



УКРАЇНА

(19) UA (11) 50981 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/58  
A61B 17/88

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ФІКСАЦІЇ КЛАПТЯ З РОЗТЯГНУТИХ М'ЯКИХ ТКАНИН

1

(21) u201000596  
(22) 21.01.2010  
(24) 25.06.2010  
(46) 25.06.2010, Бюл.№ 12, 2010 р.  
(72) ЖЕРНОВ ОЛЕКСАНДР АНДРІЙОВИЧ, ЖЕРНОВ АНДРІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, СТАСКЕВИЧ СЕРГІЙ ВІКТОРОВИЧ, КОВАЛЕНКО АНТОН ОЛЕКСАНДРОВИЧ  
(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ГЕМАТОЛОГІЇ ТА ТРАНСФУЗИОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ"  
(57) Спосіб фіксації клаптя з розтягнутих м'яких тканин шляхом накладання пошарових швів, який

2

відрізняється тим, що на етапі імплантації експандера у клапоть включають ділянку рубця шириною 1 см, яка знаходиться на протилежному від основи боці клаптя, з попередньо включеної ділянки видаляють епідермальний шар зі зменшенням його вертикального розміру, під час фіксації деєпідермізований край клаптя занурюють під попередньо мобілізований край рани, що утворилась після висічення рубцевої ділянки, і таким чином утворюють клаптево-шкірну дублікатуру, яку фіксують внутрішніми швами, шкірну рану ушивають без натягу косметичним швом.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії, комбустіології, травматології-ортопедії, пластичної та естетичної хірургії, і може бути використана для лікування дефектів м'яких тканин, рубцевих ділянок та дермальних контрактур суглобів.

Відомий спосіб фіксації клаптя з розтягнутих м'яких тканин шляхом висічення рубцевих ділянок в різних ділянках тіла людини з наступною пластикою дефекту та накладанням двох чи трьох рядів швів на рану. При цьому у 55-60% випадків спостерігається рецидив деформацій та виникнення гіпертрофічного рубця по лінії швів внаслідок вираженого натягу країв рани та скорочення клаптя [2, 3].

Для попередження цього використовують більшу кількість розтягнутих тканин завдяки імплантації експандерів великого об'єму та більш тривалим строкам розтягування м'яких тканин враховуючи їх втрату на скорочення [1, 4].

Недоліками цих способів є тривалі терміни розтягування тканин, що сприяє збільшенню частоти ускладнень, утворення некрозів країв рани у місцях їх фіксації.

Найближчим аналогом є спосіб фіксації клаптя з розтягнутих м'яких тканин за допомогою пошарового ушивання рани [1, 2].

Недоліком цього способу є рецидив деформації на лінії шва з виникненням гіпертрофічного ру-

бця, внаслідок скорочення клаптя у післяопераційному періоді [2].

Задача корисної моделі - зменшення частоти повторних оперативних втручань, підвищення функціональних і косметичних результатів лікування.

Це досягається шляхом оптимізованого способу фіксації клаптя з розтягнутих м'яких тканин.

Заявлений спосіб здійснюється наступним чином.

На етапі імплантації експандера у клапоть включають ділянку рубця шириною 1 см, яка знаходиться на протилежному від основи клаптя боці. В процесі формування клаптя з розтягнутих тканин з попередньо включеної ділянки видаляють епідермальний шар зі зменшенням його вертикального розміру. Під час фіксації деєпідермізований край клаптя занурюють під попередньо мобілізований край рани, що утворилась після висічення рубцевої ділянки. Таким чином утворюють клаптево-шкірну дублікатуру, яку фіксують внутрішніми швами. Шкірну рану ушивають без натягу косметичним швом.

Заявлений спосіб ілюструється наступним прикладом його виконання.

Хворий П. 9 років, історія хвороби № 369/43, поступив у клініку з післяопіковою алопецією тім'яної ділянки голови. Поряд з алопецією був імплантований підапоневротично тканинний розширювач з включенням у клапоть ділянки алопеції шириною 1 см на протилежному від основи боці. Здійснено

(19) UA (11) 50981 (13) U

розтягування тканин. Під час другого етапу пластики був сформований клапоть з розтягнутих тканин з деєпідермізацією рубцевого краю зі зменшенням його вертикального розміру. Сформований клапоть укладено на ранову поверхню, що утворилась після висічення алопеції. Деєпідермізований край клаптя був занурений під попередньо мобілізований край рани, що утворилась після висічення алопеції. Утворена клаптево-апоневротична дублікатура, шкірна рана ушита внутрішньо шкірним швом. Первинне загоювання рани. Під час контрольного огляду через 3 місяці відмічено рівний нормотрофічний післяопераційний рубець шириною 2-3мм. Рецидиву алопеції немає, цілісність волосяного покриву відновлена.

Запропонованим способом проведено лікування 4 хворих, з яких 2 мали рубцеву алопецію склепіння голови, 1 - рубцеву деформацію грудної клітки, 1 - рубцеву деформацію стегна.

У всіх хворих отримали добрий функціонально-косметичний результат. Ускладнень не спостерігалось. Віддалені результати лікування строком

від 3 до 6 місяців спостерігались у 2 хворих. Добрі функціональні і косметичні результати отримані у всіх випадках.

Джерела інформації:

1. Бойко В.В., Валіхновський Р.Л. Клінічна ефективність традиційних методів дермопластики у хірургічному лікуванні андрогензалежної та рубцевої алопеції // Трансплантологія. - 2005. - Т. 8. - №2. - С.85-91.

2. Мороз В.Ю., Шаробаро В.И., Старков Ю.Г., Юденич Л.Л. Новые подходы к баллонному растяжению тканей // Анналы хирургии. - 2003. - №3. - С.69-74.

3. Мороз В.Ю., Сарыгин П.В., Шаробаро В.И., Ваганова Н.А. Осложнения метода баллонного растяжения тканей // Хирургия. - 2000. - №3. - С. 65-88.

4. Cunha M.S. et al. - Tissue expander complications in plastic surgery. A 10-year experience // Rev. Hosp. Clin. Fac. Med.S. Paulo. - 2002. - №57(3). - P.93-97.