

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема, до реконструктивно відновної хірургії вроджених пороків розвитку щелепно-лицьової області.

Результати хірургічного лікування двостороннього незрощення верхньої губи залежать від багатьох чинників - виду незрощення, морфофункціонального стану тканин, обраної техніки операції та інше. Методика операції багато в чому визначає форму і якість рубців на верхній губі. Серед хворих, що перенесли двосторонню хейлопластику, 4/5 потребують коригуючих операцій через неправильно створену анатомічну форму червоної кайми (дуги Купідона), наявності рубців, що деформують верхню губу, дрібного верхнього передсінка порожнини рота і короткого пролябіума.

Відомий спосіб хейлопластики при однобічному незрощенні верхньої губи [А. с. СРСР №1797862, кл. А61В 17/00, 1989], що полягає в тому, що на латеральному (малому) фрагменті на границі шкіри, слизової оболонки та червоної облямівки виконують розтин та додатково викроюють слизово-підслизовий клапоть, повертають його на 180 градусів рановою поверхнею доверху, зашивають сполучені краї цих клаптів, а вільний край його з'єднують з краєм дефекту на середньому (великому) фрагменті.

Зазначений спосіб формує нижню частину носа відкинутим на 180 градусів слизово-підслизовим клаптем, який затуляє розщеплення альвеолярного паростка, але не призводить до подовження слизової оболонки верхньої губи зі сторони присінка рота. З часом, коли хворий стає дорослішим, за рахунок створених лінійних рубців зріст губи зупиняється, одночасно збільшується деформація верхньої губи, крилів та кінчика носа.

Відомий спосіб двосторонньої хейлопластики [Kobus K. Early Columella Elongation. - Annals of Plastic Surgery, vol. 18, №6, June, 1987 p.], що частково вирішує ці проблеми. За цією методикою шкірну частину верхньої губи формують за рахунок двох мобілізованих і переміщених трикутних клаптів (великого - із бічного фрагмента і малого - із серединного); потім проводять міопластику, попередньо мобілізавши м'яз із серединного і бічних фрагментів. Червону облямівку, передсінок порожнини рота відтворюють клаптями слизової і червоної облямівки з бічних і серединного фрагментів, при цьому центральний клапоть серединного фрагмента не мобілізують. Операція проводиться в два етапи (тобто спочатку з одного боку, а потім через три-чотири тижня - з іншого).

Цьому способу властиві такі хиби: двоетапність хейлопластики утрудняє формування симетричних піднесеностей лука Купідона, а також рубців на шкірній частині верхньої губи; передсінок порожнини рота у фронтальному відділі не достатньої глибини, тому що не мобілізується і не переміщується доверху серединний фрагмент слизової і червоної облямівки верхньої губи; не створюється достатньої висоти пролябіум, за рахунок того, що тканини серединного фрагменту не переміщують доверху.

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб операції при двосторонніх незрощеннях верхньої губи [Л.В. Харьков, Л.Н. Яковенко. Спосіб хірургічного лікування вроджених двосторонніх незрощень верхньої губи. А. с. №1673079], що покращує анатомічний і естетичний результати. Це досягається викроюванням, мобілізацією і переміщенням двох малих шкірно-підшкірних трикутних клаптів із бічних ділянок серединного фрагменту в напрямку основи крил носа. На бічних фрагментах з кожної сторони викроюють по малому трикутному і чотирикутному шкірно-підшкірному клаптю, їх мобілізують і переміщують до центру. Червону облямівку та передсінок порожнини рота відновлюють за рахунок слизової і червоної кайми бічних фрагментів. Потім проводять міопластику.

Проте, цей спосіб двосторонньої хейлопластики має ряд недоліків: паралельно червоній облямівці проходять рубці, що утворюються в результаті викроювання чотирикутних клаптів на бічних фрагментах; червона облямівка верхньої губи, що відтворюється за рахунок слизової і червоної облямівки бічних фрагментів, не відповідає формі дуги Купідона із двома опуклостями, а має вид напівовалу, що знижує анатомічний і косметичний результати; недостатньої глибини передсінок порожнини рота у фронтальній ділянці, обумовлений малою кількістю тканин слизової двох бічних фрагментів.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу одномоментного лікування вродженого двостороннього незрощення верхньої губи, в якому за рахунок використання всіх тканин середнього фрагменту і висічення вуздечки верхньої губи, досягається формування глибокого передсінка порожнини рота, відновлення правильної анатомічної форми верхньої губи при мінімальній кількості рубців, а в наступному уникнення деформації верхньої щелепи.

