



(19) KG (11) 872 (13) C1 (46) 30.06.2006

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО ПО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ ПРИ
ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)
(51)⁷ A61B 17/56

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20050013.1

(22) 16.02.2005

(46) 30.06.2006, Бюл. №6

(76) Матеев М.А., Шалтакова Г.Ч. (KG)

(56) Патент RU, C2, №2208408, кл. A61B 17/56, 2003

(54) Способ проведения микрохирургической операции послеожоговых рубцовых деформаций

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к пластической хирургии, и может быть использовано для восстановления покровных тканей в зоне послеожоговых рубцовых деформаций. Задачей предлагаемого изобретения является разработка способа формирования перфорантного лучевого лоскута предплечья, позволяющего восстановить покровные ткани кисти, снизить травматичность операции при формировании лоскута, улучшить функциональные и эстетические результаты восстановительного лечения. Поставленная задача решается тем, что в способе микрохирургической реконструктивной операции послеожоговых рубцовых деформаций, заключающемся в формировании лучевого лоскута предплечья на питающей ножке и выполнение им пластики предварительно подготовленной зоны дефекта кожи кисти, ушивании лоскута в реципиентной зоне и донорского ложа местными тканями, лоскут первоначально выделяют эллипсоидной формы, с фасцией и лучевыми сосудами, размерами в ширину не более: 5 см в проксимальном, 4 – в среднем и 3 – в дистальном отделах, затем лоскут разделяют в поперечном направлении согласно выходу перфорантных сосудов на 2 или 3 части, без пересечения лучевых сосудов, далее составные части лоскута разворачивают и укладывают на реципиентную зону. Применение предлагаемого способа проведения микрохирургической операции послеожоговых рубцовых деформаций позволяет восстановить покровные ткани, снизить травматичность операции при формировании лоскута, улучшить функциональные и эстетические результаты восстановительного лечения. 1 пр., 7 ил.

Изобретение относится к медицине, а именно к пластической хирургии, и может быть использовано для восстановления покровных тканей в зоне послеожоговых рубцовых деформаций.

В результате ожогов, механических повреждений или заболеваний часто разрушаются покровные ткани конечностей, что приводит к нарушениям функций поврежденных конечностей, а также создает неприглядный вид конечностей и других участков кожных покровов на теле человека. Восстановление утраченных покровных тканей возможно путем кожной пластики.

Известен способ пластики рабочих поверхностей конечностей (Патент RU №2242938, С1, кл. A61B 17/00, 2004), включающий формирование лоскута на питающей ножке и выполнение им пластики дефекта. При этом при формировании кожно-жирового лоскута на его внутреннюю поверхность пересаживают предварительно подготовленный дермальный трансплантат. Сформиро-

(19) KG (11) 872 (13) C1 (46) 30.06.2006

ванный лоскут укладывают на прежнее место и подшивают, после приживления дермального трансплантата лоскут выкраивают повторно.

Недостатки способа заключаются в многоэтапности выкраивания и формирования лоскута, а также в неполном закрытии раны лоскутом.

Известен способ пластики дефектов покровных тканей кисти (Патент RU №2149596, С1, кл. A61B 17/56, 2000), заключающийся в том, что мостовидный кожно-жировой лоскут формируют на задненаружной поверхности предплечья, после тренировки его поднимают и удлиняют разрезами, направленными на заднюю поверхность предплечья, отсепаровывают этот участок вместе с фасцией и питающей его задней межкостной артерией предплечья, которую, в свою очередь, выделяют до дистального отдела предплечья, кожный лоскут отсекают, формируют подкожный туннель, через который лоскут на сосудистой ножке переводят в область дефекта мягких тканей кисти, а донорский участок закрывают местными тканями.

Недостатком данного способа является отсутствие возможности моделирования лоскута, что ограничивает возможности данного метода.

Задачей предлагаемого изобретения является разработка способа формирования перфорантного лучевого лоскута предплечья, позволяющего восстановить покровные ткани кисти, снизить травматичность операции при формировании лоскута, улучшить функциональные и эстетические результаты восстановительного лечения.

