

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до хірургічної стоматології, і може бути застосований у хворих з вродженими малформациями обличчя.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є метод хірургічного відновлення верхньої губи за методикою Мілларда (1), за якою здійснюють розмітку шкірно-м'язових клаптів з метою мобілізації і переорієнтації м'язових волокон в напрямі, паралельному основі носового ходу.

Формування розрізів за вказаною методикою забезпечує оптимальний доступ, але використання цього методу сприяє частковому розв'язанню проблеми лікування цього виду малформатії у дитячому віці без урахування наслідків впливу на паросткові зони у віддалені терміни після хейлопластики.

В основу винаходу поставлено задачу вдосконалення способу поетапного відновлення верхньої губи у хворих з вродженою двосторонньою сполучною розщілиною шляхом поетапного відновлення колового м'яза рота з одномоментною періостіопластикою альвеолярного відростка і формуванням переддвір'я порожнини рота, що дозволить скоротити кількість повторних хірургічних операцій, покращити функціональні і естетичні результати операції, створити сприятливі умови для уранопластики.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, відновлення колового м'яза рота виконують поетапно в області нижньоносового остяка у сукупності з одномоментною періостіопластикою альвеолярного відростка і формування переддвір'я порожнини рота.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Означаються обмежувальні точки на латеральному і медіальному фрагментах верхньої губи. Розтин клаптів проводять на латеральному фрагменті губи вздовж границі між слизовою оболонкою нижнього носового ходу і піднебіння з подальшим переходом на границю червоної облямівки (фіг.1а). Лінію розтину продовжують до точки верхньо-бокового згину дуги Купідона. Далі розтин продовжують перпендикулярно червоній облямівці. Створений клапоть червоної облямівки відсепаровують в сторону переддвір'я порожнини рота широким виділенням шарового м'яза рота. Далі проводять вертикальний розтин слизової оболонки і надкісничі паралельно краю розщілини на альвеолярному відростку, відступаючи від останнього на 4-5мм. Слизово-надкісничний клапоть біля краю розщілини відшаровують і перекидають в сторону дефекта альвеолярного відростка. Далі призводять розтин "кочерги" за Лімбергом по перехідній складці, довжиною 2-2,5см (фіг.1б).

На медіальному фрагменті (пролябіумі) лінію розтину також починали на межі слизової оболонки нижнього носового ходу і піднебіння.

Розтин продовжують по границі між шкірою і червоною облямівкою до обмежуючої точки. Далі розріз продовжують перпендикулярно червоній облямівці з переходом на премаксилу - до краю міжщелепної кістки. Відшаровують слизисті і слизисто-надкісничні клапті. Слизисто-надкісничний клапоть переміщують на 180° в сторону розщілини і зшивають зі слизисто-надкісничним клаптем латерального фрагмента альвеолярного відростка, створюючи ньобну стінку альвеолярного відростка.

Далі мобілізують краї слизової оболонки крилів носа і перетинки, зшивають їх між собою, створюючи передній відділ нижнього носового ходу (фіг.1в). Виділяють шаровий м'яз рота на латеральному фрагменті на глибину біля 1-1,5см, проводять крайові висічення її (частину волокон м'яза, що йдуть вертикально догори). Формування шкірно-м'язових клаптів на медіальному фрагменті губи здійснюють розтином шкіри від середини основи перетинки носа до раневої поверхні таким чином, щоб створювався рівнобедрений трикутник (за методом Millard).

На латеральному фрагменті верхньої губи у основи крила носа проводять горизонтальний розтин шкіри довжиною, яка дорівнює висоті трикутника, створеного на медіальному фрагменті (пролябіумі). Для мобілізації фрагментів пролябіума проводять висічення його від міжщелепної кістки і зміщують донизу.

Далі накладали шви на коловий м'яз з вікріла (4/0), підтягуючи його до середньої частини пролябіума (на рівні перетинки носа).

Переддвір'я області пролябіума формували за рахунок клаптів червоної облямівки, створених на латеральному фрагменті, котрі водночас перекривають дефект вестибулярної поверхні альвеолярного відростка (фіг.1г).

Викроєні шкірні клапті на латеральному і медіальному фрагментах верхньої губи переміщують відносно одне одного, збільшивши тим самим висоту губи.

Накладають шви на шкіру (пролен 6/0) червону облямівку слизову оболонку (вікріл 4/0) (фіг.1д).

Приклад конкретного використання способу.

Хворий К., 10.10.1999р.н. (історія хвороби №45).

Діагноз: Вроджена двостороння сполучна кізна повна розщілина верхньої губи і піднебіння (фіг.2).

25.04.2000р. проведений I етап оперативного лікування. Оперативне втручання проводили на стороні більш широкої розщілини - справа (фіг.1) описаним вище способом.

Було здійснено відновлення колового м'яза в області верхньої третини міжщелепної кістки, закрито дефект альвеолярного відростка шляхом викроювання і ушивання слизисто-надкісничних і слизистих клаптів, сформовано переддвір'я порожнини рота в області пролябіума.

Заживлення рани наступило первинним натягом. Шви зняті на 7-у добу.

II етап оперативного втручання проведено через 1,5 місяця 6.06.2000р.(історія хвороби №64) за такою ж методикою.

