



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65175 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ УРАНОСТАФІЛОПЛАСТИКИ

1

(21) u201106391

(22) 23.05.2011

(24) 25.11.2011

(46) 25.11.2011, Бюл.№ 22, 2011 р.

(72) МУЗИЧИНА ГАННА АЛИМІВНА, БУГОРКОВА
ІРИНА АНАТОЛІЇВНА, ЗОЛОТАРЕНКО ІГОР ОЛЕ-
ГОВИЧ, ХРИПАЧЕНКО МИКИТА ІГОРОВИЧ(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб ураностафілопластики, що включає лінійний розріз по краю щілини, який в передньому відділі великого фрагмента переходить на слизово-надкісничний клапоть та продовжується косо у напрямку до різця, розрізи по внутрішній поверхні альвеолярного відростка від останнього моляра до різців, розрізи від останніх молярів по крилоподібнощелепних складках, розсування клітковини до внутрішнього крилоподібного м'яза, надламування гачків крилоподібних відростків та їх переміщення до середньої лінії разом з прикріпленими

2

до них м'язами, відшаровування слизово-надкісничного покриву твердого піднебіння та слизової оболонки носа, мобілізацію судинно-нервових пучків за рахунок їх витягування з піднебінних отворів, перекидання трикутного клаптя переднього відділу великого фрагмента на 180° та його укладання на передній відділ піднебінної пластинки малого фрагмента з фіксацією до протилежної носової слизової оболонки, вільне переміщення слизово-надкісничних клаптів на судинних ніжках дозад і до середньої лінії, препарування м'язів м'якого піднебіння, пошарове ушивання носової слизової оболонки, м'яза, ротової слизової оболонки, укладання в навкологлоткові ніші лікарського засобу, фіксацію захисної піднебінної пластинки, який **відрізняється** тим, що як лікарський засіб, який вкладають в навкологлоткові ніші, використовують колагенову мембрану "Коллост", після чого краї ніш зближують навідними швами.

Спосіб належить до медицини, а саме до хірургічної стоматології, і може застосовуватися під час проведення операції ураностафілопластика.

Відомим є спосіб щадної ураностафілопластики, взятий за прототип [1]. За цього способу роблять лінійний розріз по краю щілини, на великому фрагменті в передньому відділі розріз переходить на слизово-надкісничний клапоть та продовжується косо у напрямку до різця. Потім проводять розрізи по внутрішній поверхні альвеолярного відростка від останнього моляра до різців, та розрізи від останніх молярів по крилоподібнощелепних складках. Распатором розсовують клітковину до внутрішнього крилоподібного м'яза, пальцем надламують гачки крилоподібних відростків та переміщують до середньої лінії разом з прикріпленими до них м'язами. Відшаровують слизово-надкісничний покрив твердого піднебіння та слизову оболонку носа, мобілізують судинно-нервові пучки за рахунок витягування з піднебінних отворів. В передньому відділі великого фрагмента трикутний клапоть пе-

рекидають на 180° та укладають на передній відділ піднебінної пластинки малого фрагмента і фіксують до протилежної носової слизової оболонки. Слизово-надкісничні клапті на судинних ніжках вільно переміщують дозад і до середньої лінії, препарують м'язи м'якого піднебіння та пошарово ушивають носову слизову оболонку, м'яз, ротову слизову оболонку. Навкологлоткові ніші тампують йодоформними турундами. Операцію завершують фіксацією захисної піднебінної пластинки.

Проте цей спосіб має недоліки: розвиток стійких вторинних деформацій верхньої щелепи в результаті утворення масивних рубців у місцях загоювання ран вторинним натягом, погіршення нормальної гігієни ротової порожнини, обумовлене необхідністю тривалого застосування йодоформних турунд, а також технічні труднощі й дискомфорт пацієнта, пов'язані з їх заміною, тривалий термін загоювання й епітелізації ранових поверхонь.

