

Способ лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки

Abstract

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии, и может быть применимо для лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки. Производят хирургическую обработку очага из трехлинейных соединяющихся разрезов в виде римской цифры I, направление которого совпадает с направлением силы тяжести. Назначают прием гидрохлорида ксимедона внутрь по 0,25 г 3 раза в сутки. Производят в послеоперационный период санацию раневой поверхности путем откидывания сформированных лоскутов и орошения 10%-ным водным раствором гидрохлорида ксимедона. В частном случае, при хирургической обработке иссекают поверхностную фасцию и межфасциальную клетчатку, а перед формированием лоскутов по большей длине и параллельно свободным краям проводят фиксирующие спицы с каждой стороны. Способ позволяет обеспечить наилучшую аэрацию раневой поверхности, контролировать ход раневого процесса, снизить риск развития госпитальной инфекции. 1 з.п. ф-лы, 1 ил.

RU2217065C2

RU Grant

Find Prior Art

Application number:

RU2001119763A

Other languages: [English](#)**Other versions:** [RU2001119763A \(Application\)](#)**Inventor:** [С.Г. Измайлов](#), [Г.А. Измайлов](#), [В.С. Резник](#), [В.В. Бесчастнов](#), [А.Г. Измайлов](#), [В.М. Лазарев](#), [М.Ю. Гусев](#), [И.В. Подушкина](#), [М.А. Карпов](#), [Е.Н. Бархатова](#), [В.В. Паршиков](#)**Original Assignee:** [Институт органической и физической химии им. А.Е.Арбузова Казанского научного центра РАН](#)**Priority date:** [2001-07-16](#)**Filing date:** [2001-07-16](#)**Publication date:** [2003-11-27](#)**Grant date:** [2003-11-27](#)**Info:** [Non-patent citations \(1\)](#), [Legal events](#), [Similar documents](#)**External links:** [Espacenet](#), [Global Dossier](#), [Discuss](#)

1. Способ лечения гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки путем хирургической обработки очага, с комплексом терапевтических мероприятий, отличающийся тем, что хирургическую обработку осуществляют из трехлинейных соединяющихся разрезов в виде римской цифры I, направление которого совпадает с направлением силы тяжести, в комплекс терапевтических мероприятий включают прием гидрохлорида ксимедона внутрь по 0,25 г 3 раза в сутки, в послеоперационный период производят санацию раневой поверхности путем откидывания сформированных лоскутов и орошения 10%-ным водным раствором гидрохлорида ксимедона.

2. Способ по п.1, отличающийся тем, что при хирургической обработке иссекают поверхностную фасцию и межфасциальную клетчатку, а перед формированием лоскутов по большей длине и параллельно свободным краям проводят фиксирующие спицы с каждой стороны.

Description

Изобретение относится к медицине, а именно к лечению гнойных ран.

В хирургической практике традиционным оперативным способом лечения гнойных заболеваний, например карбункула, являются рассечение очага и иссечение омертвевших тканей (Стручков В.И. Гнойная хирургия. - М.: Медгиз, 1962. - С.55-58; Общая хирургия /Под ред. В.Шмитта, В.Хартига, М.И.Кузина. - М. : Медицина, 1985. - Т. 2. - 368 С.) из Х, У, П, Т или крестообразного разрезов и (Гостищев В. К. Оперативная гнойная хирургия. - М.: Медицина, 1996. - 416 с.), нами взятого за прототип. Последний содержит следующие недостатки:

- вскрытие производят в поздние сроки (на 4-5 сут) заболевания, лишь после безуспешного консервативного лечения, при прогрессирующей отеке, нарастающей интоксикации в связи с обширным некрозом;
- образующиеся лоскуты имеют недостаточное питание, и, как правило, происходит некроз их вершин;
- направление разреза не совпадает с направлением силы тяжести, что резко затрудняет отток содержимого раны;
- высокая травматичность операции;
- ретракция лоскутов ведет к их значительной деформации, что создает трудности в эффективном использовании вторичных швов;
- затруднен визуальный контроль за ходом развития воспалительного процесса;
- осложнена санация гнойной раны с возможным образованием гнойных отеков с поздним их распознаванием и лечением;
- сложности в проведении очередной ревизии раны;
- при иссечении пораженных тканей не производят удаление поверхностной, как правило, патологически измененной фасции и межфасциальной клетчатки, оставление которых ведет к распространению гнойно-некротического процесса;
- средние сроки лечения составляют 26 суток;
- рана заживает в 70% случаев с образованием грубого рубца.

Многолетний собственный клинический опыт лечения больных с карбункулами свидетельствует о недопустимости длительного консервативного, даже интенсивного общего и местного лечения (Кулешов Е.В., Кулешов С.Е. Сахарный диабет и хирургические заболевания. - М.: Воскресенье, 1996. С.18-40). Общепринятая тактика выжидательного подхода, производство операции только при видимой развившейся гибели кожи является необоснованной и нередко чревата нежелательными последствиями: прогрессированием гнойного расплавления и некроза близлежащих тканевых элементов, развитием интоксикации, сепсиса, особенно у лиц,

отягощенных сопутствующими заболеваниями, например сахарный диабет. С появлением гнойного очага катастрофически нарастает гипергликемия, глюкозурия, кетоацидоз и гидроионные нарушения с увеличением вероятности декомпенсации нарушенного углеводного обмена. Так, 1 мл гноя инактивирует до 15 ЕД эндогенного или экзогенно вводимого инсулина (Баранов В.Г. Руководство по клинической эндокринологии. - Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1977. - 663 С.).

Наши ранние хирургические вмешательства (30) в случаях быстрого увеличения размеров карбункулезного инфильтрата (в среднем это 3-й день заболевания) обнаруживали гибель поверхностной фасции несмотря на отсутствие видимого некроза кожного покрова у 90% больных.

Удаление погибшей фасции, как правило, приводило к обрыву гнойно-воспалительного процесса и предупреждению его распространения. Данный факт убедительно доказывает, что вначале происходит множественный тромбоз сосудов, проходящих через поверхностную фасцию и межфасциальную клетчатку, их некроз, а затем следует омертвление подкожной клетчатки и в заключение - кожи.

Исходя из вышесказанного, операция при карбункуле должна производиться, не дожидаясь гибели кожных покровов с обязательным удалением пораженной поверхностной фасции с межфасциальной клетчаткой. Для ускорения очищения раневой поверхности и усиления процессов физиологической и репаративной регенерации следует использовать местно фармакологические препараты с высоким лечебным эффектом.

Цель изобретения - повышение эффективности лечения, профилактика осложнений путем предупреждения распространения гнойного воспаления и активного управляемого ведения раны, что в итоге обеспечивает высокий косметический эффект операции.

Поставленная цель достигается предлагаемым способом, заключающимся в комбинированном хирургическом и медикаментозном воздействии на гнойно-воспалительный процесс.

Хирургическую обработку очага проводят на ранних сроках развития процесса путем трехлинейных соединяющихся разрезов в виде римской цифры I с формированием двусторчатого доступа, из которого производят радикальное удаление всех гнойно-некротических тканей и иссечением поверхностной фасции с последующим включением комплекса консервативных мероприятий. Лоскуты стабилизируются спицами, что предупреждает их контракцию и облегчает в последующем осуществлять санацию гнойной раны и производить пластическое закрытие.

Медикаментозное воздействие заключается в приеме внутрь гидрохлорида ксимедона N - (β - оксиэтил-) - 2-оксо-4,6-диметил-1,2-дигидропиримидин-гидрохлорид) по 0,25 г 3 раза в сутки и в орошении раны 10%-ным водным раствором гидрохлорида ксимедона.

Способ синтеза гидрохлорида ксимедона описан в пат. РФ N 2044730 БИ N 27, 1995, с.206.

