



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 61530

(13) A

(51) 7 A61B17/24

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ ПЕРВИННОЇ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ ПРИ СПОЛУЧНИХ ОДНОБІЧНИХ ЩІЛИНАХ

1

2

(21) 2003021614

(22) 24 02 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

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

(57) Спосіб проведення первинної хейлопластики при сполучних однобічних щілинах, що включає хірургічне відновлення безперервності верхньої губи при уроджених щілинах, який відрізняється тим, що проводять пластику альвеолярного паростка шляхом взаємного переміщення шматка на живильних ніжках з боку присінка порожнини рота і з боку первинного піднебіння

Винахід відноситься до медицини, а саме до області реконструктивної хірургії щелепно-лицьової області і може бути застосований для хірургічного усунення дефекта у хворих з вродженими розщелинами верхньої губи.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є спосіб первинної хейлопластики Millarda [1], котрий полягає в тому, що дугоподібний розтин починають над основою шкіряної частини перетинки носа і проводять до найвищої точки лука Купідона на стороні розщелини. Проходячи симетрично стовпчику фільтрума на здоровій стороні цим розтином створюють великий лоскут, що вмикає в себе частину фільтрума і лука Купідона, котрі низводять до нормального рівня, і маленький лоскут, котрий подлиншує шкіряну частину перетинки і частково формує дно переддвір'я носа. У верхньому сегменті губи викроюють за допомогою кутоподібного розтину лоскут, котрий вводять у дефект під перетинкою носа.

Задньонижній край губи формують за допомогою двох асиметричних трикутних лоскутів на червоній обвідці і слизовій оболонці. Верхньолатеральний відділ кругового м'язу мобілізують і прикріплюють його до атрофованого м'язу на скороченій половині фільтрума під основою перетинки носа.

До недоліків метода слід віднести - спеціальна ретракція дугоподібного рубця, що викликає підтягування доверху червоної обвідки, - невідновлення дефекта альвеолярного паростка на першому етапі лікування.

В основу винаходу поставлена задача відновлення розрізаних сегментів верхньої щелепи, для чого використовують спосіб первинної хейлопла-

стики з одномоментною періостеопластикою альвеолярного паростка, чим забезпечують закриття дефекта альвеолярного паростка, формуючи дублюкатуру двох взаємопереміщених мукоперіостальних лоскутів.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу проводять пластику альвеолярного паростка шляхом взаємного переміщення лоскута на живильних ніжках зі сторони переддвір'я порожнини рота і зі сторони первинного піднебіння.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Задача одномоментного відновлення альвеолярного паростка на етапі хейлопластики вирішується наступним чином. Оперативне втручання розпочинали з формування слизово-надкісткових лоскутів для періостеопластики альвеолярного паростка и переднього відділу твердого піднебіння.

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

На невеликому фрагменті розтин слизової і надкісничі здійснювали по лінії між лемішем і міжщелепною кісткою до основи кожної частини перетинки носа і далі по межі між шкірою і слизовою оболонкою до місця перетину червоної обвідки губи і скороченої колонки фільтрума (фиг. 1). Розтин продовжували через вільний край верхньої губи під кутом 120°, на вестибулярну поверхню до перехідної складки. Далі лінію розтину продовжували вздовж верхньої губи до міжзубного сосочка. При наявності III зубів слизову оболонку розтинали, окаймляючи вестибулярну і апроксимальну поверхні коронки і зуба до межі з піднебінною по-

(13) A

(11) 61530

(19) UA

верхню Сформований таким чином слизово-надкостковий лоскут відшаровували від підлеглих тканин зі збереженням піднебінної живильної ніжки в області різцевого отвору. Вказаний лоскут розгортають у сторону розщипини на 90° з метою подальшого відновлення переднього відділу піднебіння. Розташований проксимально від нижнього краю чотирикутного хряща і розвертали уверх і медіально з метою подальшого формування дна носового ходу (фиг 2).

Планування розтину на малому фрагменті здійснювали по межі між слизовою оболонкою піднебіння і нижнього носового ходу в межах передньої третини твердого піднебіння. Розтин продовжували допереду до межі зі шкірою. При цьому проведення розтину вище вказаної лінії може привести у подальшому до звуження носового ходу і порушення носового дихання. Далі лінію розтину розташовують вздовж межі слизової оболонки і шкіри латерального фрагмента верхньої губи до точки перетину межового валика фільтрума і лінії червоної обвідки верхньої губи. Від вказаної точки лінію розтину повертали на 120° в сторону розщипини з подальшим переходом останнього на слизову оболонку переддвір'я верхньої губи до перехідної складки.

Вказаний розтин доповнювали розтином слизової і надкостки від точки перетину попереднього розтину вздовж борозни, створеної латеральним фрагментом альвеолярного паростка і краєм розщипини верхньої губи до гребня альвеолярного паростка. Таким чином, на латеральному фрагменті розщипини формували два лоскута слизово-надкостковий лоскут, створений біля краю альвеолярного паростка, котрий після розвороту на 180° в сторону розщипини використовували для відновлення переднього відділу піднебіння і слизово-м'язовий лоскут з питомою ніжкою по перехідній складці, який використовується в подальшому для відновлення вестибулярної поверхні альвеолярного паростка і склепіння переддвір'я.

