



МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) UA

(11) 130457

(13) U

(51) МПК

A61B 17/24 (2006.01)

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: **u 2018 06131**

(22) Дата подання заявки: **01.06.2018**

(24) Дата, з якої є чинними
права на корисну
модель: **10.12.2018**

(46) Публікація відомостей
про видачу патенту: **10.12.2018, Бюл.№ 23**

(72) Винахідник(и):

**Яковенко Людмила Миколаївна (UA),
Васьківська Марія Олександрівна (UA)**

(73) Власник(и):

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ,
бул. Шевченка, 13, м. Київ, 01601 (UA)**

(54) СПОСІБ ЛІКВІДАЦІЇ ДЕФЕКТУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

(57) Реферат:

Спосіб ліквідації дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи включає формування сприймаючого ложа, відкинутими на 180° слизово-окісними клаптями навколо дефекту. Викроюють язикоподібний слизово-окісний клапоть з верхньої стінки дефекту альвеолярного відростка з поживною ніжкою, звернутою до переднього краю, вивертають із глибини дефекту, мобілізують та вкладають на сформоване ложе, фіксують вікриловими швами.

UA 130457 U

Корисна модель належить до медицини, точніше до щелепно-лицевої хірургії і призначена для покращення результатів хірургічного лікування дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи і, зокрема, оптимізації розкрою тканин та зменшення частоти ускладнень.

Одним із завершальних етапів хірургічної реабілітації хворого з вродженим незрощенням піднебіння є ліквідація дефекту альвеолярного відростка [1, 2]. Сучасні способи ліквідації дефекту альвеолярного передбачають використання: слизово-окісних клаптів на одній або двох ніжках - язикоподібні і мостовидні, перекинуті на 180°; кісткового трансплантата - аутотрансплантат або аллотрансплантат [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Для проведення останнього способу необхідні умови для ізоляції ротової порожнини від носової, що досягається використанням слизово-окісних клаптів.

Аналіз існуючих способів ліквідації дефектів альвеолярного відростка показує, що ускладнення, які виникають, пов'язані із великими розмірами дефекту та складною формою його, недостатністю тканин для повноцінного перекриття сформованого ложа [5, 6].

Так, відомий спосіб ліквідації дефекту альвеолярного відростка та твердого піднебіння передбачає викроювання слизово-букального клаптя з присінка, з поживною ніжкою, звернутою до латерального краю дефекту. Викросний клапоть повертають у горизонтальній площині на 90° та вкладають на ранову поверхню створеного ложа, де фіксують швами з вікрилу [8].

Недоліками цього способу є те, що при повертанні на 90° слизово-букального клаптя, в ділянці поживної ніжки, звернутою до латерального краю дефекту, відбувається порушення трофіки тканин всього клаптя. Крім того додаткове перерозтягнення тканин клаптя, яке виникає при його переміщенні та фіксації по краях дефекту також погіршує умови регенерації, що обмежує використання його при великих дефектах альвеолярного відростка.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб ліквідації дефекту альвеолярного відростка та твердого піднебіння з використанням слизово-м'язово-рубцевого клаптя з верхньої губи [9]. Цей спосіб полягає у тому, що викроюється язикоподібний слизово-м'язово-рубцевий клапоть на ніжці з верхньої губи, з поживною ніжкою, зверненою до перехідної складки, який повертається на 180° і вкладається на попередньо сформовану ранову поверхню (сприймаюче ложе), за рахунок відкинутих на 180° слизово-окісних клаптів, що розташовані навколо дефекту.

Спосіб-прототип має наступні недоліки: за рахунок повороту на 180° в ділянці ніжки порушується трофіка тканин самого клаптя, що впливає на заживлення рани. Мобільність клаптя зменшується відповідно віддаленості ніжки до краю дефекту. Забір донорського матеріалу на губі, яка зменшена за розмірами та рубцево змінена, не є оптимальним.

В основу корисної моделі поставлена задача розробка способу ліквідації дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи шляхом оптимального розкрою та переміщення слизово-окісного клаптя з верхньої стінки дефекту альвеолярного відростка, з поживною ніжкою в проекції перехідного краю дефекту, вивертання його з глибини, мобілізацію та вкладання його на сформоване ложе.

Технічний результат, що досягається, полягає у створенні повноцінного перекриття сприймаючого ложа при ліквідації дефекту альвеолярного відростка, значному зменшенні частоти ускладнень, що виникають при закритті дефекту альвеолярного відростка.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі ліквідації дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи включає формування сприймаючого ложа, відкинутими на 180° слизово-окісними клаптями навколо дефекту, згідно з корисною моделлю викроюють язикоподібний слизово-окісний клапоть з верхньої стінки дефекту альвеолярного відростка з поживною ніжкою, звернутою до переднього краю, вивертають із глибини дефекту, мобілізують та вкладають на сформоване ложе, фіксують вікриловими швами.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є викроювання язикоподібного слизово-окісного клаптя на ніжці з верхньої стінки дефекту альвеолярного відростка, з поживною ніжкою в проекції перехідного краю, вивертання його з глибини дефекту, без ротації. Завдяки цьому забезпечується формування достатнього за площею та добрим за кровопостачанням слизово-окісного клаптя, що має максимальний контакт із рановою поверхнею сприймаючого ложа.

Спосіб здійснюється таким чином.

