



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **50304** (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 АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ТА ПЕРЕДНЬОГО ВІДДІЛУ ТВЕРДОГО ПІДНЕБІННЯ З ВТОРИННИМ ВИКОРИСТАННЯМ ТКАНИН ЯЗИКА

1

2

(21) u201001653

(22) 17.02.2010

(24) 25.05.2010

(46) 25.05.2010, Бюл.№ 10, 2010 р.

(72) ХАРЬКОВ ЛЕОНІД ВІКТОРОВИЧ, ЯКОВЕНКО
ЛЮДМИЛА МИКОЛАЇВНА

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

(57) Спосіб ліквідації дефекту альвеолярного відростка та переднього відділу твердого піднебіння,

що включає викроювання та переміщення язико-подібного слизово-м'язового клаптя, який **відрізняється** тим, що викроюють його з раніше пересадженого в дефект піднебіння язикового клаптя з живильною ніжкою, звернутою до дистального краю дефекту, потім викроєний клапоть мобілізують, переміщують в горизонтальній площині на 180° та вкладають його на ранову поверхню в напрямку ззаду наперед.

Корисна модель належить до медицини, а саме до щелепно-лицевої хірургії і може бути використана для ліквідації дефекту твердого піднебіння.

Одним із завершальних етапів хірургічної реабілітації хворого з вродженим незрощенням піднебіння є ліквідація дефекту альвеолярного відростка та переднього відділу твердого піднебіння. Закриття їх утруднено, у випадках дефіциту місцевих тканин, великими розмірами та формою самого дефекту [1, 2].

Існуючі способи ліквідації дефектів альвеолярного відростка та переднього відділу твердого піднебіння, передбачають використання з цією метою слизово-окісних та слизово-м'язово-рубцевих клаптів з присінка, а також з твердого піднебіння [3, 4].

Відомий спосіб формування ложа для ліквідації дефекту альвеолярного відростка та твердого піднебіння із використанням слизово-м'язово-рубцевого клаптя з присінка [5]. Залежно від наявності пластичного матеріалу (тобто під різним кутом) викроюється язикоподібний клапоть на ніжці, що звернута до краю дефекту альвеолярного відростка. Після цього на створену ранову поверхню вкладається та фіксується цей клапоть. Цьому способу властиві такі недоліки: викроювання достатнього за довжиною слизово-м'язово-рубцевого клаптя обмежено. Це обумовлено як запасом самого пластичного матеріалу, так і необхідністю дотримуватися при викроюванні співвідношення довжини клаптя до його ширини для створення

умов живлення. Крім того, фіксація такого клаптя в передньому відділі твердого піднебіння утруднена за рахунок його форми.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками, який обрано за прототип, є спосіб ліквідації дефекту твердого піднебіння, який покращує анатомічні та клінічні результати [6]. Це досягається викроюванням та відвертанням на 180° слизово-окісних клаптів навколо дефекту, вкладанням на сприймаючу ранову поверхню слизово-м'язового клаптя зі спинки язика на передній поживній ніжці с наступним її відсіченням.

Проте, цей спосіб має ряд недоліків, а саме: фіксація клаптя з язика в ділянці альвеолярного відростка утруднена за рахунок його форми та наявності звуження під основою його. Живлення самого клаптя значно утруднюється за рахунок підвищеного натягу тканин до переду, що, в свою чергу, створює умови для некрозу їх.

Задача корисної моделі - запобігти розвитку післяопераційного дефекту альвеолярного відростка та некрозу клаптя, досягти формування достатньої за площею донорської поверхні ложа та максимального контакту ранової поверхні клаптя з язика та ложа.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в тому, що запропонований спосіб ліквідації дефекту альвеолярного відростка та переднього відділу твердого піднебіння забезпечує вторинне використання тканин язика попередньо пересадженого для закриття дефекту твердого піднебіння, викроювання і переміщення його

(13) **U**
(11) **50304**
(19) **UA**

в горизонтальній площині, чим створюються умови для оптимального приживлення клаптя та досягається більш щільне прилягання до ранової поверхні, що підвищує анатомічний та клінічний результати.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі ліквідації дефекту альвеолярного відростка та переднього відділу твердого піднебіння, що включає викроювання та переміщення язикоподібного слизово-м'язового клаптя, відповідно до корисної моделі викроюють його з раніше пересадженого в дефект піднебіння язикового клаптя з живильною ніжкою звернутою до дистального краю дефекту, потім викроєний клапоть мобілізують, переміщують в горизонтальній площині на 180° та вкладають його на ранову поверхню в напрямку ззаду наперед.

Запропонований спосіб дозволяє, застосовуючи вторинно тканини язикового клаптя раніше пересадженого в дефект твердого піднебіння, переміщуючи їх на 180° у горизонтальній площині, запобігти розвитку післяопераційного дефекту альвеолярного відростка та некрозу клаптя, досягти формування достатньої за площею донорської поверхні ложа та максимального контакту ранової поверхні клаптя з язика та ложа.

Сутність корисної моделі пояснюються графічно, де на Фіг.1, 2, 3 подані етапи операції.

Фіг.1 - викроювання слизово-окісних клаптів (1, 2, 3) навколо дефекту та слизово-м'язового клаптя (4).

