



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43609 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/04

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ УСУНЕННЯ ДЕФЕКТУ КОМІРКОВОГО ВІДРОСТКА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

1

2

(21) u200902569

(22) 23.03.2009

(24) 25.08.2009

(46) 25.08.2009, Бюл.№ 16, 2009 р.

(72) МУЗИЧНИНА ГАННА АЛИМІВНА, ЗОЛОТАРЕНКО ІГОР ОЛЕГОВИЧ, ЗОЛОТАРЕНКО ЄВГЕН ОЛЕГОВИЧ

(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб усунення дефекту коміркового відростка верхньої щелепи, що включає розтини по краях щілини, відшаровування слизисто-окісних клаптів, закриття дефекту кісткової тканини, який **відрізняється** тим, що формують слизисто-окісні клапті, що перекидаються, і зшивають їх між собою кетгуттом, утворюючи внутрішню і верхню частини кісткового ложа, розтин на більшому фрагменті продовжують по перехідній складці, залучаючи до нього гранично можливу кількість рубцювато-

змінених тканин, що сформувалися після первинної хейлопластики, по ходу розтину відшаровують слизисто-окісний клапоть, максимально розпрепаровують і мобілізують рубцюваті тканини верхнього присінку порожнини рота, розтин на малому фрагменті продовжують до основи порочно розташованого крила носа, відшаровують клапоть, в сформоване кісткове ложе поміщають згустки БоТП, на скелетовані краї дефекту укладають колагенову мембрану Остеопласт відповідного розміру і форми так, щоб краї мембрани перекривали дефект не менше, ніж на 1мм з кожного боку, слизисто-окісні клапті на вестибулярній поверхні коміркового відростка мобілізують, переміщують до середини дефекту, зшивають між собою кетгуттом, формуючи зовнішню поверхню кісткового ложа, краї рани, що залишилися, вирівнюють і ушивають кетгуттом наглухо.

Спосіб відноситься до медицини, а саме до хірургічної стоматології і може бути використаний для усунення дефекту коміркового відростка верхньої щелепи до 4мм.

Відомий спосіб кісткової пластики коміркового відростка взятий як прототип (1). При цьому методі після настання наркозного сну проводять розтини по краях щілини, відшаровують слизисто-окісні клапті з сошника і міжщелепної кістки та зшивають їх з клаптем з латерального фрагмента верхньої щелепи. Другим шаром щілину закривають періостальним клаптем, який починається біля краю грушоподібного отвору, вводячи між ними гемостатик «Surgisel». Операцію завершують виконанням пластики губи і корекції носа.

Але даний спосіб має недоліки: втручання в області вомеромаксиллярного шва може привести до пошкодження зони росту і порушити розвиток верхньої щелепи, а також відсутня стимуляція процесів кісткоутворення.

В основу корисної моделі поставлено завдання підвищення ефективності способу пластики дефекту коміркового відростка за рахунок повноцінного усунення дефекту твердих і м'яких тканин

коміркового відростка та одночасного проведення хірургічної підготовки до подальшого етапного ортодонтичного лікування.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі кісткової пластики коміркового відростка, що включає розтини по краях щілини, відшаровування слизисто-окісних клаптів, закриття дефекту кісткової тканини згідно корисної моделі, формують слизисто-окісні клапті, що перекидаються, і зшивають їх між собою кетгуттом, утворюючи внутрішню і верхню частини кісткового ложа, розтин на більшому фрагменті продовжують по перехідній складці, залучаючи до нього гранично можливу кількість рубцювато-змінених тканин, що сформувалися після первинної хейлопластики, по ходу розтину відшаровують слизисто-окісний клапоть, максимально розпрепаровують і мобілізують рубцюваті тканини верхнього присінку порожнини рота, розтин на малому фрагменті продовжують до основи порочно-розташованого крила носа, відшаровують клапоть, в сформоване кісткове ложе поміщають згустки БоТП, на скелетовані краї дефекту укладають колагенову мембрану Остеопласт відповідного розміру і форми, так, щоб края

(13) U

(11) 43609

(19) UA

мембрани перекривали дефект не менш ніж на 1 мм з кожного боку, слизисто-окісні клапті на вестибулярній поверхні коміркового відростка мобілізують, переміщують до середини дефекту, зшивають між собою кетгутом, формуючи зовнішню поверхню кісткового ложа, края рани, що залишилися, вирівнюють і ушивають кетгутом наглухо.

Спосіб здійснюється таким чином: після настання наркозного сну і антисептичної обробки операційного поля, проводять розтини по краях дефекту на передньому краї коміркового відростка, формують слизисто-окісні клапті, що перекидаються, і зшивають їх між собою кетгутом, утворюючи внутрішню і верхню частини кісткового ложа. На більшому фрагменті розтин продовжують по перехідній складці, залучаючи до нього гранично можливу кількість рубцювато-змінених тканин, що сформувалися після первинної хейлопластики, і доводять його до нижнього краю грушоподібного отвору. По ходу розтину відшаровують слизисто-окісний клапоть, максимально розпрепаровують і мобілізують рубцюваті тканини верхнього присінку порожнини рота. Розтин на малому фрагменті продовжують до основи порочно-розташованого крила носа, відшаровують клапоть. У сформоване кісткове ложе поміщають згустки БоТП, на скелетовані края дефекту укладають колагенову мембрану Остеопласт відповідного розміру і форми, так, щоб края мембрани перекривали дефект не менш ніж на 1 мм з кожного боку. Слизисто-окісні клапті на вестибулярній поверхні коміркового відростка мобілізують, переміщують до середини дефекту, зшивають між собою кетгутом, формуючи зовнішню поверхню кісткового ложа. Края рани, що залишилися, вирівнюють і ушивають кетгутом наглухо.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу.

