

Винахід відноситься до хірургії, а зокрема до способів лікування трофічних виразок різного генезу.

Відомі багаточисленні способи лікування трофічних виразок за допомогою лікарських засобів, механізм дії яких направлений на подавлення інфекційного процесу, очищення поверхні від некротичних мас, покращення мікро циркуляції в зоні виразки (Пат. №2003337 РФ, МКВ А61К35/10, 1993; Пат. №29005 А Україна, МКВ А61К31/38, 2000).

Для подальшого лікування трофічних виразок застосовують пересадку як ксено так і алотрансплантатів. Існують різні методи нанесення трансплантатів на зону трофічної виразки. Так у більшості випадків трансплантатом покривають всю поверхню виразки для чого використовують як ксенотрансплантати (Пат. №25352 А Україна, МКВ А61В17/00, 1998) так і аутоотрансплантати (А.с. №648209 СРСР, МКВ А61В17/00, 1979). При аутоотрансплантації за допомогою дерматому проводять забір донорської шкіри з наступним нанесенням її на зону трофічної виразки.

Однак ці методи мають недоліки по скільки виникають часті рецидиви через недостатнє живлення трансплантатів, ускладнення викликають ауто імунні реакції, а донорський забір великого клаптя шкіри - травматичний.

Відомий і спосіб лікування ранової поверхні за допомогою нанесення на ушкоджену поверхню тонких поперечних пластинок алотрансплантату. Для цього у пацієнта беруть за допомогою дерматому шкіряний клапоть і бритвою або ж ножем зрізають поперечні пластинки товщиною 0,1мм, які і наносять на відстані 4мм одна від одної на ранову поверхню (А.с. №520979 СРСР, МКВ А61В17/00, 1976). Цей спосіб в основному використовується для лікування обширних опікових ран.

Однак, для лікування трофічних виразок він малопридатний, по скільки можливе приєднання вторинної інфекції та виникнення лізису за рахунок зсуву шкіряних пластинок, а забір великого клаптя аутоотрансплантату є травматичним для пацієнта.

В основу винаходу поставлена задача покращити ефективність лікування трофічних виразок та зменшити травматичність для пацієнта шляхом нанесення невеличких за розміром аутоотрансплантатів взятих за допомогою циркулярного ножа, що є мало травматичним для пацієнта та дозволяє покращити приживлення трансплантатів та запобігти лізису тканини.

Поставлена задача досягається тим, що у способі лікування трофічних виразок, який заключається у заборі аутоотрансплантата шкіри та нанесенні на ранову поверхню, відповідно винаходу, забір донорського матеріалу виконують за допомогою циркулярного ножа з різальною частиною діаметром 3,5мм і глибиною зрізу в 0,3мм та наносять його рівномірно через кожні 5-7мм на підгрануляційний шар виразки з наступним накладенням асептичної пов'язки.

Суттєвими відмінностями у способі, що заявляється є те, що забір шкіряного аутоотрансплантату провадиться за допомогою циркулярного ножа з ріжучою частиною діаметром в 3,5мм, що є мало травматичним для пацієнта, місце забору швидко регенерує. Отримання ж трансплантатів діаметром в 3,5мм та товщиною 0,3мм (глибина зрізу) та накладання їх через рівні проміжки в 5-7мм є оптимальним, дозволяє рівномірно епітелізуватись та в подальшому не викликає склерозування шкіри. Накладення трансплантатів в ямки на підгрануляційний шар виразки дозволяє не зміщуватись, краще прижитись, поскільки в товщі грануляції зберігається постійна волога та температура, що не викликає лізису трансплантанта.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Пацієнту з трофічною виразкою проводять клінічні обстеження, загальноприйнятну терапію та локальну терапію виразки фраксипарином. В разі відсутності признаков запалення поверхні виразки в стані компенсації кровообігу проводять аутоотрансплантацію шкіри. На попередньо обробленій донорській ділянці (як правило це передня або зовнішня поверхня стегна) за допомогою циркулярного ножа відсікають шматочки шкіри діаметром 3,5мм та товщиною 0,3мм. Для попередження бактеріального зараження ці шматочки переносять стерильним пінцетом та погружають в грануляційні ямки зроблені через кожні 6-7мм на попередньо обробленій 10% аерозолем лідокаїну поверхні виразки. Накладають асептичну пов'язку.

Приклад 1. Хворий А., 83 роки. Поступив в хірургічне відділення лікарні №8 м.Києва з діагнозом: Хронічна венозна недостатність, трофічна виразка лівої кінцівки розміром 15х8см. Проведено загальне обстеження, консервативна терапія та місцеве лікування трофічної виразки. За методом, який пропонують автори, проведено аутоотрансплантацію ранової поверхні виразки. На 3 день перевірена життєздатність трансплантату за тестом Попова. Трансплантати життєздатні, поверхня без запалення. На 6 добу з'явилась епітелізація. Хворий почуває себе задовільно. Місце донорської ділянки зажило.

Приклад 2. Хворий Б., 62 роки. Поступив в хірургічне відділення лікарні №8 м.Києва з діагнозом: Посттромбофлеботичний синдром, трофічна виразка лівої кінцівки після рожистого запалення розміром 10х8см. Проведена консервативна терапія та місцеве лікування трофічної виразки фраксипарином. З донорської ділянки перенесені клаптики шкіри на ранову поверхню відповідно до способу. Через 4 доби при перевірці життєздатності трансплантатів виявлено, що деякі трансплантати погано приживляються. Проведено повторне підсадження трансплантатів. Відбулося приживлення, а згодом на 6-7 добу і епітелізація. Пацієнт почувається задовільно.

Даним способом проведено лікування трофічних виразок 12-ти хворим з ефективністю приживлення трансплантаційного матеріалу – 96%.

Таким чином, спосіб, що пропонують автори підвищує ефективність лікування трофічних виразок - покращує приживлення трансплантаційного матеріалу, запобігає лізису та є менш травматичним для пацієнта.