



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **66466** (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 ДЕФЕКТУ М'ЯКИХ ТКАНИН НИЖНЬОЇ ГУБИ**

1

2

(21) u201105694

(22) 05.05.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) ГАЛИЧ СЕРГІЙ ПЕТРОВИЧ, ОГОРОДНИК
ЯРОСЛАВ ПЕТРОВИЧ, ДАБІЖА ОЛЕКСІЙ
ЮРІЙОВИЧ, ГИНДИЧ ОЛЬГА АНДРІЇВНА, КОС-
ТЕНКО АЛЬОНА АНДРІЇВНА(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА
ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О.ШАЛІМОВА
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК
УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування дефекту м'яких тканин нижньої губи, що включає формування внутрішнього та зовнішнього покриву нижньої губи двома переміщеними клаптями, який **відрізняється** тим, що внутрішній покрив нижньої губи формують за допомогою шкірно-фасціального клаптя на широкій основі в ділянці дефекту нижньої губи, а зовнішній покрив нижньої губи формують за допомогою переміщення шкірно-фасціального клаптя на широкій основі з ділянки підборіддя.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні дефекту м'яких тканин нижньої губи.

Відомий спосіб хірургічного лікування дефекту м'яких тканин нижньої губи, що включає формування внутрішнього та зовнішнього покриву нижньої губи двома переміщеними клаптями шкірно-фасціальним та слизовим [А.Д.Пейпл / Пластическая и реконструктивная хирургия лица (перевод со 2-го английского издания Н.Л.Матвеева, С.А.Панфилова, С.В.Фомичевой)/БИНОМ - Москва - 2007. - с.677-684].

Недоліками цього способу є більша кількість ускладнень у вигляді некрозу переміщених клаптів, недостатнього об'єму переміщених тканин та низької естетичності реконструктивної операції.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування дефекту м'яких тканин нижньої губи, який, за рахунок формування внутрішнього покриву нижньої губи за допомогою переміщення шкірно-фасціального клаптя на широкій основі з ділянки дефекту нижньої губи, а зовнішнього покриву - за допомогою переміщення шкірно-фасціального клаптя на широкій основі з ділянки підборіддя, забезпечував би зниження кількості ускладнень у вигляді некрозу переміщених шкірно-фасціальних клаптів, недостатнього об'єму переміщених тканин та низької естетичності реконструктивної операції.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування дефекту м'яких тка-

нин нижньої губи, який включає формування внутрішнього та зовнішнього покриву нижньої губи двома переміщеними клаптями, згідно з корисною моделлю, внутрішній покрив нижньої губи формують за допомогою шкірно-фасціального клаптя на широкій основі в ділянці дефекту нижньої губи, а зовнішній покрив нижньої губи формують за допомогою переміщення шкірно-фасціального клаптя на широкій основі з ділянки підборіддя.

Використання шкірно-фасціального клаптя в ділянці дефекту нижньої губи дозволяє замінити внутрішній покрив нижньої губи та забезпечує зниження кількості ускладнень через те, що має задовільне кровопостачання, а використання шкірно-фасціального клаптя на широкій основі з ділянки підборіддя дозволяє перемістити достатню кількість тканин для реконструкції зовнішнього покриву нижньої губи.

Спосіб виконують наступним чином.

Із доступу дистальніше нижнього краю дефекту нижньої губи виконують виділення шкірно-фасціального клаптя на широкій основі на ширину, що дорівнює ширині дефекту нижньої губи. Проводять його мобілізацію, переміщують проксимально для заміщення дефекту слизової вистилки нижньої губи та фіксують поодинокими вузловими швами з боків до незмінених тканин нижньої губи. Проводять виділення шкірно-фасціального клаптя на широкій бічній основі в ділянці підборіддя. Проводять його мобілізацію, переміщують клапоть, фіксують його по периметру дефекту зовнішнього

(13) **U**(11) **66466**(19) **UA**

покриву нижньої губи поодинокими вузловими швами ниткою Пролен 4-0 та 5-0. Донорську ділянку закривають первинно місцевими тканинами.

Приклад.

Хворий Т., історія хвороби №1998.

Клінічний діагноз: Пухлина нижньої губи, стан після видалення. Дефект нижньої губи, середнього розміру (40 % горизонтальної протяжності). Техніка операції. Після доопераційного маркування та обробки операційного поля доступом дистальніше нижнього краю дефекту нижньої губи виконали виділення прямокутного шкірно-фасціального клаптя (30×10мм) на широкій основі. Провели його мобілізацію, переміщення проксимально (в напрямку ротової порожнини) та фіксували поодинокими вузловими швами з боків до незмінених тканин нижньої губи. Провели виділення трикутного шкірно-фасціального клаптя (довжина сторін 25, 30 та 20мм) на широкій бічній основі в ділянці підборіддя. Виконали його мобілізацію, перемістили клапоть та фіксували по периметру дефекту зовніш-

нього покриву нижньої губи пошарово, поодинокими вузловими швами ниткою Пролен 4-0 та 5-0. Донорську ділянку підборіддя закрили первинно місцевими тканинами пошарово, за допомогою поодиноких швів Вікріл 4-0 та Пролен 4-0 та 5-0. Гемостаз забезпечили по ходу операції. Виконали туалет рани з антисептиками та наклали асептичну пов'язку.

Запропонованим способом проліковано 2 хворих. У жодного з хворих не виявлено ускладнень у вигляді некрозу переміщених шкірно-фасціальних клаптів, недостатнього об'єму переміщених тканин та низької естетичності реконструктивної операції. У той же час, у 2 хворого, прооперованого за способом аналогом, були виявлені ускладнення, у 1 з них у вигляді некрозу переміщеного шкірно-фасціального клаптя, у іншого спостерігалась недостатність об'єму переміщених тканин та низька естетичність реконструктивної операції.

Таким чином використання запропонованого способу дозволяє зменшити кількість ускладнень.