



УКРАЇНА

(19) UA (11) 23248 (13) A

(51)6 A 61 B 17/00

ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДбез проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769-XII від 23 XII 1993 рПублікується
в редакції заявника

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОШИРЕНИХ ЕПІФАСЦІАЛЬНИХ ФЛЕГМОН

1

(21) 96124564
(22) 05.12.96
(46) 31.08.98. Бюл. № 4
(47) 19.05.98
(72) Люлько Іван Володимирович, Косульни-
ков Сергій Олегович, Кравченко Костянтин
Вікторович
(73) Дніпропетровська державна медична
академія

(57) Способ хирургического лечения об-
ширных эпифасциальных флегмон, вклю-
чающий последовательный разрез кожи и
подкожной клетчатки до фасциальных фут-
ляров над лоном между гребнями под-
вздошных костей с образованием кожно-
жирового лоскута, а также механическую и

2

медикаментозную санацию пораженных
тканей, о т л и ч а ю щ и й с я тем, что
имеющий U-образную форму полноценный
кожно-жировой лоскут отсепааровывают в
краниальном направлении до здоровых тка-
ней, проводят механическую и медикамен-
тозную санацию пораженных тканей раны и
лоскута, после чего лоскут возвращают в ис-
ходное положение и фиксируют временны-
ми швами, при этом ежедневно временные
швы распускают, кожно-жировой лоскут от-
ворачивают, выполняют санацию раны и лос-
кута, возвращают его в исходное положение,
а после очищения раны и появления розовых
грануляций кожно-жировой лоскут оконча-
тельно фиксируют швами в исходном поло-
жении.

Изобретение относится к медицине, а
именно к гнойной хирургии, и может быть
использовано для лечения гнилостных флег-
мон, преимущественно паховой области и
мошонки.

Известен способ хирургического лече-
ния эпифасциальных флегмон различной ло-
кализации, в том числе флегмон паховой
области и мошонки, который заключается в
выполнении лампасных разрезов, некрэкто-
мии и санации патологического очага до здо-
ровых фасциальных футляров [Измайлов Г.А.,
Морозов В.Г. Прогрессирующая эпифасци-
альная флегмона / Клиническая хирургия. —
1988. — № 2. — С. 68].

Этот способ позволяет излечивать эпи-
фасциальные флегмоны на ранней стадии
заболевания, однако не обеспечивает лока-
лизацию развивающегося процесса и, как
следствие, устранение интоксикации в ко-
роткие сроки. Кроме того, данный способ не
исключает необходимость в повторном хи-
рургическом лечении, что значительно ска-
зывается на самочувствии больного, из-за
высокой травматичности операции.

Известен также способ хирургического
лечения обширных эпифасциальных флег-
мон, включающий последовательный разрез
кожи и подкожной клетчатки до фасциаль-
ных футляров над лоном между гребнями

(19) UA (11) 23248 (13) A

подвздошных костей с образованием кожно-жирового лоскута, а также механическую и медикаментозную санацию пораженных тканей.

Способ предусматривает выполнение 5
окаймляющего разреза и отделение от фасции кожно-жировых лоскутов вместе с пораженной подкожной клетчаткой. После этого открытую рану подвергают механической и 10
медикаментозной санации, которую выполняют с помощью наложения соответствующих антисептических и мазевых повязок. Дерматомом кожу отделяют от некротизированной подкожной клетчатки, обрабатывают 15
физиологическим раствором и антисептиками и консервируют до очищения раны и появления розовых грануляций. Затем консервированные лоскуты кожи реплантируют на место [Авторское свидетельство СССР № 1560114, кл. А 61 В 17/00, 1990] 20

Данный способ позволяет эффективно ограничить распространение гнилостной флегмоны и выполнять механическую и медикаментозную санацию образовавшейся раны. Однако при открытой ране имеют место 25
высокие лимфо- и плазмопотери, вызывающие раневое истощение больного, что обуславливает длительные сроки лечения этого заболевания.

Кроме этого, для данного способа характерна высокая травматичность операции, вследствие иссечения обширных кожно-жировых массивов тела и наличия в течение 30
продолжительного времени обширной открытой раны.

Задачей, решаемой с помощью предлагаемого изобретения, является создание способа хирургического лечения обширных эпифасциальных флегмон, в котором путем 35
изменения условий обработки раны обеспечивается сокращение сроков лечения и снижение травматичности.

Поставленная задача решена тем, что в способе хирургического лечения обширных 40
эпифасциальных флегмон, включающем последовательный разрез кожи и подкожной клетчатки до фасциальных футляров над лонным гребнем между гребнями подвздошных костей с образованием кожно-жирового лоскута, а также механическую и медикаментозную санацию пораженных тканей, согласно изобретению, имеющий U-образную форму 45
полноценный кожно-жировой лоскут отсепааровывают в краниальном направлении до здоровых тканей, проводят механическую и 50
медикаментозную санацию пораженных тканей раны и лоскута, после чего лоскут возвращают в исходное положение и фиксируют временными швами, при этом ежедневно временные швы распускают,

кожно-жировой лоскут отворачивают, выполняют санацию раны и лоскута, возвращают его в исходное положение, а после очищения раны и появления розовых грануляций кожно-жировой лоскут окончательно фиксируют 5
швами в исходном положении.