Этапы технологии способа представлены на чертеже, а, б, в, г, д, е.

Чертеж,а - схема I-образного разреза.

Чертеж, б - параллельно краям раны субкутанно проведены спицы, концы которых выступают наружу.

Чертеж,в - отсепаровывание лоскутов до здоровых тканей.

Чертеж, г - эксцизия гнойно-некротических тканей с натянутых лоскутов бритвенным ножом.

Чертеж, д - лоскуты откинута в виде манжеты и стабилизированы.

Чертеж, е - после санации рана закрыта лоскутами с их фиксацией эластическими хомутками за выступающие концы спиц.

Способ осуществляется следующим образом.

После обработки операционного поля раствором антисептика производят вскрытие очага разрезом в виде римской цифры I. Осевой разрез большей длины кожи и подкожной клетчатки лезвием от безопасной бритвы, зажатым в зажиме, начинают по средней линии зоны наиболее выраженных воспалительных явлений через всю толщу пораженных тканей с рассечением поверхностной фасции, которая во всех случаях патологически изменена и вторичный фасцит является одной из основных причин распространения гнойного процесса. Направление разреза совпадало с направлением силы тяжести, что значительно облегчает эвакуацию гнойного содержимого из очага воспаления. Обеспечение естественного оттока раневого экссудата, удаление поверхностной фасции с клетчаткой способствует предупреждению гнойных осложнений смежных областей и позволяет сократить сроки лечения. Как правило, распространение патологического процесса определяют анатомические особенности пораженных тканевых структур. Почти всегда обнаруживались участки омертвения пластов соединительной ткани поверхностной фасции, имеющей серо-зеленую окраску, а также диффузию, имбибированную гноем и мутным экссудатом, межфасциальную рыхлую волокнистую ткань. Производят осмотр и детальную ревизию раны с целью ориентировочной распространенности процесса. Затем делают два боковых разреза, перпендикулярных осевому и соединяющихся с ним, такой же глубины на границе с интактной тканью, учитывая расположение жизненно важных анатомических образований в регионе патологического очага (чертеж, а). Параллельно осевому разрезу через ткани вблизи краев раны с обеих сторон путем прокола проводят спицы (чертеж, б) таким образом, чтобы их концы выступали над кожей и были перпендикулярны боковым разрезам. Спицы фиксируют края кожи по одной прямой линии, облегчают препаровку лоскутов и в последующем препятствуют их деформации в ходе заживления раны. Удерживая ручкой фиксатор-спицу за выступающие концы, кожные лоскута отсепаровывают вместе с поверхностной фасцией вначале с одной, затем с другой стороны до здоровых тканей (чертеж, в) без опасения формирования обширного дефекта, преодолевая психологический барьер. Ножом Тирша или Кохера выполняют плоскостное тотальное срезание девитализированных тканевых слоев с натянутых и выпрямленных лоскутов на пластиковых жестких пластинах (чертеж, г). Некрэктомия таким образом дает возможность получать лоскуты с ровной поверхностью, что содействует их хорошему приживлению при несвободной реплантации, а также активизации процессов физиологической и репаративной регенерации. Полученные прямоугольные, хорошо кровоснабжаемые на широком основании лоскуты выворачивают, укладывают в виде муфты на марлевые салфетки, закрепляя спицы путем установки надеванием пластмассового легкого стабилизатора (чертеж, д).

Операцию заканчивают обильным промыванием водным раствором антисептика фурацилин 1:5000 и др.) и рыхлой тампонадой марлевыми салфетками, смоченными 10%-ным раствором гидрохлорида ксимедона, который термостабилен, легко растворим в воде.

