



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41047 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКВІДАЦІЇ ДЕФЕКТУ ПЕРЕДНЬОГО ВІДДІЛУ ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ ПРИ ВЕЛОФАРИНГІАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

1

2

(21) u200900826

(22) 04.02.2009

(24) 27.04.2009

(46) 27.04.2009, Бюл.№ 8, 2009 р.

(72) ХАРЬКОВ ЛЕОНІД ВІКТОРОВИЧ, UA, ЯКОВЕНКО ЛЮДМИЛА МИКОЛАЇВНА, UA, КИСЕЛЬОВА НАТАЛІЯ ВАЛЕНТИНІВНА, UA

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(57) Спосіб ліквідації дефекту переднього відділу твердого піднебіння при велофарингеальній недостатності, що включає викроювання, переміщення та відвертання на 180° язикоподібного клаптя, який **відрізняється** тим, що останній викроюють із задньої поверхні основного слизово-окісного клаптя і фіксують до створеної ранової поверхні в передньому відділі дефекту.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використана для ліквідації дефекту переднього відділу твердого піднебіння при велофарингальній недостатності.

У 8% хворих з незрощеннями верхньої губи та піднебіння після ураностафілопластики утворюється велофарингальна недостатність. При ліквідації її шляхом викроювання та переміщення основного слизово-окісного клаптя твердого піднебіння дозadu в 30% утворюється дефект твердого піднебіння в його передньому відділі. Ліквідація таких дефектів утруднена, що обумовлено дефіцитом місцевих пластичних тканин, які максимально використовуються для створення довгого м'якого піднебіння [1, 2].

Існуючі способи ліквідації дефектів переднього відділу твердого піднебіння при велофарингальній недостатності, передбачають використання слизово-окісних клаптів, які викроюють в ділянці бокових відділів твердого піднебіння на одному чи двох фрагментах, чи слизово-рубцевого клаптя, викроєного в ділянці присінка порожнини рота [3].

Відомий спосіб ліквідації дефектів переднього відділу твердого піднебіння передбачає викроювання клаптя Дубова на ніжці у передньому відділі дефекту, відвертання його епітеліальною поверхнею до дефекту та підшиванням до ранової поверхні попередньо викроєного та переміщеного дозadu основного слизово-окісного клаптя [4].

Цьому способу властиві такі недоліки: не здійснюється фіксація вивернутого на 180° слизово-окісного клаптя, що призводить до рецидиву де-

фекту. Крім того, V - подібна форма слизово-окісного клаптя має тонку поживну ніжку, що погіршує умови його живлення та «виживання». Необхідність викроювання V-подібного слизово-окісного клаптя в передньому відділі твердого піднебіння призводить до зменшення пластичного матеріалу для подовження м'якого піднебіння.

Найбільше близьким за суттєвими ознаками є спосіб, ліквідації дефекту переднього відділу твердого піднебіння при велофарингальній недостатності, який покращує анатомічні та клінічні результати. Це досягається викроюванням клаптя на ніжці з переднього краю дефекту з губи та альвеолярного відростка, відвертання його епітеліальною поверхнею на 180° до дефекту та підшиванням до ранової поверхні попередньо викроєного та переміщеного M-подібного слизово-окісного клаптя. Утворену дублікатуру укладають на дефект та фіксують швами (5).

Проте, цей спосіб має ряд недоліків, а саме: викроювання клаптя з губи можливо за умови відсутності рубцевих деформацій в цій ділянці та наявності достатньої кількості пластичного матеріалу. Для створення дублікатури без натягу довжина цього клаптя повинна перевищувати довжину дефекту в 2 рази (з урахуванням скорочення клаптя). Виконання цього способу викроювання клаптя неможливе у разі ізольованих незрощень піднебіння.

