

**ИЗУЧИТ КРИТЕРИИ КРАНИОФАСЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ДЕТЕЙ С
ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ НЕБА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННЫХ
ОПЕРАТИВНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ И ПРЕДУГАДАТЬ ПОЯВЛЕНИЕ
ВТОРИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ**

Камбарова Шахноза Алихусейновна

Ассистент, Бухарский государственный медицинский институт.

Аннотация: *Антропометрия – метод измерений физических пропорций и телосложения. Для оценки ребенка по этому методу используется комбинация показателей, которые можно условно разделить на основные и дополняющие. Развитие и рост краниофасциальной области детей с ВРН является обсуждаемой темой, так как половину исследуемых детей составляло дети с ВРН и то что вероятность появления вторичных дефектов после первичных пластических операции высока. В исследование изучались морфометрические параметры краниофасциальной области детей с ВРН и выявились значительные различия.*

Ключевые слова: физическое развитие, ребёнок, антропометрия, краниофасциальная область, врождённая расщелина губы и нёба.

**WILL STUDY THE CRITERIA OF THE CRANIOFASCIAL AREA OF
CHILDREN WITH CONGENITAL CLIFFE PALATE AFTER SURGICAL
MANIPULATIONS AND PREDICT THE APPEARANCE OF SECONDARY DEFECTS**

Kambarova Shakhnoza Alixuseynovna

Assistant, Bukhara state medical institute.

Annotation: *Anthropometry is a method of measuring physical proportions and physique. To assess the child by this method, a combination of indicators is used, which can be conditionally divided into basic and complementary. The development and growth of the craniofacial region of children with CPH is a topic of discussion, since half of the children studied were children with CPH and the likelihood of secondary defects after primary plastic surgery is high. The study studied the morphometric parameters of the craniofacial region of children with CPH and revealed significant differences.*

Key words: *physical development, child, anthropometry, craniofacial region, congenital cleft lip and palate.*

ВВЕДЕНИЕ

Физическое развитие ребенка обусловлено сложным комплексом наследственных и средовых факторов. Большинство нарушений в развитии дают о себе знать специфическими симптомами. Однако существуют заболевания,



протекающие бессимптомно, и многие из них можно обнаружить лишь по нарушениям роста и пропорций тела. Для этой цели разработана унифицированная методика измерений – антропометрия. Антропометрия детей дает возможность на ранних стадиях выявить отклонения и предупредить серьезные нарушения в развитии.

Антропометрия – метод измерений физических пропорций и телосложения. Для оценки ребенка по этому методу используется комбинация показателей, которые можно условно разделить на основные и дополняющие.

Ценность периодических измерений очевидна. Нарушение физического развития – важнейший признак неблагополучия ребенка и показатель для проведения углубленного обследования. Отклонения от нормы чаще всего связаны с другими аномалиями развития и влекут за собой не менее серьезные нарушения [1].

Врожденная расщелина губы и неба — распространенная деформация, требующая лечения у опытной междисциплинарной команды. Основные процедуры, популяризированные Миллардом при односторонней и двусторонней расщелине губы соответственно, были хорошо изучены и улучшены для достижения значительно лучших результатов. Восстановление субъединиц Фишера, ротационное продвижение Милларда и многочисленные модификации этих процедур получили широкое признание благодаря улучшенному косметическому эффекту по сравнению с предыдущими историческими подходами. Эти первичные процедуры регулярно проводятся в младенчестве в возрасте от 3 до 6 месяцев. Несмотря на то, что это хорошо практикуемая процедура, вторичные деформации по-прежнему являются неприятным явлением. Дефекты варьируются от нежелательных гипертрофических рубцов до неправильной работы мышц [2].

Проведения антропометрических и морфометрических исследований врожденных расщелин губ и неба с целью их профилактики и активного участия в их жизни для улучшения и контроля физического развития этой работе наряду с врачами различных специальностей педиатров, челюстно-лицевых хирургов и ортопед стоматологов позволит, улучшит физическое развитие ребенка и предугадать появление вторичного дефекта.

