

Винахід відноситься до медицини, а саме, до щелепно-лицевої хірургії.

Найближчим аналогом-прототипом способу, що заявляється, є спосіб поглиблення передсінок порожнини рота шляхом розтину слизової оболонки по перехідній складці 3 наступним відшаруванням слизової оболонки губи довжиною 10mm, переміщенням слизового клаптя вниз (вверх) після поглиблення передсінок, фіксацією клаптя до окістя коло нового склепіння, накладанням йодоформної турунди на ділянку вторинного гоєння рани. (1)

Недоліком способу є те, що він не передбачає створення повноцінної будови вестибулярної поверхні альвеолярного відростка, оскільки між окістям та слизовою оболонкою залишається прошарок підслизової основи, що в майбутньому заважає виготовленню та фіксації знімного протеза. Крім того, якість протезного ложа значно зменшують також рубці, які формуються при вторинному гоєнні рани під пов'язкою та можуть сприяти повторному зменшенню глибини передсінок.

Винахід, що заявляється, вирішує задачу: покращення функціонального результату операції, скорочення терміну лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що у запропонованому способі після розтину слизової оболонки губи вище (нижче) склепіння передсінок формують L-подібний слизовий клапоть на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка беззубої верхньої (нижньої) щелепи 3 медіально направленою верхівкою та оберненою до гребня відростка основою. Клапоть відшаровують, видаляють підслизову основу між окістям та слизовою оболонкою, накладають слизовий компонент клаптя на окістя й фіксують у новому положенні швами мобілізують слизову оболонку губи шляхом її часткового відшарування, переміщують у глибину рани (на глибину нового передсінок), де фіксують швами протягом 8-10 днів.

Суть винаходу пояснено графічно.

На фіг.1 - вестибулярна поверхня альвеолярного відростка верхньої щелепи та слизова оболонка верхньої губи - вид спереду, де 1 - поперечний розтин слизової оболонки губи; 2 - вертикальний розтин на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка; 3 - L-подібний слизовий клапоть; 4 - гребінь альвеолярного відростка.

На фіг.2 - верхня губа та альвеолярний відросток верхньої щелепи - вид збоку, де 3 - L-подібний слизовий клапоть; 5 - підслизова основа; 6 - окістя.

На фіг.3 - верхня губа та альвеолярний відросток верхньої щелепи - вид збоку, де 3 - l-подібний слизовий клапоть; 6 - окістя; 7 - післяопераційний дефект слизової оболонки верхньої губи; 8 - слизова оболонка верхньої губи.

На фіг.4 - верхня губа та альвеолярний відросток верхньої щелепи - вид збоку, де 9 - переміщена слизова оболонка верхньої губи усуває післяопераційний дефект (стрілкою вказаний напрямок переміщення).

Спосіб здійснюють наступним чином.

Під інфільтраційною анестезією внутрішньоротовим доступом проводять розтин (1) слизової оболонки губи вище (нижче) склепіння передсінок та паралельно йому, після чого у медіальному відділі розтин продовжують вниз (2) до гребня альвеолярного відростка, формуючи таким чином L-подібний клапоть (3) на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка беззубої щелепи, основою обернений до гребня (4). Висоту клаптя розраховують в залежності від планованої висоти протезного ложа клапоть (3) відшаровують, видаляють підслизову основу (5) до окістя (6), далі накладають слизовий компонент клаптя (3) на окістя (6) та фіксують швами у новому положенні, яке визначає нову висоту альвеолярного відростка і протезного ложа, а також нову глибину передсінок. З метою усунення післяопераційного дефекту (7) на губі її слизову оболонку (8) мобілізують шляхом відшарування та переміщують (9) в глибину рани, де фіксують швами в заданому положенні на 8-10 днів.

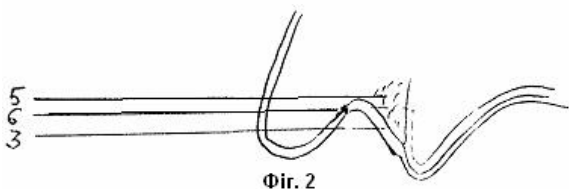
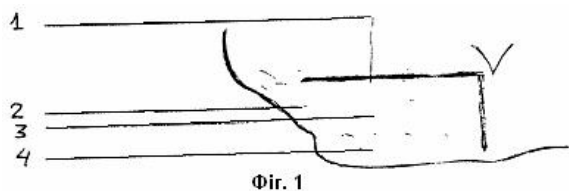
Клінічний приклад.

Хвора С. звернулась до ортопеда-стоматолога док 3 метою виготовлення знімних протезів. В зв'язку з поганими умовами для фіксації протезів направлена до хірурга-стоматолога для передпротезної підготовки поглиблення верхнього передсінок рота. Проведена операція, під час якої сформований L-подібний слизовий клапоть після відшарування та видалення підслизової основи фіксований до окістя альвеолярного відростка в новому положенні утворений післяопераційний дефект слизової оболонки верхньої губи закритий шляхом переміщення в глибину рани мобілізованої слизової оболонки губи. Зняття швів проведено через 10 днів.

Таким чином, запропонований метод дозволяє покращити функціональний результат операції та скоротити термін лікування.

Література

1. Челюстно-лицевые операции: Справочник /А.Э.Гуцан, Ю.И. Бернадский, П.Д.Годорожа; под. Ред. А.Э.Гуцана. – Витебск: Белмедкнига, 1997, с.206-207.



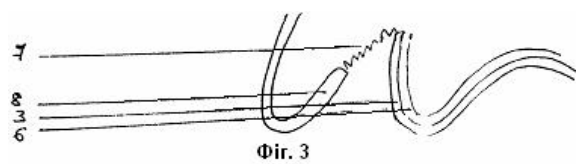


Fig. 3

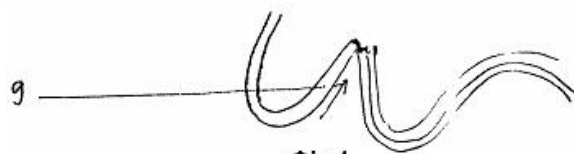


Fig. 4