При виконанні другого етапу переміщення латерального фрагмента шарового м'яза рота здійснюють до основи перетинки носа, зокрема до м'язового фрагмента протилежної сторони.

Заживлення рани наступило первинним натягом. Шви зняті на 7-у добу. Отримано відмінний безпосередній та віддалений естетичний - через 3 роки -результат (фіг.3а, б).

В порівнянні з прототипом запропонований спосіб хейлопластики забезпечує умови відновлення шарового м'яза рота в області верхньої третини міжщелепної кістки, за рахунок чого досягається переміщення останньої у дистальному напрямку без западання альвеолярного відростка премаксилі в ньобному напрямку і збереженні носо-губного кута, що сприяє правильному розвитку серединного відділу лиця, а також періостіопластики альвеолярного відростка, за рахунок чого досягається закриття дефекта альвеолярного відростка з ньобної сторони; формування слизистих клаптів, за рахунок чого досягається закриття дефекта альвеолярного відростка з вестибулярної сторони і створення переддвір'я порожнини рота в області пролябіума; Відновлення верхньої губи у хворих з вродженою двосторонньою сполучною розщілиною верхньої губи і піднебіння за запропонованою

методикою значно покращує функціональні та косметичні результати, скорочує кількість повторних хірургічних операцій.

Література:

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

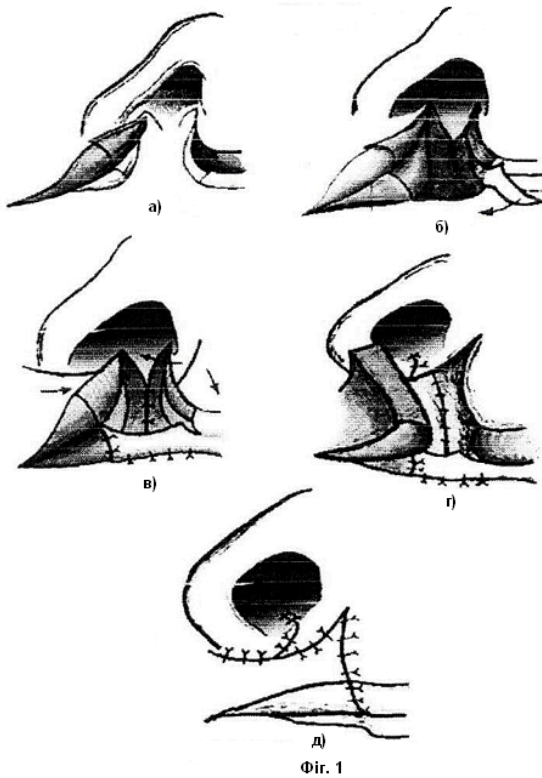


Fig. 1

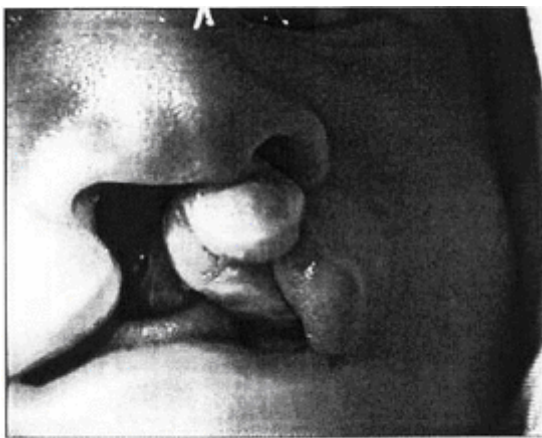
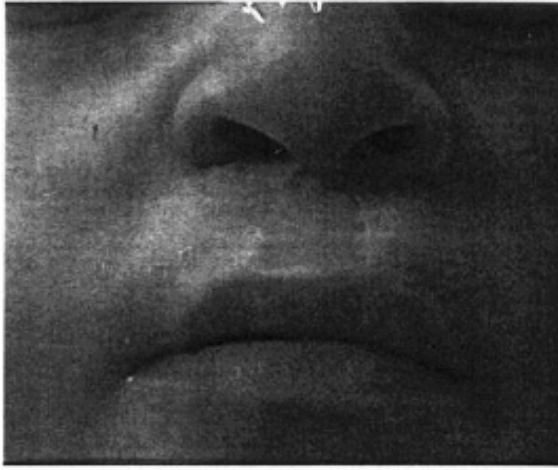
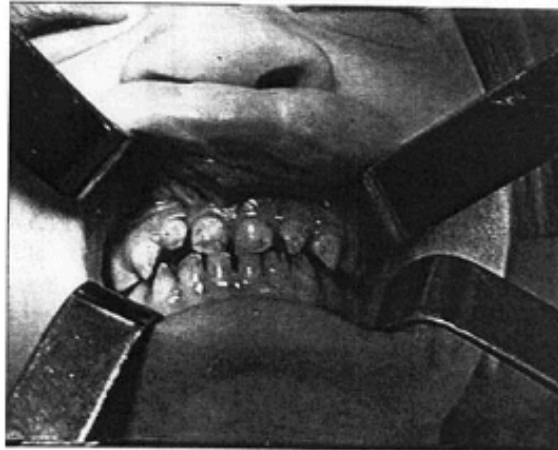


Fig. 2



a)



б)

Фиг. 3