



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 61532

(13) A

(51) 7 A61B17/24

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

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ УТВОРЕННЯ ЗАЛИШКОВОГО ДЕФЕКТУ ПЕРЕДНЬОГО ВІДДІЛУ ПІДНЕБІННЯ ПРИ УРОДЖЕНИХ КОМБІНОВАНИХ ЩІЛИНАХ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І ПІДНЕБІННЯ

1

2

(21) 2003021616

(22) 24 02 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Гулюк Анатолій Георгійович, Крикмас Генріх  
Генадійович, Птічкіна Юлія Олександрівна(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб профілактики утворення залишкового дефекту переднього відділу піднебіння при уроджених комбінованих щілинах верхньої губи і піднебіння, що включає проведення операції хейлопластики з формуванням дублікатури тканин в ділянці переднього відділу піднебіння, який відрізняється тим, що формування дублікатури тканин проводять на етапі первинної операції

Винахід відноситься до медицини, а саме до галузі реконструктивної хірургії щелепно-лицьової області, і може бути використаний для хірургічного усунення дефекта альвеолярного паростка і піднебіння у дітей з вродженою комбінованою розщипиною губи і піднебіння.

Найбільш близьким за суттю і досягнутим результатом є методика операції при односторонніх розщипинах альвеолярного паростка, твердого і м'якого піднебіння [1].

За вказаним способом проводять освіження і поширене накладання швів на слизову оболонку носа. По формі кісного дефекту піднебіння з демінералізованою кортикальною смужкою розщепленого ребра викроюють пластину, котра перекриває край дефекта на 2-3 мм. Проводять зберігаючу декортикацію країв піднебінних паростків і зі сторони порожнини рота на 2-3 мм. Демінералізовану пластинку накладають на кісний дефект. На малому фрагменті незрощення викроюють язикообразної форми лоскут, максимально його мобілізують у сторону розщипини і ушивають зі слизовою великого фрагмента піднебіння, закриваючи таким чином розщипину.

Далі виконують розтин слизової з вестибулярної сторони від перехідної і донизу до гребня альвеолярного паростка в області відсутнього різця. Слизову мобілізують і закривають передній відділ розщипини. Вершину трикутного лоскута з'єднують кетгутовими швами з язикообразним лоскутом піднебіння, у два шари перекриваючи таким чином розщипину.

До негативного результату вказаного способу необхідно віднести створення ротоносових співгортів і дефектів переднього відділу піднебіння, що спочатку обумовлено тим, що подовження підне-

біння пов'язане з необхідністю ретротранспозиції тканин. Постійний заброс вмісту рота у порожнину носа сприяє виникненню хронічних ринітів, гайморитів. Необхідне проведення додаткових етапів хірургічного лікування, що значно подовжує процес медичної і соціальної реабілітації дітей старших вікових груп.

В основу винаходу поставлено задачу вдосконалення способу хейлопластики, в якому використовується операція хейлопластики з пластикою переднього відділу піднебіння, що дозволяє забезпечити закриття переднього відділу піднебіння і створення дублікатури в області дна переддвір'я, що майже виключає створення залишкових дефектів і полегшує наступне закриття розщипини піднебіння.

Поставлена задача вирішується тим, що формують дублікатуру тканин в області переднього відділу піднебіння на етапі первинної хейлопластики.

Спосіб виконується наступним чином.

Оперативне втручання починали з формування слизово-окісних клаптів для періостеопластики альвеолярного відростка і переднього відділу твердого піднебіння.

При плануванні розтинів враховували необхідність надійного відновлення дна носового ходу, склепіння переддвір'я порожнини рота і переднього відділу піднебіння.

На великому фрагменті розтин слизової і окіста здійснювали по лінії між лемешем і міжщелепною кісткою до основи шкірної частини перетинки носа і далі вздовж кордону між шкірою і слизовою оболонкою до місця перетину червоної облямівки губи і укороченої колонки фільтрума. Розтин подовжували через вільний край верхньої губи під

(13) A

(11) 61532

(19) UA

кутом  $120^\circ$  на вестибулярну поверхню до перехідної складки. Далі лінію розтину продовжували вздовж вуздечки верхньої губи до міжзубного сочоска. При наявності III зубів слизову оболонку розтинали, окаймляючи вестибулярний і апроксимальні поверхні коронки і зуба до межі з піднебінною поверхнею. Сформований таким чином слизово-окисний клапоть відшаровували від підлягаючих тканин зі збереженням піднебінної живлячої ніжки в області різцевого отвору. Вказаний клапоть розвертали у бік розщиплини на  $90^\circ$  з метою подальшого відновлення переднього відділу піднебіння. Розташований проксимально від лінії розтину слизово-окисний клапоть також відшаровували від нижнього краю чотирикутного хряща і розвертали вгору і медіально з метою подальшого формування дна носового ходу (фіг 1).

