



УКРАЇНА

(19) UA (11) 10421 (13) A  
(51)5 A 61 B 17/00ДЕРЖАВНЕ  
ПАТЕНТНЕ  
ВІДМОВСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДбез проведення експертизи по суті  
на підставі Постанови Верховної Ради України  
№ 3769-XII від 23.XII. 1993 р.Публікується  
в редакції заявника

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК СТУПНІ

(21) 95041885

(22) 25.04.95

(24) 25.12.96

(46) 25.12.96. Бюл. № 4

(56) 1. Юденич В.В., Гришкович В.М. Пласти-  
ка местными тканями язв подошвенной по-  
верхности стопы // Вестник хирургии. 1984,  
№ 6, с.99-103.2. Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Трофимов  
Е.И. и др. Принципы микрохирургической  
пластики подошвенной поверхности стопы  
// Хирургия. 1993, № 5-6, с. 75-78.(72) Дрюк Микола Федорович, Селюк Віктор  
Михайлович, Галич Сергій Петрович,  
Лісайчук Юрій Сергійович(73) Інститут клінічної та експериментальної  
хірургії АМН України (UA)(57) Способ лечения трофических язв стопы,  
включающий иссечение язвенного дефекта,  
создание "буферной" прослойки между ко-  
жей и костью и пластику раневого дефекта  
местными тканями, отличающийся тем,  
что для создания "буферной" прослойки де-  
эпидермизируют кожу в зоне трофических  
расстройств, выкраивают из этого участка  
лоскут и размещают последний между ко-  
жей и костью в виде дубликатуры, а пластику  
раневого дефекта выполняют местными тка-  
нями с учетом их чувствительности.

Изобретение относится к медицине, а  
именно к хирургии и может быть использо-  
вано для хирургического лечения трофиче-  
ских язв, возникающих в опорных зонах  
стопы на пересаженных микрохирургиче-  
ских лоскутах с недостаточно восстановлен-  
ной чувствительностью, а также для  
профилактики возникновения трофических  
язв первично при пересадке лоскута на  
опорные зоны стопы.

Известны способы лечения трофических  
язв стопы, основанные на использовании  
пластики местными тканями [1]. Основными  
недостатками этих операций являются огра-  
ниченные возможности их применения в  
связи с малым объемом перемещающих тка-  
ней, а так же достаточно низкая эффектив-

ность лечения, проявляющаяся частными  
рецидивами язв.

Наиболее близким по технической сущ-  
ности и выбранным за прототип является  
способ лечения трофических язв стопы,  
включающий иссечение трофической язвы и  
формирование "буферной подушки" из сво-  
бодного трансплантата широкой фасции  
бедрa [2].

Однако, существенными недостатками  
прототипа являются увеличение сроков ле-  
чения из-за необходимости длительного  
времени (до двух недель) поддерживать еже-  
дневными инъекциями антисептиков, струк-  
туру созданной "буферной подушки", а  
также высокая травматичность самого лече-  
ния ввиду необходимости выполнения само-

(19) UA (11) 10421 (13) A

стоятельной операции - забора фрагмента широкой фасции бедра - для формирования "буферной подушки", а также необходимости в ряде случаев выполнения еще более сложной операции - повторной микрохирургической аутотрансплантации сложного лоскута для закрытия образовавшегося в результате оперативного вмешательства раневого дефекта.

Задачей изобретения является разработка такого способа лечения трофических язв стопы, который за счет изменения приемов формирования "буферной" прослойки, а также пластики раневого дефекта местными тканями обеспечивал бы сокращение сроков лечения и снижение травматичности оперативного лечения

Решение поставленной задачи достигается тем, что в способе лечения трофических язв стопы, включающей иссечение язвенного дефекта, создание "буферной" прослойки между кожей и костью и пластику раневого дефекта местными тканями, согласно изобретению для создания "буферной" прослойки дезэпидермизируют кожу в зоне трофических расстройств, выкраивают из этого участка лоскут и размещают последний между кожей и костью в виде дубликатуры, а пластику раневого дефекта местными тканями выполняют с учетом их чувствительности.

Формирование "буферной" прослойки путем использования местных трофических измененных тканей позволяет избежать необходимость забора и аутотрансплантации фрагмента широкой фасции бедра, что значительно снижает травматичность операции и позволяет сократить сроки лечения больных, а использование для пластики раневого дефекта местных тканей с учетом их чувствительности позволяет предотвратить развитие рецидивов трофических язв.

Способ поясняется рисунком, где:

- на фиг.1 схематично представлен участок трофически измененной кожи, подлежащий дезэпидермизации и предназначенный для формирования "буферной" прослойки в разрезе.

