



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 71387

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ І НОСА У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ВРОДЖЕНОЇ ДВОСТОРОННЬОЇ СПОЛУЧНОЇ ЩІЛИНИ ВЕРХНЬОЇ ГУБИ**

1

2

(21) 20031212579

(22) 26.12.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Гулюк Анатолій Георгійович, Крикляс Генріх  
Генадійович, Дмитрієва Наталія Борисівна, Крикляс  
Володимир Генріхович(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-  
ВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб хірургічного лікування вторинної деформації верхньої губи і носа у хворих, оперованих з приводу вродженої двосторонньої сполучної щілини верхньої губи, що включає проведення пластики верхньої губи, який **відрізняється** тим, що проводять одномоментне подовження шкірної частини перетинки носа шляхом використання шкірних клаптів верхньої губи з наступним заміщенням створеного дефекта шкірно-м'язово-слизистим клаптом з нижньої губи на живильній ніжці.

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургічної стоматології і може бути використаний для хірургічного усунення вторинної деформації верхньої губи і носа у вигляді укорочення висоти і дефіцита тканини верхньої губи, укорочення шкірної частини перетинки носа.

Відома операція Аббе-Естландера, яка виконується наступним чином. Верхню губу розсікають по середній лінії або по рубцю на місці зшитой розщілини; краї рани при цьому розходяться та утворюють трикутний дефект, що звернутий вершиною до носової перетинки. В середній частині нижньої губи в усю її товщу викроюють трикутний відрізок, який вершиною звернутий до підборіддя, причому один розріз, який обмежує трикутник, пересікають красну кайму в усю товщу, а другий доходить тільки до краю червоної облямівки, так що весь відрізок залишається на ніжці із червоної облямівки. На цій ніжці трикутний відрізок повертають на 180° і вставляють в трикутний дефект верхньої губи вершиною догори і тут вшивають з боку слизистої і з боку шкіри. Таким чином, ротова щілина опиняється на час розділеною на дві половини.

Харчування хворого виконують через резино-ву трубку. Через 12 днів, ніжку відсікають. Одержаний гарний косметичний ефект: верхня губа стає значно довшою та ширшою, причому у профіль вона вже не западає.

Однак при проведенні вказаної операції незадовільним виходом її вважали випадки, коли мало місце значне укорочення вертикального або гори-

зонтального розміру губи, значне обмеження її рухливості, виражені післяопераційні рубці і деформація червоної облямівки, укорочення перетинки і деформація кінчика носа. При цьому відмічалось часткове розходження швів.

В основу винаходу поставлено задачу вдосконалення способу хірургічного лікування вторинної деформації верхньої губи і носа у хворих, оперованих з приводу вродженої двосторонньої сполучної розщілини верхньої губи шляхом використання шкірних лоскутів верхньої губи для подовження шкірної частини перетинки, а також заміщення створеного дефекта шкірно-м'язово-слизовим лоскутом з нижньої губи на живильній ніжці.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, проводять одномоментне подовження шкірної частини перетинки носа шляхом використання шкірних лоскутів верхньої губи з наступним заміщенням створеного дефекта шкірно-м'язово-слизовим лоскутом з нижньої губи на живильній ніжці.

Хірургічний спосіб виправлення деформації носа і верхньої губи у хворих з вродженою симетричною сполучною розщілиною виконується наступним чином (фіг.1).

Проводять ендонозальний розтин слизової оболонки крил і перетинки носа з продовженням на шкіру верхньої губи.

Лінії розтинів з обох сторін з'єднують в точці, що знаходиться в центрі вгнутості дуги Купідона, або в точці, відповідній їй. Розтин доповнюють сагітальним розтином шкіри від точки центру вгну-

(13) A

(11) 71387

(19) UA

тості дуги Купідона у напрямку перетинки носа, довжиною 1/2 висоти клаптя шкіри верхньої губи (фіг.1а). Далі здійснюють мобілізацію шкіряного клаптя перетинки і кінчика носа, виділяють і репонують крильні хрящі, а саме мобілізують медіальні, латеральні ніжки, тіло крильних хрящів з обох сторін (фіг.1б). Медіальні ніжки відсікають від основи. Висікають фіброзно-жирову тканину між медіальними ніжками і в області кінчика носа. Крильні хрящі переміщують угору, зшивають між собою і підшивають до чотирикутного хряща.

В результаті переміщення і зшивання крильних хрящів в правильне положення викроєний серединний фрагмент губи зміщувався догори, формуючи шкіряну частину перетинки носа. Накладають на шкіру і слизову оболонку крил і перетинки носа шви із пролена (6/0) і вікріла (4/0) (фіг.1в). Після цього здійснюють мобілізацію бічних фрагментів колового м'яза рота шляхом повного відсікання волокон останнього від міжщелепної кістки і слизової оболонки переддвір'я, зміщуючи їх донизу.

Визначають величину дефіциту м'яких тканин пролябіума. Відповідно до цього розмічають і викроюють шкірно-м'язово-слизовий клапоть на нижній губі, оставляючи живлячу ніжку на червоній облямівці одної із сторін клаптя. Викроєний клапоть розвертають на 180° уверх в область верхньої губи (фіг.1в) і ретельно пошарово ушивають, починаючи зі слизової оболонки передсінку (фіг.1г). На фрагменти колового м'яза рота накладають шви з вікріла (4/0). На шкіру верхньої і нижньої губи - шви з пролена (6/0). Протягом подальших 14 діб здійснюють догляд за раною, призначають рідку та сливкоподібну їжу, яку вводять в порожнину рота за допомогою трубки. Після закінчення вказаного терміну відсікають живильну ніжку і формують червону облямівку верхньої і нижньої губ в зоні післяопераційної рани (фіг.1д).