Планування розтину на малому фрагменті здійснювали вздовж кордону між слизовою оболонкою піднебіння і нижнього носового ходу в межах передньої третини твердого піднебіння. Розтин продовжували вперед до межі зі шкірою. При цьому проведення розтину вище вказаної лінії може привести надалі до звуження носового ходу і порушення носового дихання. Далі лінію розтину розташовували вздовж межі слизової оболонки і шкіри латерального фрагмента верхньої губи до точки перетину межового валика фільтрума і лінії червоної кайми верхньої губи. Від вказаної точки лінію розтину повертали на  $120^\circ$  у бік розщиплини з подальшим переходом останнього на слизову оболонку переддвір'я верхньої губи до перехідної складки.

Вказаний розтин доповнювали розтином слизової і окістя від точки перетину попереднього розтину вздовж борозни, утвореної латеральним фрагментом альвеолярного паростка і краєм розщиплини верхньої губи до гребня альвеолярного паростка. Таким чином, на латеральному фрагменті розщиплини формували два клапти слизово-окисний клапоть, утворений біля краю альвеолярного паростка, який після розвороту на  $180^\circ$  у бік розщиплини використали для відновлення переднього відділу піднебіння, і слизово-м'язовий клапоть з живлячою ніжкою по перехідній складці, що використовується надалі для відновлення вестибулярної поверхні альвеолярного паростка і склепіння переддвір'я (фіг 2).

Далі здійснювали економне висікання змінених м'язових волокон колового м'яза біля краю розщиплини на латеральному фрагменті верхньої губи. На медіальному фрагменті купьшу м'яза широко мобілізували від кісткової основи в області *spina nasalis anterior inferior* і передній поверхні міжщелепної кістки, слизової оболонки склепіння переддвір'я, шкіри і слизової оболонки вестибулярної поверхні верхньої губи. Дана маніпуляція дозволяє перемістити недорозвинений фрагмент колового м'яза донизу без розтину покривних тканин. На латеральному фрагменті верхньої губи після розтину шкіри і висікання края колового м'яза здійснювали

і мобілізацію від краю грушовидного отвору, слизової склепіння переддвір'я, передньої поверхні верхньощелепної кістки біля краю розщиплини і хрящової основи латерального крила носа. Після мобілізації верхній полюс латерального фрагмента м'яза переміщували медіально в простір, утворений внаслідок переміщення донизу серединного фрагмента м'яза. У подальшому фрагменти м'яза ушивали "на себе" лігатурами з викрипа.

Таким чином відновлювали м'язову основу верхньої губи. При цьому відновлення покривних тканин здійснювали шляхом раціонального збиження мобілізованих фрагментів шкіри і слизової оболонки.

Приклад конкретного використання способу

Пацалюк Є, 2001 року народження, історія хвороби №176

Діагноз: Повна наскрізна комбінована розщипина верхньої губи і піднебіння

Протокол операції

Під кетомінованим наркозом і інфільтраційною анестезією (Sol Lidocoini, 0,5%, 5ml) виконані розтини по границі червоної кайми і шкіри вертикальної частини розщиплини верхньої губи. На великому фрагменті розтин дали подовжений через червону кайму і слизову оболонку на альвеолярному паростку.

Лоскут червоної кайми і слизово-надкисничний лоскут відшарований і перевернутий на  $180^\circ$  в сторону дефекта альвеолярного паростка.

На малому фрагменті лоскут червоної кайми відшарований в сторону переддвір'я. По краю дефекта альвеолярного паростка зліва створена ранова поверхня. Також освіжений край дефекта зі сторони твердого піднебіння. Лоскут з великого фрагмента губи підшитий до краю дефекта твердого піднебіння і до малого фрагмента альвеолярного паростка, перекривив дефект з піднебінної сторони.

У верхньому відділі губи викроєні трикутні лоскути за Міллард. Шви на шкіру, червону кайму, слизову оболонку губи. Спереду дефект альвеолярного паростка закритий лоскутом з малого фрагмента губи.

Задовільний результат встановлено через півроку (фіг 3, фіг 4).

Запропонований спосіб профілактики створення залишкового дефекта переднього відділу піднебіння при вроджених комбінованих розщипинах губи і піднебіння, в порівнянні з прототипом, забезпечує первинне закриття переднього піднебіння і створення двошарової стінки дна носа, що приводить до фізіологічного розділення порожнини рота і носа, а також виключає створення передніх рото-носових свищів і полегшує наступне закриття розщиплини піднебіння.

Література

1 Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии — Том III — Киев, 2000



Fig. 1

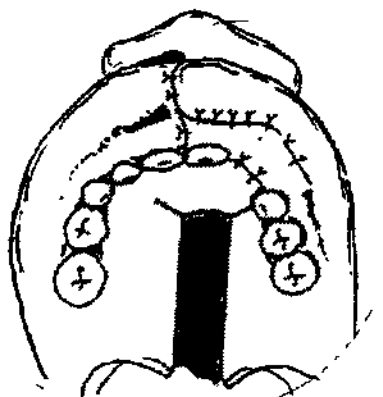


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4