В основу корисної моделі поставлено задачу зниження ступеня вираженості вторинних

(13) U

(11) 65175

(19) UA

деформацій верхньої щелепи в пізньому післяопераційному періоді, нормалізація гігієни ротової порожнини, скорочення строків загоювання післяопераційних ран, зменшення кількості лікарських маніпуляцій, підвищення комфорту пацієнта в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі ураностафілопластики, що включає лінійний розріз по краю щілини, який в передньому відділі великого фрагмента переходить на слизово-надкисничний клапоть та продовжується косо у напрямку до різця, розрізи по внутрішній поверхні альвеолярного відростка від останнього моляра до різців, розрізи від останніх молярів по крилоподібнощелепних складках, розсування клітковини до внутрішнього крилоподібного м'яза, надламування гачків крилоподібних відростків та їх переміщення до середньої лінії разом з прикріпленими до них м'язами, відшаровування слизово-надкисничного покриву твердого піднебіння та слизової оболонки носа, мобілізацію судинно-нервових пучків за рахунок їх витягування з піднебінних отворів, перекидання трикутного клаптя переднього відділу великого фрагмента на 180° та його укладання на передній відділ піднебінної пластинки малого фрагмента з фіксацією до протилежної носової слизової оболонки, вільне переміщення слизово-надкисничних клаптів на судинних ніжках дозад і до середньої лінії, препарування м'язів м'якого піднебіння, пошарове ушивання носової слизової оболонки, м'яза, ротової слизової оболонки, фіксацію захисної піднебінної пластинки, згідно з корисною моделлю, у навкологлотковій ніші вкладається колагенова мембрана "Коллост", після чого краї ніш зближуються навідними швами.

Спосіб здійснюється таким чином: після настання наркозного сну й антисептичної обробки операційного поля роблять лінійний розріз по краю щілини, на великому фрагменті в передньому відділі розріз переходить на слизово-надкисничний клапоть та продовжується косо у напрямку до різця. Потім проводять розрізи по внутрішній поверхні альвеолярного відростка від останнього моляра до різців, та розрізи від останніх молярів по крилоподібнощелепних складках. Распаротом розсовують клітковину до внутрішнього крилоподібного м'яза, пальцем надламують гачки крилоподібних відростків та переміщують до середньої лінії разом з прикріпленими до них м'язами. Відшаровують слизово-надкисничний покрив твердого піднебіння та слизову оболонку носа, мобілізують судинно-нервові пучки за рахунок витягування з піднебінних отворів. В передньому відділі великого фрагмента трикутний клапоть перекидають на 180° та укладають на передній відділ піднебінної пластинки малого фрагмента і фіксують до протилежної носової слизової оболонки. Слизово-надкисничні клапті на судинних ніжках вільно переміщують дозад і до середньої лінії, препарують м'язи м'якого піднебіння та пошарово ушивають носову слизову оболонку, м'яз, ротову слизову оболонку. У навкологлотковій ніші вкладають колагенову мембрану "Коллост", після чого краї ніш зближують навідними швами.

Операцію завершують фіксацією захисної піднебінної пластинки.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу.

Хвора А., 1 року 5 міс., 06.09.10 р. була прийнята до стаціонару ЦМКЛ №1 ШЛХВ №2 м. Донецьк на етапне хірургічне лікування з приводу природженої повної лівобічної щілини верхньої губи, твердого та м'якого піднебіння зі скаргами батьків на наявність у дитини анатомічного дефекту твердого та м'якого піднебіння, потрапляння рідкої фракції їжі в носову порожнину.

Під час вступу до стаціонару з боку внутрішніх органів патологічних змін не виявлено. Гемограма без відхилень від норми. Обличчя асиметричне за рахунок недорозвинення середньої третини обличчя, гіпертрофічних рубців верхньої губи після лівобічної хейлопластики, зменшення висоти верхньої губи, деформації лінії Купідона, червоної облямівки верхньої губи. Шкіра й видимі слизові оболонки нормального забарвлення без патологічних змін за виключенням місцевого статусу, регіонарні лімфовузли не пальпуються, відкривання рота в повному обсязі, неболюче, прикус молочний. Альвеолярна дуга верхньої щелепи не змінена. Тверде піднебіння клінічно характеризується наявністю щілиноподібного дефекту в сагітальній площині від альвеолярного відростка до язичка м'якого піднебіння з максимальною шириною на рівні межі твердого та м'якого піднебіння 1,2 см. Середній відділ глотки розширений, слизова оболонка ротової порожнини блідо-рожевого кольору, без патологічних змін, язик рухомий, мигдалики не збільшені.