Цель исследования: Изучит критерии краниофасциальной области детей с врожденными расщелинами губы и неба после проведенных оперативных манипуляций и предугадать появление вторичного дефекта

Материал и методы исследования. Обследованы 630 детей I и II периода детства с ВРГН в возрасте от 3 года до 12 лет. Среди них 390 мальчиков, 240 девочек которым было произведена хирургическая манипуляция независимо от тяжести аномалии губы и неба в отделении челюстно-лицевой хирургии в Бухарском детском многопрофильном медицинском центре г. Бухары в период с 2009 по 2018г.

Все исследуемые дети с ВРГН были разделены на 3 группы, независимо по типу аномалии.



I группа – основная группа, дети с тяжелой формой аномалии, двусторонняя врожденная расщелиной губы и нёба (ДВРГН) - 70 детей.

II группа - контрольная группа, дети с более «легкой» формой аномалии, без видимых дефектах в лицевой области, врожденной расщелиной твёрдого и мягкого нёба (ВРТМН) - 318 детей.

III группа - сравнительная группа, дети «средней» формой тяжести аномалии, односторонняя врожденная расщелиной губы и нёба (ОВРГН) - 241 детей.

Для решения поставленной цели проведено морфометрическое исследование и получено морфометрические параметры краниофасциальной области детей I и II периода детства с ВРГН, использовано клинические и антропометрические методы, с последующей статистической обработкой данных. При выполнении данной работы использовано методика антропометрических исследований детей по методической рекомендации Н. Х. Шомирзаева, С. А. Тен и Ш. И. Тухтаназоровой (1998).

У всех детей выполнены операции хейлоринопластика по методу Миллард-Козиной И. А. и палатопластика по методу Фроловой-Махкамовой (мягкое небо в течение 3 месяца, губы и небо в течение 6 месяцев). Цефалометрические измерения проводились в возрасте 6–7 лет. Был проведен композитный цефалометрический анализ для измерения различных параметров роста краниофасциальной области. Использовались линейные и угловые измерения, специальный циркуль, рулетка, транспортир и записывались в специально подготовленный специальный лист пациента.

Результаты и их обсуждение. После полученных результатов от детей с ВРГН сравнивались между выше указанными группами. Перпендикулярность носа и высоты лица к точке А выше у детей с ДВРГН по сравнению с участниками ВРТМН ($R = 0,088$) ($R = 0,778$). Корреляции между размером расщелины и его влиянием на ретрузию верхней челюсти не наблюдалось.

В этом исследовании углы носа и губ были проанализированы у аналоговых детей по сравнению с участниками ВРТМН. В группе детей с ДВРГН и ОВРГН определялись низкие показатели носогубного угла, а недоразвитие мышц обуславливало деформацию губ и неба, отмечался результат их уплощения и бокового искривления. А у некоторых детей совместимость деформаций носа, объем диастаза между фрагментами губ, альвеолярный рост верхней челюсти располагаются в разных условиях. В то время как у детей с ДВРГН исследования показали уплощение верхнечелюстной выпуклости, что приводит к более низким значениям угла турецкой седловой точки А. У детей с ДВРГН и ОВРГН расстояние между резцами верхней челюсти (ВЧ) относительно невелико, что, в свою очередь, может приводить к большой дифференциации носогубного угла. Ортодонтическое лечение должно быть индивидуализированным, укорочение носогубного угла может быть причиной удаления зубов в дуге ВЧ, но в то же время в прикусах детей ДВРГН наблюдаются



другие виды аномалий по сравнению с ВРМТН. Рост ВЧ (уменьшение длины мышечка) относительно ограничен у детей с ДВРГН. Гипоплазия средней части лица у детей с ДВРГН и ОВРГН может быть следствием хирургического вмешательства. Нормальному росту ВЧ препятствуют рубцы после хирургической процедуры. Костная ткань, как правило, не повреждается во время операции, но из-за фиброзных рубцов в мягких тканях происходит ремоделирование роста ВР, и ВР растет вниз и вперед. В зависимости от размера и формы расщелины в области неба и губы проводят мобилизацию тканей, поэтому чем больше расщелина, тем крупнее рубец и тем медленнее рост верхней челюсти.

