



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 44487

(13) U

(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РУБЦЕВОГО ВИВОРОТУ НИЖНЬОЇ ПОВІКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ХРЯЩОВОГО АЛОТРАНСПЛАНТАТА

1

2

(21) u200902893

(22) 27.03.2009

(24) 12.10.2009

(46) 12.10.2009, Бюл.№ 19, 2009 р.

(72) СЛЮСАРЕВ ІЛЛЯ ЮРІЙОВИЧ, КСЬОНЗ ІГОР
ВОЛОДИМИРОВИЧ, СЛЮСАРЕВ МИКИТА ІЛЛІЧ(73) СЛЮСАРЕВ ІЛЛЯ ЮРІЙОВИЧ, КСЬОНЗ ІГОР
ВОЛОДИМИРОВИЧ, СЛЮСАРЕВ МИКИТА ІЛЛІЧ(57) Спосіб хірургічного лікування рубцевого вивороту нижньої повіки з використанням хрящового алотрансплантата, що включає висічення рубцевих змін тканин нижньої повіки, який **відрізняється** тим, що лікування проводять в два етапи: на першому етапі додатково готують хрящовий алотрансплантат з вушної раковини, шляхом розрізу шкіри пелюсткової форми довжиною 4 см і шириною 1 см на внутрішній поверхні вушної раковини у напрямку від верхівки до часточки вуха з висіченням та видаленням шкіри в середині пелюстка,

відшаровують шкіру у напрямі від краю пелюсткоподібного розрізу до дуги вушної раковини, з внутрішньої сторони раковини виконують дугоподібний розріз хряща, паралельно першому розрізу виконують другий дугоподібний розріз з видаленням ділянки висіченого хряща; на другому етапі після проведення місцевої інфільтративної анестезії висікають тканини нижньої повіки, які зазнали змін, максимально відшаровують шкіру всієї площини нижньої повіки до необхідного рівня, оголюючи фрагмент власного хряща нижньої повіки, та здійснюють імплантацію хрящового алотрансплантата в сформовану порожнину, після чого волокна кругового м'яза зводять в первинне положення, діатермокоагулятором виконують поодинокі точкове припікання кругового м'яза, відшаровану шкіру вкладають на круговий м'яз ока і підшивають до розрізу, паралельного війковій дузі, неперервним внутрішньодермальним швом.

Запропонована корисна модель відноситься до медицини, а саме - до пластичної хірургії та може бути використана для лікування рубцевих деформацій повік при після травматичних, після запальних змінах навколо очної ділянки.

Способи хірургічного лікування рубцевого вивороту нижньої повіки були запропоновані багатьма авторами [Краснова М.Л. Беляева В.С. Руководство по глазной хирургии. - Москва: Медицина, 1988; Зайкова М.В. Пластическая офтальмохирургия. - Москва: Медицина, 1980; Румянцева А.Ф. Глазная хирургия. - Киев: Государственное медицинское издательство УССР, 1959; Альстон Каллахана. Хирургия глазных болезней. - Москва: Государственное издание медицинской литературы, 1963].

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб Сталларда, описаний в монографії [Альстон Каллахана. Хирургия глазных болезней. - Москва: Государственное издание медицинской литературы, 1963]. Суть способу полягає в тому, що після проведення місцевої, інфільтративної анестезії, на край верхньої і нижньої повіки накладаються 2 провідних шва у місці на 1 см медіальніше від латерального і медіального кутів очної щілини. Кути

повік залишаються вільними. Через нижню повіку, паралельно його краю, відступивши 4мм від війкової дуги на всьому проміжку виконується розріз шкіри та висічення тканин, які зазнали рубцевих змін. Цей розріз продовжують по зморщі повіки, огинаючи ним кути очної щілини. Таким чином, навколо очної щілини утворюється еліпс. На ділянці верхньої повіки безпосередньо над бровою дугою виконують два паралельні дугоподібні розрізи з таким розрахунком, щоб смужка шкіри відповідала ширині запланованого укорочення нижньої повіки. Виконується відшарування шкіри мостоподібного клаптя, залишаючи бокові ніжки в якості живильних. Клапоть шкіри перекидають на нижню повіку і фіксують його декількома вузловими швами. Після досягнення симетрії накладають остаточний внутрішньо-дермальний шов. Дефект верхньої повіки зашивають, накладаючи остаточні шви. На око накладають звичайну злегка натискачу пов'язку. Наприкінці 2-го тижня з країв повік знімають провідні шви.