Задачею корисної моделі є створення умов для максимального використання слизово-окісного клаптя та переміщення його назад, для ліквідації велофарингальної недостатності, що забезпечує

UA (19) 41047 (13) U

більш виражені анатомічний та функціональний результати.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в тому, що запропонований спосіб ліквідації дефекту переднього відділу твердого піднебіння при велофарингіальній недостатності забезпечує умови для максимального використання слизово-окісного клаптя, як пластичного матеріалу за рахунок переміщення основного слизово-окісного клаптя назад викроювання клаптя на задній поверхні його переміщення та відвертання на 180° із подальшою фіксацією у передньому відділі дефекту.

Вказана задача вирішується тим, що у відомому способі ліквідації дефекту переднього відділу твердого піднебіння при велофарингіальній недостатності, що включає переміщення та відвертання на 180° язикоподібного клаптя, відповідно до корисної моделі, викроєного із задньої поверхні основного слизово-окісного клаптя і фіксація його до створеної ранової поверхні у передньому відділі дефекту.

Запропонований спосіб дозволяє, застосовуючи язикоподібний клапоть, викроєний із задньої поверхні основного слизово-окісного клаптя, ліквідувати дефект переднього відділу твердого піднебіння, чим забезпечується максимальна ретротранспозиція останнього.

Сутність корисної моделі пояснюються графічно, де подані етапи операції.

Фіг.1 - викроювання та відшарування основного слизово-окісного клаптя (1) на всю його товщину.

Фіг.2 - викроювання язикоподібного клаптя (2) з задньої поверхні основного слизово-окісного клаптя (1).

Фіг.3 - фіксування язикоподібного клаптя (2), викроєного з задньої поверхні основного слизово-окісного клаптя (1), до створеної ранової поверхні в передньому відділі дефекту.

Спосіб здійснюється таким чином: викроюють основний слизово-окісний клапоть(і) на всьому протязі твердого піднебіння на всю його товщину, проводять його ретротранспозицію. Із задньої поверхні основного слизово-окісного клаптя, за умови достатньої товщини рубцево-зміненої тканини, викроюють язикоподібний клапоть (2). На комірковому відростку в передньому відділі дефекту створюють ранову поверхню. Язикоподібний клапоть (2) відвертають на 180° і фіксують до створеної ранової поверхні дефекту в передньому відділі. Зміщений дозад основний слизово-окісний клапоть (1) фіксують до бокових відділів коміркового відростка, з урахуванням його ретротранспозиції.

Приклади конкретного застосування.

Хворий Н., і/х. №789 поступив в щелепно-лицеве відділення ДКЛ №7 м.Києва з діагнозом велофарингіальна недостатність. 16.07.08. проведено ліквідацію велофарингеальної недостатності основним слизово-окісним клаптем із ліквідацією дефекту в передньому відділі твердого піднебіння за запропонованим методом. Проводилось викро-

ювання основного слизово-окісного клаптя на всьому протязі твердого піднебіння на всю його товщину. З задньої поверхні основного слизово-окісного клаптя, при достатній товщині рубцево-зміненої тканини, викроювався язикоподібний клапоть. На комірковому відростку в передньому відділі дефекту створили нішу з рановою поверхнею. Язикоподібний клапоть відвертався на 180° і фіксувався до створеної ранової поверхні дефекту в передньому відділі. Основний слизово-окісний клапоть фіксувався вікриловими швами до бокових відділів коміркового паростка, з урахуванням його ретротранспозиції. Функціональний та анатомічний результати оцінені на "відмінно".

