



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36925 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ДО ПЛАСТИКИ ТРОФІЧНОЇ ВИРАЗКИ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ

1

2

(21) u200807533

(22) 02.06.2008

(24) 10.11.2008

(46) 10.11.2008, Бюл.№ 21, 2008 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA,
ІСАЄВ ЮРІЙ ІВАНОВИЧ, UA, АЛЬ ГАНЕМ ІБРАГІМ
МАХМУД, UA(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, UA

(57) Спосіб підготовки до пластики трофічної виразки судинного генезу, який включає виїмання рани з наступним гемостазом, який **відрізняється** тим, що гемостаз здійснюють ліофілізованою коєношкірою, з наступними перев'язками нею кожного дня до одержання оптимальної якості грануляційного покриву.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використаною в підготовці до пластики трофічної виразки судинного генезу.

Трофічні виразки судинного генезу лікують консервативно та за допомогою хірургічного втручання.

Трофічні виразки можуть загоюватися в результаті довготривалого спокою навіть без будь-яких додаткових заходів. В таких випадках самостійно зменшуються набряки тканин, знижуються місцевий ацидоз та гіпоксія. Все це підвищує здатність тканин до регенерації [Тычинкина А.К. Кожно-пластические операции. - М.: Медицина, 1972. - 151с.].

При наявності загострення запального процесу в рані хворій кінцівці надають підвищене положення, а при вираженій картині запалення накладають іммобілізуючі пов'язки [Тычинкина А.К. Кожно-пластические операции. - М.: Медицина, 1972. - 151с.].

При підвищенні температури тіла, збільшених лімфатичних вузлах, гіперемії шкіри навколо виразки, набряку тканин, болях та інших ознаках загострення інфекції призначають антибіотики, сульфаніламідів та інші протизапальні засоби. Хворим з трофічними виразками судинного генезу проводять функціональні проби на прохідність вен та дослідження судинного русла методом артеріо- і венографії [Тычинкина А.К. Кожно-пластические операции. - М.: Медицина, 1972. - 151с.].

В випадках, коли вищеперераховані заходи не дають позитивного результату, хворому призначають пластичну операцію.

При цьому великого значення набуває підготовка відкритого дефекту до пластики. Розрізняють консервативні та оперативні способи підготовки виразок до пластики.

Консервативні способи включають пов'язки, фізіотерапевтичні процедури, гігієнічний догляд за шкірою.

Основний зміст пов'язочного методу підготовки виразок складають три фактори: зменшення запального процесу, прискорення відторгнення некротичних тканин та створення умов для своєчасного розвитку та визрівання грануляцій. Асептична пов'язка покращує умови загоєння рани тим, що дреноує рану, зберігає необхідні для неї вологість і тепло, яке підвищує кровопостачання та створює спокій [Тычинкина А.К. Кожно-пластические операции. - М.: Медицина, 1972. - 151с.].

Фармакологічні препарати помітно підсилюють дію пов'язки: гіпертонічні сольові розчини, препарати срібла, фарбники, сульфаніламідів, антибіотики, тощо [Тычинкина А.К. Кожно-пластические операции. - М.: Медицина, 1972. - 151с.].

В'яло гранулюючі виразки готують до пластики використанням біологічної стимуляції та загально зміцнювальними засобами. Самий доступний спосіб біологічної стимуляції загоєння виразок є укорінення шкірної смужки в підшкірну клітковину [Тычинкина А.К. Кожно-пластические операции. - М.: Медицина, 1972. - 151с.].

Ерітемічні дози ультрафіолетового опромінення прискорюють відторгнення некротичних тканин, сприяють розсмоктуванню запального інфільтрату

(13) U

(11) 36925

(19) UA

[Тычинкина А.К. Кожно-пластические операции. - М.: Медицина, 1972. - 151с.].

Найкращим способом підготовки виразок до пластики є хірургічний, який передбачає видалення всіх тканин, які можуть перешкоджати приживленню шкірного трансплантату чи клаптя. Хірургічна підготовка до пластики виразок переслідують цілє висічення не тільки грануляцій, а й підгрануляційного шару та рубців навколо виразки. Висічення рани завершують ретельним гемостазом. При цьому використовують перев'язку судин тонким шовком та кетгутом, порошкоподібні гемостатичні засоби та гемостатичні розчини [Тычинкина А.К. Кожно-пластические операции. - М.: Медицина, 1972. - 151с.].

Даний спосіб передопераційної підготовки до пластики трофічних виразок судинного генезу є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

В основу корисної моделі покладено задачу розширення арсеналу засобів для передопераційної підготовки до пластики трофічних виразок судинного генезу.

Задачу, покладену в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі підготовки до пластики трофічної виразки судинного генезу, який включає висікання рани з наступним гемостазом, згідно з корисною моделлю, гемостаз здійснюють ліофілізованою ксеношкірою, з наступними перев'язками нею кожного дня до одержання оптимальної якості грануляційного покриву.

Технічний ефект корисної моделі обумовлений тим, що вперше для гемостазу після висікання грануляцій трофічної виразки судинного генезу та для стимуляції оптимальної якості грануляційного покриву використовують ліофілізовану ксеношкіру. Ліофілізована ксеношкіра сприяє зменшенню за-

пального процесу й активації крайової і острівцевої епітелізації, що призводить до самостійного загоєння рани. У випадку, коли трофічна виразка самостійно не загоюється, через 3-5 днів проводять аутодермопластику.

Спосіб виконують наступним чином.

Виконують операцію тангенціального висічення грануляцій. Рану з метою гемостазу вкривають ліофілізованою ксеношкірою.

Щодня протягом 3-5 днів рану перев'язують ксеношкірою. При одержанні оптимальної якості грануляційного покриву приступають до аутодермопластики.

Операцію аутодермопластики виконують розщепленим шкірним клаптем (дерматична чи по Тіршу).

Ефективність способу ілюструє наступний приклад.

Приклад.

Хвора К., 74 роки, надійшла в клініку з діагнозом: посттравматична трофічна виразка лівої гомілки, 2% поверхні тіла.

Під внутрішньовенним наркозом виконана операція тангенціального висічення грануляцій. Рана укрита ліофілізованою ксеношкірою. Виконувались щоденні перев'язки, при яких оцінювались якість грануляційного покриву, його придатність до шкірної пластики. Виконувалась санація раневого дефекту і зміна біологічного покриття.

Через 3 дні виразка визнана готовою до операції шкірної пластики.

Під внутрішньовенним наркозом виконана операція аутодермопластика. З лівого стегна лезом бритви взяті шкірні клапті площею 250см², товщиною 0,2-0,3мм. З поверхні рани вилучена ксеношкіра, рана укрита аутошкірою. На наступних перев'язках встановлено приживлення шкірних клаптів. Видужання.