

Винахід відноситься до медицини, зокрема до реконструктивно-відновної хірургії вторинних деформацій щелепно-лицевої ділянки.

Після первинної хейлопластики у дітей з двобічним незрощенням верхньої губи та піднебіння розвиваються різні види вторинних деформацій, одна з яких є коротка колумела та збільшений назолабіальний кут, що клінічно проявляється притягнутим кінчиком носа. Ця деформація обумовлена як вродженим недорозвитком м'яких та хрящових структур носа, так і неможливістю усунення її на етапі проведення первинної хейлопластики.

Існують різні способи подовження колумели та зменшення назолабіального кута за рахунок місцевих тканин, хрящових опорних трансплантатів.

Відомий спосіб усунення деформації колумели після двобічної первинної хейлопластики (1) передбачає викроювання двох трикутних шкірно-підшкірних клаптів з обох боків пролябіуму, що включали рубцево змінені тканини, і вкладали їх під попередньо переміщену догори колумелу. D.Millard (2) взявши за основу принцип K.Marks викроювати клапті із рубцево змінених тканин пролябіуму, який запропонував спосіб подовження колумели роздвоєним (вилоподібним) клаптом, викроєним по всій висоті верхньої губи та переміщеним доверху, і зшитим у верхніх своїх відділах між собою. За рахунок вертикального переміщення цього клаптя досягалося подовження колумели. Після цього було запропоновано понад 12 модифікацій різними авторами у різний час. Роздвоєний клапоть викроювався різної довжини, ширини, укладався підпирючи основу перетинки, нижче її (3, 4, 5). Цим способом властиві такі недоліки: не виконуються хрящові корекції перетинки та кінчика носа; на шкірній частині перетинки носа утворюються додаткові рубці, що призводили до провисання її; назолабіальний кут лишався тупим, бо не переміщувалися підлеглі тканини основи колумели та зменшувалася ширина основи її.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками є спосіб усунення вторинних деформацій колумели після двобічної хейлопластики (6), який покращує анатомічний та косметичний результати. Це досягається викроюванням роздвоєного рубцевозміненого клаптя з обох боків пролябіуму, який мобілізується та переміщується догори, ніжки його зшиваються між собою, чим збільшується висота колумели. Розтини з пролябіуму продовжуються з обох боків перетинки носа та крил. Через ці розтини проводиться корекція положення хрящів носа. Для формування кінчика його вводиться між медіальними ніжками хрящовий аллотрансплантат, чим досягається не тільки подовження колумели, а і усунення деформації кінчика носа.

Проте, цей спосіб має ряд хиб, а саме: на перетинці носа формувалися рубці, що призводили до провисання колумели; назолабіальний кут зменшувався незначно, бо підлеглі тканини біля основи перетинки носа не переміщувалися назад. Хрящовий трансплантат, який використовується для формування кінчика носа та зменшення назолабіального кута, може зміщуватися, що призводить до утворення додаткових вторинних деформацій носа. В деяких випадках хрящовий аллотрансплантат може викликати алергійні реакції.

Задачею винаходу є створення умов переміщення рубцевих клаптів з пролябіуму між медіальними ніжками та арками крильних хрящів для подовження колумели, збільшення її жорсткості, зменшення назолабіального кута та збільшення проекції кінчика носа.

Досягаємий результат полягає в тому, що запропонований спосіб усунення деформації колумели після первинної двобічної хейлопластики забезпечує формування достатньої довжини колумели без утворення додаткових рубців на ній, попереджує провисання її тканин, збільшення проекції кінчика носа та зменшення назолабіального кута переміщенням трикутних деєпідермізованих рубцевих клаптів між медіальними ніжками та арками крильних хрящів, що забезпечує більш високий анатомічний та естетичний результат.

Вказана задача вирішується тим, що у відомому способі усунення деформації колумели після первинної двобічної хейлопластики, що включає викроювання рубцевого клаптя на ніжці з обох боків колумели, подовження по внутрішній поверхні перетинки, крил носа, мобілізацію медіальних ніжок та арок крил носа, відповідно до винаходу рубцеві клапті деєпідермізують, повертають на 180° догори, розміщують між медіальними ніжками та арками крильних хрящів, де фіксують П-подібним швом.

Запропонований спосіб дозволяє, застосовуючи деєпідермізовані рубцевозмінені трикутні клапті з пролябіуму, що розвертаються на 180°, переміщуються і фіксуються між медіальними ніжками та арками крильних хрящів, подовжити колумелу, збільшити кінчик носа та зменшити назолабіальний кут, за рахунок звуження основи перетинки носа та переміщення її тканин назад, що підвищує анатомічний та естетичний результат.

Сутність винаходу пояснюють зображення, на яких подані етапи операції:

Фіг.1 - викроювання рубцевих клаптів (1,2) на ніжці з обох боків колумели, подовження розтину по внутрішній поверхні перетинки, крил носа, мобілізація медіальних ніжок (3,4) та арок (5,6) крильних хрящів.

Фіг.2 - деєпідермізація рубцевих клаптів на ніжці (1,2), розвертання на 180° та переміщення їх між медіальними ніжками (3,4) та арками (5,6) крильних хрящів.

