



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **100746** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2015 01268	(72) Винахідник(и): Лисюк Юрій Сергійович (UA), Савчак Ярослав Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 16.02.2015	(73) Власник(и): ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО, вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.08.2015	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.08.2015, Бюл.№ 15	

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАННІХ СТАДІЙ НЕКРОТИЗУЮЧОГО ФАСЦІЇТУ НИЖНІХ ВІДДІЛІВ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування некротизуючого фасциїту включає відкриту декомпресійну дермофасціотомію, тупу площинну сепарацію м'яких тканин вздовж ураженої фасції та розширену нефректомію. На ранніх стадіях некротизуючого фасциїту нижніх відділів передньої черевної стінки здійснюють ощадну полівекторну пальцеву сепарацію в медіальному напрямку нижніх відділів черевної стінки із обов'язковим збереженням на рівні підшкірної фасції перфорантних судин басейну глибокої нижньої епігастральної артерії в зоні потенційної інтраопераційної травми. Виконують додаткові контурні розрізи на межі уражених тканин з підшкірним тунельним з'єднанням їх між собою і основною ранною.

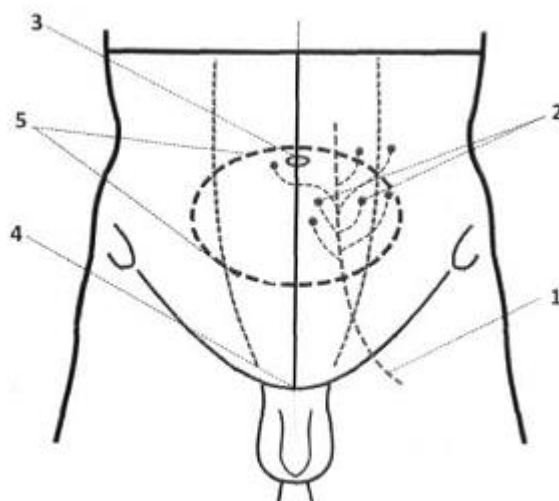


Fig. 1

UA 100746 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема ургентної хірургії, і може бути використана для лікування некротизуючих інфекцій поверхневих м'яких тканин черевної стінки.

Відомий спосіб хірургічного лікування некротизуючого фасциїту ґрунтується на радикальному операційному втручанні, що полягає у відкритій декомпресійній дермофасціотомії, тупій площинній сепарації м'яких тканин вздовж ураженої фасції, розширеній некректомії, вивертанню шкірних клаптів по краях рани для кращої аерації та дренируванні рани [1]. Проте досягнення радикальності втручання на ранніх стадіях некротизуючого фасциїту при частково збереженому кровопостачанні м'яких тканин виконання широких сепарацій в площині підшкірної фасції призводить до небажаного пошкодження живлячих перфорантних артерій, що проектується у ділянці виконання хірургічної санації та кровопостачають тканини передньої черевної стінки. Пошкодження цих артерій при загальноприйнятому радикальному операційному втручанні додатково ускладнює перебіг некротизуючого фасциїту виникненням нових некрозів та потенційно збільшує потребу в повторних втручаннях.

В основу корисної моделі поставлена задача, що полягає у вдосконаленні способу хірургічного лікування ранніх стадій некротизуючого фасциїту нижніх відділів передньої черевної стінки із збереженням під час операційного втручання живлячих перфорантних артерій зони хірургічної санації.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування некротизуючого фасциїту, що включає відкрити декомпресійну дермофасціотомію, тупу площинну сепарацію м'яких тканин вздовж ураженої фасції та розширену некректомію, згідно з корисною моделлю, на ранніх стадіях некротизуючого фасциїту нижніх відділів передньої черевної стінки (НФПЧС) здійснюють ощадну полівекторну пальцеву сепарацію в медіальному напрямку нижніх відділів черевної стінки із обов'язковим збереженням на рівні підшкірної фасції перфорантних судин басейну глибокої нижньої епігастральної артерії в зоні потенційної інтраопераційної травми та виконують додаткові контурні розрізи на межі уражених тканин з підшкірним тунельним з'єднанням їх між собою і основною раню.

Спосіб пояснюється кресленням. На Фіг. 1 представлено нижні відділи передньої черевної стінки із синтопією перфорантів глибокої нижньої епігастральної артерії (ГНЕА), де 1 - глибока нижня епігастральна артерія, 2 - проекція перфорантів ГНЕА, 3 - пупок, 4 - лобкова кістка, 5 - зона потенційної інтраопераційної травми перфорантів ГНЕА. На Фіг. 2 представлено схему виконання хірургічного лікування ранніх стадій НФПЧС, де 3 - пупок, 4 - лобкова кістка, 5 - зона потенційної інтраопераційної травми перфорантів ГНЕА, 6 - первинний доступ після некректомії, 7 - напрямки пальцевої сепарації та розшарування уражених м'яких тканин, 8 - додаткові контурні розрізи.