Статистически значимая разница в длине нижней челюсти (НЧ) была обнаружена при сравнении всех групп (кондилион-гнатия). То есть было показано, что на состояние и длину НЧ значительно влияли проведенные хирургические вмешательства. Хотя НЧ имеет нормальную длину, подбородок относительно отставлен назад. Ретропозиция подбородка в этом положении может быть функциональным ответом на изменения в комплексе НЧ в результате ротации ВЧ, ремоделирования мышцы в нем на гониальную ветвь (на что указывает ангуляция и флексия угловой области нижней челюсти).

Увеличение вертикальной тенденции роста ВЧ было обнаружено при измерении высоты лица у детей ДВРГН. Нижний передний угол высоты лица увеличен по сравнению с ВРМТН детьми. Увеличение передней части лицевого угла может быть связано с активным ростом передней части ВЧ или пассивным ростом задней части ВЧ. Необходимо подготовить специальные протоколы лечения факторов, препятствующих нормальному росту и развитию ВЧ у детей с ВРГН, и продолжить клинические исследования.

А так же, формирование гипертрофического рубца связано с аномальной реакцией на заживление и с некоторой регулярностью наблюдается после пластики расщелины губы. Напряжение на ране является важным фактором, способствующим неприглядным поражениям, и усугубляется повторяющейся активностью круговой мышцы рта. Шрамы от хейлопластики часто сопровождаются асимметрией губ, такой как плоская верхняя губа, нечеткие фильтрационные колонны и дефицит красной каймы. Неровности губы, слизистой оболочки или вермильона могут быть следствием нормального роста пациента и контрактуры раны после хейлопластики. Круговая мышца рта составляет большую часть объема верхней губы и связана с несколькими вторичными деформациями расщелины губы, включая широкие и выпуклые фильтральные и свистковые деформации. 5 7 Мышечные нарушения лучше всего выявляются при физикальном обследовании, особенно когда пациент поджимает губы. Круговая мышца рта выпячивается с обеих сторон, если она не была должным образом восстановлена.



Вторичная двусторонняя деформация расщелины может проявляться дефицитом красного цвета центральной губы, неадекватной деснево-губной бороздой и широким желобком из-за двунаправленной тракции круговой мышцы рта. Смещение красной каймы обычно происходит из-за короткой вертикальной губы, что может быть вызвано рубцовой контрактурой или неадекватным удлинением губы при первичной пластике. Реконструкции фильтрационного столба способствует восстановление нижележащей круговой мышцы рта. Использование матрацных швов для восстановления мышцы не только предотвращает расхождение мышц, но также выворачивает края мышцы под неофильную колонну для увеличения гребня. Деформации борозды приводят к эстетическим и функциональным проблемам и затрудняют ортогнатическое лечение. Очень редко этот дефект проявляется сам по себе. Губа считается короткой у пациентов с односторонней расщелиной, если филтральная колонка со стороны расщелины на 3 мм короче, чем филтральная колонка без расщелины. Дефекты плотных губ обычно являются двусторонней деформацией, связанной с расщелиной [2].

При выполнении исследования наблюдалось много недостатков и трудностей, так как не удалось получить точные измерения у детей с ВРГН на цефалометрических и рентгенологических снимках (точные размеры положения головы и прикуса, задержки прорезывания постоянные зубы и поперечный прикус).

