



Республика Таджикистан
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(19) **TJ** (11) **880**

(51) **МПК A61 B17/00**

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1701141

(22) 17.08.2017

(46) Бюл.133, 2017

(71) Саидов И.С.(ТJ).

(72) Курбон У.А. (ТJ); Давлатов А.А.,(ТJ);
Джанобилова С.М. (ТJ); Джононов Дж.Д.(ТJ);
Саидов И.С.(ТJ); Холов Ш.И.(ТJ).

(73) Курбон Убайдулло Абдулло.(ТJ).

(54) **СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕОЖО-
ГОВОЙ РУБЦОВОЙ КОНТРАКТУРЫ ШЕИ
НЕСВОБОДНЫМ ОКОЛОЛОПАТОЧНЫМ
ЛОСКУТОМ.**

(56) 1. Юденич В.В. Руководство по реабилитации
обожженных / В.В. Юденич, В.М. Гришкевич М.-
Москва.- 1986. – 368 с.

2. Атлас пластической хирургии лица и шеи / Под
ред. Ф.М.Хитрова.- М.: Медицина.- 1984. – 208 с.

3. Krupp S. Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis /
S. Krup // Ecomed, Landsberg. – 1997.

4. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и
эстетическая хирургия. / А.Е. Белоусов.
Гиппократ, 1998г. – 743с.

5. Курбанов У.А. Новый способ хирургического
лечения послеожоговых рубцовых деформаций и
контрактур шеи // У.А. Курбанов, А.А. Давлатов,
Дж.Д. Джононов, С.М. Джанобилова / Вестник
Авиценны. - 2011. – № 3. - С. 7-14.

6. Малый патент на изобретение № TJ 534 от
15.11.2012г. Способ несвободного перемещения
окололопаточного лоскута на переднюю
поверхность шеи и грудной клетки / Курбанов
У.А., Давлатов А.А., Джанобилова С.М.,
Джононов Д.Д., Мухаммадносир С. Дата подачи
заявки 1.12.2010г.

(57) Изобретение относится к области меди-
цины, а именно к разделу реконструктивной
хирургии рубцовых контрактур шеи.

Задачей предлагаемого изобретения является
снижение частоты послеоперационных ослож-
нений и улучшение результатов устранения
дефектов покровных тканей передней поверхности
шеи и грудной клетки. Традиционно эти дефекты
укрываются аутодермотрансплантатами, переме-
щением несвободных кожно-жировых лоскутов из
боковых поверхностей шеи и надключичных
областей, свободной микрохирургической
пересадкой кожно-фасциальных лоскутов.

Поставленная задача достигается
несвободным перемещением около лопаточного
кожно-фасциального лоскута на дефект покровных
тканей передней поверхности шеи или грудной
клетки без пересечения сосудистой ножки
(артерии и вены).

Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной хирургии рубцовых контрактур шеи.

Известны многочисленные способы устранения послеожоговых рубцовых контрактур шеи, такие как способ кожной пластики расщепленным или полнослойным кожным трансплантатом, перемещение регионарных кожно-фасциальных лоскутов на широкой питающей ножке [1], пластика филатовским стеблем [2] способ экспандерной дермотензии [3], свободная микрохирургическая пересадка кожно-фасциальных лоскутов [4].

Недостатками известных аналогов являются следующие:

1. Пересаженные аутодермотрансплантаты со временем сморщиваются и становятся неэластичными, вызывая повторное стягивание.
2. Эстетический вид аутодермотрансплантатов в отдаленном послеоперационном периоде не удовлетворяют пациентов.
3. Регионарные кожно-жировые лоскуты для передней поверхности шеи и грудной клетки имеют сегментарное кровообращение, в связи с чем площадь их поднятия ограниченное.
4. Образовавшиеся рубцы в донорской зоне эстетически неприемлемы.
5. Пластика филатовским стеблем на современном этапе развития хирургии имеет историческое значение, поскольку является многоэтапным способом, продолжающаяся месяцы и оставляет множество рубцов по ходу перемещения.
6. Экспандерная дермотензия требует длительного периода (в среднем 2 месяца) растяжения кожи.
7. Из-за распространенности рубцов нередко отсутствует подходящие участки кожи для растяжения.
8. Экспансированная кожа становится тонкой и теряет текстуру, порою образуются на них стрии.
9. Свободные микрохирургические кожно-фасциальные лучевой, паховый, лопаточный, торакодорсальный недостаточной площади для покрытия обширных дефектов.

