



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42699 (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 ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО ПРОЛЕЖНЯ-БУРСИТУ ДІЛЯНКИ СІДНИЧНОГО ГОРБА

1

2

(21) u200904480

(22) 06.05.2009

(24) 10.07.2009

(46) 10.07.2009, Бюл.№ 13, 2009 р.

(72) БІЛИЙ ВОЛОДИМИР ЯКОВИЧ, ЗАРУЦЬКИЙ  
ЯРОСЛАВ ЛЕОНІДОВИЧ, ЛУРІН ІГОР АНАТОЛІ-  
ЙОВИЧ, ЄВЛОГІЄВ ВІКТОР ІВАНОВИЧ, ПЕНДРА-  
КОВСЬКИЙ КОСТЯНТИН ВОЛОДИМИРОВИЧ,  
ПАРАЙ АНДРІЙ ЄВГЕНІЙОВИЧ(73) БІЛИЙ ВОЛОДИМИР ЯКОВИЧ, ЗАРУЦЬКИЙ  
ЯРОСЛАВ ЛЕОНІДОВИЧ, ЛУРІН ІГОР АНАТОЛІ-ЙОВИЧ, ЄВЛОГІЄВ ВІКТОР ІВАНОВИЧ, ПЕНДРА-  
КОВСЬКИЙ КОСТЯНТИН ВОЛОДИМИРОВИЧ,  
ПАРАЙ АНДРІЙ ЄВГЕНІЙОВИЧ(57) Спосіб хірургічного лікування глибокого про-  
лежня-бурситу ділянки сідничного горба, який  
включає висічення пролежня та укріття дефекту  
клаптем з аутотканини з пошаровим закриттям  
рани, який **відрізняється** тим, що клапоть фор-  
мують з оточуючої підшкірної клітковини та зану-  
рюють його углибину дефекту, формуючи м'якот-  
канинну подушку.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих з глибокими пролежнями ділянки сідничного горба.

Відомий спосіб хірургічного лікування глибокого пролежня - бурситу ділянки сідничного горба, який включає висічення пролежня та укріття дефекту шкірно-м'язовим клаптем з пошаровим закриттям рани [Оганесян А.К. "Хирургическое лечение обширных и глубоких пролежней у больных с поражением спинного мозга". Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Ереван, 1999, с.13].

Недоліком цього способу є велика кількість ускладнень у вигляді рецидивів пролежня та розходження швів через сильне натягування тканин при закритті рани.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування глибокого пролежня - бурситу ділянки сідничного горба, який за рахунок формування клаптя для закриття дефекту з оточуючої підшкірної клітковини, забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування глибокого пролежня - бурситу ділянки сідничного горба, який включає висічення пролежня та укріття дефекту клаптем з аутотканини з пошаровим закриттям рани, згідно корисної моделі, клапоть формують з оточуючої підшкірної клітковини та занурюють його у глибину дефекту, формуючи м'якотканинну подушку.

Формування клаптя для закриття дефекту з оточуючої підшкірної клітковини забезпечує зменшення кількості ускладнень, оскільки відбувається заміщення дефекту м'яких тканин ділянки сідничного горба без додаткового натягування тканин у вигляді "пломби" з аутотканини, що запобігає розходженню швів, а також забезпечує часткове відновлення структури опорних тканин ділянки сідничного горба, що запобігає рецидиву пролежня.

Спосіб виконують наступним чином. Після маркування майбутнього клаптя і попереднього етапу операції (фістулбурсектомія) відсікають трофічно змінену підшкірну клітковину та вимірюють розміри дефекту ділянки сідничного горба. Виконують доступ по латеральній поверхні проксимальної стінки рани та мобілізують підшкірний клапоть. Клапоть має витягнуто-овальну форму і може мати площинні максимальні розміри до 110×115 мм, його піднімають на судинній ніжці і повертають на 30° при транспозиції клаптя та вкладають в м'якотканинний дефект після висічення пролежня - бурситу. Дистальну третину клаптя фіксують поодинокими швами до дна рани за допомогою ниток Пролен 2,0, 3,0. Клаптем повністю закривають дефект ділянки сідничного горба, зшиваючи бокові стінки клаптя зі стінками дефекту з використанням ниток Пролен 3,0, 4,0. Донорська ділянка ушивається під час накладання швів на шкіру.

Приклад. Хворий Б., історія хвороби №1684. Клінічний діагноз: Пролежень - бурсит ділянки лівого сідничного горба, запально-регенеративна стадія. Техніка операції: Відмаркували майбутній

(13) U  
(11) 42699  
(19) UA

клапоть після попереднього етапу операції (фістулбурсектомія). Відсікли трофічно змінену підшкірну клітковину та виміряли розміри дефекту ділянки сідничного горба. Виконали доступ по латеральній поверхні проксимальної стінки рани та мобілізували підшкірний клапоть. Клапоть мав витягнуто-овальну форму і максимальні розміри 110×90 мм, його підняли на судинній ніжці і повернули на 30° при транспозиції клаптя та вклали в дефект після висічення пролежня. Дистальну третину клаптя зафіксували поодинокими швами до дна рани за допомогою ниток Пролен 3,0. Клаптем повністю закрили дефект після висічення пролежня і зшили бокові стінки клаптя зі стінками рани з використанням ниток Пролен 4,0. Донорську ділянку стегна

закрили за допомогою зшивання шкіри шовним матеріалом Пролен 3,0. Гемостаз під час операції. Асептична пов'язка. Ускладнень у вигляді розходження швів та рецидиву пролежня не спостерігалось.

За запропонованим способом проліковано 5 хворих. У жодного з хворих не виявлено ускладнень у вигляді розходження швів та рецидивів пролежня. В той же час із 5 хворих, прооперованих за способом-аналогом, у 2-х хворих спостерігались ускладнення у вигляді розходження швів.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість ускладнень у вигляді натягнення тканин, розходження швів та рецидивів пролежня.