



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59805 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОГО ВИДАЛЕННЯ НЕКРОТИЧНИХ ТКАНИН ПРИ ОПІКАХ ІІІБ-ІV СТУПЕНІВ

1

(21) u201015608

(22) 24.12.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) КОВАЛЕНКО ОЛЬГА МИКОЛАЇВНА, КОЗИ-
НЕЦЬ ГЕОРГІЙ ПАВЛОВИЧ, КОВАЛЕНКО АНТОН
ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб комбінованого видалення некротичних
тканин при опіках ІІІБ-ІV ступенів, що передбачає
видалення некротичного струпа, який **відрізня-**

2

ється тим, що з метою попередження початку
всмоктування агресивних біологічно активних ре-
човин із-під зони глибокого поширеного опікового
некротичного струпа на першу-другу добу після
отримання травми на першому етапі виконують
множинні декомпресійні некротомічні розрізи, по
типу "шахової" дошки, на всю товщу некрозу із
розтином глибокої фасції, на другому - повне по-
етапне видалення глибокого некротичного струпа
проводять після достатньої стабілізації стану хво-
рого на 7-10 добу або пізніше.

Корисна модель, що заявляється, належить до
галузі медицини, а саме до оперативного лікуван-
ня хворих з глибокими опіками і може бути викори-
стана для вибору способу їх хірургічного лікуван-
ня.

Відомо, що позитивні результати глибоких опі-
ків можуть бути досягнуті при вимозі правильного
вибору хірургічної тактики, тому що способи опе-
ративного втручання та інші види лікування не є
конкуруючими способами (1-3).

Найбільш близькими до способу, що заявля-
ється, і вибраний нами в якості прототипу, є спосіб
хірургічного фасціального видалення некротичних
тканин (2).

Глибокий поширений некротичний струп ІІІ Б-
ІV ступенів є причиною розвитку системної запал-
ьної реакції, що може призвести до зриву адап-
таційних процесів. Вираження патологічних змін,
що відбуваються при опіковій хворобі залежать, як
від площі так і глибини ураження. При опіках ІІІ Б-
ІV ступенів уражаються підшкірна клітковина, фас-
ції, м'язи. В цих випадках травма має більш важ-
кий перебіг.

Це пов'язано з резорбцією ранових продуктів
із зони глибокого ураження. Позбавитися інфек-
ційно-токсичних ускладнень можливо тільки вида-
ливши весь некротичний струп як можливо швид-
ше. Але при поширених глибоких ураженнях ІІІ Б-
ІV ступенів травма супроводжується або опіком
дихальних шляхів, або важкою димовою токсич-
ною інгаляцією, або важким розладом свідомості,

що в свою чергу заважає виконувати в ранні стро-
ки видалення некротичного опікового струпа голо-
вного джерела подальших ускладнень.

Недоліком способу-прототипу є те, що раннє
фасціальне видалення некротичного струпа при
опіках ІІІ Б-ІV ступенів рекомендується проводити
тільки після повного виведення хворого із стану
шоку і при локалізації глибокого опіку переважно
на кінцівках. Але навіть після виведення із стану
шоку не завжди можливо виконувати ранні висі-
чення некротичного струпа: при вкрай важкому
загальному стані постраждалого, яке зумовлене
поширеним опіком, при важких термоінгалаційних
ураженнях і тривалій штучній вентиляції легень,
при ранньої генералізації інфекції і сепсисі, при
неблагоприятному перебігу ранового процесу з
розвитком вологого некрозу.

Задача корисної моделі полягає в тому, щоб
оперативним шляхом позбавитися глибокого некротичного струпа ІІІ Б-ІV ступенів в ранній термін після травми і досягти підготовки хворого до аутодермопластики в короткий термін, без гнійних ускладнень.

Технічний результат, отриманий від вирішення
задачі в запобіганні розвитку септичних усклад-
нень.

Поставлене задача досягається тим, що у ві-
домому способі який передбачає видалення некротичного струпа, згідно корисної моделі, з метою попередження початку всмоктування агресивних біологічно активних речовин із під зони глибокого

(13) U
(11) 59805
(19) UA

поширеного опікового некротичного струпа на першу-другу добу після отримання травми на першому етапі виконують множинні декомпресійні некротомічні розрізи, по типу "шахової" дошки, на всю товщу некрозу із розтином глибокої фасції, на другому - повне поетапне видалення глибокого некротичного струпа проводять після достатньої стабілізації стану хворого на 7-10 добу або пізніше.

