



УКРАЇНА

(19) UA (11) 5245 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЕРВИННОЇ ДВОБІЧНОЇ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ

1

(21) 20040806723
(22) 11.08.2004
(24) 15.02.2005
(46) 15.02.2005, Бюл. № 2, 2005 р.
(72) Харків Леонід Вікторович, Яковенко Людмила Миколаївна
(73) Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
(57) Спосіб первинної двобічної хейлопластики, що передбачає викроювання на бічному фрагменті у нижній його третині шкірно-підшкірного клаптя та

2

переміщення цього клаптя у напрямку серединного фрагмента й вкладання у відкритий кут біля вершини лука Купідона, викроювання прямокутного клаптя слизової на бічному фрагменті, міопластику із використанням м'язів бічних та м'язових волокон серединного фрагмента, який відрізняється тим, що операцію проводять одноетапно та додатково викроюють на серединному фрагменті V-подібний клапоть слизової, який мобілізують, розсепаровують та переміщують догори.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до реконструктивно-відновної хірургії вроджених вад розвитку щелепно-лицевої області.

Серед двобічних незрощень верхньої губи найбільш важкими в плані хірургічного лікування є такі, котрі мають дефіцит пластичного матеріалу на серединному фрагменті. В цьому плані особливого значення набуває ступінь недорозвитку тканин пролябіума по висоті, що утруднює відновлення достатньої по висоті губи та глибини присінка. У випадках зменшення пролябіума по висоті на $1/2$ та $2/3$ отримати хороший естетичний результат дуже важко (1).

Відомий спосіб двобічної хейлопластики (2), згідно якого подовження пролябіума досягається двома шкірними прямокутними клаптями з бічних фрагментів та одного - з серединного фрагменту верхньої губи. Міопластика проводиться із використанням м'язів бічних фрагментів та м'язових волокон серединного. Червона облямівка та присінок відтворюються за рахунок прямокутних клаптів слизової із бічних фрагментів. За цим способом добре подовжується пролябіум, відтворюється глибокий присінок, але він має недоліки, які погіршують анатомічний та естетичний результат через те, що при такому розкрою тканин червона кайма має вигляд півкола, а не лука Купідона, що не відповідає її анатомічній формі; довжина верхньої губи зменшена у нижній її третині, що обумовлено використанням слизової серединного фрагмента для формування присінка.

Найбільше близьким за суттєвими ознаками є спосіб хірургічного лікування двосторонніх незрощень верхньої губи (3), який передбачає викроювання, мобілізацію трикутного шкірно-підшкірного клаптя у нижній частині бічного фрагменту. Останній переміщують у напрямку до серединного фрагменту та вкладають у відкриті кути біля вершин лука Купідона. Червону кайму та присінок порожнини рота спочатку з одного боку формують з прямокутного клаптя слизової бічного фрагменту, який переміщують до серединного. Цей спосіб частково вирішує проблему подовження пролябіума, відтворює анатомічну форму червоної кайми, але не забезпечує досягнення хорошого анатомічного результату через недостатню висоту присінка у фронтальному його відділі та формування у цій ділянці втягнутого рубця. Крім того, ця методика передбачає проведення двоетапної хейлопластики, яка подовжує лікування таких дітей та створює умови, що утруднюють формування симетричних рубців.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є оптимізація анатомо-функціонального розкрою та розподілу тканин пролябіума, присінка, червоної кайми та скорочення етапів лікування.

Досягаємий результат полягає в тому, що запропонований спосіб первинної двобічної хейлопластики забезпечує створення анатомічно правильної та функціональної верхньої губи при скороченні етапів лікування за рахунок виконання одноетапної хейлопластики та відновлення глибо-

(13) U

(11) 5245

(19) UA



УКРАЇНА

(19) UA (11) 5245 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЕРВИННОЇ ДВОБІЧНОЇ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ

1

(21) 20040806723

(22) 11.08.2004

(24) 15.02.2005

(46) 15.02.2005, Бюл. № 2, 2005 р.

