



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 53476

(13) A

(51) 7 A61B1/24

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДВОСТОРОННЬОЇ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ

1

2

(21) 2002064803

(22) 11 08 2002

(24) 15 01 2003

(46) 15 01 2003, Бюл. № 1, 2003 р.

(72) Кудінов Вячеслав Олександрович

(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. С.І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО(57) Спосіб двосторонньої хейлопластики, що по-
лягає у використанні прямокутних шкірно - м'язово

- слизових шматків та об'єднанні м'язових шматків верхньої губи, який відрізняється тим, що по краях центрального фрагмента губи формують два рухливих шкірно-м'язових шматки на серединній живильній ніжці і прилегли до них бічні кістково-м'язові кишені, в які вводять мобілізовані до осно-ви крила носа м'язові шматки з периферичних фрагментів, потім фіксують їх між собою

Спосіб стосується медицини, а саме щелепно-лицевої хірургії, і може бути використаний при лікуванні двосторонніх розщелин верхньої губи.

Відомий спосіб двосторонньої хейлопластики (Ю.И. Вернадский Травматология и восстановительная хирургия черепно - челюстно - лицевой области - М. Мед. Лит-ра, 1999 - С. 170 - 171) за Е.В. Гоцько, який полягає в освітленні країв рани, формуванні шкірно-м'язово-слизових шматків у нижній третині верхньої губи, наступного їх переміщення, відновлення червоної облямівки верхньої губи і пошарового ушивання шкіри, слизової і м'язової тканин у шов, що дозволяє відновити цілісність верхньої губи та її функцію.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату, є (підвищення ефективності хейлопластики) птопоз тканин центрального фрагмента та атрофія м'язових волокон на центральному і периферичному фрагментах, що при зшиванні їх шов у шов не дозволяє сформувати повноцінну топографо-морфологічну структуру кругового м'яза і знижує функціональні можливості верхньої губи, крім того, після зшивання країв роз'єданого м'яза, в силу значного натягу тканин, виникає навантаження на атрофовані волокна, розташовані по краю рани і розтягання ділянки м'яза на центральному фрагменті. Зазначені обставини погіршують функцію відновленого таким шляхом м'яза.

Як прототип обрано спосіб двосторонньої хейлопластики (Ю.И. Вернадский Травматология и восстановительная хирургия черепно - челюстно - лицевой области - М. Мед. Лит-ра, 1999 - С. 168 - 169), за Козлюком В.І., який полягає в тому, що в нижній третині верхньої губи формують шкірно-м'язово-слизові шматки, для відновлення чер-

воної облямівки, а по краях верхньої губи освіжають краї розщелини, на центральному фрагменті цілком відшаровують шкіру від м'яза і відкидають шкірний шматок, на периферичних фрагментах звільняють краї кругового м'яза, переміщують їх і накладають на зовнішню поверхню м'яза центрального фрагмента, зшивають між собою, шкірний шматок укладають на переміщений м'яз, слизову і шкіру ушивають.

Ознаками прототипу, що збігаються з істотними ознаками запропонованого способу, є використання прямокутних шкірно - м'язово - слизових шматків та об'єднанні м'язових шматків верхньої губи.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення ефективності хейлопластики), є повне відокнення шкіри на центральному фрагменті від м'яза, що порушує шкірно-м'язові взаємовідносини і конфігурацію стовпчиків і фільтрум верхньої губи, формування в післяопераційному періоді рубцевих тяжей під шкірою, що разом з відшарованими колонками і фільтрумом погіршують природний вид верхньої губи, використання для пластики коротких і вузьких м'язових шматків з периферичних фрагментів, їх неповне зведення назустріч один одному, зв'язку з чим формується неповноцінна м'язова дублюатура і не забезпечується достатній обсяг птопозованих тканин, ішемія і порушення трофіки м'яза на центральному фрагменті за рахунок стиснення накладених на неї м'язових шматків з периферичних фрагментів.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу двосторонньої хейлопластики шляхом створення більш повноцінної структури кругового м'яза рота і підвищення її функціональ-

(13) A

(11) 53476

(19) UA

них можливостей, виключення травматизації шкіри верхньої губи та її анатомічних утворень - стовпчиків і фільтрум, виключення післяопераційних рубцевих втягнень шкіри і наступної її деформації, що дозволяє зберегти природний вид верхньої губи, недопущення стиснення м'яза на центральному фрагменті і порушення його функції.

