

Винахід відноситься до медицини, а саме до пластичної хірургії щелепно-лицевого відділу і може бути використаний для хірургічного усунення дефекту у вигляді незрощення верхньої губи.

Відомий спосіб хейлопластики при однобічному незрощенні верхньої губи (А.с. СРСР №1797862, кл. А61В17/00, 1989) полягає в тому, що на латеральному (малому) фрагменті на границі шкіри, слизової оболонки та червоної облямівки виконують розтин та додатково викроюють слизово-підслизовий клапоть, повертають його на 180 градусів раневою поверхнею доверху, зашивають сполучені края цих клаптів, а вільний край його з'єднують з краєм дефекту на середньому (великому) фрагменті.

Зазначений спосіб формує нижню частину носа відкинутим на 180 градусів слизово-підслизовим клаптем, який затуляє розщеплення альвеолярного паростка, але не призводить до подовження слизової оболонки верхньої губи зі сторони переддвер'я рота. З часом, коли хворий стає дорослішим, за рахунок створених лінійних рубців зріст губи зупиняється, одночасно збільшується деформація верхньої губи, крилів та кінчика носа.

Відомий також спосіб хірургічного лікування однобічного незрощення верхньої губи (Патент України №6883, кл. А61В17/00, 1994).

Суть його полягає в тому, що дугоподібні розтини на краях незрощення ведуть вигином назовні, після чого на великому фрагменті роблять розтин за межами колонки фільтруму від точки на границі червоної облямівки і шкіри до основи перегородки носа з висіченням шкіри біля неї, мобілізують через рану медіальну ніжку крильного хряща носа, роз'єднують м'яз на малому фрагменті на два пучки і верхнім заповнюють м'язеву нішу під перегородкою носа та переміщують крило носа до перегородки.

Відомий спосіб має такі недоліки:

- лінійний шов-рубець на шкірі сприяє утворенню рубцевого тяжу;
- лінійний рубець на слизовій оболонці губи зі сторони переддвер'я рота також обмежує рухливість верхньої губи, при цьому червона облямівка підвертається та перешкоджує збільшенню висоти губи до її нормальних розмірів, при цьому зкорочена вуздечка буде без зміни і також обмежує рухливість верхньої губи.

Для усунення перерахованих недоліків знадобиться додаткова пластична операція вуздечки та хірургічна операція щодо корекції лука Купідона.

Найбільше близьким по суті та досягаемому результату маємо відомий спосіб хейлопластики Л.М. Обухової при неповному однобічному незрощенні верхньої губи (Бернадський Ю.І. Учебный посібник // Травматологія та відновлююча хірургія щелепно-лицевого відділу. - Вища шк., 1985. - С.150 - 152, мал.104).

Відомий спосіб-прототип використовує таку сукупність дій:

- здійснення розтину на великому та малому фрагментах верхньої губи через червону облямівку під кутом 45 градусів відносно лінії Купідона згідно чотирьом - орієнтовним точкам по О.О. Лімбергу;
- здійснення симетричних горизонтальних розтинів на обох фрагментах;
- створення трикутних шкіряно-м'язових клаптів Л.М. Обухової;
- накладання швів на слизову оболонку губи та її м'яз, а потім - на шкіру;
- формування червоної облямівки та колонки фільтруму.

Завдяки зміні довжини вільного краю та основи клаптя, а також рівня, на якому його викроюють, досягається збільшення висоти шкіряної частини губи до її нормальних розмірів, але при цьому червона облямівка залишається деформованою тому, що слизову оболонку зі сторони переддвер'я рота зашивають лінійним швом.

До негативного результату способу-прототипа потрібно віднести створення лінійного шва-рубця зі сторони переддвер'я рота.

Пластична операція зкороченої вуздечки, що супутня дефекту незрощення у прототипу не здійснюється. При наявності двох тяжів: лінійного шва та зкороченої вуздечки, - червона облямівка буде втягнута, що призведе до зміни її форми та обмеженню рухливості верхньої губи.

Відомий із патенту-прототипу спосіб потребує додаткового хірургічного втручання - окрему пластику зкороченої вуздечки та корекцію верхньої губи. Але і після цього наявність лінійного шва буде значно обмежувати вільний рух губи.