Однак, відомий спосіб має недостатній ступінь ефективності, обумовлену тим, що при його використанні забезпечується тільки анатомічна

(13) U
(11) 44487
(19) UA

цілісність нижньої повіки не компенсуючи його фізіологічної функції. Виконується додатковий розріз шкіри верхньої повіки, який формує помітний рубець. В післяопераційному періоді око має бути фіксоване провізорними швами впродовж 2 тижнів, що створює дискомфорт хворому. Хрящова пластинка нижньої повіки не виконує своєї фізіологічної функції - фіксації очного яблука в орбітальній порожнині.

В основу корисної моделі поставлене завдання розробити спосіб хірургічного лікування вивороту нижньої повіки шляхом удосконалення відомого, досягти повної компенсації фізіологічних функцій нижньої повіки, максимально зменшити дискомфорт хворого в післяопераційному періоді, зменшити кількість видимих післяопераційних рубців.

Поставлена задача вирішується створенням способу хірургічного лікування рубцевого вивороту нижньої повіки з використанням хрящового алотрансплантату, що включає висічення рубцевих змін тканин нижньої повіки, який, відповідно корисній моделі, відрізняється тим, що лікування проводять в два етапи - на першому етапі додатково готують хрящовий алотрансплантат з вушної мушлі, шляхом розрізу шкіри пелюсткової форми довжиною 4см і шириною 1см на внутрішній поверхні вушної мушлі у напрямку від верхівки до часточки вуха з висіченням та видаленням шкіри в середині пелюстка, відшаровують шкіру у напрямленні від краю пелюстка подібного розрізу до дуги вушної мушлі, з внутрішньої сторони мушлі виконують дугоподібний розріз хряща, паралельно першому розрізу виконують другий дугоподібний розріз з видаленням ділянки висіченого хряща; на другому етапі - після проведення місцевої інфільтраційної анестезії висікають тканини нижньої повіки, які зазнали змін, максимально відшаровують шкіру всієї площини нижньої повіки до необхідного рівня, оголюючи фрагмент власного хряща нижньої повіки та здійснюють імплантацію хрящового алотрансплантату в сформовану порожнину, після чого волокна кругового м'яза зводять в первинне положення, діатермо коагулятором виконують поодинокі точкові припікання кругового м'яза, відшаровану шкіру складають на круговий м'яз ока і підшивають до розрізу паралельному війковій дузі неперервним внутрішньо дермальним швом.

Запропонований спосіб здійснюють наступним чином.

Перший етап. Шкіру вушної мушлі обробляють розчинами антисептика, накладають стерильну білизну. Проводять місцеву інфільтраційну анестезію розчином анестетика. На внутрішній поверхні вушної мушлі виконують розріз шкіри пелюсткової форми довжиною 4см і шириною 1см у напрямку від верхівки вуха до його часточки. Шкіра в середині пелюстка висікається і викидається. Потім гострокінцевими ножицями виконують відшарування шкіри від краю пелюстка подібного розрізу до дуги вушної мушлі на всьому можливому проміжку. Вказівним пальцем лівої руки на зовнішній поверхні мушлі пальпуються проти завиток і з внутрішньої сторони мушлі гострокінцевими ножицями виконуються насічки

хряща. Від насічок відступають на відстань 0,5 - 1см, в залежності від ширини хряща, яка необхідна для заміщення дефекту повіки і виконують насічки паралельні першим. Досікання хряща виконують скальпелем. Хрящ видаляють з вушної мушлі - тупо відшаровуючи його від прилеглих тканин анатомічним пінцетом. Хрящовий алотрансплантат кладуть в чашку Петрі з Стерильним розчином Рінгера. Шкіру пелюстка подібного розрізу зашивають однорядним обвивним швом, який не призводить до деформації вушної мушлі за рахунок відшарованих тканин. На місце розрізу накладають суху не тиснучу серветку.

Другий етап. Шкіру повіки обробляють розчинами антисептиків, накладають стерильну білизну. Проводять місцеву інфільтраційну анестезію розчином анестетика. Через нижню повіку, паралельно її краю, відступивши 2-4 мм від війкової дуги на всьому проміжку виконують розріз шкіри та висічення тканин, які зазнали рубцевих змін. Виконують максимально допустиме відшарування шкіри всієї площини нижньої повіки у напрямленні до виличної кістки, яка формує нижній край орбіти. Проводиться ретельний гомеостаз. Хірург розташовує гострокінцеві ножиці паралельно краю війкової дуги відступивши від неї 5 мм. Тупо розводяться волокна кругового м'яза ока, оголюючи фрагменти нижнього хряща повіки. Хрящовий алотрансплантат виймається з чашки Петрі. Скальпелем обрізуються зайві фрагменти хряща для досягнення форми, яка необхідна для заміщення дефекту власного хряща нижньої повіки. Хрящовий алотрансплантат встановлюється в сформовану порожнину. Волокна кругового м'яза ока зводяться в первинне положення. Діатермо коагулятором виконується поодинокі точкові припікання кругового м'яза ока, що додає додаткової міцності нижнього орбітального полюсу. Відшарована шкіра вкладається на круговий м'яз ока і підшивається до війкової дуги неприливним внутрішньо дермальним швом. На шов накладається стерильна не тиснуча пов'язка.