Фіг.3 - фіксація деєпідермізованих рубцевих клаптів (1,2) П - подібними швами між медіальними ніжками (3,4) та арками (5,6) крильних хрящів.

Спосіб здійснюється таким чином: на пролябіумі викроюють рубцевозмінені клапті на ніжці (1,2) з обох боків колумели. Розтини продовжують по внутрішній поверхні перетинки, крил носа. Мобілізують тканини пролябіуму, медіальні ніжки (3,4) та арки (5,6) крильних хрящів. Деєпідермізують рубцевозмінені трикутні клапті (1,2) розвертають на 180° і вводять їх між медіальними ніжками (3,4) та арками (5,6) крильних хрящів, де фіксують П-подібними швами із софіла. Рани на пролябіумі та перетинці і крилах носа ушивають швами з поліамідної нитки.

Приклади конкретного застосування

Хвора І., і/х №423 поступила в щелепно-лицеве відділення ДКЛ №7 м. Києва з діагнозом вторинна деформація колумели та кінчика носа після двобічної хейлопластики. 26.11.03 проведено усунення деформації колумели за запропонованим методом. Під інтубаційним наркозом в проекції рубців пролябіуму викроєні трикутні клапті на ніжці з обох боків колумели. Розтини продовжені по внутрішній поверхні перетинки та крил носа. Мобілізовані медіальні ніжки та арки крильних хрящів носа, верхня третина тканин пролябіуму. Рубцеві трикутні клапті деєпідермізовані, мобілізовані, розвернуті на 180° та переміщені між медіальними ніжками та арками крильних хрящів носа, де фіксовані П-подібними швами з софіла. Рани на пролябіумі та перетинці носа ушити швами з поліамідною ниткою. Через сім діб рана зажила первинним натягом. Колумела подовжена на 0,5см,

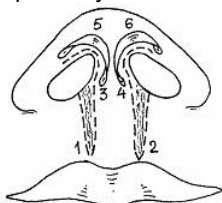
назолабіальний кут зменшений на 2 градуси, кінчик носа збільшений. Естетичний та анатомічний результати оцінені на "відмінно".

Хвора С., і/х №510 поступила в щелепно-лицеве відділення ДКЛ №7 м. Києва із діагнозом вторинна деформація колумели, кінчика носа. 9.12.03 за запропонованим способом проведено усунення деформації колумели. Під інтубаційним наркозом викресні два рубцевих клаптя на ніжці з пролябіуму. Розтини продовжені по внутрішній поверхні перетинки та крил носа. Мобілізовані тканини пролябіуму, що прилягають до основи перетинки носа, а також медіальні ніжки та арки крильних хрящів. Деепідермізовані рубцеві клапті на ніжці мобілізовані, розвернуті на 180° та переміщені між останніми, де фіксовані П-подібними швами. Рани на пролябіумі та перетинці носа ушиті швами із поліамідної нитки. Шви зняті на восьму добу. Збільшення колумели досягнуто на 0,5см, назолабіальний кут зменшений на один градус, кінчик носа збільшений. Естетичний та анатомічний результати оцінені на "відмінно".

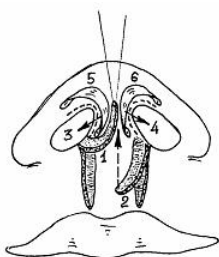
Цей спосіб усунення деформації колумели після первинної двобічної хейлопластики застосований у 7 дітей в дитячому щелепно-лицевому відділенні ДКЛ №7 м. Києва. У всіх хворих, що оперувалися за запропонованим методом, був отриманий кращий анатомічний та естетичний результат, ніж у дітей, які були прооперовані за раніш відомими способами. Оцінка функціональних та естетичних результатів (за п'ятибальною шкалою) запропонованої коригуючої операції показала, що у 79% випадків були отримані оцінки "добре" та "відмінно", порівняно з прототипом, при якому у 70% були відмічені добрі та задовільні результати.

Список літератури:

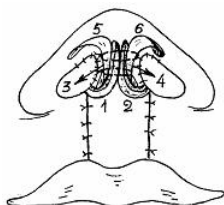
1. Marcks K.M., Trevasakis A.E., Payne M.J., Kicos J.E. The Management of secondary cleft lip deformities // Amer. J. Surg. - 1958. - Vol. 95, №6. - P.932-937.
2. Millard D.R. Columella lengthening by a forked flap // Plast. and Reconstr. Surg. - 1958. - Vol. 22, №1. - P. 454-457.
3. Буриан Ф. Атлас пластической хирургии. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1967. - Т.2. - с.509.
4. Мессина В.М. Устранение остаточных деформаций верхней губы и носа после операций по поводу врожденных двусторонних расщелин // Вопросы стоматологии и восстановительной хирургии лица. - М. - 1971. - С.78-81.
5. Masters F.W. Craft P.D. Correction of «notch», or «whistling», deformities of the lip // Georgiade N.G., Hagerty R.F. Symposium on Management of Cleft Lip and Palate and Associated Deformities. - St. Louis. - 1974. - P.283-290.
6. Козин И.А. Способы реконструктивной хейлоринопластики после устранения врожденных расщелин верхней губы и неба: Методические рекомендации М., 1983. - с.33



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3