В основу винаходу поставлене завдання удосконалення способу хейлопластики при неповному однобічному незрощенні верхньої губи, при якому використовується операція хейлопластики одночасно з пластикою зкороченої вуздечки, чим забезпечується раціональніше переміщення слизово-м'язових клаптів. На великому фрагменті після горизонтального розтину через вуздечку одночасно утворюються ложе та слизово-м'язовий клапоть, а на малому - після косою розтину додатковий і слизово-м'язовий клапоть і ложе. За рахунок перехресного стрічного переміщення зазначених клаптів буде забезпечено:

- подовження слизової оболонки верхньої губи, або переддвер'я рота;
- збільшення довжини верхньої губи, а висота її буде близька до природної;
- покращення форми червоної облямівки;
- уникнення додаткової операції пластики та корекції лінії Лука Купідона.

Поставлене завдання вирішується тим, що в відомому способі хейлопластики при неповному однобічному незрощенні верхньої губи, який включає розтини на великому та малому фрагментах верхньої губи, викроювання шкіряно-м'язових трикутних клаптів та формування червоної облямівки та елементів колонки фільтруму згідно винаходу додатково проводять розтини: на великому фрагменті - горизонтальний через зкорочену вуздечку верхньої губи до краю раневої поверхні та утворюють одночасно слизово-м'язовий клапоть та ложе ромбоподібної форми з роз'єднаним краєм, а на малому фрагменті - косий розтин, довжина якого дорівнює та паралельна стороні ромба зазначеного ложа, що суміжна з краєм раневої поверхні та утворюють при цьому також ложе та другий слизово-м'язовий клапоть; далі виконують перехресне стрічне переміщення цих клаптів та розташовують їх у утворених ложах обох фрагментів, після чого виконують на слизовій оболонці зі сторони переддвер'я рота шов-рубець Z-подібної форми.

Винахідницький рівень забезпечується тим, що неочевидним являється спосіб відновлення червоної облямівки та висоти верхньої губи. За рахунок горизонтального розтину на великому фрагменті через

зкорочену вуздечку виникає самостійно слизово-м'язовий клапоть, який не потрібно додатково викроювати, такий же ефект виникає і тоді, коли виконують косий розтин на малому фрагменті, що відповідає розтину через вуздечку на великому фрагменті.

До позитивних особливостей запропонованого способу слід віднести поєднання двох незалежних операцій: хейлопластики та пластики зкороченої вуздечки, який забезпечує перехресне переміщення зовні шкіряно-м'язових, а зі сторони переддвер'я рота - слизово-м'язових клаптів; до того ж зшивання останніх утворює шов-рубець Z-образної форми, внаслідок чого подовжується зкорочена вуздечка та переддвер'я рота. За рахунок цього губа досягає підвищеної рухливості, має нормальну висоту, а її червона облямівка буде сформована краще та не потребує додаткового хірургічного втручання.

На фіг.1 показано орієнтовні точки верхньої губи і лінії розтинів на краях незрощення по О.О. Лімбергу та Л.М. Обухової; на фіг.2 - вигляд рани на краях незрощення після розтинів, відомих по О.О. Лімбергу, та через зкорочену вуздечку; на фіг.3 - вигляд - рани на поверхні зі сторони слизової оболонки переддвер'я рота після розтину вуздечки, а також після косого розтину на малому фрагменті та розтину "кочерга" по О.О. Лімбергу; на фіг.4 - Z-образний шов-рубець зі сторони слизової оболонки переддвер'я після мобілізації слизової оболонки та перехресного переміщення слизово-м'язових клаптів, утворених після розтину через вуздечку на великому та після косого розтину на малому фрагментах незрощення; на фіг.5 - вигляд відновленої червоної облямівки та колонки фільтруму після операції.

Спосіб здійснюється таким чином.

На великому фрагменті губи (фіг.1) визначають три орієнтовні точки "Н, М, М1", а на малому фрагменті - четверту точку "А". Визначив різницю відстані від другої та третьої точки до основи відповідних крилів носа "Н-Н1", відміряють цю відстань від точки "А" доверху, в напрямку до крила носа та відмічають точку "О". Від точки "М" проводять горизонтальний розтин до точки "Н", що знаходиться на вертикальній лінії через точку "Н1". При допомозі розтина "ВС" формують трикутний клапоть Обухової, який потім мобілізують та вшивають у ложе на великому фрагменті завдяки раніше зробленому розтину "НМ".