(72) Харків Леонід Вікторович, Яковенко Людмила Миколаївна

(73) Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця

(57) Спосіб первинної двобічної хейлопластики, що передбачає викроювання на бічному фрагменті у нижній його третині шкірно-підшкірного клаптя та

2

переміщення цього клаптя у напрямку серединного фрагмента й вкладання у відкритий кут біля вершини лука Купідона, викроювання прямокутного клаптя слизової на бічному фрагменті, міопластику із використанням м'язів бічних та м'язових волокон серединного фрагмента, який відрізняється тим, що операцію проводять одноетапно та додатково викроюють на серединному фрагменті V-подібний клапоть слизової, який мобілізують, розсепаровують та переміщують догори.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до реконструктивно-відновної хірургії вроджених вад розвитку щелепно-лицевої області.

Серед двобічних незрощень верхньої губи найбільш важкими в плані хірургічного лікування є такі, котрі мають дефіцит пластичного матеріалу на серединному фрагменті. В цьому плані особливого значення набуває ступінь недорозвитку тканин пролябіума по висоті, що утруднює відновлення достатньої по висоті губи та глибини присінка. У випадках зменшення пролябіума по висоті на $1/2$ та $2/3$ отримати хороший естетичний результат дуже важко (1).

Відомий спосіб двобічної хейлопластики (2), згідно якого подовження пролябіума досягається двома шкірними прямокутними клаптями з бічних фрагментів та одного - з серединного фрагменту верхньої губи. Міопластика проводиться із використанням м'язів бічних фрагментів та м'язових волокон серединного. Червона облямівка та присінок відтворюються за рахунок прямокутних клаптів слизової із бічних фрагментів. За цим способом добре подовжується пролябіум, відтворюється глибокий присінок, але він має недоліки, які погіршують анатомічний та естетичний результат через те, що при такому розкрою тканин червона кайма має вигляд півкола, а не лука Купідона, що не відповідає її анатомічній формі; довжина верхньої губи зменшена у нижній її третині, що обумовлено використанням слизової серединного фрагмента для формування присінка.

Найбільше близьким за суттєвими ознаками є спосіб хірургічного лікування двосторонніх незрощень верхньої губи (3), який передбачає викроювання, мобілізацію трикутного шкірно-підшкірного клаптя у нижній частині бічного фрагменту. Останній переміщують у напрямку до серединного фрагменту та вкладають у відкриті кути біля вершини лука Купідона. Червону кайму та присінок порожнини рота спочатку з одного боку формують з прямокутного клаптя слизової бічного фрагменту, який переміщують до серединного. Цей спосіб частково вирішує проблему подовження пролябіума, відтворює анатомічну форму червоної кайми, але не забезпечує досягнення хорошого анатомічного результату через недостатню висоту присінка у фронтальному його відділі та формування у цій ділянці втягнутого рубця. Крім того, ця методика передбачає проведення двоетапної хейлопластики, яка подовжує лікування таких дітей та створює умови, що утруднюють формування симетричних рубців.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є оптимізація анатомо-функціонального розкрою та розподілу тканин пролябіума, присінка, червоної кайми та скорочення етапів лікування.

Досягаємий результат полягає в тому, що запропонований спосіб первинної двобічної хейлопластики забезпечує створення анатомічно правильної та функціональної верхньої губи при скороченні етапів лікування за рахунок виконання одноетапної хейлопластики та відновлення глибо-

(19) UA (11) 5245 (13) U

кого присінка, достатньої висоти пролябіума, червоної облямівки у вигляді лука Купідона.

Вказана задача вирішується тим, що у відомому способі первинної двобічної хейлопластики, що включає викроювання на бічному фрагменті у нижній його третині шкірно-підшкірного клаптя та переміщення цього клаптя у напрямку серединного фрагменту й вкладання у відкритий кут біля вершини лука Купідона, викроювання прямокутного клаптя слизової на бічному фрагменті, міопластику із використанням м'язів бічних та м'язових волокон серединного фрагменту, відповідно до корисної моделі операцію проводять одноетапно та додатково викроюють на серединному фрагменті V-подібний клапоть слизової, який мобілізують, розсепаровують та переміщують догори.

