



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60747 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРОЛЕЖНЯ ДІЛЯНКИ СІДНИЧНОГО ГОРБА

1

2

(21) u201015040

(22) 14.12.2010

(24) 25.06.2011

(46) 25.06.2011, Бюл.№ 12, 2011 р.

(72) КОСУЛЬНИКОВ СЕРГІЙ ОЛЕГОВИЧ, КАРПЕНКО СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ, ТАРНОПОЛЬСЬКИЙ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, КРАВЧЕНКО КОСТЯНТИН ВІКТОРОВИЧ, БЕСЕДІН ОЛЕКСАНДР МИХАЙЛОВИЧ

(73) КОСУЛЬНИКОВ СЕРГІЙ ОЛЕГОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного лікування пролежня ділянки сідничного горба, що включає висічення проле-

жня та укріплення дефекту клаптом з аутоканини з пошаровим закриттям рани і формуванням м'якотканинної подушки, який **відрізняється** тим, що клапот формують з м. Gracilis (ножного м'яза), який мобілізують із двох-трьох розрізів по задньо-медіальній поверхні стегна, формуючи при цьому субфасціальний тунель, сумісний із зоною декубітального дефекту, м'яз ротирують на 180°, укладаючи й заповнюючи ним порожнину пролежня, з наступною фіксацією до навколишніх тканин і місцевою шкірною пластикою.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні хворих з глибокими пролежнями ділянки сідничного горба, які тривалий час перебувають у малорухомому стані.

Ріст травматизму й техногенних катастроф приводить до більшої кількості поразок спинного мозку з розвитком паралічів нижніх кінцівок, що у свою чергу збільшує кількість ускладнень і, зокрема, пролежнів.

Утворення пролежнів сідничної зони складна біомеханічна проблема, пов'язана з порушенням іннервації й кровопостачання зони поразки при тривалому впливі постійного тиску. Тривалий постійний вплив (сидіння або лежання на твердій поверхні) приводить до порушення кровопостачання сідничної зони і її омертвіння.

Лікування й реабілітація хворих із пролежнями є складною соціальною, медичною й економічною проблемою. Хірургічне лікування пролежневих виразок визначається стадією й розмірами пролежня, а також наявністю гнійно-септичних ускладнень. У випадку розвитку пролежня по типу необмеженого вологого некрозу хірургічну обробку виконують за терміновим показником, що дозволяє попередити поширення гнійної деструкції на навколишні тканини, знизити рівень інтоксикації й добитися більш швидкого обмеження некрозу. В інших випадках некретомії повинно передувати проведення антибактеріальної й місцевої терапії

до появи зони демаркації. Значну допомогу в лікуванні пролежневих виразок також сприяють різні методи додаткової обробки ран: ультразвукова кавітація, лазерна абляція некротів, ранова вакуум-терапія. Надалі, після ліквідації гнійно-некротичного процесу, виконується закриття ранового дефекту за допомогою різних видів пластики.

За даними літератури, пролежні сідничної області становлять близько 5,5 % від загальної кількості декубітальних поразок [Лившиц, А.В., Басков, А.В. // Вопросы нейрохир.-1983.-№ 3. - С 26-29].

При пролежнях у ділянках сідничних горбів шкірний дефект звичайно має невеликі розміри, однак під ним часто виявляються великі порожнини, вистелені рубцевою тканиною з рясним серозним відокремлюваним [Гаркави А.В. Комплексное лечение пролежней у спинальных больных: Дис. канд. мед. наук. М., 1991].

Нерідко відзначається остеомиелит сідничного горба, в основному його хронічна форма. При хірургічному лікуванні виникають додаткові труднощі у зв'язку із близьким розташуванням судин та нервів, а також прямої кишки, уретри й кавернозних тіл полового члена. Тотальне видалення ураженого остеомиелитом сідничного горба призводить до утворення уретральних структур, швидкому розвитку пролежня на контрлатеральній стороні, у зв'язку із чим доцільно виконувати тільки часткову резекцію кісткових виступів.

(19) UA (11) 60747 (13) U

Для пластики пролежневих виразок найбільше широко застосовують ротаційний нижньо-сідничний шкірно-м'язовий шматок по Мінами (1977). Шматок рясно кровопостачається гілками нижньої сідничної артерії. Його викроюють у нижній сідничній ділянці, м'яз відтинають від стегнової кістки. Шматок ротирують на ділянку пролежневої виразки й фіксують швами. Донорську рану закривають після додаткової мобілізації тканин. Також може бути використаний ротаційний ягодично-стегновий шкірно-м'язовий шматок по Гурвиту (1981), зсувні шкірно-м'язові V-Y шматки двоголового м'яза стегна по Тобіну (1981). Описані методи є традиційними в хірургічних відділеннях пролежнів, що займаються лікуванням, однак недоліками цих способів лікування є трудомісткість їх виконання й часткові крайові некрози, що приводять до рецидиву пролежня.

Найбільш близьким по технічній суті та результату, що досягається, є спосіб хірургічного лікування глибокого пролежня-бурситу ділянки сідничного горба [Патент України № 42699 У; МПК (2009) А61В 17/00, опубл. 10.07.2009, Бюл. № 13, 2009 р.], який включає висічення пролежня та укріплення дефекту клаптом з аутотканини з пошаровим закриттям рани і формуванням м'якотканинної подушки. Клапоть формують з оточуючої підшкірної клітковини та занурюють його у глибину дефекту.