Далі виконували економне розсічення змінених м'язових волокон кругового м'язу у края розщипини на латеральному фрагменті верхньої губи. На медіальному фрагменті культю м'яза мобілізували від кісткової основи в області *spina nasalis anterior inferior* і передньої поверхні міжщелепної кістки, слизової оболонки склепіння переддвір'я, шкіри і слизової оболонки вестибулярної поверхні губи. Дана маніпуляція дозволяє перемістити недорозвинений фрагмент кругового м'язу без розсічення покривних тканин.

На латеральному фрагменті верхньої губи після розсічення шкіри і висічення краю кругового м'язу здійснювали її мобілізацію від краю грушевидного отвору, слизової оболонки склепіння переддвір'я, передньої поверхні верхньощелепної кістки у края розщипини і хрящової основи латерального крила

носа. Після мобілізації верхній полюс латерального фрагмента м'язу переміщували медіально у простір, створений в результаті переміщення до низу серединного фрагмента м'язу. В наступному фрагменті м'язу ушивали "на себе" швами із викрипа (фиг 3).

Таким чином відновлювали м'язову основу верхньої губи. При цьому відновлення покривних тканин здійснювали шляхом раціонального зближення мобілізованих фрагментів шкіри і слизової оболонки (фиг 4, 5).

Запропонована модифікація методу хейлопластики використовувалася при відновленні верхньої губи у 94 хворих з комбінованими односторонніми незарощеннями верхньої губи.

У верхньому відділі губи викроєні трикутні лоскути по Millard. Накладені шви на шкіру, червону кайму, слизову оболонку губи. Спереду дефект альвеолярного паростка закритий лоскутом з малого фрагмента губи.

Заживлення рани наступило первинним натяганням. Одержано добрий безпосередній і визначений естетичний результат через рік.

Приклад конкретного використання способу

Хворий Биков Д., 7 місяців. Діагноз: повна прохідна лівостороння розщипина верхньої губи (фиг 6). 18.03. хворому проведено операцію запропонованим способом.

Хворому під внутрішньом'язовим наркозом інфільтраційний анестезіологі (Sol. lidocoeni 0,5% - 5ml) виконані розтини по межі червоної кайми і шкіри вертикальної частини розщипини верхньої губи. На великому фрагменті розтин дали продовжено через червону кайму і слизову оболонку на альвеолярному паростку. Лоскут червоної кайми і слизово-надкостковий лоскут відшаровано і перекинуто на 180° в сторону дефекта альвеолярного паростка. На малому фрагменті лоскут червоної кайми відшаровано в сторону переддвір'я. По краю дефекта альвеолярного паростка зліва створюється ранова поверхня. Далі освіжений край дефекта зі сторони твердого піднебіння.

Лоскут з великого фрагмента губи підшито до краю дефекта твердого піднебіння і до лівого фрагменту альвеолярного паростка, перекривши дефект з піднебінної сторони (фиг 7).

Одержано задовільний результат через рік після операції (фиг 8).

В порівнянні з прототипом, запропоноване технічне рішення дозволяє відновити безперервність альвеолярного паростка верхньої щелепи, що створює нормалізуючий вплив центра росту носової перетинки на латеральний сегмент верхньої щелепи.

Література

1. Millard D.R., Latnam R.A. Improved primary surgical and dental treatment of clefts // Ibid. 1990 — Vol 86, N5 — P 856-871.



Fig. 1

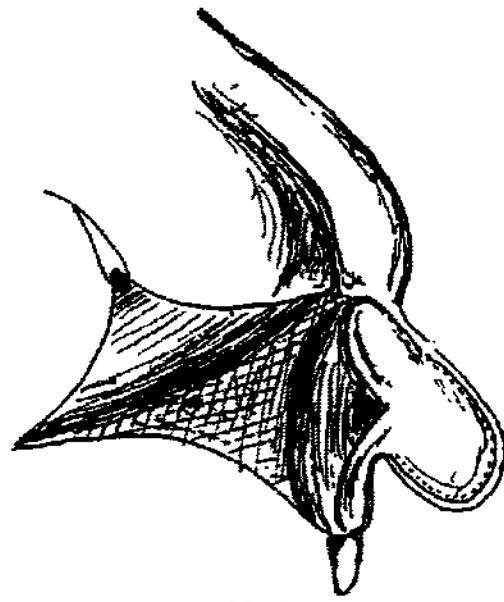


Fig. 2



Fig. 3

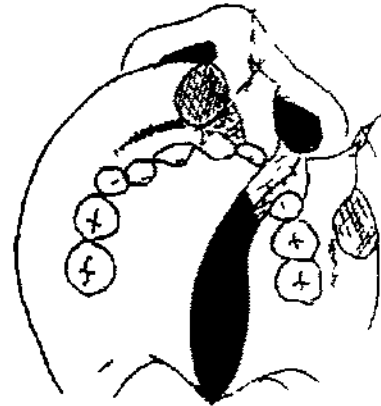


Fig. 4

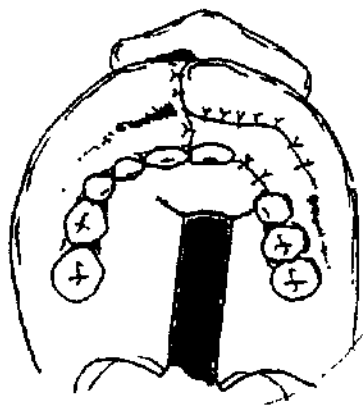


Fig. 5

7



Фіг.6

61530

8



Фіг.7



Фіг.8