Ручку и пластиковую пластину убирают. При необходимости прибегают к активной аспирации раневого содержимого через трубчатые перфорированные дренажи. На следующий день делают перевязку под наркозом и если констатируют при ревизии раны прогрессирование

гнойного процесса, то осуществляют повторную механическую антисептику. При отсутствии гнойно-некротических масс лоскуты укладывают на рану со связыванием концов спиц эластичной нитью - хомутиком. Рану укрывают асептической повязкой. Через день спицы освобождают от стягивающих хомутиков, приподнимают ручкой лоскуты и вновь осматривают рану с обязательной ее санацией-промытием, а при надобности и некроэктомией. Рану закрывают лоскутами со сближением спиц хомутиками. Очередные повторные аналогичные хирургические процедуры (число реопераций достигает 6-8) производят в зависимости от местного статуса (характера отделяемого, уровня бактериальной обсемененности и др.) раны и общего состояния больного (частота пульса, температурная реакция и пр.). После стихания гнойно-воспалительного процесса, очищения раны от некротических тканей, появления мелко-зернистых хорошо кровоснабжаемых грануляций, появления ободка краевой эпителизации лоскуты сближали одномоментно раноадаптером (чертеж,е) с наложением вторичных (чаще ранних) швов, путем перманентного стягивания краев или с одновременной свободной кожной пластикой.

Предложенная оригинальная новая технология хирургической обработки гнойного очага и ведения раны, заживающей вторичным натяжением, на фоне интенсивной общей и местной консервативной терапии с включением гидрохлорида ксимедона создает оптимальные условия для осуществления активных мероприятий, направленных на коррекцию раневого процесса.

Для иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

Больной 65 лет, поступил в хирургическую клинику 20.09.1998 г. в крайне тяжелом состоянии. Температура тела 39,5°C. Пульс 102 уд. в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Лейкоцитоз с резким сдвигом лейкоформулы влево. Сахар крови 16,0 ммоль/л. В течение 25 дней лечился амбулаторно по поводу фурункула на задней поверхности шеи с помощью различных мазевых повязок и приема антибиотиков. Неделю назад произведена короткая новокаиновая блокада, после которой наступило ухудшение. В стационаре диагностирован карбункул шеи, сепсис, впервые выявленный сахарный диабет II типа. Назначена интенсивная комплексная адекватная терапия (ампициллин с гентамицином, гемодез с бикарбонатом натрия и глюкозой, инсулин, витамины В₁, В₆, С и РР, гидрохлорид ксимедона по 0,25 г 3 раза в сут, кокарбоксылаза, анальгетики) с проведением экстренной операции - широкое вскрытие гнойно-некротического очага из двухстворчатого I-образного соединяющегося трехлинейного разреза с радикальным удалением всех нежизнеспособных тканей вместе с поверхностной фасцией и межрасщирительной клетчаткой под внутривенным наркозом. Сформированные 2 прямоугольных кожных лоскута после операции через 1-2 суток откидывались с последующей механической антисептикой раны и орошением 10%-ным водным раствором гидрохлорида ксимедона, оказывающий заметное раноочищающее действие в 1-й фазе раневого процесса на протяжении 7 дней. Наметилась явная тенденция улучшения состояния больного и местного статуса. Наложены ранние вторичные швы. На 17-е сут с момента поступления в удовлетворительном состоянии выписан домой под наблюдение хирурга и эндокринолога.

Как ни заманчив известен способ, он до сих пор не получил широкого распространения из-за ограниченных показаний, своей травматичности, образования обширных раневых поверхностей и их большой продолжительности заживления. Так, собственные наблюдения (18) свидетельствуют, что такая тактика допустима при локализации очага на туловище при хорошей податливости, смещаемости тканей с зоной поражения не более 20 см² и отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний.

