы и неба в городе Кирове и Кировской области //Научный посыл высшей школы-реальные достижения практического здравоохранения. – 2018. – С. 299-305. <https://elibrary.ru> > item
11. Егорова М. В., Рутковская А. В., Червинская А. Д. Ранняя комплексная реабилитация детей с расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и нёба //Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами. – 2016. – С. 63-65. <https://elibrary.ru> > item
12. Пулатова Б.Ж., Буранова Д.Д. Применение биологически активных точек в комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба // Stomatologiya. – 2018. – №. 4. – С. 47-49. <https://elibrary.ru> > item
13. Фоменко И.В. Анализ результатов комплексного лечения детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба в зависимости от метода пластики дефекта неба //Клиническая стоматология. – 2016. – №. 1. – С. 16-21. <https://elibrary.ru> > item
14. Чкадуа Т.З. Алгоритм обследования пациентов с деформацией назолабиального комплекса после устранения врожденной двусторонней расщелины губы и неба // Российская стоматология. – 2019. – Т. 12. – №. 1. – С. 14-22. DOI:10.17116/rosstomat20191201114
15. Шамсиев Р.А. Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба //Вісник наукових досліджень. – 2016. – №. 4. – С. 49-51. <https://cyberleninka.ru/article/n/poetapnaya-reabilitatsiya-detey-s-vrozhdennyoy-rasschelinoy-verhney-guby-i-neba>