Поставлена задача вирішується в способі одномоментного лікування вродженого двостороннього незрощення верхньої губи шляхом викроювання, мобілізації і переміщення двох малих шкірно-підшкірних трикутних клаптів із бічних ділянок серединного фрагменту в напрямку основи крил носа, згідно з корисною моделлю, додатково для формування червоної облямівки висікають вуздечку верхньої губи, та використовують слизову середнього фрагменту, при цьому опускають середній клапоть, червону облямівку і слизову накладають на круговий м'яз і формують червону облямівку, ушивають шкіру губи, а трикутні клапті з крил носа вшивають у розрізи на перетинці носа, формують передсінок носа, накладають шви на шкіру губи.

При виконанні даного способу виявляється достатнім кількість тканин для того, щоб без натягнення сформувати верхню губу. При цьому рубці розташовуються тільки по калонках фільтруму і з часом практично не деформуються і не погіршують анатомічну та естетичну форму верхньої губи і середньої третини обличчя.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином.

При повних двосторонніх незрощеннях верхньої губи на бічних поверхнях верхньої губи по черзі висікають червону облямівку з тонкою смужкою зі шкіри (до 1мм) до переходу її в горизонтальне положення. У основи крил носа викроюють трикутні шматки зі шкірно-слизової складки і слизової з окістям альвеолярного відростку для формування присінку носа. З вестибулярної сторони бічних фрагментів здійснюють розтин по передній складці до вилицеальвеолярного гребня. Тупо відшаровують тканини в області іклової ямки до краю грушовидного отвору. Від нього тупо виділяють латеральні ніжки великого крильного хряща. Відмобілізовують слизові бічних фрагментів. На середньому фрагменті висікають червону облямівку двома вертикальними розтинами на шкірі, перегородді носа у основи її виконують розрізи, висікають повністю вуздечку верхньої губи, а слизову розсепаровують до переходу її в червону облямівку. Серединний клапоть піднімають догори. Наближують краї слизової бічних фрагментів і зшивають кетгутом, перекиваючи міжщелепну кість. Таким чином формують передсінок рота.

З бічних фрагментів зшивають круговий м'яз рота. На ранову поверхню, що утворилася, опускають середній клапоть, червону облямівку і слизову накладають на круговий м'яз і формують червону облямівку. Ушивають шкіру губи. Трикутні клапті з крил носа вшивають у розрізи на перетинці носа. Формують передсінок носа.

Накладають шви на шкіру губи.

Приклад. Хворий Ш., поступив у щелепнолицеве відділення лікарні м. Харкова із діагнозом вроджене двостороннє незрощення верхньої губи. Хворому проведена двостороння хейлопластика за запропонованою методикою.

На бічних поверхнях верхньої губи по черзі була висічена червона облямівка з тонкою смужкою зі шкіри (до 1мм) до переходу її в горизонтальне положення. Для формування присінку носа у основи його крил викроїли трикутні шматки зі шкірно-слизової складки і слизової з окістям альвеолярного відростку. З вестибулярної сторони бічних фрагментів зробили розтин по передній складці до вилицеальвеолярного грібня. Тупо відшарували тканини в області іклової ямки до краю грушовидного отвору. Від нього тупо виділили латеральні ніжки великого крильного хряща. Відмобілізували слизові бічних фрагментів. На середньому фрагменті висікли червону облямівку двома вертикальними розтинами з бічних фрагментів. На перегородці носа у основи її здійснили розрізи, висікли повністю уздечку верхньої губи, а слизову розсепарували до переходу її в червону облямівку. Серединний клапоть підняли догори. Наблизили краї слизової бічних фрагментів і зшили кетгуттом, перекриваючи міжщелепну кість. Таким чином сформували передсінок рота.

З бічних фрагментів зшили круговий м'яз рота. На ранову поверхню, що утворилася, опустили середній клапоть, червону облямівку і слизову наклали на круговий м'яз і сформували червону облямівку. Ушили шкіру губи. Трикутні клапті з крил носа вшили у розрізи на перетинці носа. Сформували передсінок носа. Наклали шви на шкіру губи.

В косметичному відношенні отримані добрі результати. Утворилася широка червона облямівка з добре вираженою дугою Купідона. Отримана правильної анатомічної форми верхня губа.

Таким чином досягається мета - створення цілісності верхньої губи, формування передсінку носа і рота, шви на шкірі наближаються до істотних бороздок фільтруму, утворюється широка червона облямівка з добре вираженою дугою Купідона. Губа добри змикається з нижньою губою.

Запропоноване оперативне втручання не представляє великих технічних складностей, дає оптимальні косметичні і функціональні результати, виключає повторні хірургічні втручання.