Хворий К., і/х. №797 поступив в щелепно-лицеве відділення ДКЛ №7 м.Києва з діагнозом велофарингеальна недостатність. 22.07.08. проведено ліквідацію велофарингеальної недостатності основним слизово-окісним клаптем із ліквідацією дефекту в передньому відділі твердого піднебіння за запропонованим методом. На всьому протязі твердого піднебіння викроювався основний слизово-окісний клапоть. З його задньої поверхні, при достатній товщині рубцево-зміненої тканини, викроювався язикоподібний клапоть. В передньому відділі дефекту на комірковому відростку створювали нішу з рановою поверхнею. Язикоподібний клапоть відвертався на 180° і фіксувався до створеної ранової поверхні в передньому відділі дефекту. Потім до бокових відділів коміркового паростка вікриловими швами фіксувався основний слизово-окісний клапоть, з урахуванням його ретротранспозиції. Функціональний та анатомічний результати оцінені на "відмінно".

Цей спосіб ліквідації дефекту переднього відділу твердого піднебіння при велофарингіальній недостатності застосований у 5 дітей з велофарингіальною недостатністю в дитячому щелепно-лицевому відділенні ДКЛ №7 м.Києва. У всіх хворих отриманий кращий анатомічний та функціональний результати, ніж у дітей, що були прооперовані за раніш пропонованими методиками. Оцінка результатів (за п'ятибальною шкалою) коригуючої операції за запропонованою методикою показала, що у 92% випадках були отримані оцінки "добре" і "відмінно", порівняно з прототипом, при якому у 70% були відмічені добрі та задовільні результати.

ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Гуцан А.Э. Врождённые расщелины верхней губы и нёба. - Кишенёв. -1980. -140с.
2. Вернадский Ю.И. Медицинская реабилитация детей с несращением нёба. -К: Здоровье. -1978. -232с.
3. Чуйкин С.В. Реабилитация детей с врождённой расщелиной верхней губы и нёба. - Москва. -2005. – с.143-144.
4. Дубов М.Д. Врождённые расщелины нёба.- Ленинград. -1960. -132с.
5. Самар Э.Н. Особенности хирургического лечения больных с врождёнными расщелинами нёба в различном возрасте: Автореф. Дис. д-ра мед. наук. -К. -1975. –45с.

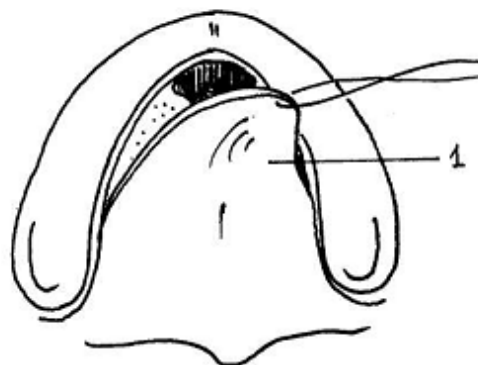


Fig. 1

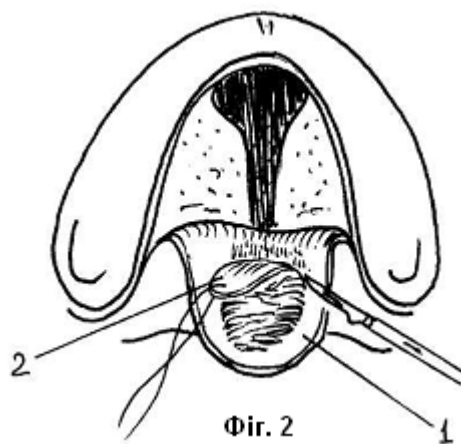


Fig. 2

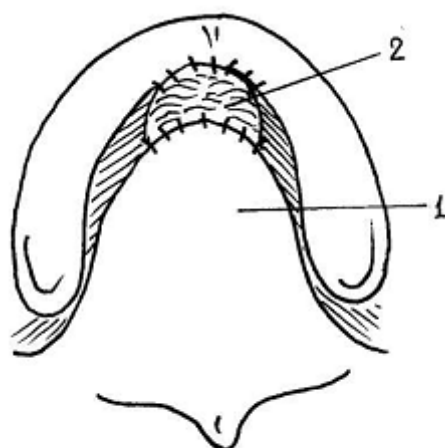


Fig. 3