Хворий Г., 7 років, 21.04.06р. надійшов в стаціонар ЦМКЛ №1 ШЛХВ №2 м. Донецька на етапне хірургічне лікування з приводу природженої повної лівобічної щілини верхньої губи, коміркового відростка, твердого і м'якого піднебіння зі скаргами на анатомічний дефект коміркового відростка. Раніше в клініці проводилося хірургічне лікування: хейлопластики, ураностафілопластики.

При надходженні в стаціонар з боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Гемограма без відхилень від норми. Обличчя асиметричне за рахунок недорозвинення середньої зони обличчя, стан обличчя характеризується наявністю гіпертрофічних рубців верхньої губи після лівобічної хейлопластики, рубцювата деформація полягає в зменшенні висоти губи на стороні операції. Визначають мілкий верхній присінок порожнини рота до 0,3см. Шкіра обличчя нормального кольору, регіональні лімфовузли не пальпуються, відкриття рота в повному об'ємі, безболісне, прикус патологічний. Стан коміркової дуги верхньої щелепи характеризується фрагментованістю її на два сегменти в області зубів при ширині дефекту до 0,3см. Тверде і м'яке піднебіння сформовані хірургічним шляхом, середній відділ глотки розширений, слизиста оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору,

без патологічних змін, язик рухомий, мигдалини не збільшені.

22.04.06р. хворому проведена операція пластика коміркового відростка верхньої щелепи заявленим способом.

На 1 добу після операції: хворий пред'являє скарги на незначний набряк, невиражену болючість в області післяопераційної рани. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 36,6, апетит і сон не порушені. Місцево: обличчя незначно асиметричне за рахунок післяопераційного набряку верхньої губи, шкіра в кольорі не змінена. Змикання губ не порушене, відкриття рота вільне, злегка болісне. Слизиста оболонка коміркового відростка верхньої щелепи в області операційної рани незначно гіперемована. Післяопераційна рана гоїться первинним натяжінням. Шви фіксовані задовільно.

На 3 добу: хворий скарж не пред'являє. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 36,6, апетит і сон не порушені. Обличчя симетричне, шкіра в кольорі не змінена. Змикання губ не порушене, відкриття рота вільне, безболісне. Слизиста оболонка коміркового відростка верхньої щелепи в області операційної рани звичайного кольору, волога, блискуча. Післяопераційна рана гоїться первинним натяжінням. Шви фіксовані задовільно. Проведена асептична обробка порожнини рота, обробка післяопераційної рани обліпіховою олією.

На 5 добу: хворий скарж не пред'являє. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 36,6, апетит і сон не порушені. Обличчя симетричне, шкіра в кольорі не змінена. Змикання губ не порушене, відкриття рота вільне, безболісне. Слизиста оболонка коміркового відростка верхньої щелепи в області операційної рани звичайного кольору, волога, блискуча. Післяопераційна рана гоїться первинним натяжінням. Шви фіксовані задовільно. Проведена асептична обробка порожнини рота, обробка післяопераційної рани обліпіховою олією.

На 7 добу: хворий скарж не пред'являє. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 36,6, апетит і сон не порушені. Обличчя симетричне, шкіра в кольорі не змінена. Змикання губ не порушене, відкриття рота вільне, безболісне. Слизиста оболонка коміркового відростка верхньої щелепи в області операційної рани звичайного кольору, волога, блискуча. Післяопераційна рана загоїлась первинним натяжінням. Шви з кетгута розсмокталися. Верхній присінок порожнини рота поглибився до 0,7 см на всьому протязі. Хворий виписаний з відділення в задовільному стані, отримав рекомендації.

На контрольному огляді через два роки визначається правильна форма верхнього зубного ряду. На рентгенограмі - кістковий регенерат в області дефекту коміркового відростка верхньої щелепи, що сполучає кісткові фрагменти.

Перевагами заявленого способу є: забезпечення повноцінного відновлення безперервності і форми коміркового відростка; використання колагенової мембрани Остеопласт і згустків БоТП, стимулюючи процеси остео- і ангіогенеза, дозво-

ляє відновити цілісність кісткової структури коміркового відростка, скорочує терміни загоєння рани, зменшує виразність відчуття болю і післяопераційного набряку; відсутність втручань в області воме-ромаксилярного шва унеможливорює пошкодження зони росту і порушення розвитку верхньої щелепи; хірургічна підготовка, що проводиться, створює оптимальні умови для застосування апаратурних методів ортодонтичного лікування.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Савицкая Г.М., Агеева Л.В. Первичная хейлоринопериостопластика у детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба // Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии: 10 лет - результаты, итоги, выводы / под ред. В.В.Рогинского. - М.: Детстомиздат, 2002. - С.305-310.