



УКРАЇНА

(19) UA (11) 30625 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВЕНОЗНОЇ ТРОФІЧНОЇ ВИРАЗКИ

1

(21) u200708042

(22) 16.07.2007

(24) 11.03.2008

(72) ТЕЛЕМУХА СВЯТОСЛАВ БОГДАНОВИЧ, UA,
КРИСА ВАСИЛЬ МИХАЙЛОВИЧ, UA(73) ТЕЛЕМУХА СВЯТОСЛАВ БОГДАНОВИЧ, UA,
КРИСА ВАСИЛЬ МИХАЙЛОВИЧ, UA

(56)

(57) Спосіб лікування венозної трофічної виразки, який включає закриття трофічної виразки аутодермотрансплантатом та венектомію, який **відрізняється** тим, що спочатку проводять санацію і висікання трофічної виразки до адекватного кровопостачання, при цьому на

2

підготовленій ділянці виразки, через 2-3 дні після її висікання, здійснюють трансплантацію культивованих фібробластів і венектомію з перев'язкою перфорантних вен та закриття трофічної виразки аутодермотрансплантатом виконують через 3-4 дні після трансплантації культивованих фібробластів, крім того, трансплантацію та перев'язки на підготовленій ділянці виразки проводять за допомогою лікарського засобу, що містить препарат - середовище Ігла з солями Хенкса і препарат Глутамін у співвідношенні 25:1 і також - 0,16 мг/мл препарату Гентаміцин.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і призначена для лікування хронічної лімфовенозної недостатності нижніх кінцівок, які ускладнені трофічними виразками.

Відомі різні методи лікування хронічних венозних трофічних виразок нижніх кінцівок, які полягають у виконанні венектомії (венекзерезу) з перев'язкою перфорантних вен після досягнення загоєння трофічної виразки [1, 2].

Проте, недоліком цих методів є те, що у 15-20% випадках венозні трофічні виразки нижніх кінцівок є резистентні до традиційних методів лікування та не загоюються. Це зумовлено тим що, трофічні виразки найчастіше (у 72% випадках) утворюються в місці перфорантних вен гомілок. Отож, перев'язка перфорантних вен при незакритій виразці практично неможлива, що веде до значної кількості ускладнень: небезпечної лімфореї, краєвим некрозам ран, розходженням післяопераційних ран та гнійно-септичними ускладненнями.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб лікування венозної трофічної виразки, який включає закриття трофічної виразки аутодермотрансплантатом та венектомією. При цьому даний спосіб характеризується тим, що операції виконують одномоментно: венектомію до рівня трофічної виразки; виділяють дистальний

кінець венозного стовбура, який проходить через зону трофічної виразки; склерозують трофічні виразки і виконують закриття трофічної виразки аутодермотрансплантатом [3].

Однак, використання цього способу має обмежене застосування, що зумовлено великою кількістю післяопераційних ускладнень у вигляді відторгнення шкіряного клаптя і інфікування післяопераційних ран.

В основу корисної моделі поставлена задача створення нового, більш вдосконаленого, способу лікування венозної трофічної виразки, за рахунок вибору додаткових відомих чинників, які ефективно впливають на процес лікування виразок, що дозволить забезпечити радикальне лікування виразок нижніх кінцівок, котрі є резистентні до традиційних методів лікування, і одночасно, скоротити до мінімуму післяопераційні ускладнення.

Поставлена задача корисної моделі вирішується тим, що спосіб, який включає закриття трофічної виразки аутодермотрансплантатом та венектомією. Згідно корисної моделі, спочатку проводять санацію і висікання трофічної виразки до адекватного кровопостачання, при цьому на підготовленій ділянці виразки, через 2-3 дні після її висікання, здійснюють трансплантацію культивованих фібробластів, і венектомію з перев'язкою перфорантних вен та закриття

(19) UA (11) 30625 (13) U

трофічної виразки аутодермотрансплантатом виконують через 3-4 дні після трансплантації культивованих фібробластів, крім того, трансплантацію та перев'язки на підготовленій ділянці виразки проводять за допомогою лікарського засобу, що містить препарат-середовище "Ігла з солями Хенкса" і препарат "Глутамін", у співвідношенні 25:1, і також - 0,16мг/мл препарату "Гентаміцин".

За рахунок сукупності ознак, а саме, що запропоновано у якості додаткових чинників проводити комплексне поетапне лікування, яке включає санацію, висікання трофічної виразки та використання при закритті підготовленої ділянки виразки культивованих фібробластів, маємо достатнє рішення виконання поставленої задачі.

Так, те, що спочатку проводимо санацію і висікання виразки, сприяє умовам загоєння виразок та уникненню післяопераційні ускладнення - нагноєння рани. Використання культивованих фібробластів сприяє приживлення клаптя, попереджає його відшарування і лізис. Це зумовлено тим, що швидкість проліферації фібробластів хронічних виразкових дефектів значно менша, ніж фібробластів гострої виразки і здорової шкіри. Морфологічно культура фібробластів із хронічної венозної виразки істотно відрізняється від культур, одержаних із культур гострої виразки і здорової шкіри. Фібробласти з хронічної венозної виразки мають дещо більші розміри, неправильну форму і багато ядер, велику кількість детриту в культурі. Ці дані служать патогенетичним стимулом для пересадки культивованих фібробластів на трофічні виразки нижніх кінцівок.

