



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **79462** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61K 31/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2012 11627</p> <p>(22) Дата подання заявки: 08.10.2012</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.04.2013</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.04.2013, Бюл.№ 8</p>	<p>(72) Винахідник(и): Головащенко Владислав Сергійович (UA), Чепляка Олексій Миколайович (UA), Поворозник Андрій Миколайович (UA), Желіба Микола Дмитрович (UA), Медвецький Євгеній Болеславович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
---	--

(54) СПОСІБ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ВЕНОЗНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК

(57) Реферат:

Спосіб місцевого лікування венозних трофічних виразок, що передбачає застосування на виразковий дефект препаратів для лікування гнійних ран, крім того, перед накладанням пов'язки з препаратом додатково застосовуються 5-хвилинні місцеві аплікації 2 % розчину лідокаїну.

UA 79462 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для місцевого лікування венозних трофічних виразок і як етап підготовки до хірургічного лікування.

Хронічна венозна недостатність (ХВН) - це симптомокомплекс, який виникає внаслідок вродженої або набутої недостатності клапанного апарата венозної системи і характеризується наявністю набряку, болю і трофічних розладів м'яких тканин різного ступеня виразності. У 40-60 % хворих перебіг ХВН ускладнюється трофічними виразками гомілки. Серед усіх причин виникнення трофічних виразок переважну більшість складають варикозні, частота яких сягає 52 % [Савельев В.С. Флебология. Руководство для врачей / Савельев В.С., Гологорский В.А., Кириенко А.И. - М.: Медицина, 2001.-664 с.].

Виразки венозного генезу характеризуються повільним загоюванням та тривалим рецидивним перебігом, спричиняють стійку інвалідизацію пацієнтів [Патогенетическое обоснование иссечения трофической язвы в лечении венозной недостаточности нижних конечностей [Текст] / Н.Ф. Дрюк, Л.М. Чернуха, И.В. Гомоляко, Е.П. Тумасова // Клінічна хірургія.-2003. - № 4-5. - С. 47].

В патогенезі виразкоутворення істотну роль відіграють вено-венозні рефлюкси в системі глибоких, перфорантних і поверхневих вен нижньої кінцівки. При великій виразці ліквідація навіть одного з наявних рефлюксів призводить до суттєвих гемодинамічних змін, що полегшує процеси загоєння. Технічно найбільш просто вирішується питання про усунення рефлюксу в поверхневих венах (великої і малої підшкірної). Видалення розширеної великої і/або малої підшкірної вени до рівня виразки з подальшою некректомією та аутодермопластиком виразки є операцією вибору і дає добрі результати з тривалим безрецидивним періодом у хворих з поширеними виразковими дефектами гомілки. Операція можлива за умови прохідності глибоких вен нижньої кінцівки, яка встановлюється при виконанні дуплексного сканування вен. Хірургічні втручання за наявності трофічних виразок на гомілці нерідко ускладнюються нагноєнням ран, а в ряді випадків і збільшенням розмірів виразкового дефекту. Для профілактики таких ускладнень важливе значення має доопераційне місцеve лікування, метою якого є підготовка до хірургічного лікування виразок та усунення їх мікробного обсіменіння. Крім того, існує велика група пацієнтів, у яких місцеve лікування виразок залишається єдиною можливою [Сергеев Н.А. Комплексное лечение венозных трофических язв нижних конечностей [Текст] / Н.А.Сергеев // Вестник хирургии.-2007. - Т. 166, № 5. - С. 24-27].

Особливо велику зацікавленість викликає розробка методів стимуляції процесів загоєння ранових дефектів шкіри [Колсанов А.В. Лечение раневых дефектов кожи и мягких тканей различной этиологии с применением клеточных культур и биопокрытий [Текст] / А.В. Колсанов // Нижегородский медицинский журнал.-2003. - № 1. <http://www.medicum.nnov.ru/nmj/2003/1/29.php>].