Основою поліпшення способу хірургічного лікування некротизуючого фасциїту є окреслення зони потенційної інтраопераційної травми перфорантів ГНЕА із графічним її моделюванням (Фіг. 1). На підставі досліджень встановлено синтопію перфорантів глибокої нижньої епігастральної артерії 1, згідно з якими проекція 2 перфорантів ГНЕА обмежена латеральним краєм прямого м'яза живота та білою лінією [2] і перший перфорант відходить від ГНЕА на рівні половини відстані між пупком 3 та лобковою кісткою 4 [3]. Відповідно, окреслена нами зона 5 потенційної операційної травми перфорантів ГНЕА з боків обмежена латеральними краями прямих м'язів живота, а по середній лінії живота - половиною відстані між пупком 3 і лобковою кісткою 4.

Підґрунтям пропонованого способу хірургічного лікування є дані про дрібні артеріальні стовбури глибокої нижньої епігастральної артерії, які перфоруєть глибоку фасцію і можуть зберігати кровотік на ранніх стадіях некротизуючого фасциїту [4]. В умовах ішемії м'яких тканин передньої черевної стінки збереження перфузійно пріоритетних перфорантів є важливим компонентом операційного втручання.

Пропонований спосіб хірургічного лікування ранніх стадій некротизуючого фасциїту передньої черевної стінки здійснюють наступним чином (Фіг. 2). Після дерматофасціотомії та розширеної некректомії ділянок некрозів покривних тканин виконують пальцеву площинну сепарацію підшкірної клітковини в площині за ходом ураженої підшкірної фасції в різні боки від основної рани 6. Ощадну полівекторну пальцеву сепарацію в площині підшкірної фасції у медіальному напрямку виконують із обов'язковим збереженням артеріальних стовбурів, що перфоруєть фасцію та живлять шкіру і підшкірну жирову клітковину гіпогастральної ділянки: м'які тканини обережно розшаровують і сепарують пальцем у напрямках 7 у зоні 5 потенційної інтраопераційної травми перфорантів ГНЕА із обходом вертикальних судин підшкірної клітковини, які відчуюються тактильно. По межі ураженої і незміненої підшкірної клітковини виконують додаткові обмежуючі контурні розрізи 8 із наступним підшкірним пальцевим тунельним їх з'єднанням. Після цього додаткові розрізи 8 і сформовані тунелі промивають розчином антисептика та наскрізно дрениують перфорованими трубками із гумовими дренажами.

Пропонований спосіб хірургічного лікування ранніх стадій некротизуючого фасциїту нижніх відділів передньої черевної стінки дозволяє зменшити травматичність широких мобілізацій м'яких тканин, уникнути пошкодження перфорантів ГНЕА, які необхідні для повноцінного живлення шкіри та підшкірно-жирової клітковини. Збереження перфорантів є обов'язковим компонентом операційного втручання, передумовою попередження розвитку нових некрозів у післяопераційному періоді і, відповідно, зменшення ймовірності повторних операцій при НФПЧС, та дозволяє мінімізувати потребу у шкірній пластиці ранових дефектів і досягнути оптимальних функціонально-косметичних результатів.

Розпрацьований спосіб хірургічного лікування НФПЧС апробовано у Львівській комунальній міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги на 6 пацієнтах віком від 41 до 79 років. Операції проведено на 2-5 добу захворювання. В подальшому у жодного хворого не відмічено прогресування некротичного процесу, кількість виконаних ресанцій коливалася від 1 до 2, що підтверджує адекватність та радикальність операції. Вторинні шви на основні та контрапертурні доступи накладені у 1 пацієнта, у інших - післяопераційні рани загоїлися вторинним натягом. Тривалість стаціонарного лікування коливалася від 32 до 71 діб.

Клінічний приклад.