В качестве прототипа выбран способ несвободного перемещения окологлопаточного лоскута на переднюю поверхность шеи и грудной клетки, заключающаяся в выкраивании лоскута без пересечения сосудистой ножки (артерии и вены), перемещением его на реципиентный участок [5,6].

Недостатками данного способа являются то что:

1. перемещение лоскута на переднюю поверхность шеи и грудной клетки через мягкие ткани

подмышечной области под п. thoracodorsalis (**грудоспинный нерв**) возникает перетяжка сосудистой ножки лоскута этим нервом, который приведёт к расстройству кровообращения и в последующим некрозу лоскута.

Задачей предлагаемого изобретения является снижение частоты послеоперационных осложнений и улучшение результатов устранения дефектов покровных тканей передней поверхности шеи и грудной клетки.

Поставленная задача достигается несвободным перемещением окологлопаточного кожно-фасциального лоскута на дефект покровных тканей передней поверхности шеи или грудной клетки без пересечения сосудистой ножки (артерии и вены).

Сущность способа поясняется следующими фигурами:

Фигура. 1. Проекция кровоснабжаемых сосудов и планирование лоскута на поверхности кожи.

Фигура. 2. Выкроенный лоскут до его переноса в подмышечную область.

Фигура. 3. Схема сосудистой архитектоники лоскута, где: 1 - а. Axillaris (подмышечная артерия); 2 - а. Subscapularis (подлопаточная артерия); 3 - г. Cutaneus parascapularis (окологлопаточный кожный ветвь); 4 - г. Cutaneus scapularis (лопаточный кожный ветвь); 5 - а. Circumflexia scapulae (артерия огибающая лопатку); 6 - а. Thoracodorsalis (грудоспинная артерия).

Фигура. 4. Тяжёлая послеожоговая контрактура шеи с обширными рубцами шеи и грудной клетки.

Фигура. 5. Схема кожно-фасциального лоскута из правой окологлопаточной области.

Фигура. 6. Перемещённый лоскут на переднюю поверхность шеи и грудной клетки размером 25х8см.

Фигура. 7. Вид лоскута после завершения операции.

Фигура. 8. Отдалённый результат через год.

Предлагаемый способ осуществляется следующим образом: предварительно с помощью стационарного или портативного доплера в проекции foramen trilaterum (трёхстороннее отверстие) определяется и маркируется место выхода а. circumflexia scapulae (артерия огибающая лопатку). Далее чертится схема лоскута parascapularis (окологлопаточный лоскут) овальной формы в продольном направлении, максимальная площадь лоскута может достигать 21-25 см в длину и 9-10 см в ширину.

Под общим эндотрахеальным наркозом в положении больного на боку первоначально выполняется инфильтрация мягких тканей вокруг линии чертежа лоскута 1% раствором лидокаина с адреналином (1:200000). Разрез кожи лучше начать с латерального края лоскута. Шаг за шагом выполняется мобилизация лоскута в медиальном направлении. Следует отметить, что 70% лоскута с каудальной стороны и 15% с краниальной стороны мобилизовать безопасно, поскольку ножка выкраиваемого лоскута соответствует середине лопатки и расположена между *m. teres minor* (малая круглая мышца) и *m. teres major* (большая круглая мышца). При мобилизации краниальный конец лоскута отделяется от фасции широчайшей мышцы спины и чуть выше – от фасции подостной мышцы. У входа в *foramen trilaterum* (трёхстороннее отверстие) необходимо идентифицировать и мобилизовать артерию *circumflexia scapulae* (артерия огибающая лопатку) вместе с сопровождающими одноименными венами. Далее мобилизуется медиальный край лоскута. После отхождения кожной ветви (*ramus cutaneus*) *a. circumflexia scapulae* (артерия огибающая лопатку) пересекается и перевязывается. Артериальная ножка лоскута, начало которой является *a. subscapularis* (подлопаточная артерия), продолжением - *a. circumflexia scapulae* (артерия огибающая лопатку) и конец *r. cutaneus parascapularis* (окололопаточный кожный ветвь), выделяется длиной до 12 см. По ходу выделения сосудистой ножки пересекается и перевязывается *a. thoracodorsalis* (грудоспинная артерия). Поперечным разрезом в подмышечной ямке находится *a. subscapularis* (подлопаточная артерия) и мобилизуется до места его отхождения от *a. axillaris* (подмышечная артерия). Мобилизованный лоскут через *foramen trilaterum* (трёхстороннее отверстие) выводится в рану подмышечной области. Следует отметить, что перемещение лоскута нужно производить над *p. thoracodorsalis* (**грудоспинный нерв**) с целью предупреждения перетяжки на сосудистую ножку и расстройства кровообращения в лоскуте. Затем через мягкие ткани подмышечной области сквозь *m. pectoralis major* (большая грудная мышца) в направлении рубцовой ткани передней поверхности грудной клетки формируется тоннель, через который лоскут выводится на область образовавшегося, после иссечения обширных рубцов передней поверхности грудной клетки или шеи, дефекта. Уложить лоскут можно