Запропонований спосіб дозволяє, застосовуючи таке викроювання і переміщення тканин незрощених фрагментів верхньої губи, виключити двоетапне лікування, чим досягається утворення симетричних рубців на пролябіумі, поглибити присінок порожнини рота у фронтальному його відділі, а також домогтися формування правильної форми червоної облямівки без втягнутого рубця рухливим V-подібним клаптем слизової серединного фрагменту і, як результат, значно покращується анатомічний та естетичний ефект операції, тому що реалізуються у більш повному обсязі вимоги, які висунуті до пластичних операцій.

Сутність корисної моделі пояснюється малюнками, на яких зображені етапи операції:

Фіг.1 - викроювання шкірно-підшкірних трикутних клаптів на бічних фрагментах (1) та на серединному (2), слизових - V-подібного клаптя (3) на серединному та прямокутних (4) на бічних фрагментах.

Фіг.2 - мобілізація викроєних клаптів 1, 2, 3, 4, викроювання прямокутних клаптів слизової на серединному (5) та бічних (6) фрагментах для формування присінка та дна носового ходу.

Фіг.3 - зшивання клаптів слизової (5, 6) після попередньої їх мобілізації.

Фіг.4 - виконання міопластики за рахунок викроювання, мобілізації та зшивання м'язів бічних фрагментів (8) та м'язових волокон серединного (7) фрагментів.

Фіг.5 - а - остаточний вигляд відновленого пролябіума (1, 2) та червоної облямівки (4, 3) після ушивання рани; б - остаточний вигляд присінка після його відновлення за рахунок прямокутних клаптів слизової з бічних фрагментів (9) та V-подібного із серединного (3).

Спосіб здійснюють таким чином: викроюють на бічних фрагментах - шкірно-підшкірні трикутні клапти у нижніх відділах їх (1), прямокутні червоної облямівки (4), слизової (6); на серединному фрагменті - шкірно-підшкірні трикутні клапти із вершиною на узвишші лука Купідона (2), V-подібний клапоть слизової (3) та прямокутні клапти слизової (5). Викроєні шкірно-підшкірні клапти мобілізують та переміщують для відновлення достатньої висоти пролябіума: 1 - до серединного та вкладають у відкриті кути біля вершин лука Купідона, 2 - до бічних та вкладають поверх клаптів 1. Цілість червоної облямівки відтворюють за рахунок клаптів слизової бічних фрагментів (4) та розсепаровано-

го, переміщеного догори V-подібного (3) клаптя на серединному фрагменті. Формування присінка здійснюють двома прямокутними клаптями слизової бічних фрагментів (9), які переміщують до середини та V-подібним клаптем, що переміщений догори серединного фрагменту. Міопластику виконують із використанням м'язів бічних фрагментів (8) та м'язових волокон серединного, які мобілізують та зшивають між собою. Операцію закінчують накладанням на лінію швів асептичної пов'язки на шкіру і гумових коригуючих вкладишів у ніс.

Приклад конкретного застосування.

Хвора С. і/х 424 поступила в щелепно-лицеве відділення ДКЛ №7 м. Києва з діагнозом вроджене двобічне незрощення верхньої губи та піднебіння, недорозвиток тканин пролябіума на 2/3 висоти. 20.10.03р. проведена двобічна хейлопластика запропонованим способом. На бічних фрагментах верхньої губи були викроєні шкірно-підшкірні трикутні клапти у нижньому їх відділах, прямокутні клапти слизової. На серединному фрагменті викроєні шкірно-підшкірні клапти з обох боків узвиш лука Купідона, V-подібний клапоть слизової. Мобілізований м'язовий прошарок на бічних та серединному фрагментах. Пролябіум достатньої висоти відновлений двома парами шкірно-підшкірних трикутних клаптів з бічних та серединного фрагментів верхньої губи. Червона облямівка та присінок порожнини рота відновлені прямокутними клаптями слизовою бічних фрагментів та V-подібним клаптем (попередньо розсепарованим та переміщеним догори) - серединного. Міопластика проведена з використанням м'язів бічних та серединного фрагменту. Рана ушита пошарово кетгутот та поліамідною ниткою. Рана зажила первинним натягом, шви зняті на 8 добу. Естетичний та анатомічний результати оцінені на "відмінно".

