



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3669

(13) U

(51) 7 A61B17/58

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ПРИСТРІЙ ДЛЯ ФІКСАЦІЇ ШКІРНО-АПОНЕВРОТИЧНОГО ШМАТКА ЛОБА

1

2

(21) 2004020804

(22) 05.02.2004

(24) 15.12.2004

(46) 15.12.2004, Бюл. № 12, 2004 р.

(72) Спаріш Дмитро Євгенійович

(73) Спаріш Дмитро Євгенійович

(57) Пристрій для фіксації шкірно-апоневротично-

окісного шматка, що містить опорну пластину, отвори для свердлення й фіксації та опору, який відрізняється тим, що опорна пластина додатково оснащена вигином циліндричної форми, виступом, виконаним у вигляді тригранної призми, та фіксаційними й направляючими отворами, що розміщені під кутом 105° опозитно.

Корисна модель відноситься до медицини, здебільшого до хірургічних інструментів для фіксації шкірно-апоневротично-окісного шматка лоба, і може бути використаною при лікуванні інволютивних змін обличчя.

Відомий пристрій для фіксації шкірно-апоневротично-окісного шматка лоба, що містить рукоятку, до якої у дистальному кінці під кутом прикріплена робоча частина у вигляді пластини прямокутного профілю з діагонально спрямованими отворами для свердлення [1].

До причин, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату належать наявність зубців, незручність переходу при виконанні послідовних етапів операції (свердлення отворів), не забезпечується можливість притиснення тканин до кістки, що збільшує травматичність та тривалість операції. Це зумовлене тим, що металеві зубці, які при монтуванні занурюються в окістя, та не виключається можливість ковзання пластини повздовж кістки.

Найбільш близьким пристроєм по сукупності істотних ознак до корисної моделі, що заявляється, є пристрій для фіксації шкірно-апоневротично-окісного шматка лоба, що містить опорну металеву пластину прямокутного профілю, довжиною 150 - 170 мм, шириною 10-12 мм, з рукою для упору кисті оператора з одного боку і вигнутим кінцем ($\approx 1/20$ - $1/25$ від всієї довжини) робочої частини з іншого, отвори для свердлення й фіксації, причому по центрі згину робочої частини розташований отвір, в якому під кутом 57 - 63° до поздовжньої осі ручки закріплена циліндрична трубка. Зовнішній діаметр верхньої частини трубки у 2,0-2,5 рази більше зовнішнього діаметра нижньої частини циліндричної трубки. Внутрішній діаметр отвору є

однаковим по всій довжині трубки і залежить від діаметру штифта, що застосовується. Пластиноподібна ручка, для зручності роботи хірурга, має дугоподібну форму (переважно це робиться в процесі експлуатації інструмента). Дугоподібна форма відповідає кривизні черепної коробки [2].

Але використання відомого пристрою зберігає можливість травмування кісткових тканин та ненадійної фіксації, що перешкоджає досягненню очікуваного технічного результату.

Недолік пристрою для фіксації виникає внаслідок того, що його основа постачена металевими виступами, одним направляючим отвором для свердлення. Сукупність цих зв'язків порушує перистальтику кровопостачання, ініціалізує нагноювання, остеопороз, секвестрацію кортикального шару під пластину тощо.

В основу корисної моделі поставлена задача розробити пристрій для фіксації шкірно-апоневротично-окісного шматка лоба, який шляхом збільшення контактної площі з окістям та застосуванням двох отворів для свердлення забезпечує надійну фіксацію шкірно-апоневротично-окісного шматка та скорочення термінів лікування при використанні.

Вищезазначений технічний результат при здійсненні корисної моделі досягається тим, що у відомому пристрої для фіксації шкірно-апоневротично-окісного шматка лоба, який містить опорну пластину, отвори для свердлення й фіксації та опору, згідно з корисною моделлю, опорна пластина додатково постачена вигином циліндричної форми, виступом, виконаним у вигляді тригранної призми та фіксаційними й направляючими отворами, що розміщені під кутом 105° опозитно.

Додаткове постачання основи пристрою виги-

(13) U

(11) 3669

(19) UA

ном циліндричної форми, збільшує контактну площу основи пластини з поверхнею кістки. Збільшення площі досягається також завдяки опорному виступу, виконаному у вигляді трьохгранної призми та фіксаційним отворами у кількості чотирьох. Це сполучення конструктивних елементів і поверхонь дозволило компенсувати необхідність використання металевих зубців, опірні ділянки яких в прототипі розташовувались на опорі, а від так - нормалізувати периостальне кровопостачання черепної кістки.

Додаткове постачання основи пристрою направляючими отворами, що розміщені під кутом 105° опозитно, дозволяють здійснити проведення фіксаційної лігатури в товщі черепної кістки. Це сполучення конструктивних елементів й отворів дозволило компенсувати необхідність використання біосумісних та інших штифтів, а від так надійну фіксацію шкірно-апоневротично-окісного шматка в намічених межах із застосуванням однієї фіксаційної лігатури.

Тож, сукупність ознак корисної моделі є істотною, бо має зв'язок з очікуваним технічним результатом, що заявляється.

Порівняння властивостей запропонованого пристрою з прототипом дозволяє виділити й решту інших переваг щодо зменшення травматичності, забезпечення міцного контакту з кістками черепа.

