



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 56172

(13) C2

(51) 7 A61B17/00,31/417,31/695,A61P41/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ КСЕНОДЕРМОПЛАСТИКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШКІРИ

1

2

(21) 98127075

(22) 31 12 1998

(24) 15 05 2003

(46) 15 05 2003, Бюл. № 5, 2003 р

(72) Галайчук Ігор Йосипович

(73) Галайчук Ігор Йосипович

(56) RU A 92012485 20 05 95

SU A1 1621894 23 01 89

(57) 1 Спосіб ксенодермопластики при хірургічному лікуванні злоякісних пухлин шкіри, який включає видалення пухлини в межах візуально здорових тканин з наступною ксенодермопластикою ранового дефекту, який відрізняється тим, що тимчасову пластику післяопераційної рани здійс-

нюють ліофілізованим ксенодермотрансплантатом, на який попередньо наносять шар порошкоподібної композиції з цитостатичними і адсорбційними властивостями

2 Спосіб за п 1, який відрізняється тим, що як порошкоподібну композицію застосовують імобілізований на матриці кремнійорганічного поліметилсилоксанового адсорбенту цитостатик дакарбазин

3 Спосіб за п 1, який відрізняється тим, що ліофілізований ксенодермотрансплантат попередньо перед нанесенням шару порошкоподібної композиції зволожують у розчині фурациліну в розведенні 1 5000 впродовж 5-7 хвилин при 20-24°C

Винахід відноситься до медицини, зокрема онкології, і може бути використаним при хірургічному лікуванні злоякісних пухлин шкіри (меланома, рак, рецидивні і метастатичні пухлини)

Відомий спосіб ксенодермопластики при хірургічному лікуванні злоякісних пухлин шкіри, який включає видалення пухлини в межах здорових тканин та наступну ксенодермопластику ранового дефекту [1]

Недоліком відомого способу є висока ймовірність виникнення рецидивів та післяопераційних ускладнень у вигляді нагноєння і сповільненого загоєння рани. Зазначені ускладнення виникають в результаті наявності в рані чинників і умов розвитку нагноєння (патогенна мікрофлора) і пухлинного процесу (злоякісні клітини), чому сприяють пошкодження тканин у ході оперативного втручання

В основу винаходу поставлено завдання вдосконалити відомий спосіб, в якому шляхом комбінованого застосування сполук цитостатичної і адсорбційної дії досягають зменшення ймовірності розвитку рецидиву пухлинного процесу, ускладнень в післяопераційному періоді і прискорення загоєння рани

Поставлене завдання вирішують тим, що у способі ксенодермопластики при хірургічному лікуванні злоякісних пухлин шкіри, який включає видалення пухлини в межах візуально здорових тканин з наступною ксенодермопластикою раново-

го дефекту, відповідно до винаходу тимчасову пластику післяопераційної рани здійснюють ліофілізованим ксенодермотрансплантатом, на який попередньо наносять шар порошкоподібної композиції з цитостатичними і адсорбційними властивостями, причому як порошкоподібну композицію застосовують імобілізований на матриці кремнійорганічного поліметилсилоксанового адсорбента цитостатик дакарбазин, а ліофілізований ксенодермотрансплантат попередньо, перед нанесенням шару порошкоподібної композиції, зволожують у розчині фурациліну в розведенні 1 5000 впродовж 5-7 хвилин при 20-24°C

Конкретно спосіб здійснюють таким чином. Безпосередньо після широкого висічення злоякісної пухлини шкіри утворену рану закривають ліофілізованим ксенодермотрансплантатом, наприклад, препаратом консервованої ліофільним способом шкіри свині. Останній попередньо зволожують 5-7 хвилин у розчині фурациліну (1 5000) при 20-24°C, перфорують, після чого на внутрішню поверхню ксенодермотрансплантата наносять шар у 2-3 мм товщиною порошкоподібною композицією у вигляді імобілізованого на матриці кремнійорганічного поліметилсилоксанового адсорбента цитостатика дакарбазина. Трансплантат фіксують декількома вузловими швами по периметру рани і асептичною пов'язкою. Перев'язки здійснюють щодня або шляхом заміни лише марлевих пов'яз-

