



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **534**

(51) **МПК(2012.01) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

(21) 1000538

(22) 01.12.2010

(46) Бюл. 79, 2012

(71) Курбонов У.А. (ТJ); Давлатов А.А. (ТJ); Джанобилова С.М. (ТJ); Джононов Дж.Д. (ТJ); Мухаммадносир С. (ТJ).

(72) Курбонов У.А. (ТJ); Давлатов А.А. (ТJ); Джанобилова С.М. (ТJ); Джононов Дж.Д. (ТJ); Мухаммадносир С. (ТJ).

(73) Курбонов У.А. (ТJ).

(54) СПОСОБ НЕСВОБОДНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ
ОКОЛОЛОПАТОЧНОГО ЛОСКУТА НА ПЕРЕДНЮЮ
ПОВЕРХНОСТЬ ШЕИ И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.

(56) 1. Атлас пластической хирургии лица и шеи / Под ред. Ф.М.Хитрова.- М.: Медицина.- 1984.- 208 с.

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

3. Юденич В.В. Руководство по реабилитации обожженных / В.В. Юденич, В.М. Гришкевич М.- Москва.- 1986. - 368 с.

4. Krupp S. Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis / S. Krupp // Ecomed, Landsberg. - 1997.

5. Mathes S.J. Reconstructive surgery: principles, anatomy, and technique / S.J. Mathes, F. Nahai - Churchill Livingstone Inc.- 1997. -Vol. 1. - 832p.

6. Strauch B. Atlas of microvascular surgery: anatomy and operative technique / B.Strauch, H.L. Yu - 2nd ed. - Thieme. - 2006. - 686 p.

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной хирургии.

Способ включает маркировку кожно-фасциального лоскута в окололопаточной области размерами 21-25 см в длину и 9-10 см в ширину. Осуществляют мобилизацию лоскута и её сосудистой ножки до a.subscapularis, ушивание донорской раны сближением краев раны первично и ушивание лоскута по окружности к краям дефекта кожи реципиентной области. После маркировки перед выполнением разреза производят инфильтрацию мягких тканей 1% раствором лидокаина с адреналином 1:200000. Мобилизацию лоскута начинают с латерального края лоскута и выполняют поперечный разрез в подмышечной области. Лоскут под торакодорсальным нервом проводят в рану подмышечной области и через сформированный подкожный тоннель в дельтопекторальной области перемещают на дефект покровных тканей передней поверхности шеи или грудной клетки.

Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной хирургии обширных дефектов покровных тканей передней поверхности шеи и грудной клетки.

Известны многочисленные способы устранения обширных дефектов покровных тканей передней поверхности шеи и грудной клетки, такие как способ кожной пластики расщепленным или полнослойным кожным трансплантатом, перемещение регионарных кожно-фасциальных лоскутов на широкой питающей ножке [3], пластика филатовским стеблем [1] способ экспандерной дермотензии [4], свободная микрохирургическая пересадка кожно-фасциальных лоскутов [2].

Недостатками известных способов 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 укрытия обширных дефектов.

Наиболее близким способом к изобретению является свободная микрохирургическая пересадка окололопаточного кожно-фасциального лоскута, заключающаяся в том, что маркируется кожно-фасциальный лоскут в окололопаточной области размерами 21-25 см в длину и 9-10 см в ширину, сосудистую ножку лоскута мобилизуют до *a.subscapularis* и пересекают, лоскут в свободном виде переносят на реципиентный участок и сосуды лоскута (артерию и вену) анастомозируют с сосудами реципиентной области, донорская рана ушивается сближением краев раны первично, лоскут по окружности ушивается к краям дефекта кожи реципиентной области [2,5,6].

Недостатками наиболее близкого способа являются:

1. Большая продолжительность операции (5-7 часов).

2. Требуется наложение микрососудистых анастомозов с использованием оптического увеличения, микрохирургической техники и микровосновного материала.

3. Трудно подбирать анастомозоспособные сосуды в реципиентной зоне для реваскуляризации лоскута.

4. Высокий риск развития тромбоза восстановленных сосудов и некроза лоскута.

Целью изобретения является снижение частоты послеоперационных осложнений и улучшение результатов устранения дефектов покровных тканей.

Изобретение поясняется следующими графическими изображениями:

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

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

Фиг. 3. Схема сосудистой архитектуры лоскута, где: 1 - *a.Axillaris*; 2 - *a.Subscapularis*; 3 - *r.Cutaneus parascapularis*; 4 - *r.Cutaneus scapularis*; 5 - *a.Circumflexia scapule*; 6 - *a.Thoracodorsalis*.

Фиг. 4. Состояние передней поверхности шеи до операции

Фиг. 5. Выкроенный окололопаточный лоскут (донорская рана частично ушита)

Фиг. 6. Лоскут перенесен на переднюю поверхность шеи.

Фиг. 7. Отдаленный результат через 8 месяцев после операции.

Фиг. 8. Вид обширного грубого пигментированного рубца до операции.

Фиг. 9. Схема выкраиваемого лоскута размерами 21x8 см

Фиг.10 Ближайший результат замещения рубца несвободным окололопаточным лоскутом (через 2 недели после операции).

