



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37504 (13) A

(51) 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ СТОПИ

(21) 99042303

(22) 23.04.1999

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Генік Степан Миколайович, Михальчук Дмитро Степанович, Пиптюк Олександр Володимирович

(73) Генік Степан Миколайович, Михальчук Дмитро Степанович, Пиптюк Олександр Володимирович

(57) Спосіб лікування гнійно-некротичних процесів стопи, що включає проведення поздовжнього розрізу по центру підошовної поверхні стопи від пальцево-підошовних складок до п'яtkової кістки, який відрізняється тим, що перпендикулярно і дотично до нього проводять два додаткових розрізи від внутрішнього до зовнішнього краю стопи, біля основи пальців і в ділянці п'яtkового горбика, утворюючи єдиний Н-подібний розріз.

Винахід відноситься до медицини, зокрема - до хірургічного лікування хворих з цукровим діабетом ускладненим гнійно-некротичним процесом.

Відомо, що зміни на стопах, при цукровому діабеті обумовлені складними ендокринно-метаболічними і судинними порушеннями, які приводять до і розвитку синдрому діабетичної стопи (див.: Дедов І.І., Олиферов М.Б. Основные задачи здравоохранения по выполнению Сент-Винсентской декларации, направленной на улучшение качества лечебно-профилактической помощи больным сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии. - 1992. - Т. 38. - № 1. - С. 4-12). Зниження чутливості на стопі у таких хворих, приводить до утворення трофічних виразок і тріщин. Приєднання інфекції сприяє розвитку гнійно - некротичних змін на шкірі із поширенням інфекційного процесу у глибокі шари підошовного простору. При цьому появляється набряк тильної поверхні згладженість склепіння стопи, що свідчить про розвиток глибокої деструкції стопи. Це пов'язано з тим, що гнійно - некротичним процесам у хворих зі цукровим діабетом сприяє приєднання анаеробної інфекції (див.: Івашкевич Г.А., Головацкий Ч.Б. Предупреждение и лечение глубоких флегмон диабетической стопы // Вестн. хирургии. - 1991. - № 4. - С. 31-36), що супроводжується вираженням некролізом тканин.

Аналогом винаходу є спосіб лікування флегмон стопи, який заключається у проведенні поздовжнього розрізу по підошвенній поверхні стопи. (див.: Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия. - София, 1974. - С.142).

Недоліком аналогу є відсутність можливості розкриття всього підошовного простору, що не

ліквідує умови, при яких має місце продовження прогресування гнійного процесу.

Для усунення вказаного недоліку нами пропонується операція, яка заключається у наступному: При гнійно-некротичному процесі на стопі проводиться поздовжній розріз шкіри (фіг.) і підшкірної жирової клітковини 1 по третьому міжпальцевому проміжку, від пальцево-підошовних складок, до п'яtkового бугра. На початку розрізу і в його кінці (в основі пальців і в ділянці п'яtkової кістки) перпендикулярно, через поперечник стопи проводяться два додаткові розрізи 2, 3.

Анатомічні передумови проведення розрізу - сполучнотканинні вертикальні перегородки поділяють підошвенний простір на три вертикальні відсіки: латеральний, серединний і медіальний. По плантарному апоневрозу інфекційний процес швидко поширюється від пальців до п'яtkової ділянки і переходить на гомілку. Проведений Н-подібний розріз дає можливість широко відпрепарувати два лоскути шкіри, і видалити плантарний апоневроз. Таким чином видаляються всі некротичні тканини, руйнуються закриті порожнини, що зменшує умови для прогресування інфекції.

Відомості, що підтверджують можливість здійснення винаходу - "Спосіб лікування гнійно-некротичних процесів стопи".

Виписка із історії хвороби № 14197. Хвора Т. 74 років, історія хвороби №14197, поступила в клініку судинної хірургії ОКЛ 15.09.99 р. зі скаргами на загальну слабкість, сухість у роті, незначні болі, набряк наявність рани по підошвенній поверхні правої стопи.

Рахує себе хворою протягом одного місяця, коли після отримання колотої рани підошовної

(19) UA (11) 37504 (13) A

поверхні стопи утворилася рана, два тижні лікувалася у дільничній лікарні. У зв'язку із прогресуванням некрозу і погіршенням загального стану госпіталізована в судинний відділ ОКЛ. При огляді виявлено: Загальний стан хворої середньої важкості, шкірні покриви бліді, слизові із синюшним відтінком, пульс 92 уд на хв. АТ 130/92 мм. рт. ст. Над легенями ослаблене везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, ослаблені. Права стопа різко гіперемована з вираженим набряком м'яких тканин, більше по підшвенній поверхні. По підшвенній поверхні, ближче до п'ятки спостерігається рана розмірами 5х1х0,7 см, із якої спостерігаються значні гнійні виділення з гнилісним запахом. Пульс на периферичних артеріях ослаблений, поверхнева чутливість зменшена.

Обстеження: Загальний аналіз крові ер. $3,52 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 106 г/л, лейкоц. $6,4 \cdot 10^9/л$, ШОЕ 65 мм/год, цукор крові - 8,7 мм/л, білірубін - 13,2 мм/л, сечовина - 8,4 мм/л холестерин 4,10 мм/л. Заг. ан. сечі: питома вага 0,16, білок - 0,066, лейкоц. 4-6-8 в п.з., цукор - позитивний.

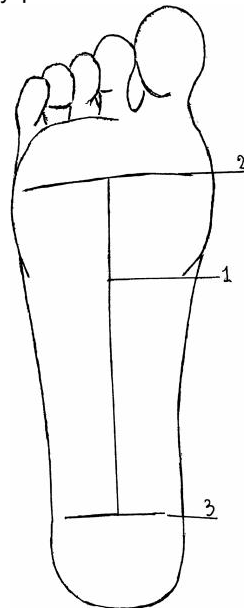
Виставлений діагноз - цукровий діабет, вперше виявлений, 2 тип середньо ступені важкості в стадії субкомпенсації. Діабетична мікроангіопатія нижніх кінцівок 3-4 ст. Синдром діабетичної стопи, змішана форма. Діабетична флегмона правої стопи.

Поведене лікування - на фоні загальноприйнятого лікування септичних станів, корекції цукрового

навантаження організму, проведення антибіотикотерапії хворій проведена операція розкриття флегмони.

Під загальним знеболенням, після обробки операційного поля, по загальним нормам, проведено повздовжній розріз по підшвенній поверхні стопи від фаланги пальців, через рану до п'ятки. В ділянці основи пальців і п'ятки проведені перпендикулярно до повздовжнього розрізу поперечні розрізи. Після мобілізації шкіри встановлено, що некроз захоплює весь плантарний аоневроз і окремі ділянки м'яких тканин. Через вказаний розріз проведено висічення плантарного аоневрозу і жирової клітковини. На дні рани проведено висічення сухожилків підшвенних згиначів пальців. Кровотеча у рані помірна. Проведена обробка рани антисептиками, окисниками, рихло тампоновано салфетками. Перев'язки проводилися перші три дні два рази на день, а потім один раз на день. Загальний стан хворої суттєво покращився на 3-4 день, набряк і гіперемія і на стопі відсутні, на 6-7 день появилися окремі ділянки грануляцій, на 8 день лоскути у рані зведені, дефект шкіри становив 4х2 см. Хвора виписана додому на 14 добу в задовільному стані.

За даною методикою проведено лікування у 15 хворих. Власні спостереження вказують на те, що у 8 хворих вдалося спасти кінцівку від ампутації, при зменшенні травматичності самої операції.



Фіг.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22