



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 44015

(13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК

1

2

(21) 2001010456

(22) 22 01 2001

(24) 15 01 2002

(46) 15 01 2002, Бюл. № 1, 2002 р.

(72) Чернуха Лариса Михайлівна, Дрюк Микола Федорович

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування трофічних виразок, який включає висічення гнійно-трофічного дефекту з наступною аутодермопластикою, який відрізняється тим, що після висічення гнійно-трофічного дефекту встановлюють дві дренажні трубки з отворами на 10-12 діб, покриваючи дефект тканинним синтетичним покриттям, а після гранулювання рани виконують аутодермопластику

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути застосований для лікування важких форм хронічної венозної та лімфовенозної недостатності нижніх кінцівок, ускладнених виникненням трофічних виразок велетенських розмірів з лімфореею з них

Відомі способи хірургічного лікування трофічних виразок – висічення гнійно-трофічного дефекту та покриття шляхом аутодермопластики [1,2]

До недоліків відносяться незадовільні результати, які проявляються лізисом та відторгненням шкіряного трансплантату у зв'язку з вираженою лімфореею

Найбільш близьким за технічною суттю до заявляемого і прийнятим за прототип є спосіб лікування трофічних виразок, який включає висічення гнійно-трофічного дефекту з наступною аутодермопластикою [2]

Недоліками прототипу є велика кількість післяопераційних ускладнень у вигляді відторгнення шкіряного трансплантату та рецидиву трофічної виразки

Завданням винаходу є розробка такого способу лікування трофічних виразок, який за рахунок тимчасового ставлення дренажів та закриття гнійно-трофічного дефекту після висічення штучною шкірою, забезпечував би зниження кількості післяопераційних ускладнень

Поставлене завдання вирішується тим, що в спосіб хірургічного лікування, який включає висічення гнійно-трофічного дефекту з наступною аутодермопластикою, згідно винаходу, після висічення гнійно-трофічного дефекту, встановлюють дві дренажні трубки з отворами на 10-12 діб, покриваючи дефект тканин штучним синтетичним

покриттям, а після виповнення рани грануляціями, виконують аутодермопластику

Встановлення дренажних трубок та закриття виразки штучною шкірою дозволяє забезпечити нормальне гранулювання раньової поверхні з безпосереднім витканням міжтканинної рідини через дренажі, минаючи поверхню виразки, що забезпечує зниження кількості післяопераційних ускладнень, а також попереджує рецидиви виразки. Вказані у формулі винаходу строки дренування /10-12 діб/ відібрані відповідно клінічним спостереженням

Спосіб виконують наступним чином. Проводять висічення трофічної виразки в межах відносно здорових тканин. З окремих косо-поперечних доступів, зроблених по задньо-медіальній і латеральній поверхнях гомілки, на відстані 8-10 см один від одного проводять дві силіконові дренажні трубки діаметром 0,5 см з отворами, розташованими на відстані 3-4 см один від одного, які розміщують в підшкірній клітковині, в т.ч. і під виразкою. Дистальний кінець занурюють в тканини стопи на тілі, а проксимальний виводять в верхній третині гомілки, чим забезпечується відтік міжтканинної рідини через дренаж, минаючи трофічну виразку. На розрізи, через які проводили дренажі, накладають шви, після чого штучним синтетичним покриттям закривають трофічну виразку, фіксуючи покриття на виразці окремими вузловими швами. Через 10-12 діб після появи грануляцій під штучним покриттям, проводять видалення дренажів та пластику грануляційної рани шкіряним трансплантатом. Приклад. Хвора Б., № 1 х 1867-2000 р., поступила з діагнозом "Хронічна лімфовенозна недостатність обох нижніх кінцівок 11-111 /другого-

(13) A

(11) 44015

(19) UA

третього/ ступеня, посттромботична хвороба обох нижніх кінцівок, велетенська трофічна виразка лівої гомілки" Після обстеження і підтвердження діагнозу, проведене оперативне лікування. Першим етапом зроблене висічення виразки загальною площею 100см<sup>2</sup>. З окремих косо-поперечних доступів величиною 2-3-см на відстані 10см один від одного по задньо-медіальній і латеральній поверхням лівої гомілки в підшкірній клітковині проведені дві силіконові дренажні трубки, діаметром 0,5см з отворами в 0,2см на відстані 4см один від одного. Проксимальні кінці виведені у верхній третині гомілки відповідно по задньо-медіальній і латеральній поверхням, дистальні занурені в тканини стопи на тілі. Дренажні трубки проведені під виразкою. Накладені шви на шкіру гомілки та зроблена фіксація штучної шкіри до виразки окремими вузловими швами. Через 12 діб другим етапом проведене видалення дренажів, зняття штучного покриття з виразки, та проведена шкіряна аутодермопластика гранулюючої рани розмірами

10 на 10см шкіряним трансплантатом, взятим з передньої стінки живота. Накладені фіксуючі шви.

За запропонованим способом пропіковано 15 хворих, з них ускладнення у вигляді часткового некрозу шкіряного трансплантату спостерігали тільки у 2, в той час як з 15 хворих, лікованих за способом прототипу, ускладнення спостерігали у 9 у вигляді повного відторгнення шкіряного трансплантату.

Таким чином, порівняння з прототипом показало, що застосування даного способу дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень і забезпечити задовільний результат – у вигляді загоєної виразки.

Джерела інформації

1. H Dodd, F B Cockett "The pathology and surgery of the veins of the lower limb" Edinburgh London New York 1977 333 p

2. В.Я. Васютков, М.В. Проценко "Трофические язвы стопы и голени" Москва Издательство "Медицина" 1993 160 с – прототип