(13) C2

(11) 56172

(19) UA

зок над ксенотрансплантатом. Починаючи з 2-3 післяопераційного дня призначають курс хіміо/біотерапії, а у випадку сумнівного радикалізму операції – променевої терапії на ложе видаленої пухлини. На 10-14 день ксенотрансплантат видаляють з поверхні рани, і здійснюють цитоморфологічний контроль з різних ділянок рани. При відсутності злоскісного росту вирішують питання про метод остаточного закриття рани (самостійна епітелізація, аутодермопластика, місцева пластика переміщенням шкірно-жирових клаптів, тощо).

Приклад 1. Хвора Ч., 1956 р.н., діагноз меланома шкіри правої щіки рТЗТОМО (1997), рецидив (1998). Розміри рецидивної пухлини 5х7х4мм, поруч три сателіти 1,5х2мм, розміщені інтрадермально. Рецидив виник через шість місяців після операції.

Лікування. Доопераційний курс близькофокусної рентгенотерапії – сумарна вогнищева доза 80Гр. Операція електровисічення рецидивної меланоми в межах здорових тканин з видаленням підшкірно-жирової клітковини і м'язової фасції. Утворена післяопераційна рана мала розміри 5х7х8см при глибині 1-1,5см. Люфілізований ксенотрансплантат шкіри свині площею 50 кв. см зложували 5 хвилин в розчині фурациліну (1:5000) при 22°C, після чого клапоть шкіри перфорували в декількох місцях. На внутрішню поверхню трансплантата нанесли порошкоподібну композицію імобілізованого на матриці кремнійорганічного поліметилсилоксанового адсорбента цитостатика дакарбазіна, після чого внутрішньою поверхнею покривали рану, й фіксували трансплантат пов'язкою. Заміну марлевої пов'язки здійснювали щодня. Відмічали редукцію фаз ранового процесу, відсутність плазмореї, больового синдрому. З другого післяопераційного дня хвора почала отримувала курс поліхіміотерапії (дакарбазин, цисплатин, вінк-

рістин). На 14 день ксенотрансплантат видаляли з поверхні рани. Грануляційна тканина на цей час виповнила всю рану і зрівнялася з рівнем шкіри. При цьому відмічалася активна крайова епітелізація, незначні виділення. Цитологічний контроль з поверхні грануляцій не виявив злоскісного росту. Призначено мазеві пов'язки. Через два тижні рана повністю епітелізувалася. Контрольний огляд через сім місяців рецидиву і метастазів не виявлено.

За допомогою даного способу було проліковано 15 хворих віком від 35 до 70 років. З них, у 9 хворих була діагностована меланома шкіри, у шести – радіорезистентний рак шкіри. Всі пацієнти перенесли хірургічне лікування запропонованим способом.

Для одномоментної пластики використовували трансплантати площею від 30 до 250 кв. см. Шестеро хворих отримували післяопераційні курси хіміо/біотерапії. У трьох випадках на ложе видаленої пухлини призначалась післяопераційна променева терапія через трансплантат. Рани самостійно епітелізувалися у 8 хворих, аутодермопластика була виконана у 7 пацієнтів. Спостереження за хворими протягом 7-10 місяців не виявили ознак рецидиву.

Таким чином, застосування запропонованого способу пластичного закриття ран ефективніше, ніж за способом-прототипом, зменшує ймовірність рецидивування пухлини, попереджує післяопераційні гнійні ускладнення й сприяє загоєнню ран.

Література

1. Блохин Н.Н. Пластические операции при злокачественных опухолях кожи. – М. Медицина, 1979. – 207 с.