Поставленная задача решается тем, что в способе проведения микрохирургической операции послеожоговых рубцовых деформаций, заключающемся в формировании лучевого лоскута предплечья на питающей ножке и выполнение им пластики предварительно подготовленной зоны дефекта кожи кисти, ушивании лоскута в реципиентной зоне и донорского ложа местными тканями, лоскут, с фасцией и лучевыми сосудами, первоначально выделяют эллипсоидной формы, размерами в ширину не более: 5 см в проксимальном, 4 – в среднем и 3 – в дистальном отделах, затем лоскут разделяют в поперечном направлении согласно выходу перфорантных сосудов на 2 или 3 части, без пересечения лучевых сосудов, далее составные части лоскута разворачивают и укладывают на реципиентную зону.

На рис. 1 показан перфорантный лучевой лоскут предплечья эллипсоидной формы; на рис. 2 – лоскут, разделенный на 3 части.

Способ осуществляют следующим образом.

Определяют площадь и готовят к пластике зону дефекта. Из донорской зоны предплечья выделяют перфорантный лучевой лоскут эллипсоидной формы, совместно с фасцией и лучевыми сосудами, размерами в ширину не более: 5 см в проксимальном, 4 – в среднем и 3 – в дистальном отделах. Это необходимо для закрытия донорского ложа местными тканями. Так как при выделении лучевого лоскута предплечья шириной более 6 см у взрослого человека закрыть донорское ложе местными тканями очень сложно и приходится применять дополнительно свободную аутодермопластику. Далее, первичное донорское ложе закрывают местными тканями и ушивают косметическим швом. Лоскут разделяют в поперечном направлении, согласно выходу перфорантных сосудов, на заранее рассчитанные (2 или 3) части, таким образом, чтобы при наложении на зону дефекта полностью закрывать ее. Лучевые сосуды не пересекают. Путем взаимного перемещения образованных лоскутов придают нужную форму лоскутам, конгруэнтную закрываемому дефекту. Смоделированные составные части лоскута с питающими сосудами укладывают на реципиентную зону и ушивают.

Пример.

Больной К., поступил в ожоговое отделение клинической больницы с диагнозом: обширный дефект тыльной стороны ладони в результате ожога, полученного 5 лет назад (фото 1). Больному была произведена операция по предлагаемому способу. Определена площадь и подготовлена к пластике зона дефекта. Из зоны предплечья выделен перфорантный лучевой лоскут эллипсоидной формы, размерами в ширину: 5 см в проксимальном, 4 – в среднем и 3 – в дистальном отделах (фото 2). Первичное донорское ложе ушили местными тканями. Лоскут был выделен совместно с фасцией, лучевыми сосудами и разделен на две неравные части, согласно выходу перфорантных сосудов (фото 3). Сосуды лоскута, со стороны части, ближней к зоне дефекта, не пересекались. Составные части лоскута были уложены на реципиентную зону и сшиты (фото 4). Послеоперационный период протекал гладко. Пересаженный лоскут прижился полностью. Также отмечено полное заживление раны донорского участка. Раны зажили первичным натяжением. Результат лечения показан на фото 5.

Предлагаемый способ был использован у 27 больных. У всех пациентов достигнут желаемый клинический эффект, восстановлены покровные ткани, а также в области формирования лоскутов образовались мягкие, безболезненные рубцы.

Преимущества нового метода:

- донорское ложе ушивается первично косметическими швами независимо от формы и размеров закрываемого дефекта, без применения дополнительно свободной аутодермопластики;
- возможность моделирования лоскута за счет деления на 2 или 3 составные части;
- формирование необходимой формы лоскута за счет перемещения смоделированных составных частей, конгруэнтных дефекту.

Формула изобретения

Способ проведения микрохирургической операции послеожоговых рубцовых деформаций, заключающийся в формировании лучевого лоскута предплечья на питающей ножке и выполнение им пластики предварительно подготовленной зоны дефекта кожи кисти, ушивании лоскута в реципиентной зоне и донорского ложа местными тканями, отличаящимся тем, что лоскут, с фасцией и лучевыми сосудами, первоначально выделяют эллипсоидной формы, размерами в ширину не более: 5 см в проксимальном, 4 – в среднем и 3 – в дистальном отделах, затем лоскут разделяют в поперечном направлении согласно выходу перфорантных сосудов на 2 или 3 части, без пересечения лучевых сосудов, далее составные части лоскута разворачивают и укладывают на реципиентную зону.