Предлагаемый способ отличается от прототипа формой кожно-жирового лоскута, а также тем, что лоскут полностью не удаляют, а лишь отворачивают на время, 10
необходимое для проведения очередной санации пораженных тканей раны и лоскута.

Результатом использования предлагаемого способа является сокращение сроков 15
лечения обширных эпифасциальных флегмон и снижение травматичности операции за счет укрытия раны после ежедневной санации неудаляемым кожно-жировым лоскутом до полного очищения раны и появления 20
розовых грануляций. Укрытие раны лоскутом предотвращает высыхание тканей, а также лимфо- и плазмопотери. Кроме того, вследствие укрытия раны полноценным кожно-жировым лоскутом уменьшаются болевые 25
ощущения оперируемого пациента в период от санации к санации и наблюдается хороший косметический эффект после выздоровления больного.

Сущность предлагаемого способа хирургического лечения обширных эпифасциальных флегмон поясняется фотографиями 1 и 2, на которых показаны вид подкожных 30
тканей при отсепаарованном кожно-жировом лоскуте и вид шва с правой стороны больного перед его выпиской из клиники.

Способ выполняют следующим образом.

Больного, подготовленного к операции, подвергают общему наркозу. При необходимости иссекают все пораженные ткани 35
мошонки. Выполняют последовательный U-образный разрез кожи и подкожной клетчатки до фасциальных футляров над лонным гребнем между гребнями подвздошных костей. Кожно-жировой лоскут отсепааровывают от апо- 40
невроза до здоровых тканей в краниальном направлении и отворачивают (фиг.1). Пораженные участки тканей удаляют (механическая санация). Открытую рану обрабатывают 45
растворами антисептиков и укрывают пропитанным этими растворами перевязочным материалом (медикаментозная санация). После санации раны и лоскута последний 50
возвращают в исходное положение и фиксируют временными швами. Механическую и 55
медикаментозную санацию раны и лоскута повторяют ежедневно. Для этого временные швы распускают, лоскут отворачивают, проводят санацию раны и лоскута, лоскут возвращают в исходное положение и снова

фиксируют временными швами. Данную процедуру повторяют, до очищения раны и появления розовых грануляций. Затем кожно-жировой лоскут фиксируют швами в его анатомическом положении (фиг.2).

П р и м е р. Больной К. 42 лет поступил в клинику с жалобами на боли в области нижних отделов живота и мошонки, болел в течение семи дней (был оперирован по поводу острого парапроктита). Установлен диагноз: гнилостная эпифасциальная флегмона мошонки с переходом на переднюю брюшную стенку (гангрена Фурнье).

Во время проведенной авторами операции у больного были иссечены пораженные ткани мошонки, произведен U-образный разрез над лоном между гребнями подвздошных костей, кожа с подкожной клетчаткой отделена от апоневроза брюшной стенки в краниальном направлении в пределах здоровой фасциальной ткани. Проведена санация пораженных тканей раны и лоскута, наложена повязка с антисептиками, после чего кожно-жировой лоскут уложен на место и зафиксирован временными швами. На следующие сутки временные швы распустили, отвернули кожно-жировой лоскут, санировали рану и лоскут и возвратили лоскут в исходное положение и зафиксировали его снова временными швами. Таким же образом процедуру санации тканей проводили ежедневно, до очищения раны и появления розовых грануляций. На девятые сутки, после очищения раны, кожно-жиро-

вой лоскут зафиксировали швами в исходном (анатомическом) положении окончательно. Пластика мошонки произведена на четырнадцатые сутки. Выздоровление. Благодаря тому, что процесс очищения раны протекал в условиях укрытия ее кожно-жировым лоскутом, в период между санациями пациент не испытывал острых болевых ощущений, что свидетельствует о сравнительно невысокой травматичности операции.

Предлагаемый способ хирургического лечения был испытан авторами на пятнадцати больных, за которыми проводились наблюдения в течение пяти лет. В среднем, сроки лечения составляли 30-35 дней. Сроки лечения больных, подвергавшихся операции согласно предлагаемому способу лечения, сравнивали со сроками лечения больных контрольной группы из тринадцати человек, которые были прооперированы по способу, принятому в качестве прототипа. Сроки лечения больных контрольной группы составляли 50-60 дней при сравнительно высокой травматичности операций, что связано с иссечением обширных кожно-жировых массивов тела, а также из-за наличия обширной открытой раны.

Таким образом, по сравнению со способом-прототипом, предлагаемый способ хирургического лечения обширных эпифасциальных флегмон обеспечивает сокращение сроков лечения примерно в 1,5-2 раза, а также существенное снижение травматичности операций, хороший косметический эффект.



ФОТО 1



ФОТО 2

Упорядник

Техред М.Келемеш

Коректор М. Керецман

Замовлення 4531

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101