



УКРАЇНА

(19) UA (11) 54001 (13) U
(51) МПК (2009)
A61K 35/00
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ТКАНИН ДО ПРОВЕДЕННЯ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

1

(21) u201004579
(22) 19.04.2010
(24) 25.10.2010
(46) 25.10.2010, Бюл.№ 20, 2010 р.
(72) КОРКУНДА СВІТЛАНА ВОЛОДИМИРІВНА,
ГРИГОР'ЄВА ТАМАРА ГРИГОРІВНА
(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ (ХМАПО)

2

(57) Спосіб підготовки тканин до проведення реконструктивно-пластичних операцій шляхом впливу на тканини, який **відрізняється** тим, що вплив на тканини здійснюють шляхом внутрішньом'язового або інтрадермального введення в передопераційний період ботулотоксину типу А і додаткового введення в післяопераційному періоді на ділянці шкірного клаптя у міру необхідності.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до способів підготовки тканин до реконструктивно-пластичних операцій. Особливістю сформованих клаптів шкіри, особливо в зоні рубцевих тканин, є значне скорочення під час переміщення та фіксації. Період ретракції клаптів у віддаленому післяопераційному періоді (другий -п'ятий місяць) також характеризується зменшенням розмірів реплантованих клаптів, що призводить до погіршення результатів лікування. Особливе значення ці біологічні зміни набувають при проведенні дерматензії.

Загальноприйнята тактика профілактики недоотримання пластичного матеріалу - це формування клаптів більшого ніж потрібно розміру. Цей підхід важко застосовувати на голові - як в зоні лицевого скелету, також на волоссяної частині голови.

Загально прийняті методи профілактики недоотримання пластичного матеріалу - раціональне формування клаптів з урахуванням лінії тяжіння шкіри та кровозабезпечення (Мішалов В.Г., Храпач В.В., Балабан О.В., Ункович Д.В. Можливості досягнення «ідеального» післяопераційного рубця // Пластична хірургія та естетична медицина. Матер. II науково-практ. конф. ВАПРЕХ. Київ. 2006. С 109-110), формування клаптів більшої довжини ніж приймає ложе, довший термін дерматензії, при проведенні операції та наявності значного тяжіння країв рани - посилена фіксація швами (Гличенко А.И., Кремень А.В., Лейвин М.С. Оценка результатов и анализ ранних осложнений после омолаживающих операций на лице и шее // Пластична хірургія та естетична медицина. Матер. II науково-практ. конф. ВАПРЕХ. Київ. 2006. С 43-47).

Усе це має призвести до появи нових більш довгих рубців в зоні формування клаптів, пролонгації терміну лікування, розвитку ішемічних та запальних ускладнень в операційній рані, розходження швів, загоєння вторинним тяжінням, як наслідок - незадовільний естетичний та функціональний результат хірургічного лікування та необхідність проведення повторних коригуючих операцій.

Відомим є спосіб отримання тканин при лікуванні глибоких опіків, тканини одержують шляхом розтягнення м'яких тканин, а саме, використання дерматензії для усунення рубцевих, посттравматичних і після опікових деформацій і контрактур (Повсяний М.Ю. Козинець Г.-П. особливості розвитку і тактика лікування ран при великих та критичних опіках //Перший (ХУП) з'їзд хірургів України. Тези доповідей. - Львів, 1994. -С. 223). Спосіб не дозволяє отримати великі обсяги донорського матеріалу.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу підготовки тканин до проведення реконструктивно-пластичних операцій, в якому за рахунок зміни характеру впливу на тканини, досягається послаблення тонуусу відповідних м'язів та підвищення мобільних якостей клаптів шкіри.

Поставлена задача вирішується в способі підготовки тканин до проведення реконструктивно-пластичних операцій шляхом впливу на тканини, згідно з корисною моделлю, вплив на тканини здійснюють шляхом внутрішньом'язового або інтрадермального введення в передопераційний період ботулотоксину типу А і додаткового вве-

(19) UA (11) 54001 (13) U

дення в післяопераційному періоді на ділянці шкірного клаптя у міру необхідності.

Анатомічною особливістю шкіри обличчя, склепіння черепа та шиї є прикріплення до мімічних м'язів і саме вони й провокують скорочення розмірів клаптів. Застосування препаратів ботулотоксину типу А в зоні голови призводить до послаблення тонусу відповідних м'язів та підвищенню мобільних якостей клаптів шкіри. Більш того, використання тієї чи іншої дози препарату дозволяє програмувати термін послаблення клаптів шкіри та продовжувати його при необхідності. Використання препаратів ботулотоксину типу А при дерматензії в зоні голови дозволяє прискорити термін отримання пластичного матеріалу та зменшити ризик появи ускладнень за рахунок послаблення еластичних характеристик шкіри над ендоекспан-дером.

Спосіб, що заявляється здійснюють таким чином.

За 10 діб до операції проводять передопераційну підготовку шляхом введення препаратів ботулотоксину типу А внутрішньом'язово або інтрадермально в зоні майбутньої операції (в залежності від зони). Післяопераційний період: додаткове введення препаратів ботулотоксину типу А внутрішньом'язово або інтрадермально на ділянці шкіряного клаптя по мірі необхідності. Стандартне розведення препарату Ботулотоксину-А внутрішньом'язово - по 2 од. на зону, внутрішньодермально по 1 од. на відстані 1,5 с-2см в зоні оперативного втручання, або над дерматензійною порожниною. Внутрішньом'язове введення повторюють при необхідності не раніше 3 місяців після першого введення. Внутрішньодермально - 1 раз у 3-4 тижні протягом 4-6 місяців після операції.

Приклад. Пацієнтка Т., 62 р. з діагнозом після опікові гіпертрофічні рубці обличчя, шиї, тулубу,

верхніх кінцівок, рубцева деформація повік правого ока (рубцевий виверт нижнього повіка, рубцева деформація кутів ока). Опіки полум'ям отримала три роки тому. На першій операції проведено усунення рубцевого виверту нижнього повіка, контурна пластика, усунення деформації кутів ока, пластика місцевими тканинами. В післяопераційному періоді відмічено скорочення розмірів клаптя шкіри на нижньому повіці та виверт внутрішнього кута ока в бік носу та до низу.

Пацієнтка отримувала повний комплекс післяопераційного лікування за для профілактики патологічного рубцеутворення, стан післяопераційних рубців, які було розташовано посеред рубцевих полів, був задовільний. Але тонуус м'язів ока та носу спровокував нові переміщення тканин в післяопераційній зоні. Через 4 міс. пацієнтці в м'язи відповідної локалізації було введено 2 од. ботулотоксину та через десять діб проведено корегуючу операцію по усуненню деформації внутрішнього кута ока з пластикою місцевими тканинами під місцевою анестезією. Післяопераційний період без ускладнень, рана загоїлась первинним тяжінням, рецидиву рубцевого виверту немає.

Таким чином, запропонований спосіб із застосуванням препаратів ботулотоксину типу А при проведенні реконструктивно-пластичних операцій та дерматензії на голові та шиї дозволяє хірургу проводити програмоване формування шкіряних клаптів та здійснювати контроль за ними в періоді реконвалесценції. Це дозволяє зменшити ризик ускладнень, а саме: незадовільний естетичний та функціональний результат, недоотримання пластичного матеріалу, значне тяжіння країв рани, ішемічні та запальні прояви, розходження швів, скорочення клаптів в післяопераційному періоді, формування патологічних рубців, відсутність необхідності проведення коригуючих операцій.