Суттєвими ознаками корисної моделі є те, що виконання множинних декомпресійних некротомічних розрізів, по типу "шахової" дошки, на всю товщу некрозу не супроводжується суттєвою кровотратою, тому може бути виконано в стадії опікового шоку на 1-2 добу після травми, навіть якщо хворий знаходиться на штучній вентиляції легень при опіках дихальних шляхів. Біологічно активні речовини - медіатори запалення, протеолітичні ферменти та інші складові ранового секрету, що знаходилися під некротичним струпом дренаються із рани через множинні декомпресійні розрізи, що значно зменшує рівень інтоксикації, покращує перебіг опікової хвороби і прискорює наступне оперативне втручання спрямоване на повне видалення некротичного струпа.

Цей спосіб передбачає, комбінованого видалення некротичних тканин при опіках III Б-IV ступенів. Виконання першого раннього хірургічного втручання на першу-другу добу після отримання травми, коли хворий ще не виведений із стану шоку і бажаної стабілізації його стану не досягнуто. З метою попередження початку всмоктування агресивних біологічно активних речовин із під зони глибокого поширеного опікового некротичного струпа на першу-другу добу після отримання травми показано виконання множинних декомпресійних некротомічних розрізів, по типу "шахової" дошки, на всю товщу некрозу із розтином глибокої фасції. Другий етап - повне поетапне видалення глибокого некротичного струпа проводиться після достатньої стабілізації стану хворого на 7-10 добу або пізніше після травми.

Заявлений спосіб ілюструється прикладом:

1. Хворий 15 років, поступив в реанімаційне відділення Центру термічних уражень і пластичної

хірургії КМКЛ №2 із діагнозом: опік полум'ям III Б-IV ступенів 25% поверхні тіла. Опік дихальних шляхів. Димово токсична інгаляція. Вкрай важкий опіковий шок. Рівень карб оксигемоглобіну 30 од. Свідомість сплутана, ступор. Самостійне дихання не ефективне, хворий переведений на штучну вентиляцію легень. Протягом першої доби проводилася протишокова інфузійна терапія за формулою Паркланда. Внутрішньовенно вводилися кристалоїди та колоїди. На правій нижній і верхній кінцівках циркулярний і напівциркулярний глибокий дермальний і субфасціальний некроз. Набряк посилювався. Через 6 годин після травми були виконані «лампасні» декомпресійні некротомічні розрізи.

Артеріальний тиск утримується за допомогою гормонів і об'єму інфузійної терапії, тому діурез адекватний введених рідині. Через 24 години після травми хворому виконано множинні декомпресійні некротомічні розрізи, по типу "шахової" дошки, на всю товщу некрозу із розтином глибокої фасції. Стан після операції не погіршився.

Другий етап - повне поетапне видалення глибокого некротичного струпа проводилося після достатньої стабілізації стану хворого на 8 і 11 доби після травми. Рани тимчасово закривалися ксенодермотрансплантатами. На 13 добу почалося поетапне закриття ран власною шкірою. Шкіряний покрив відновлено за 35 днів. Вдалося запобігти важких септичних ускладнень.

Література:

1. Таран В.М. Хирургическое лечение ожоженных // Матеріали XIX з'їзду хірургів України / 36. наукових статей / Наукове т-во хірургів України та ін.. - Х.: Контраст, 2000. - С.355-356.

2. Парамонов Б.А. Порембский Я.О., Яблонский В.Г. Ожоги. Руководство для врачей. - СПб: Спецлит. - 2000. - 480с.

3. Самойленко Г.С. Активна хірургічна тактика в профілактиці ускладнень поширених опіків у дітей молодшого віку: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня доктора мед. наук: спец. 14.01.03 - хірургія / Г.С.Самойленко; Ін-т невідкладної і відновної хірургії ім. В.К.Гусака АМН України. - Донецьк, 2008. - 35с.