



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 57349

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ШКІРЯНО-ФАСЦІАЛЬНОГО КЛАПТЯ ДЛЯ ЗАКРИТТЯ ГЛИБОКИХ ДЕФЕКТІВ ПОКРИВІВ ТІЛА

1

2

(21) 2002097153

(22) 03 09 2002

(24) 16 06 2003

(46) 16 06 2003, Бюл. № 6, 2003 р.

(72) Гусак Володимир Корнійович, Аніщенко Лариса Григорівна, Фісталь Єміль Якович, Богославська Світлана Ростиславівна, Мачуха Роман Ігорович

(73) ІНСТИТУТ НЕВІДКЛАДНОЇ І ВІДНОВНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб формування шкіряно-фасціального клаптя для закриття глибоких дефектів покривів тіла, що включає закриття глибоких дефектів різних ділянок, який відрізняється тим, що формують клапоть із збереженням надфасціального судинного сплетіння шкіри, з відношенням довжини до ширини 4/1 - 5/1

Винахід відноситься до медицини, а саме до пластичної хірургії, та може бути використаний для хірургічного лікування глибоких опіків та випадків травматичної втрати шкіряних покривів.

Існує велика кількість способів формування повно шарових клаптів для закриття дефектів покривів тіла. Філатов В.П. [1] запропонував формувати шкіряно-підшкіряний клапоть з відношенням довжини до ширини 2/1 або 3/1, зшиваючи бокові сторони з послідовним етапним переміщенням клаптя на місце дефекту.

Найбільш близьким аналогом способу, що заявляється, обраним як прототип, є методика В.С. Бондаря, 1982 р. [2], за якою викроюється шкіряний шматок з підшкіркою клітковиною, після чого раньова поверхня клаптя та його ліжка закриваються вільними аутодермотрансплантатами, а сам клапоть на 25-30 днів вертають на своє місце. Потім клапоть знову виділяють, звільняють зворотну сторону від аутодермотрансплантату і використовують для закріплення дефекту.

Недоліком цих способів є необхідність враховувати осьовий характер кровообігу в клапті, що обмежує його довжину, вільних аутодермотрансплантатів забирається в двічі більше, ніж розмір донорського ліжка клаптя, при чому половина їх не використовується, обмежений вибір донорського місця.

У основу винаходу покладено задачу підвищення ефективності оперативного лікування дефектів покривів тіла завдяки оптимізації формування клаптів для пластичного закриття дефектів. Засіб дає можливість формувати шкіряно-

фасціальний шматок з більшим відношенням довжини до ширини (до 4/1 та 5/1), без врахування осьового характеру кровопостачання, не потребує складної техніки, скорочує час лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що викроюється шкіряно-фасціальний клапоть заданого розміру (довжина може в 4-5 разів перевищувати ширину) з урахуванням розташування дефекту та можливість зручного (без згинання ніжки) переміщення клаптя до нього. Потім фасція по периметру клаптя фіксується до поверхні клаптя поодинокими вузловими швами і він укладається на своє місце, фіксується рідкими шкіряно-шкіряними швами. Через 5-7 днів шви знімаються і клапоть використовують для закриття дефектів.

Наслідком виділення комплексу тканин разом із поверхневою фасцією є зображення субдермального та надфасціального судинних сплетінь. Збереження судинних сплетінь є значне поліпшення кровопостачання клаптя. Наслідком поліпшення кровопостачання є можливість викроювати клапоть поперек довжини сегменту кінцівки, без врахування осьового кровопостачання, довжина клаптя може бути в 4-5 разів більше ширини. Більш вільний вибір донорської ділянки дозволяє уникнути перегину клаптя, що також поліпшує його трофіку, дозволяє використовувати клапті для закриття дефектів будь-якої локалізації.

Спосіб застосовують таким чином: після вибору донорської ділянки з урахуванням можливого переміщення клаптя на реципієнтне поле без перегину його ніжки, викроюється шкіряно-фасціальний шматок (довжина шматку може бути

(13) A

(11) 57349

(19) UA

в 4-5 разів більше ширини) і виділяється до ніжки. По периметру вільних країв клаптя фасція фіксується до шкіри вузловими швами, після чого клапоть укладають на своє місце і фіксують рідкими вузловими шкіро-шкіряними швами по краям. Через 5-7 днів шкіряні шви знімаються і кінцівка з заготовленим шкіряно-фасціальним клаптем поміщається біля дефекти покрову (реципієнтною ділянкою) і фіксується вузловими швами до здорової шкіри. Шкіряно-фасціальний клапоть поміщається на дефект та фіксується до шкіряних країв дефекту після попереднього видалення шкіряно-фасціальних швів і, при необхідності, викроювання країв клаптя відповідно дефекту.

Історія хвороби № 1721

Хворий Ж., 14 р., пострілом з ракетниці одержав поранення в ділянці лівої очної впадини. В заряді, як з'ясувалось, був присутній фосфор. В відділенні ушкодження ока зразу проводились міри по зупинці кровотечі, застосовували кровозупиняючу губку та ін. В подальшому були видалені зруйновані залишки ока. Через 1 місяць стан хво-

рого тяжкий, дефект покривів на ділянці навкруги лівої очної впадини, оголені, без надкисниці, кістки, формуючі впадину, постійна лікворея, лихоманка до 39 С, менингальні ознаки. По засобу, що заявляється, на лівому плечі, попередньо-внутрішній поверхні сформований шкіряно-фасціальний клапоть 4х16 см. Через 5 днів шви видалені і клапоть розміщений в очній впадині. Клаптем покриті вільні від надкисниці частини акулової та побової кісток. Клапоть пришитий до здорової шкіри, що збереглася по периметру дефекту, впадина тампонована марлевими тупферами. Плече пришито вузловими шовковими швами до шкіри волосистої частини голови. Проводилась антибіотико терапія з урахуванням чутливості мікрофлори. Лікворея зупинилась зразу, лихоманка - на 3-ю добу. На 21 день пересічена ніжка клаптя. Донорське ліжко закрито частково за рахунок мобілізації шкіряних країв та вільними аутодермотрансплантатами. Заявленим способом оперовано ще 9 хворих з різною локалізацією дефектів. Ускладнень не зафіксовано.