Поряд з цим те, що запропоновано після трансплантації культивованих фібробластів, аутодермотрансплатування, венектомії з перев'язкою перфорованих вен та перев'язки на підготовленій ділянці виразки проводити за допомогою лікарського засобу, який містить препарат - середовище "Ігла з солями Хенкса" і препарат "Глутамін" з додаванням препарату "Гентаміцин" із врахуванням визначеного оптимального співвідношення місткості (доз) того чи іншого препарату додатково сприяє кращому відтоку ексудату і покращується приживлення шкірного клаптя.

Внаслідок такого підходу, а саме вибору схеми і методики комплексного поетапного лікування венозної трофічної виразки із використанням лікарського засобу, що пропонується, забезпечено радикальне лікування виразок нижніх кінцівок, котрі є резистентні до традиційних методів лікування, і одночасно, скоротити до мінімуму післяопераційні ускладнення.

Спосіб лікування венозної трофічної виразки здійснюють таким чином.

Спочатку (I - етап у дерматологічному стаціонарі) проводять санацію трофічної виразки та лікування супутньої патології навколишніх тканин для ліквідації запального процесу і переведення виразки з фази ексудації і запалення в фазу регенерації і гранулювання. Потім (II - етап у хірургічному) - висікання трофічної виразки до

адекватного кровопостачання. Після цього, через 2-3 дні, проводять трансплантацію культивованих фібробластів у вигляді дермального еквіваленту - на підготовлену ділянку виразки. Трансплантація (пов'язки) на ділянку виразку виконується з використанням лікарського засобу, що містить препарат-середовище "Ігла з солями Хенкса" і препарат "Глутамін", у співвідношенні 25:1, а також - 0,16мг/мл препарату "Гентаміцин". Згодом, через 3-4 дні, (III - етап - власне хірургічне лікування) проводять видалення варикозних поверхневих вен з епіфасціальною перев'язкою перфорантних вен і аутодермотрансплантацію вільним розщепленим перфорованим клаптем шкіри, взятим електричним дерматомом на зовнішній поверхні стегна. Асептичну пов'язку на місці аутодермотрансплантації устанавлюють за допомогою лікарського засобу - склад якого зазначено вище.

Приклад конкретного застосування способу.

Хвора Д-к, 45р., 2006р. Поступила в хірургічний відділ з діагнозом: "Посттромбофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки, виразково-варикозна форма. Хронічна трофічна виразка нижньої третини правої гомілки в фазі гранулювання. Хронічна венозна недостатність правої нижньої кінцівки третього ступеню". Спочатку на I - етапі хворій у дерматологічному стаціонарі проведено санацію трофічної виразки. На II - етапі у хірургічному відділі при поступленні проведено висікання трофічної виразки до адекватного кровопостачання. Через 2 дні зроблена трансплантація культивованих фібробластів у вигляді дермального еквіваленту. На III - етапі через 3 дні після трансплантації фібробластів хвора прооперована, зроблено венектомію з епіфасціальною перев'язкою перфорантних вен і аутодермопластику виразки вільним розщепленим перфорованим клаптем шкіри товщиною 0,4мм, взятим на передньо-зовнішній поверхні правого стегна. Перев'язки ділянки виразки на II і III етапах здійснювали з використанням лікарського засобу, що містить препарат-середовище "Ігла з солями Хенкса" і препарат "Глутамін", у співвідношенні 25:1, а також - 0,16мг/мл препарату "Гентаміцин". Приживлення шкірного клаптя 100%. Шви зняті на 8 день, на 8-му добу по операції хвора виписана з хірургічного стаціонару. Рік назад цій же хворій проліковано аналогічним способом венозну трофічну виразку на лівій нижній кінцівці.

За пропонуванням способом проліковано 10 хворих. Загоєння виразки вдалося досягнути в усіх випадках. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось. Поряд з цим, у контрольній групі з 10 чоловік, якій не проводилася трансплантація культивованих фібробластів, а перев'язки виразки здійснювали без використанням лікарського засобу, що містить препарат-середовище "Ігла з солями Хенкса" та препарати "Глутамін" і "Гентаміцин" - в 4-ох хворих в післяопераційному періоді наступив лізис аутодермотрансплантата, краєвий некроз та інфікування періульцелярних післяопераційних ран.

Джерела інформації:

1. А.Н. Веденский. Посттромботическая болезнь. - Ленинград, "Медицина", Ленинградское отделение, 1986г. - 240с.

2. Linton R. The communicating veins of the lower leg and the operative for their ligation. Ann. Surg., 1953, v.138, p.415.

3. Патент України на винахід №62173 А, А61В17/00, Бюл. №12, 2003р. - найближчий аналог.