Хворий Н., і/х 501 поступила в щелепно-лицеве відділення ДКЛ №7 м. Києва з діагнозом вроджене двобічне незрощення верхньої губи та піднебіння, недорозвиток тканин пролябіума на 2/3 висоти. 12.11.03 за запропонованим способом проведена одноетапна двобічна хейлопластика. На бічних та серединному фрагментах викроєні дві пари шкірно-підшкірних клаптів, які взаємно переміщені, чим досягнуто відновлення достатньої висоти пролябіума. Червона облямівка відтворена за рахунок викроєних та переміщених клаптів слизової з бічних та V-подібного з серединного фрагментів. Присінок сформований із використанням прямокутних клаптів із бічних фрагментів та V-подібного (попередньо переміщеного догори та розсепарованого). М'язовий шар верхньої губи відновлений за рахунок м'язів бічних фрагментів та м'язових волокон серединного. На рану накладені пошарово шви кетгутот та поліамідною ниткою. В ніс введені формуючі вкладиші. Рана зажила первинним натягом. Анатомічний та естетичний результат оцінені як добрі.

Запропонований спосіб первинної двобічної хейлопластики застосований у 8 дітей з вродженим двобічним незрощенням верхньої губи, недорозвитком пролябіума на 2/3 висоти в віці 6-9 місяців у дитячому щелепно-лицевому відділенні ДКЛ №7 м. Києва. У всіх хворих отримано кращі естетичні та анатомічні результати, ніж у дітей з

таким же незрощенням верхньої губи, що були прооперовані за раніше запропонованими методами. Оцінка результатів (за п'ятибальною шкалою) двобічної хейлопластики за запропонованим способом показала, що у 78% випадках були отримані оцінки "добре" та "відмінно", порівняно із прототипом, при якому у 70% були відмічені добрі та задовільні результати.

Перелік літератури.

1. Яковенко Л.Н. Первичная двусторонняя хейлопластика и вторичные деформации тканей,

возникающие после нее. Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. М., 2002, с.302-307.

2. Каспарова Н.Н., Савицкая Г.М. Пластика верхней губы при врожденных двусторонних расщелинах // Теория и практика стоматологии. Вып. 15.-М.-1969. -С.30-33.

3. Харьков Л.В., Яковенко Л.М. Спосіб хірургічного лікування вроджених двосторонніх незрощень верхньої губи. А.С.№1673079.

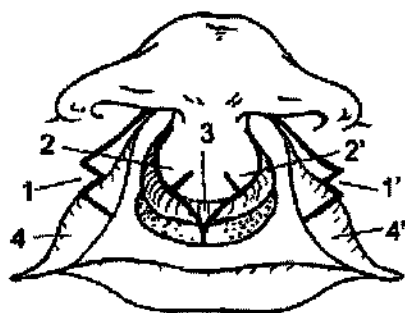


Fig. 1

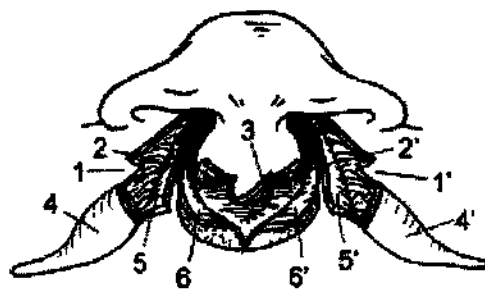


Fig. 2

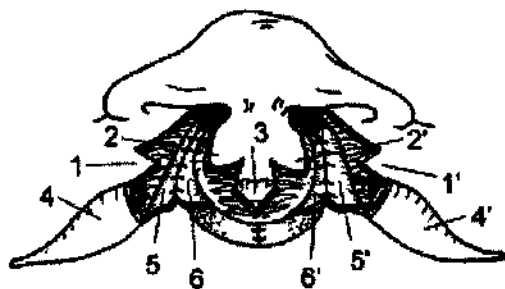


Fig. 3

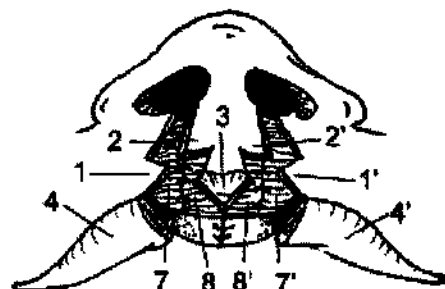


Fig. 4



Fig. 5