Заключение. У детей с врожденной расщелиной губы и неба, по сравнению с детьми ВРТМН, длина ВЧ и НЧ небольшая, что связано с эффектом оперативного вмешательства. Деформация и толщина верхней губы также оказались меньше, чем у детей с ВРТМН, а также располагались кзади передних зубов у ВЧ и НЧ. Видно, что хирургические вмешательства, проводимые у детей с ВРГН, влияют на рост ВЧ и НЧ, а также на зубной ряд. Хирургические вмешательства, проводимые на губе и небе, влияют на рост верхней и нижней челюсти, а это означает, что ростовой эффект в базальной части челюстных костей задерживается.

Вторичная деформация расщелины губы — нежелательный результат, который можно лучше определить по уровню дефекта: поверхностный или мышечный. Правильное распознавание имеет решающее значение для руководства лечением. Вмешательства варьируются от нескольких неинвазивных вариантов до полной повторной хейлопластики. Знакомство с множеством доступных методов лечения предоставляет хирургам целый арсенал возможностей для адаптации ревизионной хейлопластики к конкретным потребностям своих пациентов и последующего достижения лучших результатов [2].



ЛИТЕРАТУРА:

1. Ситникова Лидия 30 мая 2020 г. Антропометрия детей: алгоритм проведения. Блог для заведующих детских садов. Первая парта <https://parta1.com/blog/>
2. Sarrami SM, Skochdopole AJ, Ferry AM, Buchanan EP, Hollier LH Jr, Dempsey RF. Revisional Techniques for Secondary Cleft Lip Deformities. *Semin Plast Surg.* 2021 May;35(2):65-71. doi: 10.1055/s-0041-1728673. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34121941; PMCID: PMC8186990.
3. SA Kambarova EFFECT OF SURGICAL MANIPULATION TO MORPHOMETRIC DEVELOPMENT OF FACE AND JAW IN PATIENTS WITH CONGENITAL LIP AND PALATE SPLITS // *Новый день в медицине*, 2021- P. 128 - 130.
4. SA Kambarova Effect of Surgical Manipulation in Morphometric Growth of Maxillofacial Area at Children with Congenital Lip and Palate Splits At I and Ii Period of Childhood// *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 1853-1858. – 2021. - Vol. 25. - Issue 4. – P. 1853 – 1858.
5. KS Alixuseynovna Identification of the morphometric parameters of the cranio-fascial region of children with congenital cleft and palate reflections using a developed research map // *Central Asian Journal of Medical and Natural Science* 2 (3), 286-290 Vol. 2. - Issue 3. – P. 286 – 290.
6. ША Камбарова, ШК Пулатова REVITALIZATION OF NONSPECIFIC IMMUNITY FACTORS IN PATIENTS WITH DIFFUSE PHLEGMON OF THE MAXILLOFACIAL AREA USING A BAKTERIOPHAGE // *Новый день в медицине*, 128-130 // *New day in medicine.* - 2020. - P. 128 - 130.
7. KSA Xuseynovna Optimization of the Diagnosis and Treatment of Oral Epulis Based on Morphological and Cytological Analysis // *Texas Journal of Medical Science* 6, 24-26
8. KS Alikhuseynovna Statistical Processing Of Morphometric Measurements Of Craniofacial Area Of Children With Congenital Cleft Labia And Palate I And II Of The Childhood Period // *Zien Journal of Social Sciences and Humanities* 5, 31-35
9. SA Kambarova, GS Yadgarova CHARACTERISTIC OF MORPHOMETRIC PARAMETERS OF CRANIOFASCIAL REGION OF CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE // *Academic research in educational sciences* 2 (9), 295-303
10. KS Alixuseynovna EFFECT OF SURGICAL MANIPULATION TO MORPHOMETRIC DEVELOPMENT OF FACE AND JAW IN PATIENTS WITH CONGENITAL LIP AND PALATE SPLITS // *Web of Scientist: International Scientific Research Journal* 2 (09), 29-35