Хворий К., 59 років, був госпіталізований у анестезіолого-реанімаційне відділення через 5 діб від початку захворювання із клінічною картиною інфекційно-токсичного шоку (гіпотонія із АТ 80/40 мм рт. ст., поліорганна недостатність). На 4 добу лікування діагностовано ішіоректальний парапроктит, гангрену Фурньє. В ургентному порядку виконана операція (розкриття та дренивання гнійно-некротичного вогнища, відкрита декомпресійна дермофасціотомія, розширена некректомія). Загальний стан хворого після операції важкий, проводилась інтенсивна терапія в анестезіолого-реанімаційному відділенні. Через добу після операції, при повторній санації гнійно-некротичного вогнища було констатовано поширення процесу на передньо-бокові ділянки черевної стінки, виконана відкрита декомпресійна дерматофасціотомія, розширена некректомія, здійснено ощадну площинну полівекторну пальцеву сепарацію в медіальному напрямку нижніх відділів черевної стінки із збереженням на рівні підшкірної фасції в зоні потенційної інтраопераційної травми перфорантних судин басейну ГНЕА та виконано додаткові контурні розрізи на межі уражених тканин з підшкірним тунельним з'єднанням їх між собою і основною раною. Ще через добу виконано ревізію рани під загальним знечуленням, при якій не виявлено подальшого поширення гнійно-некротичного процесу, що свідчило про ефективність попередньої санації. Післяопераційний період із позитивною динамікою, рани поступово очистилися, дренажі видалені на 25 добу після первинної радикальної операції. У задовільному стані виписаний із стаціонару на 32 добу після госпіталізації. Рани основних доступів на черевній стінці загоїлися вторинним натягом та не потребували шкірної пластики, рани черевної стінки після полівекторних контрапертурних доступів загоїлися вторинним натягом, рани на мошонці із дефектом шкірних покривів потребували пластики, у зв'язку з чим хворий скерований у спеціалізований центр. Контрольний огляд через рік: скарг немає, післяопераційні рубці рухомі, з хорошими функціональним та косметичним ефектами.

Джерела інформації:

1. Sartelli M, Malangoni MA, May AK, et al. World Society of Emergency Surgery (WSES) guidelines for management of skin and soft tissue infections. World Journal of Emergency Surgery: WJES 2014; 9(1):57. doi:10.1186/1749-7922-9-57.

2. Boyd JB, Taylor GI, Corlett R. The vascular territories of the superior epigastric and the deep inferior epigastric systems. Plast Reconstr Surg 1984;73:1-16.

3. Saeed Chowdhry, MD, Ron Hazani, MD, Philip Collis, BS, and Bradon J. Wilhelmi, MD. Anatomical Landmarks for Safe Elevation of the Deep Inferior Epigastric Perforator Flap: A Cadaveric Study. An Open Access Journal. 2010.

4. Гринев М.В., Будько О.А., Гринев К.М. Некротизирующий фасциит: патофизиологические и клинические аспекты проблемы / Хирургия. - 2006. - № 5. - С. 31-37.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування некротизуючого фасциїту, що включає відкриту декомпресійну дермофасціотомію, тупу площинну сепарацію м'яких тканин вздовж ураженої фасції та розширену некректомію, який **відрізняється** тим, що на ранніх стадіях некротизуючого фасциїту нижніх відділів передньої черевної стінки здійснюють ощадну полівекторну пальцеву сепарацію в медіальному напрямку нижніх відділів черевної стінки із обов'язковим збереженням на рівні підшкірної фасції перфорантних судин басейну глибокої нижньої епігастральної артерії

в зоні потенційної інтраопераційної травми та виконують додаткові контурні розрізи на межі уражених тканин з підшкірним тунельним з'єднанням їх між собою і основною ранюю.

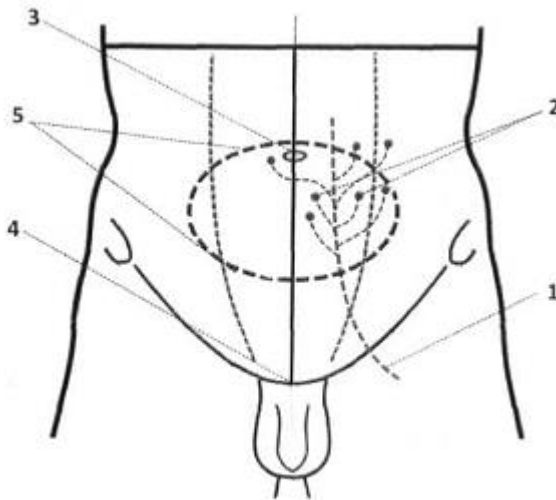


Fig. 1

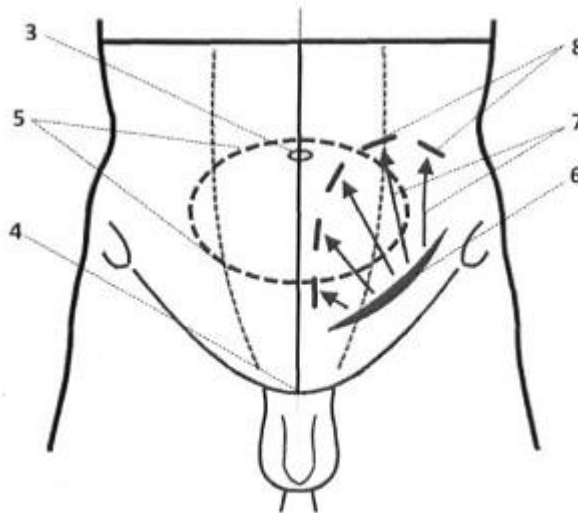


Fig. 2

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601