На Фіг. надана трьохмірна модель пристрою для фіксації шкірно-апоневротично-окісного шматка лоба.

Відомості, що підтверджують можливість здійснення корисної моделі, з отриманням вищезазначеного технічного результату, полягають в наступному.

Пристрій для фіксації шкірно-апоневротично-окісного шматка містить серії фіксуючих отворів 1, направляючих отворів 2, що висвердлені під кутом 105° опозитно, вигин циліндричної форми 3, відповідний вигину лобної кістки, та виступ 4, виконаний у вигляді трьохгранної призми для опори кисті хірурга.

Для виготовлення пристрою найбільш доцільне застосування нержавіючої сталі 12Х18Н9Т або чистого титану.

Використання пристрою для фіксації шкірно-апоневротично-окісного шматка полягають в наступному.

Приклад: Пацієнтка С., 1962 р.н., історія хвороби №27, звернулася зі скаргами на опущення м'яких тканин чола і скроневої області, опущення бровей, наявність динамічних і статичних зморшок. Виконана операція ендоскопічного фронто-

темпорального ліфтинга з транспозицією бровей. Під загальним ендотрахеальним наркозом, після обробки операційного поля розчином кутасепта і гідропрепаровки розчином лідокаїна 0,1% 120 мл + адреналін 1:1000, через два сагітальних розрізи на рівні латерального краю радужки на 1 см вище лінії росту волосся відшарований шкірно-апоневротично-окісний шматок 2см вперед від лінії росту волосся. Подальша препаровка під контролем 4 мм ендоскопа з оптикою 30°, гемостаз біполярною коагуляцією. Препаровка області чола до рівня перенісся, 2 мм нижче брови, з виділенням *n.supraorbitalis* і *n.supratrochlearis*. У волосистій частині скроневої області, на 4,5 см вище прикріплення завитка зроблений до рівня глибокої скроневої фасції. Зі скроневого доступу під контролем ендоскопа зроблено відшарування до рівня середини виличної кістки вниз і до рівня відшарування нагору з перетинанням верхньолатеральних зв'язок навкологлазної області і перехідної складки з гемостазом біполярною коагуляцією. З верхньосагітальних доступів мобілізація шматка назад до 10 см. Визначена ступінь рухливості м'яких тканин фронто-темпорального шматка і нова позиція бровей, крапки фіксації шматка.

Накладено оригінальний пристрій, що фіксовано чотирма ін'єкційними голками і лівою рукою. Зроблено свердлення на низьких оборотах по направляючим отворах зі сходженням у товщі лобної кістки на глибині 2,5-3 мм. Зроблено фіксацію шкірно-апоневротично-окісного шматка до кістки заглибним швом PDS II 2/0 на атравматичній голці. Косметичні шви на операційні рани. Активний дренаж через лінію швів. Здавлююча асептична пов'язка.

Використання об'єкта у наданому вигляді доводить можливість скорочення термінів лікування, операційного втручання на 40-45%, завдяки відсутності фіксуючих знімних штифтів та гвинтів, зменшенню кількості інструментів та використаних матеріалів. Використання пристрою в косметичній хірургії допоможе підвищити ефективність лікування інволюційних змін обличчя внаслідок надійної довгострокової фіксації шкірно-апоневротично-окісного шматка на новому місці.

Джерела інформації:

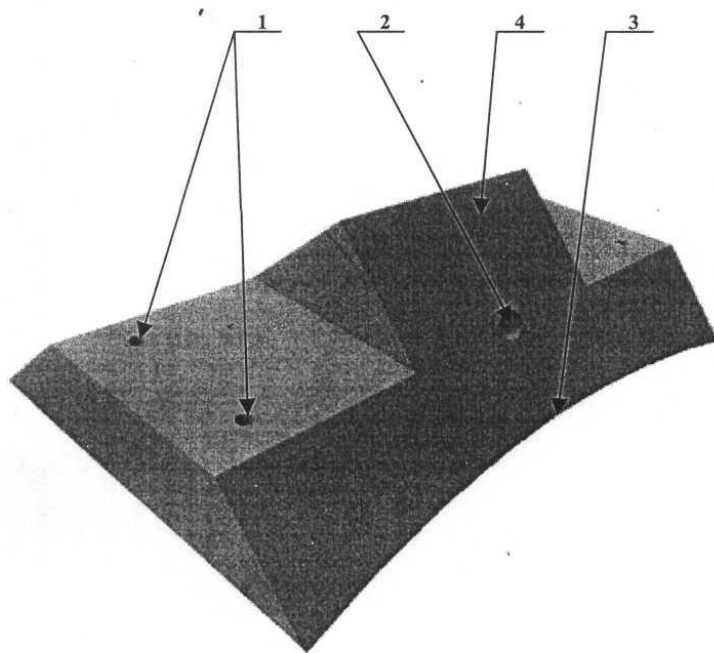
1. Karl Storz - Endoscope. Aesthetic Surgery, 2nd edition, 1999, P. 134-145.

2. Сподіб здійснення пластичної операції з омолодженням обличчя та інструменти для його виконання: Пат. №40858 України, МПК А61В 17/00 / В.В. Пасечник (Україна). - Опубл. 2001 р. Бюл. №7.

5

3669

6



Фіг.