



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **64505** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НАСКРІЗНОГО ДЕФЕКТУ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩІЧНОЇ ДІЛЯНКИ**

1

2

(21) u201104463

(22) 12.04.2011

(24) 10.11.2011

(46) 10.11.2011, Бюл. № 21, 2011 р.

(72) ГАЛИЧ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, ДАБІЖА ОЛЕКСІЙ ЮРІЙОВИЧ, ГИНДИЧ ОЛЬГА АНДРІЇВНА, ОГОРОДНИК ЯРОСЛАВ ПЕТРОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАПІМОВА НАМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування наскрізного дефекту м'яких тканин щічної ділянки, який включає заміщення дефекту покривних тканин щоки шляхом транспозиції субментального клаптя та закриття дефекту слизової оболонки ротової порожнини другим клаптем, який **відрізняється** тим, що як другий клапоть використовують надключичний клапоть, який переміщують в область дефекту слизової оболонки ротової порожнини і розміщують шкірним покривом до ротової порожнини.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при операціях усунення наскрізного дефекту м'яких тканин щічної ділянки.

Відомий спосіб хірургічного лікування наскрізного дефекту м'яких тканин щічної ділянки, який включає заміщення дефекта покривних тканин щоки шляхом транспозиції субментального клаптя та закриття дефекта слизової оболонки ротової порожнини передньо-латеральним клаптем стегна [Marc A.M. Mureau, Stefan O.P. Hofer. Maximizing Results in Reconstruction of Cheek Defects / Clinics Plastic Surgery, 2009, Volume 36, p. 461-476].

Недоліками цього способу є складність та тривалість операції, пов'язані з використанням мікрохірургічної техніки, ускладнення, такі як некроз, які характерні при вільній пересадці клаптів та незадовільний естетичний результат у вигляді надлишкового об'єму пересадженого клаптя.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування наскрізного дефекту м'яких тканин щічної ділянки, який за рахунок переміщення надключичного клаптя забезпечив би спрощення техніки та скорочення тривалості операції, зниження кількості ускладнень, таких як некроз, які характерні при вільній пересадці клаптів та поліпшення естетичного результату.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування наскрізного дефекту м'яких тканин щічної ділянки, який включає заміщення дефекта покривних тканин щоки шляхом транспозиції субментального клаптя та закриття дефекта слизової оболонки ротової порожнини другим клаптем, згідно корисної моделі, як другий клапоть використовують надключичний клапоть,

який переміщують в область дефекта слизової оболонки ротової порожнини і розміщують шкірним покривом до ротової порожнини.

Переміщення надключичного клаптя дозволяє спростити техніку та скоротити тривалість операції, оскільки не використовується складна мікрохірургічна техніка, знизити кількість ускладнень, таких як некроз, які характерні при вільній пересадці клаптів, так як переміщені клапті мають гарантоване кровопостачання та поліпшити естетичний результат, оскільки надключичний клапоть тонкий та пластичний.

Спосіб виконують наступним чином. Проводять локацію надключичної та субментальної артерії за допомогою ультразвукового дуплексного сканування судин. Виконують видалення нежиттєздатних тканин в ділянці наскрізного дефекту щічної ділянки. Після мобілізації надключичного клаптя, виконують його транспозицію та ротацію в область дефекта, розміщуючи шкірою до ротової порожнини. Накладають слизово-шкірні шви по периметру дефекту слизової оболонки. Проводять мобілізацію клаптя підборіддя та транспозицію його в область дефекта, шкірою назовні, фіксують по периметру дефекта покривних тканин. Закривають дефекти донорських ділянок та накладають асептичні пов'язки.

Приклад. Хвора В., 52 роки, історія хвороби № 26, поступила в клініку 5.01.2011 з діагнозом: Рак слизової оболонки правої щоки. Після підготовки виконали абластичне видалення пухлини, в результаті чого сформувався наскрізний дефект м'яких тканин правої щоки з оголенням ротової порожнини. Після заключної розмітки, згідно даних дуплексного ультразвукового сканування субмен-

(13) **U**
(11) **64505**
(19) **UA**

тальної та надключичної артерій, в правій надключичній області мобілізували шкірно-фасціальний надключичний клапоть, розмірами 120 x 70мм. Виконали транспозицію сформованого надключичного клаптя в область дефекта та розмістили його шкірним компонентом, оберненим в напрямку ротової порожнини. Клапоть фіксували по периметру дефекта слизової оболонки шкірно-слизовими швами. В області підборіддя мобілізували субментальний клапоть розмірами 100 x 50мм з наступною його транспозицією в область дефекта. Клапоть фіксували по периметру дефекта покривних тканин шкірно-шкірними швами. Дефекти в донорських зонах закрили первинно. Асептичні пов'язки.

В післяопераційному періоді ускладнень не було. Хвора в задовільному стані була виписана на амбулаторне лікування.

По запропонованому способу прооперовано 3 хворих. У кожному випадку оперативне втручання

не потребувало використання складної мікрохірургічної техніки, середня тривалість операції складала 2,5 год, у всіх пацієнтів не спостерігались ускладнення у вигляді некрозу, які характерні при вільній пересадці клаптів та поліпшено естетичний результат.

В той же час, у 3 хворих, прооперованих за способом аналогом, середня тривалість операції складала 4 год., в зв'язку з використанням складної мікрохірургічної техніки, в одному випадку спостерігався частковий некроз пересадженого клаптя, в двох інших спостерігався незадовільний естетичний результат у вигляді надлишкового об'єму пересадженого клаптя.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє спростити техніку та скоротити тривалість операції, знизити кількість ускладнень та поліпшити естетичний результат.