Поставлена мета досягається тим, що в собі двосторонньої хейлопластики, що полягає у використанні прямокутних шкірно - м'язово - слизових шматків та об'єднанні м'язових шматків верхньої губи, згідно винаходу, по краях центрального фрагмента губи формують два рухливих шкірно-м'язових шматки на серединній живильній ніжці і прилегли до них бічні кістково-м'язові кишені, в які вводять мобілізовані до основи крила носа м'язові шматки з периферичних фрагментів, потім фіксують їх між собою.

Між сукупністю істотних ознак способу і технічним результатом, що може бути досягнутим, виявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок віддалення м'яза центрального фрагмента від міжщелепної кістки дозволяє зберегти цілісність тканин на центральному фрагменті і природній конфігурації верхньої губи, виключити рубцювання під шкірою та її втягнення, формування мобільних шкірно-м'язових шматків на центральному фрагменті верхньої губи дозволяє вільно перемістити їх попереду, підвести під них повноцінні м'язові шматки з периферичних фрагментів і збільшити обсяг гіпоплазованої ділянки м'яза верхньої губи, що зберігає природний вид губи, об'єднання атрофованих м'язових волокон центрального і периферичного фрагментів у дублікатуру підвищує функціональну можливість кругового м'яза рота та в цілому верхньої губи.

Спосіб двосторонньої хейлопластики проілюстровано графічним матеріалом: фіг 1, фіг 2, фіг 3, фіг 4, фіг 5.

На фіг 1 зображено загальний вид двосторонньої розщелини верхньої губи та схема розрізів, де заштрихована смужка шкіри, що підлягає видаленню. На фіг 2 показано переміщення прямокутних шкірно - м'язово - слизових шматків на периферичних фрагментах верхньої губи, вільні краї м'язових шматків після їх формування, штрихом позначено зону виділення м'яза. На фіг 3 зображено етап операції після формування шкірно-м'язових шматків на центральному фрагменті і м'язових шматків на периферичних фрагментах. На фіг 4 представлено положення м'язів і тканин після пластики. На фіг 5 - зовнішній вид верхньої губи після хейлопластики.

На фіг 1 - 5 наступні позначення: 1 - центральний фрагмент, 2 - периферичні фрагменти, 3 - шкірно-м'язово - слизові шматки, 4 - вільний край м'язового шматка, 5 - зовнішній край крила носа, 6 - шкіра, 7 - м'яз центрального фрагменту, 8 - слизова оболонка, 9 - міжщелепна кістка, 10 - шкірно-м'язові шматки, 11 - кістково-м'язові кишені, 12 - мобілізовані м'язові шматки.

Спосіб полягає в наступному:

Під ендотрахеальним наркозом на периферичних фрагментах верхньої губи намічають контури і лінії розрізів шкірно-м'язово-слизових шматків 3 (фіг 1), які формують в нижній третині губи (фіг 2)

Вище останніх, паралельно дефекту, відступаючи 2мм від межі зі слизовою оболонкою роблять розрізи шкіри, заштриховану смужку шкіри шириною в 2мм і слизову по краю дефекту висікають і формують вільні краї м'язових шматків кругового м'яза 4.

Приступають до мобілізації м'язових шматків 12, від основи шкірно - м'язово - слизових шматків 3 у напрямку до крила носа 5 визначають краї кругового м'яза на периферичних фрагментах 2, від слизової 8 і шкіри до рівня зовнішнього краю крила носа 5 в межах 6 - 8мм (фіг 3). Утворені м'язові шматки мають вільний кінець, добре змішуваний край 4, звернений вбік дефекту.

На центральному фрагменті 1 верхньої губи формують шкірно-м'язові шматки 10 (фіг 3), ділянку кругового м'яза відшаровують по обидва боки від міжщелепної кістки 9, залишаючи в центрі вертикальну перемичку - живильну ніжку. Звільнені краї м'яза з боку дефекту піднімають догори, у кістково-м'язові кишені 11, що утворилися, вводять у вільні краї м'язових мобілізованих шматків 12 периферичних фрагментів 2, створюючи м'язову дублікатуру на центральному фрагменті 1 (фіг 4).

