



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **41938** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00
A61B 17/56

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКИХ ЦИРКУЛЯРНИХ РАН КІНЦІВОК

1

(21) u200903379
(22) 08.04.2009
(24) 10.06.2009
(46) 10.06.2009, Бюл.№ 11, 2009 р.
(72) КРИЖАНОВСЬКИЙ ЯРОСЛАВ ЙОСИПОВИЧ,
UA, КУЛЬБАКА ВІКТОР СТЕПАНОВИЧ, UA, КО-
ВАЛЕНКО ОЛЬГА МИКОЛАЇВНА, UA
(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

2

(57) Спосіб лікування великих циркулярних ран кінцівок, що включає пухке тампонування рани марлевими серветками, змоченими хінозолом, стрептоміцином, поліетиленоксидами, а в фазі регенерації - комбінацією хінозолу, стрептоміцину, ланоліну, який **відрізняється** тим, що до початку лікування на кінцівку накладають апарат Ілізарова з проведенням шпиль Кіршнера через здорові м'які тканини та кістку нижче і вище циркулярної рани.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до гнійної хірургії, травматології, призначена для лікування гнійно-некротичних ран з великим циркулярним дефектом шкіри та скальпованих ран в поєднанні з відкритими переломами кісток.

Найбільш близьким аналогом способу, що заявляється, і вибраним як прототип, є методика лікування ран (1) згідно якої після хірургічної обробки гнійного вогнища в якості місцевого лікування використовують в фазі запалення пухке тампонування рани марлевими серветками, змоченими хінозолом, стрептоміцином, поліетиленоксидами, в фазі регенерації - комбінації хінозолу, стрептоміцину, ланоліну.

Недоліком існуючого способу є те, що при його використанні у хворих з великими циркулярними ранами відзначається тривалий час загоювання ран та часті ускладнення у вигляді поглиблення і розширення некротичних змін, вторинної контамінації, обумовлених тиском на нижню поверхню рани власної ваги кінцівки на постіль.

Задача корисної моделі, що заявляється, - зменшення ускладнень та скорочення терміну загоювання рани.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі, буде полягати у прискоренні підготовки ран до аутодермопластики та поліпшенні ефективності лікування великих циркулярних ран кінцівок.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі, що включає пухке тампонування рани марлевими серветками, змоченими хінозолом, стрептоміцином, поліетиленоксидами, а в

фазі регенерації - комбінацією хінозолу, стрептоміцину, ланоліну згідно корисної моделі до початку лікування на кінцівку накладають апарат Ілізарова з проведенням шпиль Кіршнера через здорові м'які тканини та кістку нижче і вище циркулярної рани.

Спосіб реалізують таким чином: виконують первинну хірургічну обробку скальпованої рани в поєднанні з переломом кісток або великої циркулярної гнійної рани, накладають апарат Ілізарова з проведенням шпиль Кіршнера нижче і вище рани через здорові тканини і кістку, в фазі запалення виконують пухке тампонування рани марлевими серветками, змоченими хінозолом, стрептоміцином, поліетиленоксидами, а в фазі регенерації - комбінацією хінозолу, стрептоміцину, ланоліну.

Приклад конкретного використання способу:

Хворий К., 18 років, доставлений в травматологічне відділення каретою ШМД в стані травматичного шоку середнього ступеню важкості з відкритим багатовідламковим переломом кісток нижньої третини лівої гомілки, скальпованої рани передньої та бокових поверхонь нижньої третини лівої гомілки. Із анамнезу виявлено, що на виробництві на ногу впали металеві ворота.

Проведена комплексна протишокова терапія. Після стабілізації гемодинаміки виконана первинна хірургічна обробка, видалені дрібні кісткові відламки, первинно некротизовані тканини і накладений апарат Ілізарова з проведенням шпиль Кіршнера через здорові тканини. В зв'язку з розривом судин гомілки, післятравматичним набряком виник вторинний некроз м'яких тканин в зоні травми. Некротизовані тканини видалені під час етапних некрек-

(19) **UA** (11) **41938** (13) **U**

томій. В нижній третині гомілки сформувалася рана, що охоплювала $\frac{3}{4}$ окружності лівої гомілки площею біля 200см². В рані знаходилися проксимальні і дистальні частини травмованих кісток, кістковий дефект складав 5,5см. Проводили комплексне лікування хворого.

Місцеве лікування в фазі запалення здійснювали шляхом пухкого тампонування рани марлевими серветками, змоченими хінозолом, стрептонітолом, політеленоксідами, а в фазі регенерації використовували комбінації хінозолу, стрептоміцину, ланоліну. Через 5 днів рана очистилася від некротичних тканин і активно виповнилася грануляційною тканиною протягом 10 днів.

Лікування циркулярної рани після накладання апарата Ілізарова мало наступні переваги, які сприяли активним регенеративно-репаративним процесам в рані: рана не стикалася з постіллю і білизною, що попереджало вторинне бактеріальне забруднення; для проведення маніпуляцій в рані (перев'язки, етапні некректомії був адекватний доступ; забезпечення можливості контролю всіх поверхонь рани під час перев'язок; ніжна грануляційна тканина не підлягала механічному тиску; максимальний спокій в рані; підвищене положення кінцівки складає умови для раннього зменшення або зникнення після травматичного набряку). За-

вдяки перерахованим перевагам лікування циркулярних ран після накладання апарату Ілізарова досягнута підготовка рани до дермотрансплантації в скорочені терміни.

Через 15 днів після травми була виконана під загальним знеболенням аутодермопластика розщепленими клаптями шкіри рани площею 200см². Пересаджені дермоклапти прижили повністю, дали активний епітеліальний ріст, за рахунок якого загоїлися невеликі ранки між клаптями шкіри. Раннє закриття вхідних воріт для інфекції шляхом аутодермопластики в короткі терміни після травми, забезпечили успішне проведення остеопластичних відновних операцій у хворого.

За вказаною методикою лікували 16 хворих з великими циркулярними ранами кінцівок. Результати лікування позитивні. Терміни підготовки до аутодермопластики були на 7-10 днів коротші ніж при традиційному методі лікування. Перевага способу в мобільності хворих. Лікування можна проводити у стаціонарі і амбулаторно.

Список використаної літератури:

1. Столяров Е.А., Иванова В.Д., Колсанов А.В. Заживление гнойных ран мягких тканей при местном лечении. Приоритетная правка на способ лечения №2002105467/ Хірургія, 2003, 9, с.28-32.