Фіг.2 - відвертання слизово-окісних клаптів (1, 2, 3) на 180° навколо дефекту та мобілізація слизово-м'язового клаптя (4).

Фіг.3 - повертання на 180° слизово-м'язового клаптя (4) в горизонтальній площині, вкладавання його на відвернуті слизово-окісні клапті (1, 2, 3) та фіксація до країв дефекту швами з вікрилу.

Спосіб здійснюється таким чином: викроюють слизово-окісні клапті навколо дефекту на всю їх товщину (1, 2, 3), відшаровують їх від бокових поверхонь альвеолярного відростка. Після цього клапті (1, 2, 3) відвертають на 180° та провізорними вікриловими швами фіксують між собою. Викроюють слизово-м'язовий клапоть (4) з язикового клаптя, який раніше був пересаджений в дефект твердого піднебіння, з поживною ніжкою звернутою до дистального краю дефекту. Мобілізують його (4), переміщують на 180° в горизонтальній площині та вкладають на відвернуті слизово-окісні клапті (1, 2, 3), де остаточно фіксують швами з вікрилу.

Приклади конкретного застосування.

Приклад 1. Хворий О., і/х №801 поступив в щелепно-лицеве відділення ДКЛ №7 м. Києва з діагнозом вторинна деформація верхньої губи та носа, двобічне незрощення коміркового паростку, залишковий дефект переднього відділу твердого піднебіння. 13.07.09. проведено ліквідацію дефекту альвеолярного відростка справа та переднього відділу твердого піднебіння із вторинним використанням тканин клаптя з язика, який раніше був пересаджений в дефект твердого піднебіння за запропонованим методом. Навколо дефекту викроювалися, відшаровувалися слизово-окісні кла-

пті, які потім ще відвертались на 180° та провізорними вікриловими швами фіксувалися між собою. Далі викроювався клапоть на ніжці, звернений до дистального краю дефекту, з язикового клаптя, який був пересаджений раніше для ліквідації дефекту твердого піднебіння. Викроєний клапоть повертався в горизонтальній площині на 180° та вкладався на ранову поверхню, вшивався по краю дефекту швами з вікрилу. Клінічний та анатомічний результати оцінені на "відмінно".

Приклад 2. Хворий Н., і/х №795 поступив в щелепно-лицеве відділення ДКЛ №7 м. Києва з діагнозом вторинна деформація верхньої губи та носа, лівобічне незрощення коміркового паростку, дефект переднього відділу твердого піднебіння. 31.07.08. проведено ліквідацію дефекту альвеолярного відростка та переднього відділу твердого піднебіння за запропонованим методом. Навколо дефекту на альвеолярному відростка та переднього відділу твердого піднебіння були викроєні, відшаровані та відвернуті на 180° слизово-окісні клапті, між собою фіксовані швами з вікрилу. Після чого викроювався з язикового клаптя клапоть на ніжці, звернений до дистального краю дефекту у передньому відділі твердого піднебіння. Викроєний клапоть повертався в горизонтальній площині на 180° та вкладався на ранову поверхню, фіксувався по краю дефекту швами з вікрилу. На 8 добу відмічалося первинне загоєння клаптя до ранової поверхні. Клінічний та анатомічний результати оцінені на "відмінно".

Спосіб ліквідації дефекту альвеолярного відростка та переднього відділу твердого піднебіння, що заявляється, був застосований у 5 дітей із вродженими дефектами альвеолярного відростка та переднього відділу твердого піднебіння в дитячому щелепно-лицевому відділенні ДКЛ №7 м. Києва. У всіх хворих отриманий кращий анатомічний та косметичний результати, ніж у дітей, що були прооперовані за раніш запропонованими методиками. Оцінка результатів (за п'ятибальною шкалою) операції формування ложа за запропонованою методикою показала, що у 80% випадках були отримані оцінки "відмінно", порівняно з прототипом, при якому у 60% були відмічені добрі та задовільні результати.

Джерела інформації:

1. Кручинский Г.В. Сложные трансплантаты в пластической хирургии лица. - Минск, 1978. - 346с.
2. Чуйкин С.В. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба. - Москва, 2005. - С.148-149.
3. Самар Э.Н. Хирургическое устранение остаточных дефектов и деформаций неба после уранопластики. Автореф. канд дисс. М, 1964.
4. Гончарова Е.А., Бельченко В.А., Гончаков Г.В. К вопросу о тактике оперативного лечения пациентов с дефектами нёба и альвеолярного отростка верхней челюсти. // Материалы II Всероссийской научно-практической конференции Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. - Москва, 2006. - С.50-51.
5. Лапковский В.И., Любецкий А.В. Метод пластического устранения остаточных послеопераци-

онных дефектов и деформаций неба лоскутом на сосудистой ножке // Материалы 12-й международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов "Новые технологии в стоматологии". - СПб, 2007 - С.128-129.

6. Гончакова С.Г., Гончаков Г.В., Притыко А.Г. Хирургическое лечение больных с обширными

дефектами твердого неба // Материалы III Всероссийской научно-практической конференции "Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения." - Москва, 2009. - С.115-117.