Операция выполняется под общим обезболиванием в положении больного на противоположном боку и заключается в следующем (Фиг. 1-3): предварительно с помощью стационарного или портативного доплера в проекции *foramen trilaterum* определяется и маркируется кожно-фасциальный лоскут *parascapularis* овальной формы в продольном направлении в окололопаточной области размерами 21-25 см в длину и 9-10 см в ширину. Перед выполнением разреза производится инфильтрация (обкалывание) мягких тканей 1% раствором лидокаина с адреналином 1:200000. Мобилизация (отделение) лоскута начинается с латерального края лоскута с учетом того, что 70% лоскута с каудальной (хвостовой) стороны и 15% с краниальной (головной) стороны мобилизовать безопасно, поскольку сосудистая ножка выкраиваемого лоскута соответствует середине лопатки и расположена между (мышцами) *m.teresminor* и *m.teresmajor*. При мобили-

зации краниальный конец лоскута отделяется от фасции широчайшей мышцы спины и чуть выше – от фасции подостной мышцы. Не пересекая сосудистую ножку лоскута мобилизуют до места отхождения *a.subscapularis* от *a.axillaris*. Выполняется поперечный разрез в подмышечной области и лоскут под торакодорсальным нервом проводится в рану подмышечной области и далее через сформированный подкожный тоннель в дельтопекторальной области в несвободном виде (не пересекая сосудистую ножку) перемещается на дефект покровных тканей передней поверхности шеи или грудной клетки. Донорская рана ушивается сближением краёв раны первично. Лоскут по окружности ушивается к краям дефекта кожи реципиентной области.

Предложенный способ несвободного перемещения окологлопопачного 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.

Пример № 1. Больная Н., 22 лет. Поступила с диагнозом обширные послеожоговые стягивающие рубцы передней поверхности шеи и грудной клетки. Из анамнеза получила ожог в результате возгорания одежды 3 года назад. При поступлении отмечаются обширные, грубые, стягивающие рубцы передней поверхности шеи, подбородочной и подчелюстной области, подмышечных областей и правого плеча. Опрокидывание головы назад резко ограничено из-за стягивающего рубца пе-

редней поверхности шеи, продолжающегося на переднюю поверхность грудной клетки.

После полного обследования больной в плановом порядке под общим эндотрахеальным произведено перемещение несвободного окологлопопачного лоскута слева размерами 21x9 см на переднюю поверхность шеи с иссечением стягивающих рубцов соответствующей площади. Послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, перемещенный лоскут с компенсированным кровообращением, прижился полностью. Больная на 13 сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение (фиг. 4-7).

Пример № 2. Больная Р., 17 лет, поступила с диагнозом обширный пигментированный рубец передней поверхности грудной клетки. Из анамнеза в трехлетнем возрасте в результате гнойно-некротического процесса на коже передней поверхности грудной клетки образовался обширный дефект покровных тканей. После очищения раны и заполнения грануляционной тканью произведено укрытие дефекта кожи расщепленным кожным трансплантатом, взятым из передней поверхности бедра. В отдаленном периоде пересаженная кожа огрубела и пигментировалась, став эстетически неприемлемой. По обращению в клинику больная обследована в амбулаторных условиях и госпитализирована. При поступлении в клинику в правой половине передней поверхности грудной клетки отмечается обширный участок с грубыми и пигментированными покровными тканями размерами 8 x 18 см, начинающийся на 1 см влево от срединной линии и доходящий до правой дельтопекторальной борозды. Этот участок гиперпигментирован и местами депигментирован. Пальпаторно ткани данной области плотноватой консистенции, малоподвижные. После соответствующей подготовки больной в плановом порядке под ЭТН произведена операция – замещение грубого пигментированного рубца передней поверхности грудной клетки несвободным кожно-фасциальным окологлопопачным лоскутом. Течение послеоперационного периода гладкое, заживление ран первичным натяжением, швы сняты на 12 сутки. Перемещенный прижился полностью. Ближайший результат операции хороший. Больная в удовлетворительном состоянии выписана домой (фиг. 8-10).

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ пересадки окологлопопачного кожно-фасциального лоскута, включающий маркировку кожно-фасциального лоскута в окологлопопачной области размерами 21-25 см в длину и 9-10 см в ширину, мобилизации лоскута и ее сосудистой ножки до *a.subscapularis*, ушивание донорской

раны сближением краев раны первично и ушивание лоскута по окружности к краям дефекта кожи реципиентной области, **отличающийся тем, что** после маркировки перед выполнением разреза производят инфильтрацию мягких тканей 1% раствором лидокаина с адреналином 1:200000,

мобилизацию лоскута начинают с латерального края лоскута, выполняют поперечный разрез в подмышечной области, лоскут под торакодорсальным нервом проводят в рану подмышечной области и через сформированный подкожный

тоннель в дельтопекторальной области в несвободном виде перемещают на дефект покровных тканей передней поверхности шеи или грудной клетки.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

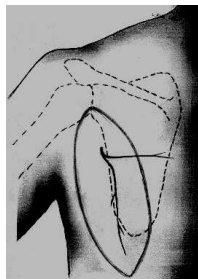
Заказ

Тираж

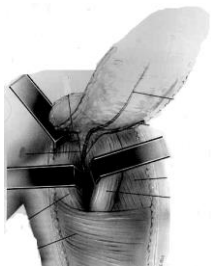
Подписное

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

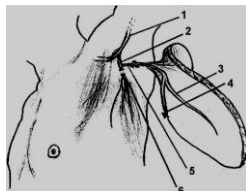
СПОСОБ НЕСВОБОДНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ОКОЛОЛОПАТОЧНОГО ЛОСКУТА НА ПЕРЕДНЮЮ ПОВЕРХНОСТЬ ШЕИ И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6



Фиг. 7



Фиг. 8



Фиг. 9



Фиг. 10