Формування клаптя для закриття дефекту з оточуючої підшкірної клітковини забезпечує зменшення кількості ускладнень, оскільки відбувається заміщення дефекту м'яких тканин ділянки сідничного горба без додаткового натягування тканин у вигляді "пломби" з аутотканини, що запобігає розходженню швів, а також забезпечує часткове відновлення структури опорних тканин ділянки сідничного горба, що запобігає рецидиву пролежня.

Недоліком цього способу є велика кількість ускладнень у вигляді рецидивів пролежня для лежачих хворих з поразкою спинного мозку та паралічем нижніх кінцівок, обумовлених тим, що при пролежнях сідничної ділянки, де шкірних покривів найчастіше достатньо, а велику внутрішню порожнину заповнити фактично нічим, у результаті чого зберігається безпосередній контакт кісткових тканин зі шкірним покривом і під тривалим тиском тіла знову утворюється пролежень.

Крім того, викроювання пластичних шматків відбувається в зоні поразки рановим процесом, що погіршує кровопостачання шматків і може привести до збільшення рани.

У цілому відомий спосіб пластики пролежнів сідничного горба досить складний в технічному виконанні, схильні до утворення крайових некрозів, з наступною розходженням швів і рецидивом ран.

Задачею корисної моделі є вдосконалення способу хірургічного лікування пролежнів ділянки сідничного горба шляхом грацилопластики, що відзначається відносною простотою виконання й надійністю протирецидивного впливу у хворих, які тривалий час перебувають у малорухомому стані.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування пролежня ділянки сідничного горба, що включає висічення пролежня

та укріплення дефекту клаптом з аутотканини з пошаровим закриттям рани і формуванням м'якотканинної подушки, відповідно до корисної моделі, клапоть формують з т. Gracilis (ножного м'яза), який мобілізують із двох-трьох розрізів по задньомедіальній поверхні стегна, формуючи при цьому субфасціальний тунель, сумісний із зоною декубітального дефекту, м'яз ротирують на 180°, укладаючи й заповнюючи ним порожнину пролежня, з наступною фіксацією до навколишніх тканин і місцевою шкірною пластикою.

Завдяки тому, що клапоть для закриття дефекту формують з т. Gracilis (ножного м'яза) задньомедіальної поверхні стегна з фіксацією то навколишніх тканин зони дефекту і місцевою шкірною пластикою, відбувається заповнення внутрішньої порожнини між кісткових тканинами і шкірним покривом в зоні поразки. М'язова тканина створює більш міцну й еластичну "подушку", що більш стійка до інфекції, ніж підшкірна клітковина. Крім того, іннервація й кровопостачання основи пластичного матеріалу способу перебувають поза межами зони запалення й поразки наступними здавлюваннями для лежачих або сидячих хворих. Також виділення т. Gracilis не представляє серйозних технічних труднощів.

Спосіб здійснюється таким способом.

Першим етапом виконують остеонекрсеквестректомію і ретельне висічення всіх рубцевих тканин, що вистилають внутрішню ранову поверхню й утворюють капсулоподібну напіввідчинену порожнину, заповнену патологічними грануляціями. Кісткову тканину сідничного горба вирівнюють до плоского рівня.

Наступним етапом виконується грацилопластика. М'яз т. Gracilis мобілізують із двох-трьох розрізів по задньомедіальній поверхні стегна (практично від підколінної ямки), формуючи при цьому субфасціальний тунель, сумісний із зоною декубітального дефекту. Потім м'яз ротирують на 180°, укладаючи й заповнюючи ним порожнину пролежня, потім фіксують вузловими швами, що розсмоктуються, до навколишніх тканин. Операцію закінчують дренажуванням рани і місцевою шкірною пластикою, іноді після додаткової мобілізації.

Даний спосіб було застосовано для лікування 9 хворих. У післяопераційному періоді рекомендували перебувати на постільному режимі до 2-х місяців, з подальшим використанням протипролежневих пристосувань у сидячій положенні. Рецидивів пролежня не відзначали.

Приклад. Хворий А, історія хвороби №14234. Клінічний діагноз: Закрита хребетно-спинномозкова травма. Нижня параплегія з порушенням функції тазових органів. Пролежень ділянки лівого сідничного горба, запально-регенеративна стадія. В асептичних умовах під внутрішньовенною седацією у положенні хворого на животі виконали остеонекрсеквестректомію, кісткова поверхня сідничного горба вирівняна до плоского рівня, висічені рубцево-змінені тканини та грануляції. Потім виконано доступ по задньомедіальній поверхні лівого стегна від підколінної ямки, виділений та пересічений у дистальному кінці ножний м'яз т. Gracilis, ротовано у підфасціальному тунелі на 180° у проксималь-

ному напрямку в зону сідничного горба. М'яз фіксовано вузловими атравматичними розмоктуючими швами до навколишніх тканин. Гемостаз та санація рани антисептиками. Після цього виконана шкірна пластика місцевими тканинами після додаткової мобілізації та дренивання рани. Асептична пов'язка. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось.

Даний спосіб з використанням грацилопластики дозволяє зменшити кількість ускладнень у рецидивів пролежня, особливо для лежачих хворих з поразкою спинного мозку та паралічем нижніх кінцівок, досить простий у виконанні й може бути рекомендований як повноцінний спосіб пластики пролежня ділянці сідничного горба.