



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51642 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 1/24
A61C 7/00
A61C 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МОДИФІКАЦІЇ ТУНЕЛЬНОЇ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКИ

1

(21) u201000674

(22) 25.01.2010

(24) 26.07.2010

(46) 26.07.2010, Бюл.№ 14, 2010 р.

(72) ПЮРИК ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, ОЖОГАН ЗЕ-
НОВИЙ РОМАНОВИЧ, ГЕРЕЛЮК ВІТАЛІЙ ІВАНО-
ВИЧ, МАХЛИНЕЦЬ НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА

(73) ПЮРИК ВАСИЛЬ ПЕТРОВИЧ, ОЖОГАН ЗЕ-
НОВИЙ РОМАНОВИЧ, ГЕРЕЛЮК ВІТАЛІЙ ІВАНО-
ВИЧ, МАХЛИНЕЦЬ НАТАЛІЯ ПЕТРІВНА

(57) Спосіб модифікації тунельної вестибулоплас-
тики, що включає проведення вертикального роз-

2

різу вздовж вуздечки губи довжиною 20-25 мм, горизонтальних розрізів в ділянці премолярів з обох сторін, паралельних до перехідної складки, довжиною 20 мм, формування підслизового тунелю з наступним переміщенням комплексу підслизових тканин та видалення сполучнотканинних і м'язових волокон, ушивання вертикального розрізу та фіксування слизової оболонки до окістя на глибині сформованого присінка, який **відрізняється** тим, що в ділянці горизонтальних розрізів біля премолярів розміщують і фіксують швами вільні мукозні трансплантати, взяті з піднебіння.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургічної стоматології, зокрема до способів лікування генералізованого пародонтиту у хворих з мілким присінком рота, де обов'язковим етапом комплексного лікування є проведення вестибулопластики, за допомогою якої поглиблюється глибина присінка рота та досягається стабілізація у перебізі генералізованого пародонтиту.

На сьогоднішній день відомо багато способів вестибулопластики. Зокрема вестибулопластика за Едланом-Мейхером [Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - К., 2000. - 1024с.], яка полягає в тому, що слизовим лоскутом, викросним зі слизової оболонки губи, прилеглою основою до ясенного краю, покривають оголену в результаті відшарування кісткову тканину альвеолярного відростка щелепи, фіксуючи край лоскута на глибині створеного присінка рота; відшарований край окістя підшивають по краю розрізу слизової оболонки губи.

Шмідт [Степанов А.Е. Хирургические вмешательства при заболеваниях пародонта. - М., 1991. - 139с.] модифікував оригінальну техніку операції Едлана-Мейхера, віддаючи перевагу створенню слизово-окісного клаптя, таким чином, спрощуючи техніку виконання вестибулопластики.

А.Р. Лінар [Степанов А.Е. Хирургические вмешательства при заболеваниях пародонта. - М.,

1991. - 139с.] запропонував комбінувати вестибулопластику за Едланом-Мейхароміз простою чи радикальною гінгівоектомією за Міллером-Хіліном з метою попередження рецидивів.

Вестибулопластика за Кларком [Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. - М: Медицинское информационное агентство, 2006. - 127с.] полягає у проведенні розрізу по перехідній складці на глибину слизової оболонки, відшаруванні слизового лоскута від лінії розрізу до губи приблизно на 10 мм. Весь комплекс підслизових тканин переміщують вздовж окістя на глибину 10 мм із паралельним видаленням поодиноких тяжів. Слизовий лоскут фіксують швами до окістя на глибині сформованого присінка рота. Раневу поверхню закривають пов'язкою.

Вестибулопластика за Глікманом [Степанов А.Е. Хирургические вмешательства при заболеваниях пародонта. - М., 1991. - 139с.] направлена на поглиблення присінка рота як на обширній ділянці, так і у локальних зонах. Суть методу полягає в тому, що після проведення розрізу по перехідній складці тупим шляхом відшаровують м'які тканини паралельно до розрізу та рядом з окістям на глибину 10-15мм, пересікають тяжі та підшивають рухому частину слизової оболонки до окістя на глибині сформованого присінка рота по всій довжині хірургічного втручання.

(19) UA (11) 51642 (13) U

Найбільш близьким за суттю способу, що заявляється є вестибулопластика запропонована О.І. Грудяновим та О.І. Єрохіним [Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. - М: Медицинское информационное агенство, 2006. - 127с.]. Авторами запропоновано зменшити травматичність оперативного втручання за рахунок формування підслизового тунелю та накладанням на неушиті раневі поверхні захисної плівки "Диплен-Дента".

Однак, відомі способи вестибулопластики мають достатній ступінь ефективності при виконанні на одній із щелеп, у післяопераційному періоді залишаються обширні раневі дефекти та pojawiaються рубцеві деформації м'яких тканин присінка рота. [Степанов А.Е. Хирургические вмешательства при заболеваниях пародонта. - М., 1991. - 139с.; Грудянов А.И., Ерохин А.И. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. - М: Медицинское информационное агенство, 2006. - 127с.].

Тому, технічне завдання корисної моделі полягає у наступному: забезпечити високий ступінь ефективності вестибулопластики при виконанні на обох щелепах, у післяопераційному періоді зменшити обширні раневі дефекти та попередити рубцеві деформації м'яких тканин присінка рота.

Суть способу модифікації тунельної вестибулопластики полягає у тому, що в ділянці горизонтальних розрізів біля премолярів поміщаються і фіксуються швами вільні мукозні трансплантати, взяті з піднебіння.

Запропонований спосіб виконується наступним чином: після інфільтраційного знеболення та антисептичної обробки операційного поля проводять вертикальний розріз вздовж вуздечки губи довжиною 20-25мм та по одному горизонтальному розрізі в ділянці премолярів з обох сторін, паралельно до перехідної складки довжиною 20мм. Таким шляхом за допомогою распатора або широкої гладилки відшаровують слизову оболонку та весь комплекс підслизових тканин (м'язи, сухожилля) від окістя, паралельно формуючи підслизовий тунель, з наступним видаленням сполучнотканинних та м'язових тяжів. Внутрішньотунельним способом переміщують комплекс підслизових тканин на заплановану глибину присінка рота. Відсепаровані слизові лоскути фіксують через слизову оболонку до окістя на відстані 10-15мм від альвеолярного краю. Проводять ушивання вертикального розрізу, фіксуючи слизову оболонку до окістя на запланованій глибині присінка рота.

Після провідникового знеболення на твердому піднебінні в ділянці премолярів, відступивши 3 мм від ясенного краю, проводять висікання мукозного трансплантата овальної форми з урахуванням розмірів раневого дефекту в ділянці горизонтальних розрізів на оперованій щелепі. Рану на піднебінні ушивають горизонтальними матрацними швами.

Викроєний трансплантат кладуть на предметне скло з фізіологічним розчином, максимально видаляють з нього жиру та залозисту тканину, при необхідності витоншують, корегують форму та розміри відповідно до раневого дефекту.

У ділянку горизонтальних розрізів вводять мукозний трансплантат, просуваючи його в глибину ясен на 2-3мм, та фіксують швами.

Таким чином, розроблений спосіб модифікації тунельної вестибулопластики дозволить забезпечити високий ступінь ефективності вестибулопластики при виконанні на обох щелепах, у післяопераційному періоді зменшити обширні раневі дефекти та попередити рубцеві деформації м'яких тканин присінка рота.