



УКРАЇНА

(19) UA (11) 46793 (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 НАСКРІЗНОГО ДЕФЕКТУ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩІЧНОЇ ДІЛЯНКИ

1

2

(21) u200906310

(22) 18.06.2009

(24) 11.01.2010

(46) 11.01.2010, Бюл.№ 1, 2010 р.

(72) ГАЛИЧ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, РЕЗНІКОВ ОЛЕКСАНДР ВІКТОРОВИЧ, ОГОРОДНИК ЯРОСЛАВ ПЕТРОВИЧ, ДАБІЖА ОЛЕКСІЙ ЮРІЙОВИЧ

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування наскрізного дефекту м'яких тканин щічної ділянки, який включає пересадку променевого клаптя передпліччя на ділянку дефекту, який **відрізняється** тим, що клапоть поперечно перегинають шкірою назовні, відсепаровують шкіру в місці перегину, створюють зовнішній та внутрішній листки шкіри та фіксують внутрішній листок до залишків слизової ротової порожнини, а зовнішній - до шкіри обличчя.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих з наскрізним дефектом м'яких тканин щічної ділянки.

Відомий спосіб хірургічного лікування наскрізного дефекту м'яких тканин щічної ділянки, що включає пересадку променевого клаптя передпліччя на ділянку дефекту. [Romanian Journal of Hand and Reconstructive Microsurgery vol.7 III-IV, 2002, ст. 47-55]. Недоліками цього способу є більша кількість ускладнень у вигляді атрофії та некрозу пересащеного променевого клаптя, формування нориць та недостатності післяопераційної рани.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування наскрізного дефекту м'яких тканин щічної ділянки, який, за рахунок використання поперечного перегину променевого клаптя шкірою назовні, забезпечував би зниження кількості ускладнень у вигляді атрофії та некрозу пересащеного променевого клаптя, формування нориць та недостатності післяопераційної рани.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування наскрізного дефекту м'яких тканин щічної ділянки, який включає пересадку променевого клаптя передпліччя на ділянку дефекту, згідно корисної моделі, клапоть поперечно перегинають шкірою назовні, відсепаровують шкіру в місці перегину, створюють зовнішній та внутрішній листки шкіри, та фіксують внутрішній листок до залишків слизової ротової порожнини, а зовнішній - до шкіри обличчя.

Використання поперечного перегину клаптя шкірою назовні, відсепарування шкіри в місці пере-

гину, та створення зовнішнього та внутрішнього листків шкіри, з фіксацією внутрішнього листка до залишків слизової ротової порожнини, а зовнішнього - до шкіри обличчя забезпечує зниження кількості ускладнень, через те, що дозволяє сформувати вистилку ротової порожнини та захищає тканини клаптя від агресивного впливу вмісту ротової порожнини.

Спосіб виконують наступним чином.

Виконують видалення нежиттєздатних тканин в ділянці наскрізного дефекту щічної ділянки. Проводять ревізію судин шиї в системі зовнішньої сонної артерії та внутрішньої яремної вени. Виділяють реципієнтні судини та беруть їх на тримачі. Проводять забір променевого клаптя передпліччя та пересаджують його в пошкоджену ділянку з накладанням анастомозів між донорськими та реципієнтними судинами. Проводять поперечний перегин клаптя (приблизно посередині клаптя) шкірою назовні, з відсепаровкою шкіри в ділянці перегину, створюючи внутрішній та зовнішній листки шкіри.

Фіксують задній листок шкіри клаптя по периметру дефекту слизової оболонки ротової порожнини, зовнішній листок шкіри клаптя по периметру дефекту шкіри щічної ділянки. Закривають дефект донорської ділянки передпліччя та накладають асептичні пов'язки.

Приклад. Хвора Л., історія хвороби № 411

Клінічний діагноз: Складний поширений дефект лівої щічної, периорбітальної зони, носа. Стан після резекції м'яких тканин з приводу пухлини обличчя (базаліоми) та її рецидивів.

Техніка операції. Після доопераційного маркування та обробки операційного поля доступом

(19) UA (11) 46793 (13) U

вздовж переднього краю лівого кивального м'язу виділили ліву загальну сонну артерію і внутрішню яремну вену та язикову артерію та вену. На правому передпліччі проводили забір променевого шкірно-фасціального клаптя на проксимальній судинній ніжці. Довжина ніжки біля 100мм. Клапоть відсікли та виконали промивання судинного русла. Дефект донорської ділянки закрили поліуретановою аллотканиною. Провели накладання артеріального та венозного анастомозів по типу «кінець в кінець» (між променевими і язиковими судинами) за допомогою нитки пролен 9-0, та 10-0. Після зняття кліпс і «вмикання» клаптя в кровообіг анастомози прохідні. Висікли рубцево-змінені тканини дефекту лівої половини обличчя (орбіта, зовнішній ніс, вилична дуга, верхня губа, тканини нижньої щелепи) та провели клапоть, через сформований підшкірний тунель, в реципієнтну ділянку. Провели поперечний перегин клаптя, відсепаровку шкіри в ділянці перегину з утворенням внутрішнього та зовнішнього листків шкіри і фіксували клапоть по

периметру дефекту лівої половини обличчя (внутрішній листок фіксували по периметру дефекту слизової рота, а зовнішній по периметру дефекту шкіри обличчя, з повним його закриттям. До кінця операції гемодинаміка клаптя компенсована.

Гемостаз забезпечили по ходу операції. Виконали туалет рани з антисептиками та наклали асептичну пов'язку.

Запропонованим способом проліковано 2 хворих. У жодного з хворих не виявлено ускладнень у вигляді атрофії та некрозу пересадженого променевого клаптя чи формування нориць та недостатності післяопераційної рани.

У той же час, у 2 хворих, прооперованих за способом аналогом, були виявлені ускладнення, у 1 з них у вигляді атрофії та некрозу пересадженого променевого клаптя, у іншого спостерігалось формування нориці та недостатності післяопераційної рани в післяопераційному періоді.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість ускладнень.