



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **52501** (13) **U**
(51) **МПК (2009)**
A61B 17/00
A61B 17/322
A61B 17/56
A61B 17/88
A61M 29/02

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЗАКРИТТЯ ОБШИРНИХ ДЕФЕКТІВ М'ЯКИХ ТКАНИН КИСТІ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕКСПАНДЕРНОЇ ДЕРМОТЕНЗІЇ

1

2

(21) u201003007

(22) 16.03.2010

(24) 25.08.2010

(46) 25.08.2010, Бюл.№ 16, 2010 р.

(72) САВЧИН ВАСИЛЬ СТЕПАНОВИЧ, ГЕРИЧ ІГОР ДІОНІЗІЙОВИЧ, СТОЯНІВСЬКИЙ ІГОР ВОЛОДИМИРОВИЧ, АЛЕКСАНДРОВИЧ ОЛЕГ ДАНИЛОВИЧ, ЧЕМЕРИС ОРЕСТ МИРОСЛАВОВИЧ

(73) ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

(57) Спосіб закриття обширних дефектів м'яких тканин кисті, що включає формування мостоподібних шкірних клаптів, який **відрізняється** тим, що імплантують балонний експандер, відповідний за розмірами та формою до площі та форми шкірного

дефекту, на передню черевну стінку чи спину і з періодичністю 5-7 днів протягом 8 тижнів у балонний експандер вводять фізіологічний розчин до повного заповнення його об'єму, після цього балонний експандер видаляють, з отриманого масиву розтягнутої шкіри формують мостоподібний шкірний клапоть на живильних ніжках, під нього підводять кисть таким чином, щоб дефект повністю перекривався мостоподібним клаптем, клапоть фіксують до країв дефекту кисті, кисть окремими швами фіксують до тулуба, а після повного приживання клаптя проводять відсічення живильних ніжок та відновлюють анатомо-функціональний сегмент кисті.

Корисна модель стосується медицини, зокрема хірургії, і може бути використана для вибору способу лікування закриття дефекту м'яких тканин кисті.

Відомий спосіб хірургічного лікування дефектів м'яких тканин - вільна аутодермопластика, який полягає у заборі розщепленого шкірного клаптя з донорської ділянки та пересадку його на підготовлену рану [1].

Відомий також спосіб, який є найближчим аналогом, пластики обширних дефектів м'яких тканин кінцівок мостоподібними шкірними клаптями на живильних ніжках: на ділянці тіла формують шкірний клапоть, який складається із шарів епідермісу, дерми і підшкірної клітковини, підводять до нього кінцівку і вшивають [2]. Однак сформований шкірний клапоть є достатньо товстим за рахунок підшкірної клітковини, тому його застосування на функціональних частинах тіла не дозволяє досягнути відновлення рухів у достатньому об'ємі та добитись хорошого косметичного ефекту.

В основу корисної моделі поставлено завдання створити спосіб закриття обширних дефектів м'яких тканин кисті, за яким можна буде хірургічне закривати дефекти м'яких тканин кисті шкірними клаптями, за структурою близькими до нормальної шкіри кисті.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі закриття обширних дефектів м'яких тканин кисті, що включає формування мостоподібних шкірних клаптів, згідно з корисною моделлю, імплантують балонний експандер, відповідний за розмірами та формою до площі та форми шкірного дефекту, на передню черевну стінку чи спину і з періодичністю 5-7 днів протягом 8 тижнів у балонний експандер вводять фізіологічний розчин до повного заповнення його об'єму, після цього балонний експандер видаляють, з отриманого масиву розтягнутої шкіри формують мостоподібний шкірний клапоть на живильних ніжках, під нього підводять кисть таким чином, щоб дефект повністю перекривався мостоподібним клаптем, клапоть фіксують до країв дефекту кисті, кисть

(13) **U**

(11) **52501**

(19) **UA**

окремими швами фіксують до тулуба, а після повного приживання клаптя проводять відсічення живильних ніжок та відновлюють анатомо-функціональний сегмент кисті.

Запропонований спосіб дає змогу закрити дефекти шкіри кисті різної площі за рахунок створення додаткового масиву розтягнутої шкіри, яка має відповідну товщину, еластичність і прилягаючу верству підкірно-жирової клітковини, близьку до нормальної шкіри даної ділянки, що дозволяє досягнути хороших функціональних і косметичних ефектів.

Спосіб закриття обширних дефектів м'яких тканин кисті з використанням експандерної дермотензії здійснюють у три етапи. Під час першої операції на передню черевну стінку чи спину імплантують балонний експандер, відповідний за розмірами та формою до площі та форми шкірного дефекту. Через 10 днів після операції, коли загоїться рана, в балонний експандер з періодичністю 5-7 днів протягом 8 тижнів вводять фізіологічний розчин до повного заповнення його об'єму, чим досягається повноцінне розтягнення шкіри над балонним експандером. Після цього проводять другу операцію - балонний експандер видаляють, із отриманого масиву розтягнутої шкіри формують мостоподібний шкірний клапоть на живильних ніжках. Під нього підводять кисть таким чином, щоб дефект повністю перекривався мостоподібним шкірним клаптем, клапоть фіксують до країв дефекту кисті, кисть окремими швами фіксують до тулуба. Після повного приживання шкірного клаптя на кисті, проводять третю операцію - відсічення живильних ніжок і відновлення анатомо-функціональних сегментів кисті.

Способом закриття обширних дефектів м'яких тканин кисті з використанням експандерної дермотензії проліковані пацієнти з опіком тильної поверхні кисті IIIA-IIIB ст., які перебували на стаціонарному лікуванні у центрі термічної травми

та пластичної хірургії 8-ої комунальної міської клінічної лікарні м. Львова. Лікування проведене за допомогою запропонованого способу, створило великий ресурс для закриття різних за площею ранових поверхонь на кисті шляхом отримання додаткових масивів розтягнутої шкіри, близьких по структурі до нормальної шкіри даної ділянки, що дозволило досягнути хороших функціональних та естетичних результатів.

Клінічний приклад.

Хворий Т., 35р., поступив в центр термічної травми та пластичної хірургії 8-ої комунальної міської клінічної лікарні м. Львова із скаргами на постійні болі та наявність відкритої рани на тильній поверхні лівої кисті. При об'єктивному обстеженні: наявність шкірного дефекту на тильній поверхні лівої кисті, з обмеженням функції кисті у вигляді розгинальної контрактури. Хворому імплантовано балонний експандер на передню черевну стінку, отримано додатковий масив розтягнутої шкіри. Після видалення балонного експандера сформовано шкірний клапоть на живильних ніжках, під який підведено кисть, клапоть фіксовано до країв дефекту кисті, кисть фіксовано до тулуба окремими вузловими швами. Через 4 тижні живильні ніжки відсічено, проведено фалангізацію пальців та відновлення контурів сегменту кисті.

Таким чином, спосіб закриття обширних дефектів м'яких тканин кисті з використанням експандерної дермотензії доступний і дозволяє досягнути хороших функціональних і косметичних результатів, а відтак, може знайти застосування в широкій медичній практиці як метод закриття дефектів функціонально важливих частин тіла.

Джерела інформації:

1. Литманн И. Оперативная хирургия / И. Литманн. - Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1985.-С. 1066.

2. Литманн И. Оперативная хирургия / И. Литманн. - Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1985.- С. 1060.