как поперечно, так и продольно, в зависимости от распространенности рубцовой ткани в этой зоне. Края лоскута фиксируются атравматической нитью нейлон 3\0. Таким образом, вся рубцово-измененная поверхность передней поверхности шеи замещается кожно-фасциальным несвободным окололопаточным лоскутом (фигуры. 1-3).

Предложенный способ несвободного перемещения окололопаточного лоскута для устранения обширных дефектов покровных тканей передней поверхности шеи и грудной клетки имеет ряд преимуществ:

1. Продолжительность операции значительно меньше, чем при свободной микрохирургической пересадке лоскутов (до 3 часов).
2. Можно выкраивать достаточно широкой площади кровоснабжаемый лоскут (9-10 x 21-25 см).
3. Не требуется наложение микрососудистых анастомозов.
4. Исключается риск тромбоза микроанастомозов.
5. Позволяет укрыть дефект эластичными покровными тканями.
6. Донорский дефект устраняется первичным ушиванием краев раны.
7. Образующиеся рубцы в донорской зоне эстетически приемлемы.

Изложенное выше находит подтверждение в следующих клинических наблюдениях:

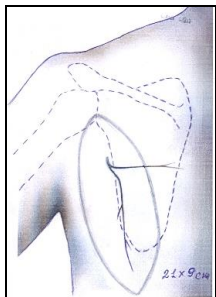
Клиническое наблюдение №1. Больная Б., 9 лет, поступила с обширными послеожоговыми стягивающими рубцами передней поверхности шеи, грудной клетки и подмышечных областей. Подбородок практически припаян к грудной клетке. Ожог получала от сгорания одежды. Из-за отсутствия здоровой кожи по соседству со стягивающими рубцами девочке после соответствующей подготовки в плановом порядке под ЭТН произведено перемещение окололопаточного лоскута размерами 25x8 см, что позволило полностью устранить контрактуру шеи и освободить разгибание головы. Течение послеоперационного периода гладкое, заживление ран первичным натяжением, швы сняты на 14 сутки. Перемещенный лоскут прижился полностью. Ближайший результат операции был хороший. Больная в удовлетворительном состоянии выписана домой (фигуры. 4-8).

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

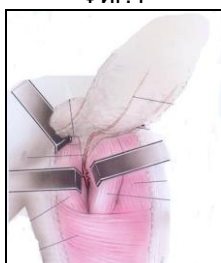
Способ устранения послеожоговой рубцовой контрактуры шеи перемещением несвободного окололопаточного лоскута, включающий выкраивание лоскута без пересечением сосудистой ножки (артерии и вены),

отличающийся тем, что перемещение лоскута через подмышечную область на переднюю поверхность шеи и грудной клетки производится над п.thoracodorsalis (грудоспинной нерв).

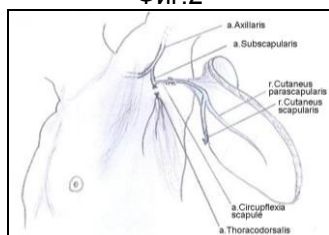
Способ устранения послеожоговой рубцовой контрактуры шеи несвободным окололопаточным лоскутом



Фиг.1



Фиг.2



Фиг.3



Фиг.4



Фиг.5



Фиг.6



Фиг.7



Фиг.8

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а