Язикоподібні клапті слизової оболонки червоної облямівки відразу не висікають, а фіксують за допомогою лігатурних тримачей "Р". При підтягуванні цих тримачей на великому фрагменті видно, що слизова оболонка з раневого краю та зкорочена вуздечка блокують рух верхньої губи. Зкорочену вуздечку розсікають по лінії "КД" до края раневої поверхні, фіг.2. За рахунок цього розтину одночасно утворюють ложе ромбоподібної форми "КИДИ", фіг.3 з роз'єднаним краєм "Д" та трикутний слизово-м'язовий клапоть. Від раневого края слизової оболонки малого фрагменту ведуть косий розтин, довжина якого дорівнює та паралельна стороні ромба, зазначеного ложа "ІД = ЕЗ", фіг.3. За рахунок цього розтину також формують ложе та другий слизово-м'язовий клапоть "ЕЗХ".

Проводять розтин "кочерга" по О.О. Лімбергу по перехідній згортці малого фрагменту (на фіг.3 лінія "Ж"). На слизовій оболонці перехідної згортки зміщують слизову оболонку малого фрагменту медіальне в напрямку по стрільці на фіг.4, при цьому здійснюють взаємне перехресне переміщення слизово-м'язового клаптя, прилеглого до ромбоподібного ложа "КИДИ" з великого фрагменту та другого слизово-м'язового клаптя "ЕЗХ" з малого фрагменту. Потім їх розташовують в утворених ложах обох фрагментів. Рану зашивають кетгуттом, формують Z-подібну лінію шва, що утримує клапті без натягу в еластичному стані, за рахунок чого досягається відновлення довжини зкороченої вуздечки та переддвер'я рота. Після переміщення та зшивання шкіряно-м'язових клаптів по Л.М. Обухової висікають під кутом 45 градусів надлишок язикоподібних слизово-підслизових клаптів, зафіксованих лігатурними тримачами "Р", фіг.2 і 3 та формують червону облямівку та колонку фільтруму на стороні незрощення.

Запропонований спосіб застосован у щелепно-лицевому хірургічному відділенні місцевої клінічної лікарні №5 м.Запоріжжя на шістьох дітях, хворих з діагнозом "Природжене неповне однобічне незрощення верхньої губи". Хірургічне лікування по запропонованому способу у винаході забезпечує відновлення нормальної висоти верхньої губи, досягнення правильної форми червоної облямівки та збереження всіх елементів фільтруму. Забезпечується стабільний косметичний та функціональний результат у процесі дорослення хворих, що перенесли хірургічну операцію.

Приклад. Хворий Йоха В.В. (історія хвороби №2004 від 10.02.97, вік 6 місяців). Діагноз: природжене неповне незрощення верхньої губи справа. 11.02.97 йому проведено операцію вищеописаним способом.

Хворому під ендотрахеальним наркозом по орієнтовним точкам та лініям роблять розтин на медіальному (великому) фрагменті губи від нижнього краю перегородки носа від точки на границі червоної облямівки і шкіри до розщепленої точки Лука Купідона. Після цього роблять другий розтин від перехідної згортки що зглажена до рівня переходу слизової оболонки верхньої губи і червоної облямівки, внаслідок чого відпрепаровують слизово-підслизовий клапоть, від основи червоної облямівки до рівня розщепленої точки. Аналогічно відпрепаровку слизово-підслизового клаптя до розщепленої точки роблять на малому фрагменті верхньої губи. Від розщепленої точки великого фрагменту роблять горизонтальний розтин, розсікаючи шкіру та м'язовий шар. Довжину розтину визначають продовженням розщепленої точки до нормального горизонтального положення. Утворюється дефект трикутної форми, відповідно розміру цього дефекту на малому фрагменті викроюють другий шкіряно-м'язовий клапоть. Трохи підіймаючи великий фрагмент визначають рівень нетягу слизової оболонки за рахунок зкороченої вуздечки верхньої губи. Виконують горизонтальний розтин через вуздечку та доводять його до края раневої поверхні. Завдяки розтину виділяють ромбоподібне ложе з роз'єднаним краєм та трикутний слизово-м'язовий клапоть. Відповідно на малому фрагменті проводять від раневого края слизової оболонки косий розтин, довжина якого дорівнює та паралельна стороні ромба зазначеного ложа, що суміжна з краєм раневої поверхні, і одержують ще одну ложу та другий слизово-м'язовий клапоть.

По перехідній згортці малого фрагменту проводять розтин "кочерги" по О.О. Лімбергу та завдяки йому зміщують слизову оболонку малого фрагменту медіальне до середньої лінії. Здійснюють взаємне перехресне переміщення слизово-м'язових клаптів, потім їх вводять в утворені ложі обох фрагментів. На слизовій оболонці зі сторони переддвер'я рота після вшивання клаптів залишається шов-рубець Z-подібної форми.