07.09.10 р. хворій проведено операцію ураностафілопластики заявленим способом.

На 1 добу після операції: хвора пред'являє скарги на болючість під час відкривання рота, невиражену болючість в ділянці післяопераційної рани. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 36,8, апетит і сон не порушені. Місцево: шкірні покриви в кольорі не змінені, змикання губ не порушене, відкривання рота вільне, дещо болюче. Слизова оболонка піднебіння в ділянці операційної рани незначно гіперемована. Захисна піднебінна пластинка фіксована задовільно. Шви спроможні.

На 3 добу: хвора скарг не пред'являє. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 36,6, апетит і сон не порушені. Шкірні покриви в кольорі не змінені. Змикання губ не порушене, відкривання рота в повному обсязі, вільне, неболюче. Слизова оболонка піднебіння в ділянці операційної рани звичайного кольору, волога, блискуча. Післяопераційна рана загоюється частково первинним, частково вторинним натягом під захисною піднебінною пластинкою. Шви спроможні. Проведено зняття захисної пластинки, туалет післяопераційних ран, асептична обробка ротової порожнини, обробка обліпиховою олією, фіксація захисної піднебінної пластинки.

На 5 добу: хвора скарг не пред'являє. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 36,6, апетит і сон не порушені. Шкірні покриви в кольорі не змінені. Змикання губ не по-

рушене, відкривання рота в повному обсязі, вільне, неbolюче. Слизова оболонка піднебіння в ділянці операційної рани звичайного кольору, волога, блискуча. Післяопераційна рана загоюється частково первинним, частково вторинним натягом під захисною піднебінною пластинкою. Шви спроможні. Проведено видалення захисної пластинки, туалет післяопераційних ран, асептична обробка ротової порожнини, обробка обліпиховою олією.

На 7 добу: хвора скарг не пред'являє. Об'єктивно: загальний стан задовільний, температура тіла 36,6, апетит і сон не порушені. Шкірні покриви в кольорі не змінені. Змикання губ не порушене, відкривання рота в повному обсязі, вільне, неbolюче. Слизова оболонка піднебіння в ділянці операційної рани звичайного кольору, волога, блискуча.

Післяопераційна рана загоїлася частково первинним, частково вторинним натягом. Шви з кетгуту розсмокталися. Анатомічну цілісність твердого та м'якого піднебіння відновлено в повному обсязі.

Хвора виписується з відділення в задовільному стані, їй дано рекомендації.

Під час проведення біометрії діагностичних моделей щелеп через 6 місяців спостерігалася стабілізація горизонтальних розмірів верхньої щелепи. Через 12 місяців було відзначено позитивну тенденцію горизонтального росту.

Перевагами заявленого способу є значне зниження ступеня вираженості вторинних деформацій верхньої щелепи, зменшення больового синдрому й ранового запалення, нормалізація гігієни ротової порожнини та скорочення строків загоювання післяопераційних ран у результаті застосування колагенових мембран "Коллост", які прискорюють відновлення сполучної та кісткової тканин із формуванням на місці рани подібної за будовою до нормальної тканини, що зменшує утворення рубців, нівелюючи вплив некомпенсованих сил, що викликають вторинну деформацію верхньої щелепи.

Джерела інформації:

1. Чуйкин СВ., Персии Л.С., Давлетшин Н.А. Врожденная расщелина верхней губы и неба / Под. ред. СВ. Чуйкина. - М.: ООО "Медицинское информационное агенство", 2008. - С. 154-158.