Приклади конкретного використання способу.

Хвора Т., 1986р. (історія хвороби №75).

Діагноз: Вроджена двостороння сполучна розщілина верхньої губи і піднебіння. Стан після хейло-, уранопластики. Деформація верхньої губи і носа (фіг.2 (а, б)).

25.02.03р. хворій під місцевим знеболюванням 1% розчином лідокаїну з епінефрином 1:100000 роблять ендоназальні розтини слизової оболонки крил і перетинки носа, продовжують на шкіру верхньої губи, включаючи післяопераційні рубці і з'єднують обидва розтини в точці, що знаходиться в центрі вгнутості дуги Купідона. Проводять додатковий розтин шкіри від точки центра вгнутості дуги Купідона в напрямку нижньоносової ості, довжиною 1/2 висоти шкірних клаптів верхньої губи. Від-

шаровують викроєні клапті верхньої губи з шкіряною частиною перетинки носа, кінчика і крил, оголяючи чотирикутний і крильні хрящі, а саме - мобілізують медіальні, латеральні ніжки, тіло крильних хрящів з обох сторін. Медіальні ніжки відсікають від основи. Висікають фіброзно-жирову тканину і в області кінчика носа. Крильні хрящі переміщують вгору, зшивають між собою і підшивають до чотирикутного хряща.

Далі викроєний серединний фрагмент верхньої губи зміщується угору, формуючи (подовжуючи) шкіряну частину перетинки носа. Накладали на шкіру і слизову оболонку крил і перетинки носа шви з пролена (6/0) і вікріла (4/0). Після чого здійснюють мобілізацію бічних фрагментів кругового м'яза рота шляхом повного відсікання волокон останнього від міжщелепної кістки і слизової оболонки передсінку, і зміщуючи їх донизу.

Визначають величину дефіциту м'яких тканин пролябіума.

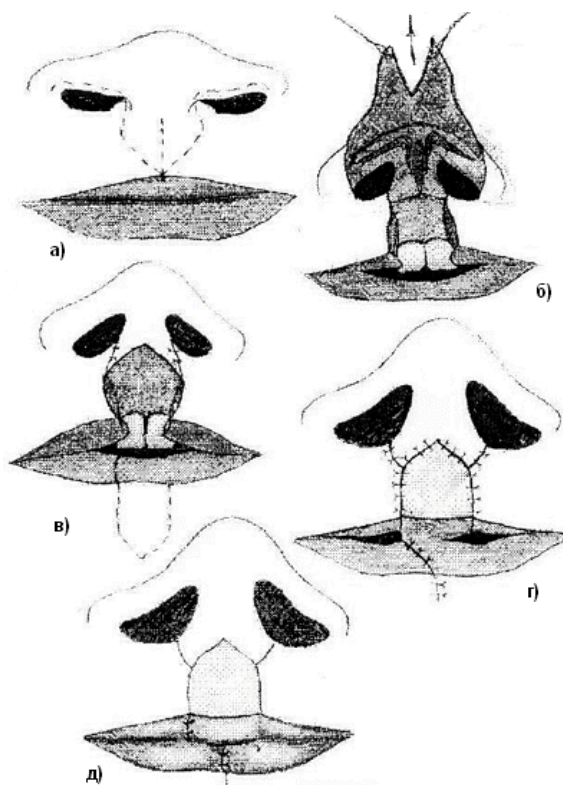
Відповідно до цього розмічають і викроюють шкірно-м'язово-слизовий клапоть на нижній губі, залишаючи живильну ніжку на червоній облямівці справа. Викроєний клапоть розвертають на 180° вгору в область верхньої губи і ретельно пошарово ушивають, починаючи зі слизової оболонки передсінку. На фрагменти кругового м'яза рота накладають шви з вікріла (4/0), а на шкіру верхньої і нижньої губи - з пролена (6/0).

Протягом подальших 14 діб здійснювали догляд за раною, призначали рідку та сливкоподібну їжу, яку вводили в порожнину рота за допомогою трубки.

Обробку післяопераційної рани проводили розчинами антисептиків. Заживлення рани - первинним натягом. Шви знято на 8-у добу.

Далі 13.03.03 під місцевим знеболюванням 0,5% розчином лідокаїну з епінефрином 1:100000 відсікають живильну ніжку і формують червону облямівку верхньої і нижньої губи в зоні післяопераційної рани. Рану ушивають вікрілом (4/0). Заживлення рани наступило первинним натягом. Отримано відмінний безпосередній та віддалений естетичний - через півроку - результат (фіг.3 (а, б)).

В порівнянні в прототипом, запропоноване технічне рішення дозволяє: збільшити вертикальні і горизонтальні розміри верхньої губи, наблизившись до нормальної і подовжити укорочену шкіряну частину перетинки носа, уникнути западання верхньої губи, зменшити тиск верхньої губи на верхню щелепу, досягти більшої рухомості верхньої губи, що в сукупності дає можливість раціонального ортодонтичного лікування і протезування.



Фиг. 1



а)

Фиг. 2

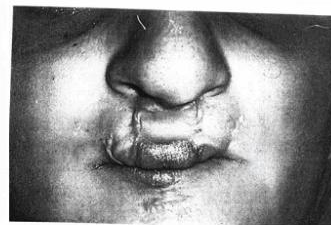


б)



а)

Фиг. 3



б)