

Изобретение относится к области медицины, о частности, к радиологии и является усовершенствованием способа, описанного в авторском свидетельстве СССР №1475335.

Известный способ диагностики границ зоны лучевого повреждения кожи заключается в том, что на зону лучевого повреждения распыляют раствор метиленового красного и оставляют на 24 часа под стерильной вазелиновой повязкой. Границы зоны лучевого повреждения определяют затем визуально по появлению желтой окраски [1].

Недостатками известного способа является специфичность определения именно нежизнеспособных тканей зоны лучевого повреждения кожи и невозможность выявления тканей, пригодных для хирургического закрытия дефекта. К недостаткам относится также окрашивание пораженных участков кожи в неконтрастные цвета (красный и желтый), что затрудняет трактовку результатов при воспалительной гиперемии исследуемой области.

Целью изобретения является повышение точности способа определения границ зоны лучевого повреждения кожи путем определения границ неизменной кожи, пригодной для хирургической пластики дефекта, с использованием контрастного окрашивания.

Поставленная цель достигается тем, что на предварительно очищенную от мазей и вымытую теплой водой с мылом осушенную зону лучевого повреждения согласно а.с. №1475335, производится распыление не одного, а смеси двух индикаторов - метиленового красного и метиленового голубого, оставляется на 24 часа под стерильной вазелиновой повязкой. Через указанный срок повязка снимается и визуально отмечаются три зоны: 1 - зона нежизнеспособной кожи (зеленая), 2 - зона здоровой кожи, непригодной для кожной пластики (фиолетовая), 3 - зона здоровой кожи, пригодной для целей хирургической пластики (красная). Индикаторы удаляются с кожи теплой водой с мылом. В качестве индикаторов (их смеси) используется, например, стандартная смесь, содержащая 0,2% раствор метиленового красного и 0,1% раствор метиленового голубого в равных частях на спирту.

Таким образом, по сравнению с известным способом определения границы зоны лучевого повреждения, заявляемый способ позволяет повысить точность диагностики путем определения границ неизменной кожи, пригодной для хирургической пластики дефекта, а также с использованием контрастного окрашивания тканей.

Изобретение иллюстрируется следующими примерами.

Пример 1. Больной С., 1907г.р., поступил в клинику 25.05.89г. с диагнозом: лучевая язва теменной области справа. Состояние после лучевого лечения рака кожи в 1987 году. При поступлении - жалобы на наличие язвы теменной области, умеренные боли местно и головную боль. Сама язва имела округлую форму размерами 5 × 4,2см с уплотнениями по краям. Дном ее являлась некротизированная поверхностная пластинка теменной кости. На очищенную поверхность зоны лучевого

повреждения произведено распыление смеси метиленового красного и метиленового голубого. Исследуемая область кожи покрыта слоем вазелина и стерильной марлевой салфеткой. Спустя 24 часа салфетка снята. Границы изменения окраски с красной на фиолетовую и с фиолетовой на зеленую отмечены на коже бриллиантовой зеленью тампоном. 01.06.89 года произведено иссечение нежизнеспособных краев язвы (зона зеленого окрашивания), удаление поверхностной пластинки теменной кости. Одномоментно образовавшийся дефект тканей закрыт сформированным на соседнем участке кожи двудольчатым кожно-фасциальным лоскутом (зона красного окрашивания). Гладкий послеоперационный период. Швы сняты на 10 - й день. При контрольном осмотре 4.06.90г. в проекции бывшей лучевой язвы определяется кожный покров хорошего качества с малозаметными рубцами по линиям швов.

Пример 2. Больной Б., 1945 года рождения, поступил в клинику 18.11.89г. с диагнозом: лучевое повреждение правой кисти. Лучевая язва дистальной фаланги правой кисти. Состояние после контакта с источником ионизирующего излучения (аварийный случай). При осмотре на ладонной поверхности дистальной фаланги определяется язва 0,8 × 0,5см, глубиной до 5мм. Мягкие ткани пальца отечны, гиперемизованы, болезненны при пальпации. Кожа ладонной поверхности всей правой кисти сухая и несколько истончена. Произведено очищение кожи кисти теплой водой с мылом. На осушенную кожу при помощи пульверизатора распылена смесь метиленового красного и метиленового голубого. Наложена вазелиновая повязка. Через 24 часа отмечены границы изменения окраски на зеленую. В доступных для формирования местных кожных лоскутов участках кисти красное окрашивание, характерное для полноценной кожи, не отмечено. Кожно-фасциальный лоскут сформирован на левой половине грудной стенки и дефект фаланги вшит под него. Конечность фиксирована гипсовой повязкой. 14.12.89г. лоскут отсечен от грудной стенки и произведена окончательная пластика. Швы сняты на 8 - й день, При контрольном осмотре в июле 1990г. - полное излечение.