



УКРАЇНА

(19) UA (11) 16377 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/88

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКИХ ГЛИБОКИХ ОПІКІВ

1

(21) u200512480

(22) 23.12.2005

(24) 15.08.2006

(46) 15.08.2006, Бюл. № 8, 2006 р.

(72) Григор'єва Тамара Григорівна, Тимченко  
Олена Костянтинівна(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-  
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ(57) Спосіб лікування великих глибоких опіків, при  
якому заготовляють пластичний матеріал шляхом

2

дерматензії, який **відрізняється** тим, що пластичний матеріал одержують у віддаленій від опіку зоні під ніжкою стебла Філатова, після чого пластичний матеріал переносять на ніжці стебла Філатова в реципієнтну зону, фіксують вузловими швами, на черговому етапі операції відсікають дерматензійний матеріал, який прилягає до ніжки стебла Філатова, і моделюють край дерматензійного шматка.

Корисна модель відноситься до області медицини, зокрема до комбустіології і може бути використана при лікуванні хворих з великими глибокими опіками.

Відомим є спосіб хірургічного лікування глибоких опіків, під час якого видаляють некротичні тканини до розвитку вторинного запалення в рані, утворений дефект тканин закривають різного виду трансплантатами або лоскутами [А. с. №858776]. Спосіб не дозволяє завжди точно визначити глибину тканин, які видаляються. Це негативно впливає на функціональні та косметичні результати лікування.

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб лікування глибоких опіків, який одержують шляхом розтягнення м'яких тканин, а саме, використання дерматензії для усунення рубцевих, посттравматичних і після опікових деформацій і контрактур [Повсяний М.Ю. Козинець Г.П. особливості розвитку і тактика лікування ран при великих та критичних опіках //Перший (ХУП) з'їзд хірургів України. Тези доповідей. - Львів, 1994. -С. 223].

Спосіб не дозволяє отримати великі обсяги донорського матеріалу.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування великих глибоких опіків, в якому за рахунок зміни технології отримання матеріалу, досягається одержання необхідної кількості і якості донорського матеріалу, розташованого на відстані від опікового дефекту.

Поставлена задача вирішується в способі лікування великих глибоких опіків, при якому заготовляють пластичний матеріал шляхом дерматензії,

згідно з корисною моделлю, запас пластичний матеріал одержують у віддаленій від опіку зоні під ніжкою стебла Філатова, після чого пластичний матеріал переносять на ніжці стебла Філатова в реципієнтну зону, фіксують вузловими швами, на черговому етапі операції відсікають дерматензійний матеріал, який прилягає до ніжки стебла Філатова, і моделюють край дерматензійного шматка.

Вирощування донорського матеріалу на відстані від зони опіку дозволяє отримати великий за обсягом і якісний пластичний матеріал. Існуючі способи лікування глибоких опіків не дозволяють отримувати донорський матеріал таких розмірів.

На Фіг. 1-4 зображений хворий з електроопіком IV ст. На Фіг.1. електроопік хворого, на Фіг.2. Той же хворий з гетеротопічною дерматензією в зоні спини на філатівському стеблі, на Фіг.3, той же хворий з переносом пластичного матеріалу в зону кісткового і м'якотканинного дефекту з метою реваскуляції, на Фіг.4 - той же хворий з відсіченням ніжки стебла, формування порожнини для імплантації протезу очного яблука.

Спосіб, що заявляється, одержують таким чином.

У зоні спини чи передньої поверхні грудної клітки на першому етапі оперативного лікування формують стебло Філатова в співвідношенні 1:3, під дистальну ніжку стебла імплантують ендоекспандер з обсягом, що відповідає дефекту реципієнтної зони. Дозовану дерматензію починають на 10-12 добу і проводять в інтенсивному режимі. Тренування стебла починають в ці ж терміни.

(19) UA (11) 16377 (13) U

По досягненні достатньої кількості пластичного матеріалу, одержують другий етап оперативного лікування - перенос пластичного матеріалу (дерматензійного) на ніжку стебла Філатова в реципієнтну зону дефекту на обличчі, голові. Фіксують вузловими швами. Дефект донорського поля усувають за рахунок відсепаровки країв ранового дефекту і пластики місцевими тканинами. Наступних 12-14 днів продовжують проводити тренування ніжки стебла. Через 14 днів одержують черговий етап оперативного лікування - відсікання ніжки філатівського стебла і моделювання краю дерматензійного шматка.

Клінічне спостереження: хворий У., і. х. №478, 46 років одержав електротравму на виробництві. Доставлений у ХОЦ з діагнозом: електротравма 3 ст., електроопік обличчя IV ст. Загальне лікування полягало в інфузійно-трансфузійній терапії, раціональній антибіотикотерапії й ін. В ургентному порядку, після підготовки і стабілізації стану хворому була зроблена первинна некректомія м'яких тканин правої половини обличчя, енуклеція правого очного яблука. Виявилася зруйнованою вилицева кістка. Дефект на обличчі був тимчасово закритий вільним розщепленим шкірним шматком. Для ре-

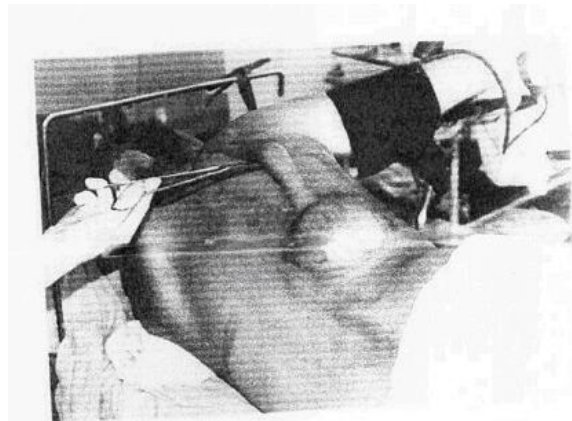
васкуляризації кістки лобової і верхньої щелепи була виконана шкірно-м'язова пластика.

У наступному на спині хворого було сформовано філатівське стебло з імплантацією ендоекспандера в області дистальної ніжки стебла. Після проведення власне дерматензії й одержання пластичного матеріалу достатнього для відшкодування дефекту м'яких тканин обличчя, хворому зроблена операція по усуненню рубцевої деформації і дефекту м'яких тканин правої половини обличчя дерматензійним шматком, переміщенням на ніжку філатівського стебла. В даний час хворий підготовлений до чергового етапу хірургічної реабілітації - формуванню порожнини для розміщення протеза правого очного яблука. Уже зараз, після проведеного лікування хворий повернувся на своє колишнє місце роботи.

Таким чином, запропонований спосіб лікування опіків полягає в заготівлі запасу пластичного матеріалу шляхом дерматензії у віддаленій зоні (спина, груди) і наступному перенесенні його на стеблі Філатова в реципієнтну зону. Матеріал заготовлюється за прискореною технологією дерматензії і готовий до застосування на 18-21 добу.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3



Фіг. 4