Использование предложенного хирургического способа с местным применением гидрохлорида ксимедона у 20 больных с карбункулами различной локализации показало его существенные отличия и преимущества перед прототипом. Сформированный двухстворчатый разрез позволяет осуществить радикальную обработку гнойного очага с сохранением жизнеспособных, освобожденных от патологических тканей, прямоугольных хорошо кровоснабжаемых тканей. Способ способствует наилучшей аэрации раневой поверхности, позволяет производить программируемый управляемый лаваж-санацию гнойной раны, контролировать ход раневого процесса, снижает риск развития госпитальной инфекции, своевременно прибегать к различным видам антисептики. Сохраненные, не подвергнутые лоскуты-створки контракции отмечают окончательное закрытие раны. Местное применение 10%-ного раствора гидрохлорида ксимедона позволило значительно сократить (на 5 дней) сроки заживления раневой поверхности.

Средняя продолжительность лечения в опытной группе больных составляет в среднем 19 дней, что на 6 суток меньше, чем в контроле-прототипе. Развитие синегнойной инфекции не отмечено: получен хороший косметический эффект. Летальных исходов при лечении больных предложенным способом не отмечалось. 5 человек осмотрены в отдаленном периоде (от 3 мес до 1 года) - жалоб нет, на месте карбункула деформации тканей не выявлено. С целью предупреждения рецидива заболевания назначался курс (4 нед гидрохлорида ксимедона) терапии по 0,25 г 3 раза в сутки.

Non-Patent Citations (1)

Title
ГОСТИЦЕВ В.К. Оперативная гнойная хирургия. - М.: Медицина, 1996. с.405 и 406. *

* Cited by examiner, † Cited by third party

Similar Documents

Publication	Publication Date	Title
Rudolph et al.	1987	Etiology and treatment of chemotherapeutic agent extravasation injuries: a review.
US7128719B2	2006-10-31	System for enhanced chemical debridement
Compere	1962	Treatment of osteomyelitis and infected wounds by closed irrigation with a detergent-antibiotic solution
Creditor et al.	1950	Effect of ACTH on Wound Healing in Humans. *
Jensen et al.	1939	The local implantation of sulfanilamide in compound fractures
Molan	1999	Why honey is effective as a medicine. 1. Its use in modern medicine

Foldi	1994	EDITORIAL TREATMENT OF LYMPHEDEMA
Amiel et al.	1999	Use of N-butyl-2-cyanoacrylate in elective surgical incisions—longterm outcomes
Attinger et al.	2001	Soft tissue reconstruction for calcaneal fractures or osteomyelitis
Modaghegh et al.	1989	Use of Phenytoin in Healing of War and Non-War Wounds
US20020037319A1	2002-03-28	Drug preparations
ZumBrunnen et al.	1968	Nonunion of the Shafts of the Long Bones: A Review and Analysis of 140 Cases
Sistrunk	1927	Contribution to plastic surgery: removal of scars by stages; an open operation for extensive laceration of the anal sphincter; the Kondoleon operation for elephantiasis
GB2048070A	1980-12-10	Medication for Open Wounds
Giacalone	1997	Phenol matricectomy in patients with diabetes
JP4012665B2	2007-11-21	クリル酵素の新規な薬学的用法
Petres et al.	2012	Dermatosurgery
Young	1942	Immediate skin grafting in the treatment of burns: A preliminary report
Spear et al.	1951	Rupture of the brachial artery accompanying dislocation of the elbow or supracondylar fracture.
US5024838A	1991-06-18	Compositions for the treatment of skin injuries
Kucharzewski et al.	2003	Topical treatment of non-healing venous leg ulcers by cellulose membrane
Yen	1982	Surgical treatment of submucous fibrosis
CN1110581A	1995-10-25	一种用中草药煎制的外用药配方
Vicario et al.	2007	Treatment of deep wound infections after spinal fusion with a vacuum-assisted device in patients with spinal cord injury
Sather et al.	1977	Pressure sores and the spinal cord injury patient

Legal Events

Date	Code	Title	Description
2006-05-27	MM4A	The patent is invalid due to non-payment of fees	Effective date: 20040717

Data provided by IFI CLAIMS Patent Services

[About](#) [Send Feedback](#) [Terms](#) [Privacy Policy](#)