



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62027 (13) U
(51) МПК
A61B 17/04 (2006.01)
A61B 17/88 (2006.01)

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) u201100361

(22) 12.01.2011

(24) 10.08.2011

(46) 10.08.2011, Бюл.№ 15, 2011 р.

(72) ЖЕРНОВ ОЛЕКСАНДР АНДРІЙОВИЧ, ЖЕРНОВ АНДРІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ГЕМАТОЛОГІЇ ТА ТРАНСФУЗІОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ"

(57) Спосіб фіксації клаптя з розтягнутих м'яких тканин шляхом накладання пошарових швів, який відрізняється тим, що після висічення дефекту та формування клаптя з розтягнутих тканин на дно рани вкладають хірургічну стерильну поліпропіленову сітку шириною 5-6 см та підшивають її до дна

2

рани, край сітки занурюють під попередньо мобілізований неушкоджений край рани на 1,5-2 см та фіксують його внутрішніми швами, довжина поліпропіленової сітки буде відповідати довжині лінії шва, після цього клапоть з розтягнутих тканин вкладають на сітку та в положенні деякої тракції до краю рани підшивають до сітки внутрішніми вузловими швами, спочатку відступаючи 2-3 см від краю клаптя, а потім - 1-2 см від краю, в такому положенні сила, що сприяє скороченню клаптя, рівномірно розподіляється між внутрішніми швами, і внаслідок цього навантаження на лінію шкірних швів мінімальне, що дозволяє накласти на неї атравматичний косметичний шов.

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, 5].

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

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

Заявлений спосіб здійснюється наступним чином.

Після висічення дефекту та формування клаптя з розтягнутих тканин на дно рани вкладають хірургічну стерильну поліпропіленову сітку шириною 5-6 см та підшивають її до дна рани. Край сітки занурюють під попередньо мобілізований неушкоджений край рани на 1,5-2 см та фіксують його внутрішніми швами. Довжина поліпропіленової сітки буде відповідати довжині лінії шва. Після цього клапоть з розтягнутих тканин вкладають на сітку, та в положенні деякої тракції до краю рани підшивають до сітки внутрішніми вузловими швами, спочатку відступаючи 2-3 см від краю клаптя, а потім - 1-2 см від краю. В такому положенні сила, що сприяє скороченню клаптя, рівномірно розподіляється між внутрішніми швами. Внаслідок цього навантаження на лінію шкірних швів мінімальне, що дозволяє накласти на неї атравматичний косметичний шов.

Заявлений спосіб ілюструється наступним прикладом його виконання.

(13) U

(11) 62027

(19) UA

Приклад 1. Хворий Г. 21 років, історія хвороби № 585/65, поступив у клініку з після опіковою рубцевою деформацією спини. Поряд з деформацією був імплантований субфасціальний тканинний розширювач. Здійснено розтягування тканин. Під час другого етапу пластики був сформований П-подібний клапоть з розтягнутих тканин. Сформований клапоть укладено на ранову поверхню, що утворилась після висічення рубцевої деформації. На рану укладена стерильна хірургічна поліпропіленова сітка довжиною 12 см і шириною 6 см із зануренням ділянки сітки у 2 см під мобілізований неушкоджений край рани. У рану підлягає сітка шириною 4 см. На фіброзну капсулу клаптя у стані тракції у протилежний від основи бік накладено два ряди швів відійшовши від краю 2 та 3 см відповідно. При цьому утворився деякий надлишок шкіри на місці стику клаптя та неушкодженої шкіри. Косметичний шов на рану. Первинне загоювання рани. Під час контрольного огляду через 3 місяці відмічено рівний нормотрофічний після операційний рубець шириною 2-3 мм. Скорочення клаптя не спостерігається.

Приклад 2. Хвора В. 20 років, історія хвороби 1019/93, поступила у клініку з рубцевою деформацією та привідною контрактурою шиї. На обидві надключичні ділянки були імплантовані субфасціальні тканинні розширювачі. Здійснено розтягування тканин. Під час другого етапу пластики після мобілізації шиї та висічення рубцевих ділянок з розтягнутих тканин сформовано два ротаційні клапті, які за комбінованою методикою переміщені на дефект та фіксовані на ньому вищезазначеним чином, донорські ділянки первинно ушиті. Первинне загоювання рани. Під час огляду через 5 та 8 місяців відмічено рівні нормотрофічні післяопера-

ційні рубці шириною 2-3 мм. Скорочення клаптів не спостерігається.

Запропонованим способом проведено лікування 12 хворих віком від 4 до 45 років, з яких 2 мали рубцеву деформацію шиї, 3 - рубцеву деформацію грудної клітки, 3 - рубцеву деформацію верхньої кінцівки, 2 - рубцеву деформацію верхньої кінцівки, 2 - пігментні невуси тулуба.

У всіх хворих було отримано добрий функціонально-косметичний результат. Ускладнень не спостерігалось. Віддалені результати лікування строком від 6 до 12 місяців спостерігались у 8 хворих. Відмінні та добрі функціональні і косметичні результати отримані у всіх випадках.

Список літератури

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 А.А. 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. Пасечник В.В. Способ фиксации тканей при эндоскопических эстетических операциях на лице // Проблемы медичної науки та освіти. - 2007. - № 2. - С. 93-94.
5. 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.