Операцію починають із створення сприймаючого ложа, за рахунок слизово-окісних клаптів, що розташовані навколо дефекту, які відкидають на 180° та фіксують вікриловими швами між собою. Викроюють язикоподібний слизово-окісний клапоть з верхньої стінки дефекту альвеолярного відростка, з поживною ніжкою, звернутою до перехідного краю. Вивертають ззовні, мобілізують та вкладають на сформоване сприймаюче ложе. Остаточна фіксація швами з вікрилу.

Приклади конкретного застосування.

Хворий К., і/х № 1505 був прийнятий в щелепно-лицеве відділення ДКЛ № 7 м. Києва з діагнозом вторинна деформація верхньої губи та носа, однобічне незрощення альвеолярного відростка верхньої щелепи зліва. 28.08.16 р. проведено ліквідацію дефекту альвеолярного відростка зліва за допомогою язикоподібного слизово-окісного клаптя на ніжці з верхньої стінки дефекту альвеолярного відростка за запропонованим способом. Навколо дефекту викроювалися, відшаровувалися слизово-окісні клапті, які потім ще відвертались на 180° і фіксувались вікриловими швами між собою. Далі з верхньої стінки дефекту альвеолярного відростка викроювали язикоподібний слизово-окісний клапоть на ніжці, звернений до перехідного краю. Викроєний клапоть вивертався ззовні, мобілізувався та вкладався на сформоване сприймаюче ложе. Остаточна фіксація швами з вікрилу. Клінічний та анатомічний результати оцінені на "відмінно".

Хворий С, і/х № 1699 був прийнятий в щелепно-лицеве відділення ДКЛ № 7 м. Києва з діагнозом вторинна деформація верхньої губи та носа, однобічне незрощення альвеолярного відростка верхньої щелепи злів. 22.09.16 р. проведено ліквідацію дефекту альвеолярного відростка зліва за допомогою язикоподібного слизово-окісного клаптя на ніжці з верхньої стінки дефекту альвеолярного відростка за запропонованим способом. Навколо дефекту викроювалися, відшаровувалися слизово-окісні клапті, які потім ще відвертались на 180° і фіксувались вікриловими швами між собою. Далі з верхньої стінки дефекту альвеолярного відростка викроювався язикоподібний слизово-окісний клапоть на ніжці, звернений до перехідного краю. Викроєний клапоть вивертався ззовні, мобілізувався та вкладався на сформоване сприймаюче ложе. Остаточна фіксація швами з вікрилу. На 8 добу відмічалось первинне загоєння клаптя до ранової поверхні. Клінічний та анатомічний результати оцінені на "відмінно".

У період з 2015 по 2017 роки цей спосіб ліквідації дефекту альвеолярного відростка застосований у 4 дітей із вродженими дефектами альвеолярного відростка в дитячому щелепно-лицевому відділенні ДКЛ № 7 м. Києва. За час спостереження (середня тривалість 2 роки) у всіх хворих отриманий кращий анатомічний та косметичний результати, ніж у дітей, що були прооперовані за раніш запропонованими методиками. Оцінка результатів (за п'ятибальною шкалою) операції формування ложа за запропонованою методикою показала, що у 90 % випадках були отримані оцінки "відмінно", порівняно з прототипом, при якому у 65 % були відмічені добрі та задовільні результати.

Джерела інформації:

1. Кручинский Г.В. Сложные трансплантаты в пластической хирургии лица. - Минск. - 1978. - 346 с.

2. Чуйкин С.В. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба. - М. - 2005. - С. 148-149.

3. Arctander K., Kolbenstvedt A., Aalokken T.M., Abyholm F., Freslie K.F.

Computed tomography of alveolar bone grafts 20 years after repair of unilateral cleft lip and palate. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg. 2005; 39(1):11-4.

4. Гончарова Е.А., Бельченко В.А., Гончаков Г.В. К вопросу о тактике оперативного лечения пациентов с дефектами нёба и альвеолярного отростка верхней челюсти //Материалы II Всероссийской научно-практической конференции. Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2006. - С. 50-51.

5. Лапковский В.И., Любецкий А.В. Метод пластического устранения остаточных послеоперационных дефектов и деформаций неба лоскутом на сосудистой ножке //Материалы 12-й международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов "Новые технологии в стоматологии" СПб, 2007. - С. 128-129.

6. Бердюк И.В. Обґрунтування методу усунення деформацій носа і верхньої губи у хворих після хейлопластики з приводу односторонньої уродженої розщелини: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 /И.В. Бердюк - О., 2005. - 22 с.

7. Гончакова С.Г., Гончаков Г.В., Притыко А.Г. Хирургическое лечение больных с обширными дефектами твердого неба //Материалы III Всероссийской научно-практической конференции "Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения". - М., 2009. - С. 115-117.

8. Maurice J. Jurkiewicz Jon H. Culbertson Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery. Vol. 2, N. 4, W.B. Saunders Company, 1995. - 257-260 с.

9. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н. Спосіб формування ложа для ліквідації дефекту альвеолярного відростка та твердого піднебіння. Патент на корисну модель № 61301, Бюл. № 13, 11.07.2011 р.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 Спосіб ліквідації дефекту альвеолярного відростка верхньої щелепи, що включає формування сприймаючого ложа, відкинутими на 180° слизово-окісними клаптями навколо дефекту, який **відрізняється** тим, що викроюють язикоподібний слизово-окісний клапоть з верхньої стінки дефекту альвеолярного відростка з поживною ніжкою, звернутою до переднього краю, вивертають із глибини дефекту, мобілізують та вкладають на сформоване ложе, фіксують вікриловими швами.

Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601