Звернені один до одного фрагменти м'язових шматків 12 і 10 зшивають хромованим кетгутом, операцію закінчують переміщенням прямокутних шкірно - м'язово - слизових шматків 3 (фіг 2) під нижній край центрального фрагмента 1 і пошаровим ушиванням ран (фіг 3).

Запропонований спосіб двосторонньої хейлопластики дозволяє усунути природжену неповноцінність атрофованих м'язових волокон і гіпоплазованої ділянки кругового м'яза рота, відновити повноцінний обсяг центрального фрагмента, зберегти конфігурацію верхньої губи і підвищити функціональний та естетичний ефект операції.

Клінічні приклади

Приклад 1

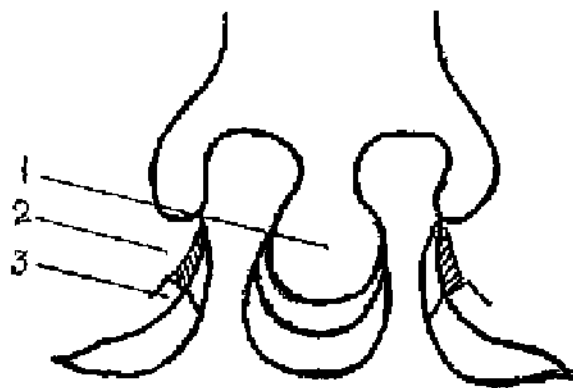
Хвора К, 12 місяців, надійшла на лікування з приводу двосторонньої розщелини верхньої губи, історія хвороби №8499. На міжщелепній кістці визначався центральний фрагмент верхньої губи з вираженою гіпоплазією шкірно-м'язового комплексу.

23.09.1998 - зроблена операція двостороння хейлопластика з формуванням шкірно-м'язових шматків і кістково-м'язових кишеней на центральному фрагменті і пластиком мобільними м'язовими шматками з периферичних фрагментів. Це дозволило відновити повноцінний обсяг центрального фрагмента та його м'язової структури, що клінічно визначалося гарним естетичним результатом і повноцінною функцією верхньої губи.

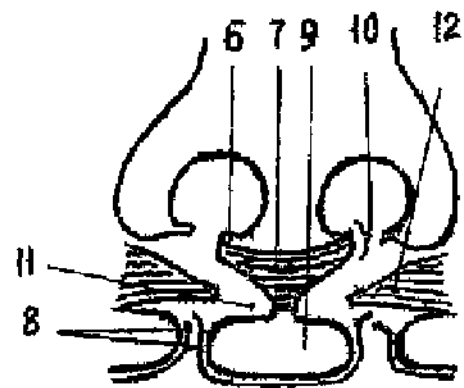
Приклад 2

Хвора А, історія хвороби №1933. Діагноз: природжена повна двостороння розщелина верхньої губи.

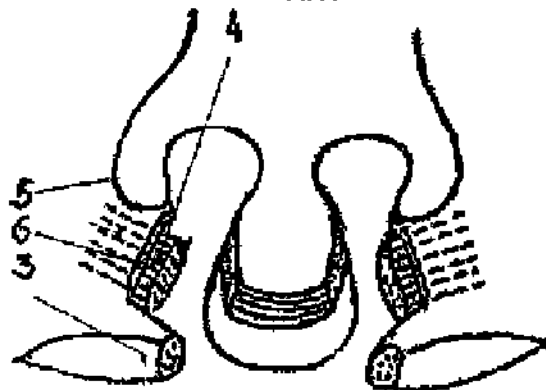
19.03.1997 - проведена двостороння хейлопластика за запропонованою методикою. Контрольні огляди через 1 і 2 роки показали: верхня губа має достатній обсяг, добре виражені стовпчики і фільтрум, зовні форма губи правильна, пропорційна всім відділам обличчя, функція губи збережена в повному обсязі.



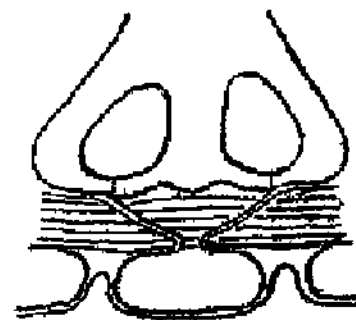
Фиг.1



Фиг.3



Фиг.2



Фиг.4



Фиг.5