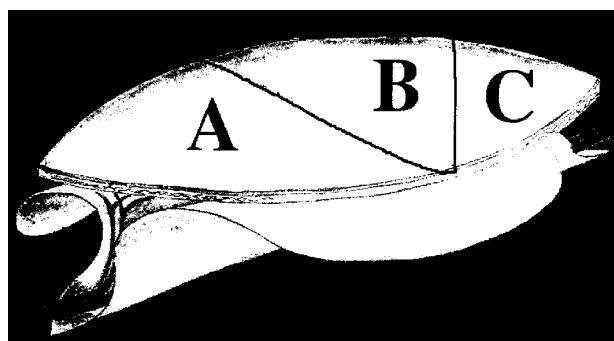


Рис. 1

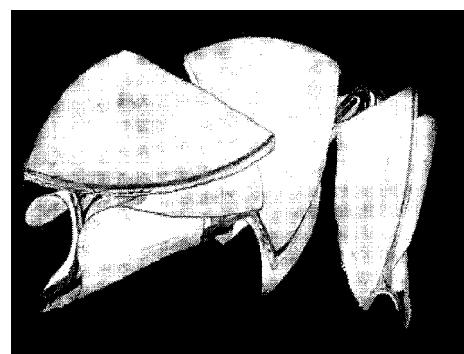


Рис. 2

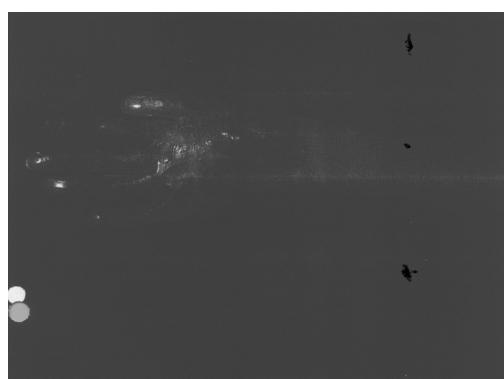


Фото 1

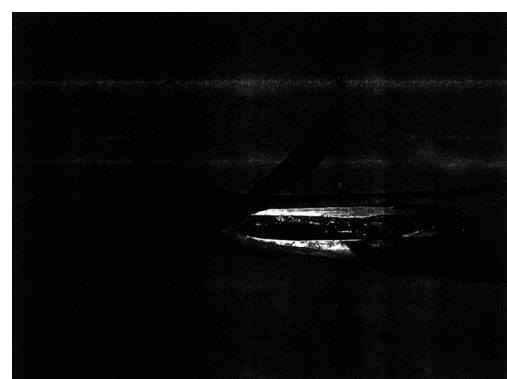


Фото 2

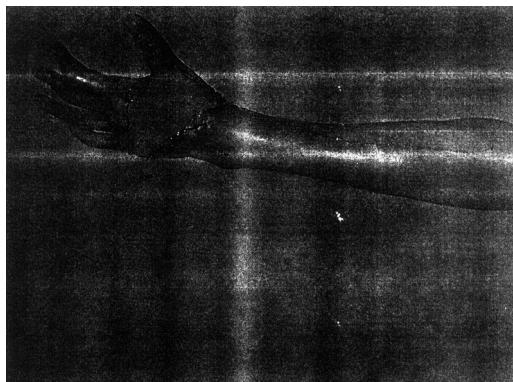


Фото 3

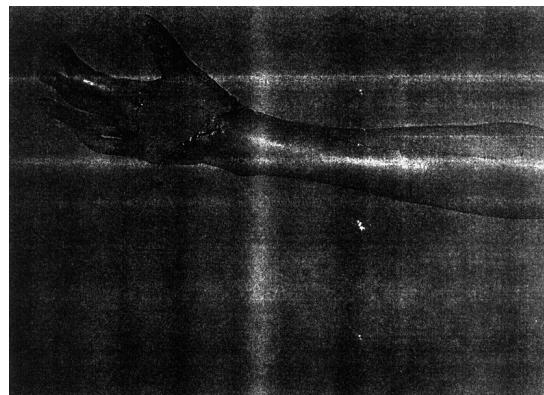


Фото 4



Фото 5

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Джакыпов А.К.
Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03