



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **34781** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/322**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ ПОКРИВНИХ ТКАНИН**

1

2

(21) u200802856

(22) 05.03.2008

(24) 26.08.2008

(46) 26.08.2008, Бюл.№ 16, 2008 р.

(72) ГАЛИЧ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, UA, РЕЗНІКОВ  
ОЛЕКСАНДР ВІКТОРОВИЧ, UA, ОГОРОДНИК  
ЯРОСЛАВ ПЕТРОВИЧ, UA(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ, UA

(57) Спосіб хірургічного лікування дефектів покривних тканин, що включає виділення шкірно-фасціального клаптя гомілки на перфорантних судинах, що відходять від передніх великогомілкових судин і проходять вздовж передньої міжм'язової перетинки, і закриття ним дефекту, який **відрізняється** тим, що при виділенні шкірно-фасціального клаптя гомілки додатково виділяють та зберігають м'язові перфорантні судини, що відходять від передніх великогомілкових судин.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих з дефектами покривних тканин будь-якої локалізації.

Відомий спосіб хірургічного лікування дефектів покривних тканин, що включає виділення шкірно-фасціального клаптя гомілки на перфорантних судинах, що відходять від передніх великогомілкових судин і проходять вздовж передньої міжм'язової перетинки, і закриття ним дефекту [А.Є.Білоусов "Пластична, реконструктивна та естетична хірургія", Санкт-Петербург 1998р. 261-266С.]

Недоліками цього способу є велика кількість ускладнень у вигляді ішемії клаптя, його венозної недостатності, що викликають його некроз.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування дефектів покривних тканин, який, за рахунок виділення та збереження м'язових перфорантних судин, що відходять від передніх великогомілкових судин, забезпечував би зниження кількості ускладнень у вигляді ішемії клаптя, його венозної недостатності, що викликає його некроз.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування дефектів покривних тканин, що включає виділення шкірно-фасціального клаптя гомілки на перфорантних судинах, що відходять від передніх великогомілкових судин і проходять вздовж передньої міжм'язової перетинки, згідно корисній моделі, при виділенні шкірно-фасціального клаптя гомілки додатково виділяють та зберігають м'язові перфо-

рантні судини, що відходять від передніх великогомілкових судин.

Збереження додаткових м'язових перфорантних судин забезпечує додаткове артеріальне постачання та венозний відтік шкірно-фасціальному клаптю, що призводить до зменшення ускладнень у вигляді його ішемії та порушення венозного відтоку.

Спосіб виконують наступним чином. Після обробки операційного поля, із зигзагоподібного доступу по тилу стопи з переходом на передньолатеральну поверхню гомілки виділяють передні великогомілкові судини та виконують їх ревізію. Проводять інтраопераційний тест Алена. За доопераційною розміткою виконують піднімання шкірно-фасціального клаптя гомілки не менше ніж на двох перфорантних судинах, що відходять від передніх великогомілкових судин вздовж передньої міжм'язової перетинки до глибокої фасції гомілки. Додатково виділяють та зберігають не менш ніж дві м'язові перфорантні судини, що теж відходять від передніх великогомілкових судин в напрямку до глибокої фасції гомілки через тканину навколишніх м'язів. Перев'язують передні великогомілкові судини дистальніше чи проксимальніше виділених перфорантних судин, в залежності від напрямку транспозиції утвореного шкірно-фасціального клаптя. Після хірургічної підготовки раньового дефекту (реципієнтної ділянки), та мобілізації судинної ніжки достатньої довжини, виконують транспозицію шкірно-фасціального клаптя в реципієнтну ділянку та фіксують окремими швами по периметру раньового дефекту. Залишають резинові дре-

(13) **U**(11) **34781**(19) **UA**

нажі-"випускники" під клаптем. Закривають місце забору клаптя (донорську ділянку) з використанням синтетичної поліуретанової тканини Syspur-det, яку фіксують по периметру утвореного дефекту. Гемостаз забезпечують по ходу операції. Операційну рану обробляють антисептиком. Накладають асептичну пов'язку з віконцем для спостереження за шкірним покривом клаптя.

Приклад. Хворий Г., історія хвороби №756

Клінічний діагноз: віддалені наслідки травматичного розчавлення лівої стопи.

Техніка операції. Після обробки операційного поля, із зигзагоподібного доступу по тилу стопи з переходом на передньо-латеральну поверхню гомілки виділили передні великогомілкові судини та виконали їх ревізію. Передня великогомілкова артерія пульсує, супроводжується двома комітантними венами. За доопераційною розміткою виділили шкірно-фасціальний клапоть, овальної форми, розмірами 7х14см, на двох перфорантних судинах, що відходять від передніх великогомілкових судин вздовж передньої міжм'язової перетинки до глибокої фасції гомілки. Додатково виділили та зберегли дві м'язові перфорантні судини, що теж відходять від передніх великогомілкових судин в

напрямку до глибокої фасції гомілки через тканину навколишніх м'язів. Лігували великогомілкові судини у місці їх виходу із міжкісткової мембрани та перевірили кровозабезпечення клаптя на протязі 5 хвилин - кровозабезпечення клаптя адекватне. Клапоть на судинній ніжці перемістили на тил стопи та фіксували по периметру дефекту. Донорську ділянку закрили з використанням синтетичної поліуретанової тканини Syspur-det, яку фіксували по периметру утвореного дефекту. Установили резинові дренажі. Обробили рану антисептиками. Наклали асептичну пов'язку та гіпсову позиційну лонгету.

Запропонованим способом проліковано 3 хворих. У жодного з хворих не виявлено ускладнень у вигляді ішемії клаптя, його венозної недостатності та некрозу. У той час як серед 3-ох хворих, прооперованих за способом-аналогом, у 2-ох спостерігалось ускладнення у вигляді тривалої венозної недостатності з частковим некрозом, у 1-го хворого виник тотальний некроз клаптя.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість ускладнень у вигляді ішемії клаптя, його венозної недостатності, що викликають його некроз.