Суть способу пояснюється схематичними матеріалами, де на Фіг. 1-6 зображено:

На Фіг. 1 - вид вушної мушлі ззаду:

1 - верхівка вушної мушлі;

2 - часточка вуха;

3 - розріз шкіри та висічення її фрагменту пелюстка подібної форми;

4 - направлення відшарування шкіри від хряща;

5 - дуга вушної мушлі.

На Фіг. 2 - вид вушної мушлі ззаду:

1 - верхівка вушної мушлі;

2 - часточка вуха;

5 - дуга вушної мушлі;

6 - рівень відшарування шкіри від хряща;

7 - ділянка хряща, що висікається.

На Фіг. 3 - вид вушної мушлі ззаду:

1 - верхівка вушної мушлі;

2 - часточка вуха;

5 - дуга вушної мушлі;

8 - зшивання шкіри вушної мушлі поодинокими вузловими швами.

На Фіг. 4 - вид повіки спереду:

9 - війкова дуга;

10 - розріз шкіри паралельно війковій дузі;

11 - тканини що зазнали рубцевих змін.

На Фіг. 5 - вид повіки спереду:

9 - війкова дуга;

10 - розріз шкіри паралельно війковій дузі;

12 - ділянка після висічення тканин що зазнали рубцевих змін;

13 - рівень відшарування шкіри всієї площі нижньої повіки.

На Фіг. 6 - вид повіки спереду:

9 - війкова дуга;

10 - розріз шкіри паралельно війковій дузі;

14 - встановлення хрящового алотрансплантату в необхідну позицію.

На Фіг. 7 - вид повіки спереду:

9 - війкова дуга;

10 - розріз шкіри паралельно війковій дузі;

15 - накладання внутрішньо дермального шва.

Приклад конкретного виконання.

Шкіру вушної мушлі обробляють розчинами антисептика, накладають стерильну білизну. Проводять місцеву інфільтраційну анестезію розчином анестетика. На внутрішній поверхні вушної мушлі виконують розріз шкіри пелюсткової форми (3) довжиною 4 см і шириною 1 см у напрямку від верхівки вуха (1) до часточки (2). Шкіра в середині пелюстка висікається і видаляється. Гострокінцевими ножицями виконується відшарування шкіри у напрямленні (4) від краю пелюстка подібного розрізу до дуги вушної мушлі (5) на всьому можливому проміжку. Відшаровану шкіру зміщують у напрямленні дуги (5) до рівня відшарування (6). З внутрішньої сторони мушлі гострокінцевими ножицями виконуються дугоподібний розріз хряща. Паралельно першому розрізу виконують другий дугоподібний розріз, зводячи їх краї. Ділянку висіченого хряща (7) видаляють з вушної мушлі - тупо відшаровуючи його від прилеглих тканин анатомічним пінцетом. Хрящовий алотрансплантат (14) кладуть в чашку Петрі з стерильним розчином Рінгера. Шкіру пелюстка подібного розрізу (3) зашивають поодинокими вузловими швами (8), що не призводить до деформацій вушної мушлі за рахунок відшарованої шкіри. На місце розрізу накладають суху не тиснучу серветку.

Шкіру повіки обробляють розчинами антисептиків, накладають стерильну білизну. Проводять місцеву інфільтраційну анестезію розчином анестетика. Через нижню повіку, паралельно її краю відступивши 2-4 мм від війкової дуги (9) на всьому проміжку виконується розріз шкіри (10) і висічення тканин які зазнали рубцевих змін (11). Виконується максимальне відшарування шкіри всієї площини нижньої повіки до необхідного рівня (13). Проводиться ретельний гомеостаз. Гострокінцевими ножицями паралельно краю війкової дуги розводяться волокна кругового м'яза ока, оголюючи фрагмент власного хряща нижньої повіки. Хрящовий алотрансплантат (14) виймається з чашки Петрі. Зайві фрагменти хряща обрізуються для досягнення форми, яка необхідна для заміщення дефекту власного хряща нижньої повіки. Хрящовий алотрансплантат (14) встановлюється в сформовану порожнину. Волокна кругового м'яза ока зводяться в первинне положення. Діатермо коагулятором виконується поодинокі точкове припікання кругового м'яза ока - що додає додаткової міцності нижнього орбітального полюсу.

Відшарована шкіра вкладається на круговий м'яз ока, і підшивається до розрізу паралельному війкової дуги (10) неперервним внутрішньо дермальним швом (15). На шов накладається стерильна не тиснуча пов'язка.

