



УКРАЇНА

(19) UA (11) 58469 (13) U  
(51) МПК  
A61B 17/56 (2011.01)МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ПЕРЕСАДКИ РОЗЩЕПЛЕНИХ ШКІРНИХ КЛАПТІВ

1

2

(21) u201012061

(22) 12.10.2010

(24) 11.04.2011

(46) 11.04.2011, Бюл.№ 7, 2011 р.

(72) РУШАЙ АНАТОЛІЙ КИРИЛОВИЧ, БОДАЧЕНКО  
КОСТЯНТИН АНАТОЛІЙОВИЧ, КОЛОСОВА  
ТЕТЯНА АНАТОЛІЇВНА, ЧУЧВАРЬОВ РОМАН  
В'ЯЧЕСЛАВОВИЧ

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-

ВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб пересадки розщеплених шкірних клаптів, який включає забір дерматомом клаптя шкіри з донорської зони, розправлення шкірного клаптя на рані та фіксацію марлевою пов'язкою, який **відрізняється** тим, що додатково виконують обробку реципієнтної ділянки з шкірними клаптями плазмовим потоком оксиду азоту протягом 5 хвилин під час операції та при перев'язках протягом 2 тижнів.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема травматології та хірургії, і може бути використана при пластиці шкіряних дефектів.

Відомий спосіб попередження інфікування трансплантуємого матеріалу при пластиці шкіряних ран, який полягає в тому, що дерматомні трансплантати свинячої та трупної шкіри обробляються 0,01-0,03 молярним розчином нітрату срібла або суспензією сульфадіазину срібла і вже після цього пересаджують на рану. Така обробка дозволяла знижати відсоток нагноєння та відторгнення трансплантату [1].

Недоліком цього способу є те, що на тканинах, які оброблені таким чином, антибактеріальний ефект дуже швидко знижується, також цей спосіб обробки не стимулює процеси регенерації тканин при пластиці.

Найближчим аналогом є спосіб пересадки аутошкіри [2].

Суть його полягає у підвищенні антимікробної стійкості шкіряного трансплантату шляхом обробки донорського ложа 30 % розчином дімексиду з розчиненими у ньому антибіотиками, до яких чутлива мікрофлора рани хворого, забір дерматомом клаптя шкіри з донорської зони, розправлення шкіряного клаптя на рані та фіксацію марлевою пов'язкою.

Недоліком його було те, що у деяких випадках використання 30 % розчину дімексиду приводить до хімічних опіків у хворих з підвищеною чутливістю до цього препарату, а також алергічних реакцій. Спосіб не спрямований на підвищення рівня кисню у тканинах.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу пересадки аутошкіри, у якому

зменшується кількість ускладнень, зумовлених його відторгненням, за рахунок покращення якості приживлення шкіряних клаптів.

Поставлену задачу вирішують тим, що в спосіб комплексного лікування посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок, який включає забор дерматомом клаптів шкіри з донорської зони, розправлення шкіряних клаптів на рані, їх фіксацію марлевими пов'язками, згідно корисної моделі, проводять обробку реципієнтної ділянки плазмовим потоком оксиду азоту апарату "Плазон" протягом 5 хвилин під час оперативного втручання та протягом 2 тижнів під час перев'язок.

Спосіб здійснюють таким чином:

Перед пересадкою реципієнтну ділянку обробляють плазмовим потоком оксиду азоту апарату "Плазон" протягом 5 хвилин, дерматомом беруть клапоть шкіри з донорської зони, після чого шкіряний клапоть розправляють на рані та фіксують марлевими пов'язками. У післяопераційному періоді обробка реципієнтної ділянки з шкіряними клаптями плазмовим потоком оксиду азоту здійснюють під час перев'язок протягом 2 тижнів. Використання плазмового потоку оксиду азоту апарату "Плазон" протягом 5 хвилин менше ніж 2 тижні у терапевтичному режимі не дають вірогідно значимого ефекту, у той час як використання більш 2 тижнів не дають вірогідної різниці з отриманим ефектом за 2 тижні. Ці дані отримані нами експериментальним шляхом, підтверджені даними реовазограм.

Приклад 1

Хворий Б. 51 рік і.х. № 30940, прибув у клініку з приводу відкритого подвійного перелому правої

(19) UA (11) 58469 (13) U

стегнової кістки, розчавлення м'яких тканин на протязі. Первинно хворому була виконана операція - фіксація лівої гомілки АПФ. Після того, як відторглися нежиттєздатні тканини у хворого з'явився дефект шкіри 10 x 15 см. Хворому виконана операція заявленим способом. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Клапті шкіри прижилися. Дефект повністю був закритий.

#### Приклад 2

Хворий М., 31 рік і.х. № 34466, прибув у клініку з приводу травматичного остеомієліту та інфікованої рани лівої гомілки 10 x 8 см. Первинно хворому була виконана операція - сегментарна резекція лівої великогомілкової кістки та фіксація апаратом позасередкової фіксації. Після того, як відторглися нежиттєздатні тканини у хворого з'явився дефект шкіри 10 x 8 см. Хворому виконана операція заявленим способом. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Клапті шкіри прижилися. Дефект повністю був закритий.

За названим способом прооперовано 15 хворих. Ефект у всіх хворих, після пластики дефекту

шкіри добрий, шкіряні клапті не відторгалися, трофічних порушень у зоні пластики не відмічено. Це було зумовлено високим рівнем кисню у тканинах трансплантату та реципієнтної зони за рахунок впливу NO на судини у зоні пересадки та зменшенню судинного спазму на цій ділянці, що у свою чергу покращує доставку кисню у зону пересадки. Ускладнень не було. Запропонований спосіб легко виконується, не має побічних ефектів, сприяє більш ефективному закриттю великих шкіряних дефектів.

Джерела інформації які були прийняті до уваги:

1. Fox Ch. L., Modak S.M., Slanford W., Silver Treated Jraft Materials for Coverage of Infected Burn Wounds. "Ann. Chir. plast", 1979, 24, № 3, P 265-267.

2. А.С. № 1729509, СССР, МКИ 4 А 61 В17/00, "Способ пересадки аутокожи", В.Ю. Худобин. Заявлено 20.01.1988 г., опубліковано 3.01.1992г.