- на фиг.2 схематично представлена сформированная "буферная" прослойка.

Способ выполняют следующим образом. После обработки операционного поля производят иссечение трофической язвы 1

(при наличии последней), затем выполняют дезэпидермизацию кожи 2 в пределах имеющихся трофических изменений 3. Производят разрез по краю дезэпидермизированного лоскута кожи с учетом последующей пластики местными тканями. Из дезэпидермизированного кожного лоскута формируют "буферную" прослойку в виде дубликатуры и размещают последнюю в подкожной клетчатке 4. Затем выполняют пластику образовавшегося раневого дефекта местными тканями с учетом их чувствительности.

По предложенному способу прооперировано 6 больных, послеоперационных осложнений не наблюдалось.

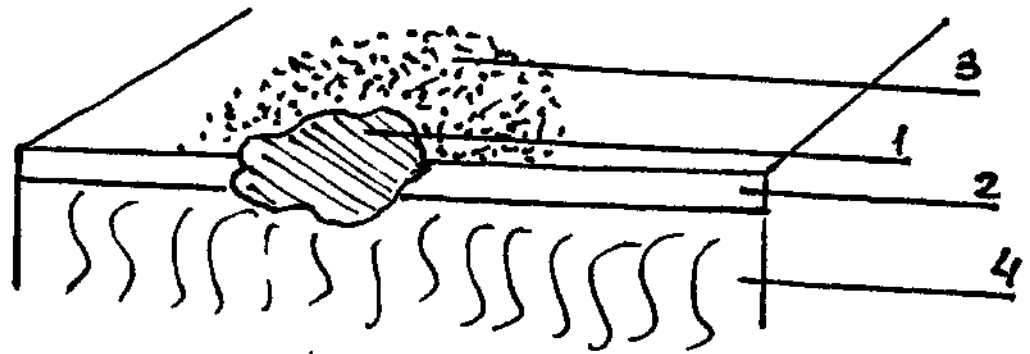
Пример конкретного выполнения:

Больной М., 40 лет, и.б. № 1622 25.03.94 поступил в клинику с трофической язвой пересаженного ранее на правую пяточную область лоскута широчайшей мышцы стопы. Операция выполнена 1,5 года тому назад для пластики травматического дефекта правой пяточной области

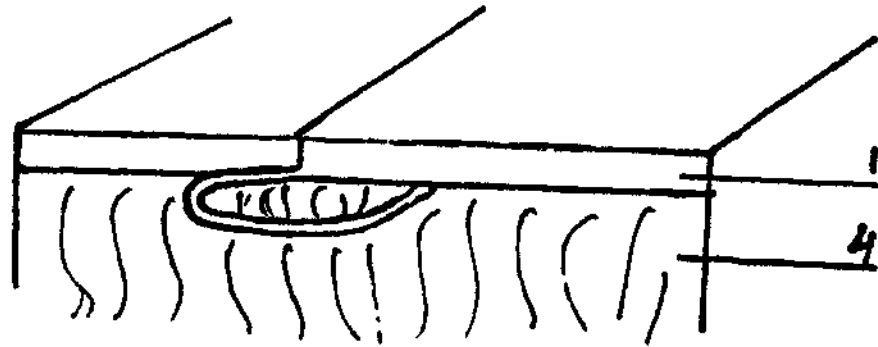
Больной всесторонне обследован. Диагноз: Трофическая язва правой пяточной области после пластики дефекта лоскутом широчайшей мышцы стопы. 27.03.94 больному выполнена операция: после обработки операционного поля произведено иссечение трофической язвы, выполнена дезэпидермизация кожи в пределах имеющихся трофических изменений в виде индукции и гиперпигментации. Произведен Z-образный разрез по краю дезэпидермизированного кожного лоскута с учетом последующей пластики местными тканями. Дезэпидермизированный кожный лоскут завернут в виде дубликатуры. Таким образом сформирована "буферная" прослойка. Пластика образовавшегося раневого дефекта выполнена местными тканями по принципу встречных треугольников с учетом их чувствительности. Послеоперационный период протекал без особенностей.

На 10-е сутки после операции сняты швы с раны и больной выписан домой. Контрольное обследование через 6 и 12 месяцев выявило полное отсутствие рецидива.

Таким образом, сравнение с прототипом показывает, что применение предлагаемого способа позволяет снизить травматичность операции и сократить сроки лечения больных.



Фиг. 1



Фиг. 2.

Упорядник М.Дрюк

Техред М.Моргентал

Коректор О.Обручар

Замовлення 4012

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,  
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101

[REDACTED]