Речовини амфіпатної природи, взаємодіючи з ліпідним бішаром мембран, змінюють структурно-функціональні особливості макрофагів [Шпакова Н.М. Механизм криогемолиза эритроцитов, индуцированного катионными амфипатами: синергизм индукции перехода "дискоцит-стоматоцит III" при действии хлорпромазина и тоничности среды [Текст] / Н.М.Шпакова, В.А.Бондаренко // Украинский биохимический журнал.-1991. - №6. - С. 83-88], у зв'язку з чим вивчення ультраструктури останніх у присутності амфіпатів може бути корисним для розробки способів управління репаративними процесами на різних етапах загоєння ран [Чепляка О.М. Фагоцитарна активність ранових макрофагів у хворих на гострий парапроктит під впливом хлорпромазину [Текст] / О.М. Чепляка // Вісник Української медичної стоматологічної академії - 2006. - Т. 6, Вип. 1-2. - С. 206-210].

Аналіз впливу лідокаїну на структурні і функціональні особливості макрофагів ранової поверхні показав, що цей препарат може бути використаний для адекватної репарації (стимуляції регенерації) ран.

В основу корисної моделі "Спосіб місцевого лікування венозних трофічних виразок" поставлено задачу покращити ефективність лікування хворих на трофічні виразки венозної етіології, цим самим скоротити терміни загоєння ран та перебування хворих у стаціонарі.

Це вирішується способом, в якому, згідно з корисною моделлю, хворим на трофічні виразки венозної етіології перед застосуванням препаратів для місцевого лікування гнійних ран проводиться п'ятихвилинна аплікація 2 % розчину лідокаїну.

Перед застосуванням лідокаїну слід провести шкірну пробу для виявлення можливої гіперчутливості до активного компонента.

Спосіб виконують таким чином: після обробки трофічної виразки 0,02 % розчином декаметоксину на серветку наносять лідокаїн у вигляді 2 % розчину і прикладають на рану з експозицією 5 хвилин. Після експозиції серветку видаляють і накладають пов'язку з препаратом

для місцевого лікування гнійних ран. Показаннями до припинення застосування місцевих апікацій лідокаїну були очищення ранової поверхні та поява грануляційної тканини.

Запропонований спосіб місцевого лікування венозних трофічних виразок, завдяки застосуванню лідокаїну, сприяє прискоренню змін запально-регенераторного типу цитогам на регенераторний, що дозволяє швидше виконувати аутодермопластику при глибоких дефектах, не спроможних до самостійного загоєння; дає можливість достовірно скоротити терміни загоєння виразок з $28,7 \pm 2,5$ до $22,3 \pm 1,5$ доби, зменшити частоту неповного загоєння виразок з 11,5 до 7,2 % ($P \leq 0,05$).

На кресленнях представлені:

- Фіг. 1. Фото трофічної виразки лівої гомілки після застосування апікацій 2 % розчину лідокаїну та місцевих антимікробних препаратів протягом 5 діб.

- Фіг. 2. Фото трофічної виразки: етап операції - некректомія.

- Фіг. 3. Фото оперованої трофічної виразки: вигляд рани після некректомії.

- Фіг. 4. Фото оперованої трофічної виразки: вигляд рани після аутодермопластики.

- Фіг. 5. Фото оперованої трофічної виразки: 14-а доба після аутодермопластики, приживлення аутодермотрансплантата.

- Фіг. 6. Фото оперованої трофічної виразки: 20-а доба після аутодермопластики, післяопераційна рана практично загоїлась.

Приклад виконання способу.

