



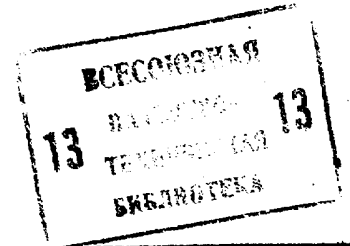
СОЮЗ СОВЕТСКИХ
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ
РЕСПУБЛИК

(19) **SU** (11) **1219056** **A**

(51)4 A 61 B 17/00

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР
ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ



(21) 3806867/28-14

(22) 29.10.84

(46) 23.03.86. Бюл. № 11

(71) Центральный научно-исследова-
тельский институт стоматологии

(72) Л.А. Брусова, С.Г. Ананян
и Н.Е. Флоринская

(53) 616.475(088.8)

(56) Авторское свидетельство СССР
№ 986399, кл. А 61 В 17/00, 1980.

(54)(57) СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ
ПОДГЛАЗНИЧНО-СКУЛОВЫХ ОБЛАСТЕЙ У
БОЛЬНЫХ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ ДИЗОСТО-
ЗАМИ путем подсаживания имплантата

из силикона через разрез кожи по проекции основания нижнего века и пластики мягких тканей лоскутом на питающей ножке, отличающийся тем, что, с целью предотвращения нарушения целостности круговой мышцы глаза, в качестве лоскута на питающей ножке используют кожно-жировой артериализованный лоскут из лобной области, который проводят через подкожный тоннель, сформированный в тканях височной области по направлению к наружному краю орбиты, и подшивают к краям раневого дефекта.

(19) **SU** (11) **1219056** **A**

Изобретение относится к медицине, а именно к области реконструктивной восстановительной хирургии, и может быть использовано в хирургической стоматологии.

Целью изобретения является предотвращение нарушения целостности круговой мышцы глаза за счет достижения полного восстановления рельефа тканей подглазнично-скуловых областей.

Способ осуществляют следующим образом.

Под эндотрахеальным наркозом проводят разрез кожи по проекции основания нижнего века с переходом у наружного угла глаза на 1,5-2 см в височную область по линии морщин. Кожу вокруг разреза отсепааровывают острым и тупым путем с частью подкожной жировой клетчатки, на ширину, определяемую по форме подсаживаемого имплантата. Отслойку надкостницы начинают от нижнего края орбиты и продолжают на переднюю поверхность верхней челюсти. Приготовив таким образом ложе, в него вводят ранее смоделированный имплантат из силикона, который по своей форме восполняет костный дефект, а именно, отсутствующий край, дно глазницы, аплазированной скуловую кость и скуловую дугу. Имплантат фиксируют к надкостнице хромированным кетгутом или лавсаном. После выполнения имплантатом костного дефекта проводят пластику мягких тканей подглазнично-скуловой области, так как остается открытым раневой дефект мягких тканей над пересаженным имплантатом. С этой целью используют кожно-жировую артериализованный лоскут на питающей ножке, выкроенный из лобной области. Ножка лоскута содержит основные стволы поверхностной височной артерии и вены. Предварительно на коже определяют и отмечают бриллиантовой зеленью ход поверхностной височной артерии и лобной ветви ее. В височной области, начиная от верхнего полюса ушной раковины, производят разрез кожи, латерально от проекции височной артерии на 0,5 см, который продолжают вверх, в лобную область и выкраивают кожно-жировой лоскут, соответственно проекции лобной ветви височной артерии и по форме раневого дефекта мягких тканей подглазнично-скуловой области. Кожно-

жировой лоскут отслаивают от подлежащей фасции. Рану на месте взятия лоскута шивают, сблизив края. Отсепааровку ножки лоскута проводят с большой осторожностью, чтобы не поранить сосудистый пучок и не нарушить кровоснабжение. Для этого выделяют и мобилизируют основные стволы поверхностной височной артерии и вены с

5 окружающей жировой клетчаткой до верхнего слоя скуловой дуги. После этого под кожей в височной области формируют тоннель, начиная от медиального края ножки выкроенного лоскута из

10 лобной области по направлению к наружному краю орбиты и соединяют с раневым дефектом. Сформированный кожно-жировой лоскут поворачивают и проводят через подкожный тоннель, выводят

15 в раневой дефект, устанавливают над подсаженным имплантатом и пришивают к краям раневого дефекта полиамидной нитью. Угол поворота ножки лоскута не превышает 90°, что обеспечивает хорошее кровоснабжение лоскута. Таким образом, проводят пластику мягких тканей в подглазнично-скуловой области. Аналогичную хирургическую процедуру

30 проводят с противоположной стороны.

Пример. Больная Б., 30 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие косметического дефекта, деформацию лица. Из анамнеза установлено, что заболевание врожденное, ранее оперативное лечение не проводилось.

35 На основании клинических и функциональных методов обследования был поставлен диагноз: челюстно-лицевой дизостоз.

40 Производят операцию по предлагаемой методике.

Под эндотрахеальным наркозом проводят разрез кожи по проекции основания нижнего века справа с переходом у наружного угла глаза на 1,5 см в височную область по линии морщин. Кожу вокруг разреза отсепааровывают острым и тупым путем с частью подкожной клетчатки. Надкостницу отслаивают от нижнего края орбиты книзу, по направлению передней поверхности

45 верхней челюсти. В подготовленное ложе вводят ранее индивидуально смоделированный имплантат из силикона

50 и фиксируют к надкостнице хромированным кетгутом. Затем приступают к закрытию раневого дефекта, образовавшегося в подглазнично-скуловой об-

ласти над подсаженным имплантатом, размером 2,0 x 5,0 x 0,3 см. Для этого из лобной области с правой стороны по форме раневого дефекта выкраивают кожно-жировой артериализованный лоскут, питающая ножка которого содержит основные стволы поверхностной височной артерии и вены. Разрезы кожи проводят соответственно направлению поверхностной височной артерии и лобной ветви ее, отступая на 0,5 см их проекции. Кожно-жировой лоскут отслаивают от подлежащей фасции, рану на месте взятия лоскута сшивают, сблизив края. Затем вместе с ножкой лоскута выделяют и мобилизируют основные стволы поверхностной височной артерии и вены с окружающей жировой клетчаткой до верхнего края скуловой дуги. После этого, под кожей в височной области, начиная от медиального края ножки выкроенного лоскута, формируют тоннель по направлению к наружному краю орбиты и соединяют с

раневым дефектом. Сформированный кожно-жировой лоскут проводят через подкожный тоннель и выводят в раневой дефект, устанавливают над подсаженным имплантатом и прижимают к краям раневого дефекта полиамидной нитью.

Послеоперационное течение гладкое, заживление первичное. При выписке отмечено полное приживление пересаженного лоскута и восстановление рельефа подглазнично-скуловой области.

При контрольном осмотре через 8 мес после операции отмечены хорошие анатомические и функциональные результаты. Устранены деформации нижнего века, глазной щели и дефект в подглазнично-скуловой области. Рельеф подглазнично-скуловой области приближен к норме, выворот нижнего века устранен. Пересаженный лоскут не сократился, по цвету практически не отличался от окружающих тканей. Рубец, окаймляющий лоскут, мало заметен.

Редактор В. Иванова Составитель М. Позняк
Техред И. Верес Корректор В. Бутыга

Заказ 1178/6 Тираж 659 Подписное

ВНИИПИ Государственного комитета СССР
по делам изобретений и открытий

113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., д.4/5

Филиал ИПИ "Патент", г. Ужгород, ул. Проектная, 4