Приклад використання.

Хвора П. 25 років звернулась в клініку пластичної хірургії зі скаргами на після травматичний дефект нижньої повіки. Після проведеного обстеження встановлено діагноз: рубцевий виворот нижньої повіки. Під війковою дугою гіпертрофічний рубець, шкіра значно деформована. Проведено хірургічне лікування рубцевого вивороту нижньої повіки запропонованою методикою. Отримано позитивний післяопераційний результат.

Запропонованим способом було проліковано 4 хворих.

Таким чином, запропонований спосіб дозволяє досягти повної компенсації фізіологічних функцій нижньої повіки, максимально зменшити дискомфорт хворого в післяопераційному періоді, зменшити кількість видимих післяопераційних рубців. Може бути використаний для лікування хворих з після травматичними змінами повіки, хворих з ускладненнями запальних захворювань очної ділянки.

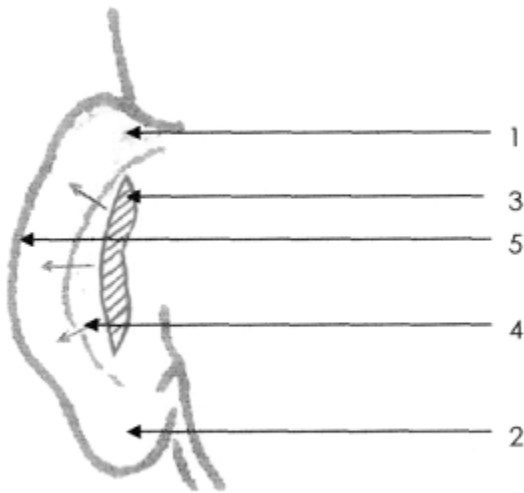


Fig. 1

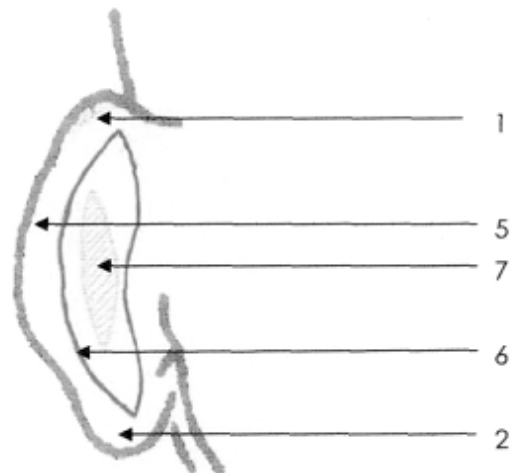


Fig. 2

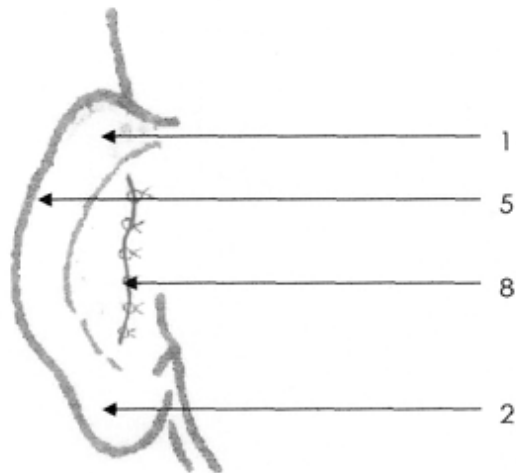


Fig. 3

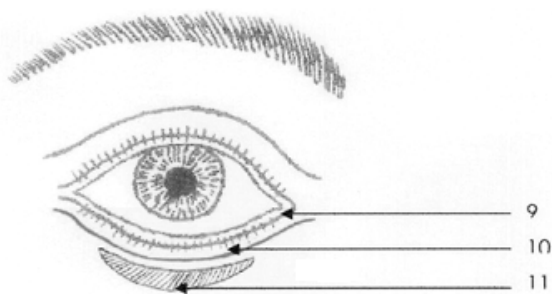


Fig. 4

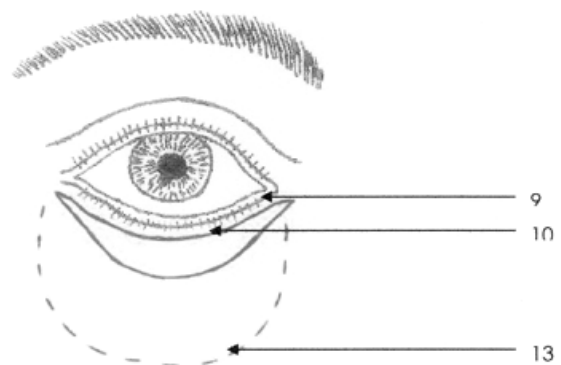


Fig. 5

