



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42473 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ М'ЯКИХ ТКАНИН ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

1

(21) u200900142

(22) 09.01.2009

(24) 10.07.2009

(46) 10.07.2009, Бюл.№ 13, 2009 р.

(72) ГАЛИЧ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, БІЛЯНСЬКИЙ
ЛЕОНІД СЕМЕНОВИЧ, РЕЗНІКОВ ОЛЕКСАНДР
ВІКТОРОВИЧ, ОГОРОДНИК ЯРОСЛАВ ПЕТРО-
ВИЧ, ДАБІЖА ОЛЕКСІЙ ЮРІЙОВИЧ

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

2

(57) Спосіб хірургічного лікування дефектів м'яких тканин передньої черевної стінки, що включає мікросудинну транспозицію клаптя м'яза, що напружує широку фасцію стегна, і закриття ним дефекту передньої черевної стінки, який **відрізняється** тим, що виконують деєпідермізацію дистальної частини клаптя, що напружує широку фасцію стегна, та заміщують нею дефект м'яких тканин передньої черевної стінки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих з дефектами м'яких тканин передньої черевної стінки.

Відомий спосіб хірургічного лікування дефектів м'яких тканин передньої черевної стінки, що включає мікросудинну транспозицію клаптя м'яза, що напружує широку фасцію стегна і закриття ним дефекту передньої черевної стінки [Обыденнов С.А., Фраучи И.В. «Основы реконструктивной пластической микрохирургии», Санкт-Петербург, 2000, 78-82.]

Недоліками цього способу є більша кількість ускладнень у вигляді неестетичності передньої черевної стінки та формування післяопераційних кил через відсутність опорних структур передньої черевної стінки.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування дефектів м'яких тканин передньої черевної стінки, який, за рахунок деєпідермізації дистальної частини клаптя, що напружує широку фасцію стегна, та заміщення нею дефекту м'яких тканин передньої черевної стінки, забезпечував би зниження кількості ускладнень у вигляді неестетичності передньої черевної стінки та формування післяопераційних кил через відсутність опорних структур передньої черевної стінки.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування дефектів м'яких тканин передньої черевної стінки, що включає мікросудинну транспозицію клаптя м'яза, що напружує широку фасцію стегна і закриття ним дефекту пе-

редньої черевної стінки, згідно корисній моделі, виконують деєпідермізацію дистальної частини клаптя, що напружує широку фасцію стегна, та заміщують нею дефект м'яких тканин передньої черевної стінки.

Додаткове виконання деєпідермізації дистальної частини клаптя та заміщення ним дефекту м'яких тканин передньої черевної стінки забезпечує зниження кількості ускладнень, так як відбувається заміщення дефекту м'яких тканин передньої черевної стінки, що покращує контур та, відповідно, естетичний вигляд черевної стінки, а також забезпечує часткове відновлення структури опорних тканин передньої черевної стінки, а саме його м'язового, підшкірного шарів та шкіри, що запобігає кілоутворенню.

Спосіб виконують наступним чином.

Після маркування майбутнього клаптя і попереднього етапу операції (герніопластика, вісцероліз, реінплантація поліпропіленової сітки) відсікають трофічно змінену шкіру та вимірюють розміри дефекту передньої черевної стінки. Виконують доступ по латеральній поверхні лівого стегна та мобілізують шкірно-м'язовий клапоть, що базується на м'язі, який напружує широку фасцію стегна. Клапоть має витягнуто-овальну форму і може мати площинні максимальні розміри до 500x200 мм, його піднімають на судинній ніжці (верхні гілки латеральних артерії і двох комітантних вен, що огинають стегнову кістку, з системи гілок глибоких стегнових судин) з захисною м'язовою муфтою судинної ніжки. Судинна ніжка має довжину біля 60 мм, її повертають на 30° при транспозиції клап-

UA (11) 42473 (13) U

тя та вкладають в сформоване підшкірно-жирове ложе оточуючих незмінених тканин. Виконують поворот клаптя. Дистальну третину клаптя деєпідермізують, підвертають під клапоть по типу дублікатури та фіксують поодинокими швами до підлеглого поліпропіленового сіткового інпланта за допомогою ниток Пролен 2-0, 3-0. Клаптем повністю закривають дефект передньої черевної стінки зшиваючи шкіру клаптя з шкірою дефекта черевної стінки по периферії, з використанням нитки Пролен 3-0, 4-0. Донорську ділянку стегна закривають за допомогою синтетичного матеріалу Suspurg derm та шовного матеріалу ПДС 1-0, 2-0, Пролен 3-0.

Приклад. Хворий Я. історія хвороби № 4317

Клінічний діагноз: рецидив вентральної кили.

Техніка операції. Відмаркували майбутній клапоть після попереднього етапу операції (герніопластики, вісцеролізу, реінплантації поліпропіленової сітки). Відсікли трофічно змінену шкіру та виміряли розміри дефекту передньої черевної стінки. Виконали доступ по латеральній поверхні лівого стегна та мобілізували шкірном'язовий клапоть, що базується на м'язі, який напружує широку фасцію стегна. Клапоть має витягнуто-овальну форму і площинні максимальні розміри 450x180 мм, його підняли на судинній ніжці (верхні гілки латеральних артерії і двох комітантних вен, що огинають стегову кістку, з системи гілок глибоких стегових судин) з захистною м'язовою муфтою судинної ніжки. Судинна ніжка має довжину біля 60 мм, її повернули на 30° при транспозиції клаптя та вклали в сформоване підшкірно-жирове ложе оточуючих незмінених тканин.

Виконали поворот клаптя. Дистальну третину клаптя деєпідермізували, підвернули під клапоть по типу дублікатури та фіксували поодинокими швами до підлеглого поліпропіленового сіткового інпланта за допомогою ниток Пролен 2-0, 3-0. Клаптем повністю закрили дефект передньої черевної стінки зшиваючи шкіру клаптя з шкірою дефекта черевної стінки по периферії, з використанням нитки Пролен 3-0, 4-0. Донорську ділянку стегна закрили за допомогою синтетичного матеріалу Suspurg derm та шовного матеріалу ПДС 1-0, 2-0, Пролен 3-0. Гемостаз під час операції. Асептична повязка. Ускладнень у вигляді неестетичності передньої черевної стінки та післяопераційних кил у пацієнта не спостерігалось.

Запропонованим способом проліковано 3 хворих. У жодного з хворих не виявлено ускладнень у вигляді неестетичності передньої черевної стінки та формування післяопераційних кил через відсутність опорних структур передньої черевної стінки. В той же час як із 3 хворих, прооперованих за способом аналогом у 2 хворих спостерігались ускладнення у вигляді формування післяопераційних кил, у 1 хворого передня черевна стінка мала неестетичний вигляд через западання тканин переміщеного клаптя.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість ускладнень у вигляді неестетичності передньої черевної стінки та формування післяопераційних кил через відсутність опорних структур передньої черевної стінки.