Хворий Ш., 41 року, мед.карта стаціонарного хворого № 8381, протягом 5 років страждає на поширену трофічну виразку лівої гомілки та стопи на тлі посттромботичної хвороби нижніх кінцівок, хронічної венозної недостатності III ст. Хворого турбували виражений біль, рясні гнійні виділення з неприємним запахом в ділянці виразки. Загальний аналіз крові: еритроцити $2,87 \times 10^{12}/л$, гемоглобін 75 г/л, КП - 0,78, лейкоцити $10,6 \times 10^9/л$ (п - 6 %, с - 66 %, л - 25 %, м - 2 %, е - 1 %). Розпочато комплексну терапію, що включала системну антибактеріальну терапію (меропенем 500 мг 3 рази на добу), венотоніки (детралекс 1 таб. 2 рази на добу), апікації з 2 % розчином лідокаїну та перев'язки з нанодисперсною композицією "Метроксан" [Вильцанюк А.А. Экспериментально-клиническое обоснование применения гидрофильно-гидрофобных кремнеземсодержащих композиций для местного лечения гнойных ран / А.А. Вильцанюк, И.И. Геращенко, А.Н. Чепляка // Харківська хірургічна школа.-2008. - № 1 (28). - С. 53-56].

У результаті виразка протягом 5 діб суттєво очистилась від некротичних тканин, з'явилися грануляції (фіг. 1), хворий відмітив значне зменшення інтенсивності болю. Хворому проведено висічення залишків некротичних тканин в ділянці виразки (фіг. 2-3) з наступною аутодермопластикою сітчастими аутодермотрансплантатами з коефіцієнтом перфорації 1:4 (фіг. 4). Післяопераційний період перебігав без ускладнень. На 14-ту добу після госпіталізації загоєння виразки складало 80 % (фіг. 5). На 20-у добу після госпіталізації хворий виписаний на амбулаторне лікування (фіг. 6).

Таким чином, запропонований спосіб місцевого лікування венозних трофічних виразок як етап передопераційної підготовки дає можливість достовірно скоротити терміни очищення виразок і прискорити, в разі необхідності, виконання хірургічного лікування.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб місцевого лікування венозних трофічних виразок, що передбачає застосування на виразковий дефект препаратів для лікування гнійних ран, який **відрізняється** тим, що перед накладанням пов'язки з препаратом додатково застосовуються 5-хвилинні місцеві апікації 2 % розчину лідокаїну.



Fig. 1



Fig. 2

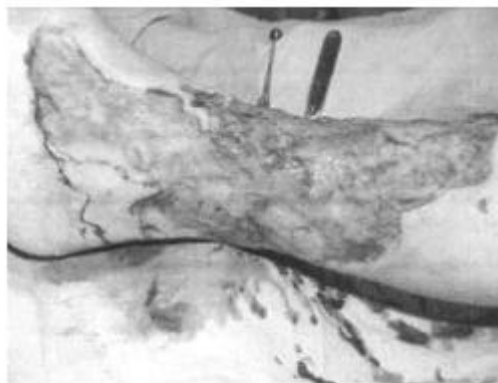


Fig. 3



Fig. 4

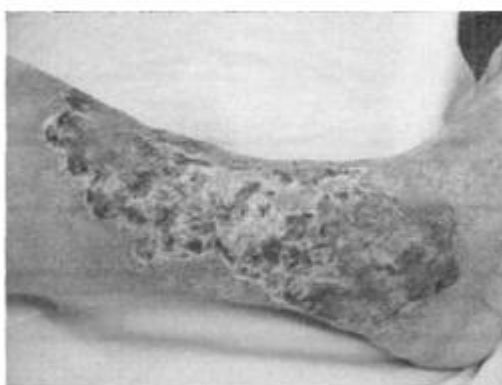


Fig. 5

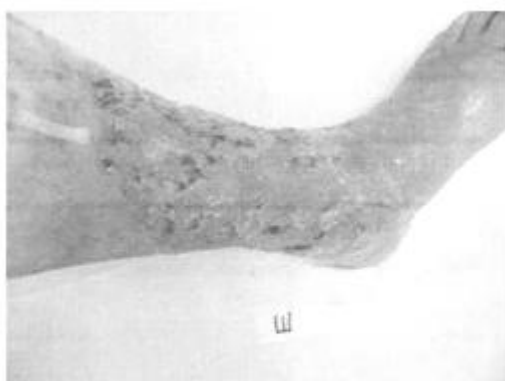


Fig. 6

Комп'ютерна верстка М. Ломалова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601