



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **16**

(51) ) **МПК 7 А 61 В**  
**17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ  
ВЕДОМСТВО

# (12) **Описание изобретения**

## К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

---

---

1

(21) 0500024

(22) 05.05.2004

(46) Бюл.38 (2), 2005

(71) Таиров У. Т. (TJ); Абдуллоев У.Т. (TJ);  
Джобиров З. С. (TJ).

(72) Таиров У. Т. (TJ); Абдуллоев У.Т. (TJ);  
Джобиров З. С. (TJ).

(73) Таиров У. Т. (TJ); Абдуллоев У.Т. (TJ);  
Джобиров З. С. (TJ).

(54) **СПОСОБ ТОТАЛЬНОЙ ВЕСТИБУЛОП-  
ЛА-СТИКИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ  
АДЕНТИИ**

(56) 1. Степанов А.Е. Френулопластика, вестибу-  
лопластика и операции на тканях пародонта. М.,  
2000, с. 119; 140 2. Т! 378 от 10.09.2003 г.

(57) Изобретение относится к медицине, ( а имен-  
но к хирургической стоматологии, и может быть

2

использовано при полной адентии верхней челю-  
сти для создания условий адекватного протезиро-  
вания. Целью изобретения является стойкая фик-  
сация тканей воссозданного преддверия, исключе-  
ние источников инфекции создании благоприят-  
ных условий протезирования.

Указанная цель достигается тем, что проводят  
разрез слизистой оболочки альвеолярного отрост-  
ка, отслаивают слизистый и подслизистый слои  
верхней губы, щек и частично скелетируют кость  
на уровне основания носа в области грушевидного  
отверстия и скулочелюстных швов. Образовав-  
шийся лоскут ушивают к надкостнице. Ткани вновь  
созданного преддверия полости рта фиксируют  
посредством полихлорвиниловой трубки к основа-  
нию грушевидного отверстия и скулочелюстным  
швам.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической стоматологии, и может быть использовано при адентии для создания условий адекватного протезирования.

Известен способ вестибулопластики по Кларку путем разреза слизистой оболочки, ее отслаивания в подслизистом слое, фиксации к тканям глубины вновь созданного преддверия к надкостнице. На раневую поверхность альвеолярного отростка накладывают йодоформный тампон.

Наиболее близким является способ вестибулопластики по Казаньяну заключающийся в разрезе, отслаивании слизистой оболочки с последующим ее отслаиванием до переходной складки. Ножницами производят отсечение мягких тканей до надкостницы. В глубину вновь созданного преддверия полости рта опускают слизистый лоскут и фиксируют к надкостнице. Йодоформный тампон, свернутый в жгут или валик, укладывают в глубину преддверия полости рта, после чего шовным материалом фиксируют его чрезкожно.

Недостатком этого способа является использование йодоформного тампона, которое не обеспечивает стойкой фиксации тканей воссозданного преддверия, приводит к рецидиву, а также является источником инфекции, так как пропитывается кровью, слюной и остатками пищи. В результате давления удерживающих чрезкожных швов развивается отек мягких тканей, боль и дискомфорт.

Целью изобретения является стойкая фиксация тканей воссозданного преддверия, исключение источников инфекции, создание благоприятных условий протезирования.

Указанная цель достигается тем, что проводят разрез слизистой оболочки альвеолярного отростка, отслаивают слизистый и подслизистый слои верхней губы, щек и частично скелетируют кость на уровне основания носа в области грушевидного отверстия. Образовавшийся лоскут ушивают к надкостнице в глубине раны. Ткани вновь созданного преддверия полости рта фиксируют посредством полихлорвиниловой трубки к основанию грушевидного отверстия и скулочелюстных швов.

Способ осуществляется следующим образом.

Проводят разрез слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти с учетом ее подвижности в горизонтальном направлении от бугра одной стороны до противоположной стороны. Отслаивают слизистый лоскут по направлению верхней губы и щек, а также частично скелетируют кость на уровне основания носа в области грушевидного отверстия и скулочелюстных швов. При помощи бормашины и фиссурного бора просверливают по одному отверстию на боковых стенках грушевидного отверстия и в области скулочелюстных швов, через которые проводят лигатурные стальные проволоки. Отслоенный лоскут ушивают в глубине вновь созданного преддверия

полости рта к подкостнице 4-6 парами кетгутовых швов. Для предупреждения уменьшения объема вновь созданного верхнего свода преддверия полости рта и появления избытка подвижной слизистой оболочки стабильного удержания, ткани вновь созданного преддверия фиксируют посредством полихлорвиниловой трубки при помощи ранее приготовленной лигатурной стальной проволоки.

В ближайшие 7-10 дней послеоперационного периода производят снятие трубки и швов и приступают к протезированию верхней челюсти.

По данному способу в период с 2002 по 2004 гг. 10 больным проведено оперативное лечение.

Пример 1.

Больной Шкамарда В.Е., 1949 г.р., поступил 20.04.2002 г. Жалобы на плохую фиксацию полного съемного протеза на верхней челюсти и затруднение приема пищи. Проведено клинко-лабораторное обследование. Поставлен диагноз: вторичная полная адентия верхней челюсти, атрофия альвеолярного отростка II-III степени.

Больному проведена операция тотальной вестибулопластики верхней челюсти по предложенному способу. На 14-й день послеоперационного периода больному произведено протезирование съемной пластинкой. Получен положительный результат. Через 1 год - в мае 2003 года, после окончательного формирования протезного ложа проведена замена протеза. По настоящее время больной находится под наблюдением. Съемный пластиночный протез на верхней челюсти фиксирован хорошо, при этом акт приема и разжевывания пищи не нарушен.

Пример 2.

Больной Шарипов У., 1932 г.р., поступил в отделение пластической и реконструктивной хирургии лица 12.01.02 г. Жалобы на полное отсутствие зубов верхней челюсти, затруднение приема пищи, нарушение речи и плохую фиксацию полного съемного протеза. Проведено клинко-лабораторное обследование. Поставлен диагноз: вторичная полная адентия верхней челюсти, атрофия альвеолярного отростка II-III степени.

Больному проведена операция тотальной вестибулопластики верхней челюсти по предложенному способу. На 10-й день послеоперационного периода у больного снята полихлорвиниловая трубка и произведено протезирование съемной пластинкой. Получен положительный результат.

Пример 3.

Больной Каримов А. У., 1950 г.р., поступил в отделение пластической и реконструктивной хирургии лица 08.10.02 г. Жалобы на затруднение приема пищи, плохую фиксацию протеза, нарушение речи. Проведено клинко-лабораторное обследование. Поставлен диагноз: вторичная полная адентия челюстей. Больному проведена опера-

ция тотальной вестибулопластики верхней челюсти по предложенному способу. На 10-й день послеоперационного периода у больного снята поли-

хлорвиниловая трубка и произведено протезирование съемной пластинкой. Получен положительный результат.

### ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ тотальной вестибулопластики верхней- » челюсти при адентии, включающий разрез слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти, ее отслаивание и фиксацию к надкостнице, **отличающийся тем, что** ткани

вновь созданного преддверия полости рта фиксируют посредством полихлорвиниловой трубки к основанию грушевидного отверстия и скулочелюстным швам.

Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ  
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.