



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42610 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ДЕФЕКТІВ ПОВЕРХНЕВИХ ТКАНИН КІНЦІВОК

1

2

(21) u200901887

(22) 03.03.2009

(24) 10.07.2009

(46) 10.07.2009, Бюл.№ 13, 2009 р.

(72) ГАЛИЧ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, ДАБІЖА ОЛЕКСІЙ ЮРІЙОВИЧ, ЛАЗАРЯН КРИСТИНА АРТАКІВНА

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічної корекції дефекту поверхневих тканин кінцівок, який включає закриття дефекту клаптем, сформованим з використанням тканинного експандера, який **відрізняється** тим, що при закритті дефекту ложе тканинного експандера заповнюють дублікатурою, сформованою з основи капсули експандера.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих з дефектом поверхневих тканин кінцівок.

Відомий спосіб корекції дефекту поверхневих тканин кінцівок, який включає закриття дефекту клаптем, сформованим з використанням тканинного експандера [Tissue expansion in reconstructive and aesthetic surgery. Gordon H.Sasaki, «Mosby», 1998, Р. 140-168].

Недоліком цього способу є низький естетичний результат через порушення контуру, зумовлене залишковою дією експандера на ложе.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу корекції дефекту поверхневих тканин кінцівок, який за рахунок закриття ложа тканинного експандера дублікатурою з основи капсули експандера, забезпечував би покращення естетичного результату.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічної корекції дефекту поверхневих тканин кінцівок, який включає закриття дефекту клаптем сформованим з використанням тканинного експандера, згідно корисної моделі, при закритті дефекту, ложе тканинного експандера заповнюють дублікатурою сформованою з основи капсули експандера.

Закриття ложа експандера дублікатурою сформованою з основи капсули експандера покращує естетичний результат, так як при цьому заміщають недолік тканин, таким чином, що контур кінцівки відповідає контрлатеральній кінцівки.

Спосіб виконують наступним чином.

Після обробки операційного поля здійснюють маркування меж та інфільтрацію поверхневих тканин навколо рубцевого дефекту. Формують поро-

жнину для тканинного експандера в межах маркування. У сформовану порожнину імплантують тканинний експандер. Порт тканинного експандера виводять крізь рубцевий дефект. Гемостаз по ходу операції, антисептики, шов ран. В кінці операції в тканинний експандер вводять приблизно 10 % (від загального об'єму експандера) стерильного фізіологічного розчину. Через 3 дні починають тканинну експансію, яку здійснюють до бажаного об'єму. На другому етапі розтинають порожнину з тканинним експандером, експандер видаляють. Дефект відсікають до меж капсули тканинного експандера. Відділяють нижній листок капсули експандера від підлеглих м'яких тканин до половини. Формують дублікатуру з основи капсули експандера. Ложе тканинного експандера заповнюють дублікатурою сформованою з основи капсули експандера. Закривають утворений дефект поверхневих тканин за допомогою дермотензійного клаптя. Рани зашивають.

Приклад 1.

Пацієнтка Б., 1979р.н., звернулася в клініку з проханням виконати хірургічну корекцію дефекту поверхневих тканин середньої/3 предпліччя лівої в/кінцівки. В анамнезі опік в дитячому віці. Встановлено діагноз: віддалені наслідки хімічного опіку с/3 предпліччя лівої в/кінцівки. При огляді - дефект поверхневих тканин с/3 предпліччя лівої в/кінцівки, м'якої консистенції, неправильної форми, розмірами 9х11,5 см. Прийняли рішення провести корекцію вище вказаного дефекту в два етапи: на першому - встановити тканинний експандер поряд з рубцевим дефектом поверхневих тканин передпліччя; на другому видалення тканинного експандера з подальшою дермотензійною пластикою.

(19) UA (11) 42610 (13) U

Техніка операції: після обробки операційного поля здійснили маркування меж та інфільтрацію поверхневих тканин навколо рубцевого дефекту передпліччя. Сформували порожнину для тканьового експандера в межах маркування. У сформовану порожнину імплантували тканьовий експандер об'ємом 150 мілілітрів. Порт тканьового експандера вивели крізь рубцевий дефект. Гемостаз по ходу операції, антисептики, шов ран. Ввели 20,0 мілілітрів стерильного фізіологічного розчину в тканьовий експандер в кінці операції. Через 3 дні почали тканьову експансію, яку здійснювали на протязі 1 місяця та досягли об'єму тканьового експандера 150 мілілітрів. На другому етапі розітнули порожнину з тканьовим експандером, експандер видалили.

Дефект відсікли до межі капсули тканьового експандера. Відділили нижній листок капсули експандера від підлеглих м'яких тканин до половини. Сформували дублікатуру з основи капсули експандера. Ложе тканьового експандера заповнили дублікатурою сформованої з дна капсули експандера. Закрили утворений дефект поверхневих тканин за допомогою дермотензійного клаптя. При контрольному огляді через рік в/кінцівка мала естетичний вигляд, контур кінцівки відповідав контрлатеральній.

Приклад 2.

Пацієнт Т., 1968р.н., звернувся в клініку зі скаргами на дефект задньої поверхні с/3 лівої гомілки. Прохання, виконати хірургічну корекцію дефекту поверхневих тканин. В анамнезі укус собаки 2,5 років тому. При огляді - дефект поверхневих тканин с/3 лівої гомілки, неправильної форми, рубець втягнутий, розмірами 12х5,3 см. Прийняли рішення провести корекцію дефекту в два етапи: на першому - встановити тканьовий експандер поряд з рубцевим дефектом поверхневих тканин гомілки;

на другому видалення тканьового експандера з подальною дермотензійною пластикою.

Техніка операції: після обробки операційного поля та остаточного маркування проведена інфільтрація поверхневих тканин навколо рубцевого дефекту гомілки. Сформували порожнину для тканьового експандера в межах маркування. У сформовану порожнину імплантували тканьовий експандер об'ємом 250 мілілітрів. Порт тканьового експандера вивели крізь рубцевий дефект. Гемостаз по ходу операції, антисептики, шов ран. Ввели 50,0 мілілітрів стерильного фізіологічного розчину в тканьовий експандер в кінці операції. Через 5 днів почали тканьову експансію, яку здійснювали на протязі 1 місяця та досягли об'єму тканьового експандера 250 мілілітрів. На другому етапі розітнули порожнину з тканьовим експандером, експандер видалили. Дефект відсікли до межі капсули тканьового експандера. Відділили нижній листок капсули експандера від підлеглих м'яких тканин до половини. Сформували дублікатуру з основи капсули експандера. Ложе тканьового експандера заповнили дублікатурою сформованої з дна капсули експандера. Закрили утворений дефект поверхневих тканин за допомогою дермотензійного клаптя. При контрольному огляді через рік в/кінцівка мала естетичний вигляд, контур кінцівки відповідав контрлатеральній.

За запропонованим способом прооперовано 5 пацієнтів із досягненням задовільного естетичного результату. Термін спостереження за пацієнтами сягав одного року. В той же час у всіх 5 пацієнтів прооперованих аналогічним способом спостерігалось поглиблення ложа обумовлене компресійною дією тканьового експандера.

Таким чином, в порівнянні з аналогом показує, що застосування запропонованого засобу дозволяє підвищити естетичний результат.