



УКРАЇНА

(19) UA (11) 64674 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕКРОЗУ ШКІРНИХ ПОКРИВІВ ПЕРЕМІЩЕНОГО ШКІРНО-М'ЯЗОВОГО КЛАПТЯ

1

2

(21) u201105692

(22) 05.05.2011

(24) 10.11.2011

(46) 10.11.2011, Бюл.№ 21, 2011 р.

(72) ГАЛИЧ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, ОГРОДНИК
ЯРОСЛАВ ПЕТРОВИЧ, РЕЗНІКОВ ОЛЕКСАНДР
ВІКТОРОВИЧ, ГИНДИЧ ОЛЬГА АНДРІЇВНА

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА
ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О.ШАЛІМОВА НА-
ЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇ-
НИ

(57) Спосіб хірургічного лікування некрозу шкірних покривів переміщеного шкірно-м'язового клаптя, що включає видалення трофічно зміненої шкіри та жирової клітковини в межах незмінених тканин переміщеного клаптя, покриття штучною шкірою утвореного дефекту, а після появи грануляцій закриття вільним повношаровим шкірним аутоотрансплантатом, який **відрізняється** тим, що після видалення трофічно зміненої шкіри та жирової клітковини перегортають клапоть м'язовою частиною клаптя назовні та покривають штучною шкірою.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні некрозу шкірних покривів переміщеного шкірно-м'язового клаптя.

Відомий спосіб хірургічного лікування некрозу шкірних покривів переміщеного шкірно-м'язового клаптя, що включає видалення трофічно-зміненої шкіри та жирової клітковини в межах незмінених тканин переміщеного клаптя, закриття штучною шкірою, а після появи грануляцій закриття вільним повношаровим шкірним аутоотрансплантатом [Bhagwat B.M., Pearl R.M., Laub D.R. Uses of the rectus femoris myocutaneous Flap// Plast. reconstr. Surg.-1978-Vol. 62. - № 5-P. 698-701.]

Недоліками цього способу є більша кількість ускладнень у вигляді ліпонекрозу переміщеного клаптя, повільного росту грануляцій та низька естетичність реконструктивної операції через виражене порушення контурів реципієнтної ділянки.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування некрозу шкірних покривів переміщеного шкірно-м'язового клаптя, який, за рахунок перегортання клаптя м'язовою частиною клаптя назовні та покриття штучною шкірою, забезпечував би зниження кількості ускладнень у вигляді ліпонекрозу переміщеного клаптя, повільного росту грануляцій та низької естетичності реконструктивної операції через порушення контурів реципієнтної ділянки.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб хірургічного лікування некрозу шкірних покривів

переміщеного шкірно-м'язового клаптя включає видалення трофічно-зміненої шкіри та жирової клітковини, в межах незмінених тканин переміщеного клаптя, покриття штучною шкірою утвореного дефекту, а після появи грануляцій закриття вільним повношаровим шкірним аутоотрансплантатом, згідно з корисною моделлю, після видалення трофічно зміненої шкіри та жирової клітковини перегортають клапоть м'язовою частиною клаптя назовні та покривають штучною шкірою.

Перегортання клаптя, покриття м'язової частини клаптя ззовні штучною шкірою забезпечує зниження кількості ускладнень так як значно зменшується ймовірність ліпонекрозу, створюються сприятливі умови для появи та росту грануляцій. А незначна зміна товщини переміщеного клаптя не погіршує естетичності реконструктивної операції через відсутність порушення контурів реципієнтної ділянки.

Спосіб виконують наступним чином.

Після видалення післяопераційних швів по периметру переміщеного раніше шкірно-м'язового клаптя бокової поверхні проксимальної третини лівого стегна, видаляють трофічно змінені його шкірні покриви та жирову клітковину в межах трофічно не змінених тканин. Виконують перегортання шкірно-м'язового клаптя прямого м'яза стегна по осі м'язовою частиною назовні. Фіксують перегорнутий клапоть по периметру дефекту за допомогою ниток Пролен 3-0 та закривають його ззовні штучною поліуретановою шкірою Suspur Derm,

UA (19) 64674 (11) (13) U

розміром 200×120 мм, яку фіксують по периметру перегорнутого клаптя ниткою Пролен 3-0 та 4-0. Через 2-3 тижні після появи та зростання грануляційних тканин дна рани реципієнтної ділянки проводять видалення штучної поліуретанової шкіри Suspur Derm, та закривають гранулюючу рану реципієнтної ділянки повношаровим шкірним аутотрансплантатом, який фіксують по периметру дефекту поодинокими вузловими швами ниткою Пролен 3-0 та 4-0.

Приклад. Хворий К., історія хвороби № 2052.

Клінічний діагноз: Трофічний дефект лівого стегна. Стан після транспозиції шкірно-м'язового клаптя прямого м'яза лівого стегна. Некроз шкірних покривів клаптя.

Техніка операції. Після обробки операційного поля, по боковій поверхні лівого стегна в його проксимальній третині, виконали видалення післяопераційних швів по периметру переміщеного раніше шкірно-м'язового клаптя. Виконали видалення трофічно змінених його шкірних покривів та жирової клітковини в межах трофічно не змінених тканин. Виконали перегортання шкірно-м'язового клаптя прямого м'яза стегна по його осі, проти годинникової стрілки, м'язовою частиною назовні. Провели фіксацію перегорнутого клаптя по периметру дефекту за допомогою ниток Пролен 3-0 та закрили його ззовні штучною поліуретановою шкі-

рою Suspur Derm, розміром 200×120 мм, яку фіксували по периметру перегорнутого клаптя ниткою Пролен 3-0 та 4-0. Через 2,5 тижні провели видалення штучної поліуретанової шкіри Suspur Derm та закрили гранулюючу рану реципієнтної ділянки повношаровим шкірним аутотрансплантатом, який фіксували по периметру дефекту вузловими швами ниткою Пролен 3-0 та 4-0. Гемостаз під час операції. Шви ран. Асептична пов'язка.

Запропонованим способом проліковано 3 хворих. У жодного з хворих не виявлено ускладнень у вигляді ліпонекрозу переміщеного клаптя, повільного росту грануляцій чи низької естетичності реконструктивної операції через виражене порушення контурів реципієнтної ділянки. В той же час як із 3 хворих, прооперованих за способом аналогом, у 2 хворих спостерігались ускладнення у вигляді ліпонекрозу переміщеного клаптя, повільного росту грануляцій та вираженого порушення контурів реципієнтної ділянки, а у 1 хворого спостерігався повільний ріст грануляцій.

Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість ускладнень у вигляді ліпонекрозу переміщеного клаптя, повільного росту грануляцій та низької естетичності реконструктивної операції через виражене порушення контурів реципієнтної ділянки.