Раневі края слизової оболонки зашивають кетгутівими швами. Накладають два кетгутівих шва на м'язовий шар, зшиваючи між собою основи слизово-м'язових, а потім шкіряно-м'язових клаптів. Після зшивання шкіряно-м'язових клаптів по Л.М. Обухової висікають надлишок слизово-підслизових клаптів під кутом 45 градусів та формують червону облямівку та колонку фільтруму на стороні незрощення.

Загоєння рани наступило первинним натягом. Отримано відмінний безпосередній та віддалений естетичний, - через півроку, - результат.

Запропонований спосіб хейлопластики забезпечує умови для утворення еластичного шва-рубця Z-подібної форми як зовні, так і зі сторони переддвер'я рота, за рахунок чого досягається відновлення довжини зкороченої вуздечки та самого переддвер'я, а висота губи становить нормального розміру - близькою до природньої висоти.

Забезпечується покращення форми червоної облямівки та збереження всіх елементів фільтруму губи.

Спосіб відрізняється від відомого менше складною технікою виконання, дозволяє уникнути додаткового хірургічного втручання - окремої операції пластики зкороченої вуздечки верхньої губи.

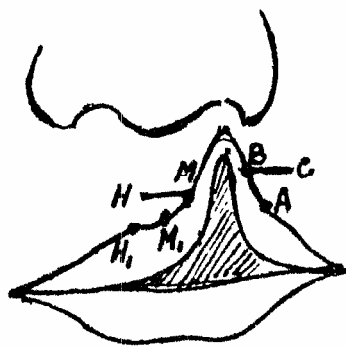


Fig. 1

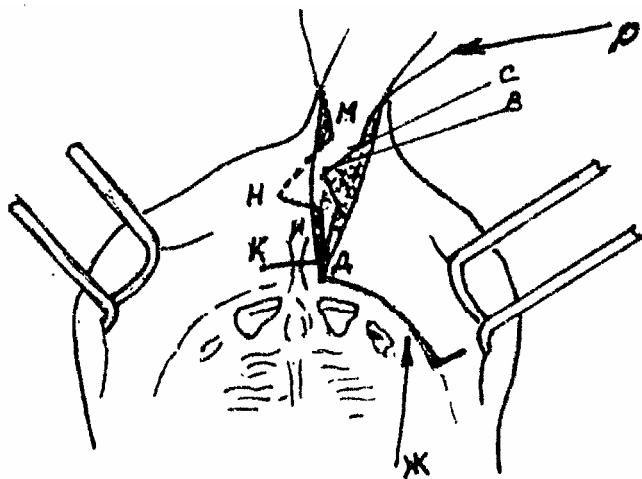


Fig. 2

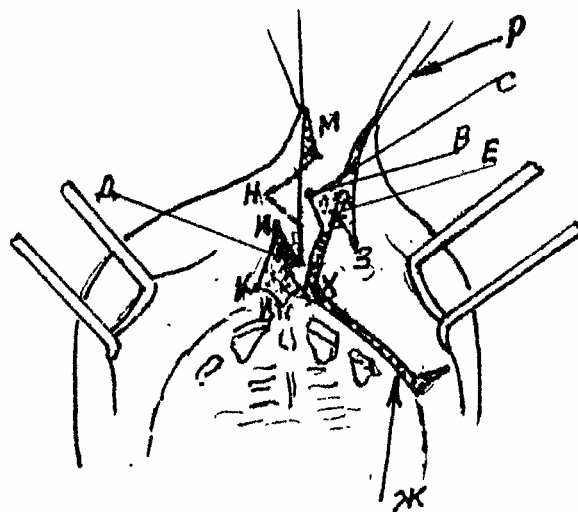


Fig. 3

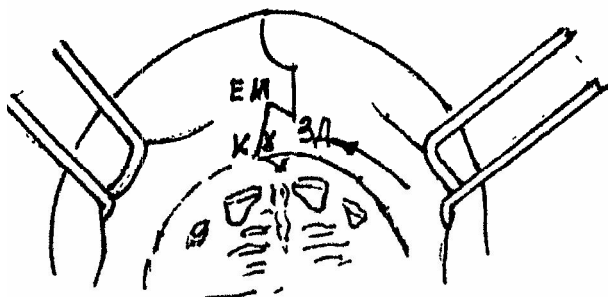


Fig. 4

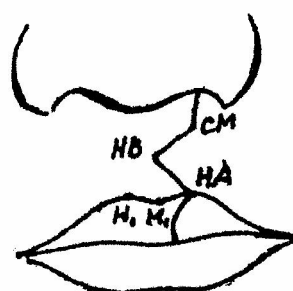


Fig. 5

