



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43336 (13) U  
(51) МПК (2009)  
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 МАЛОКРОВНОГО ВИДАЛЕННЯ НЕКРОТИЧНИХ ТКАНИН ПРИ ПОШИРЕНИХ ДЕРМАЛЬНИХ ОПІКАХ III-IV СТУПЕНІВ**

1

2

(21) u200902898

(22) 27.03.2009

(24) 10.08.2009

(46) 10.08.2009, Бюл.№ 15, 2009 р.

(72) НАГАЙЧУК ВАСИЛЬ ІВАНОВИЧ, ЗЕЛЕНЬКО ВОЛОДИМИР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ПОВОРОЗНИК АНДРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ПРИСЯЖНЮК МИХАЙЛО БОРИСОВИЧ, БЕВЗ СЕРГІЙ МИКОЛАЙОВИЧ, ГРНИК ІГОР СТЕПАНОВИЧ, НАГАЙЧУК ВІКТОРІЯ ВАСИЛІВНА

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб малокровного видалення некротичних тканин при поширених дермальних опіках III-IV ст., що передбачає видалення опікового некрозу, який **відрізняється** тим, що на першому етапі хірургічного лікування, видаливши основну масу некротичних тканин на всій площі опікової рани, залишають тонкий шар некрозу, висушують залишковий некроз пов'язками з бетадином, а на другому етапі видаляють сухий некроз накладанням на рану пов'язок з 40 % маззю саліцилової кислоти.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до комбустіології і може бути використана для лікування хворих з критичними та зверхкритичними опіками.

Відомий спосіб передбачає видалення некрозу ножем Гамбі або електродерматомом в межах здорових тканин (Парамонов Б.А., Порембський Я.О., Яблонський В.Г. Ожоги; СПб, 2000. С.226).

Недоліком відомого способу є масивна крововтрата, яка не дозволяє провести некректомію на великих площах та сприяє погіршенню загального стану хворого. Ризик крововтрати при критичних та надкритичних опіках заставляє хірургів відмовлятися від хірургічного видалення некрозу, як джерела ендогенної інтоксикації мікробного і гістіогенного походження.

В основу корисної моделі «Спосіб малокровного видалення некротичних тканин при поширених дермальних опіках III-IVст.» поставлено завдання шляхом залишку на першому етапі хірургічного лікування тонкого шару некротичних тканин на поверхні рани запобігти крововтраті, видаливши при цьому основну масу некротичних тканин, як джерела автоінтоксикації, підвищити ефективність лікування, запобігти розвитку ускладнень.

Поставлене завдання досягається способом, що передбачає за допомогою електричного дерматоматангенціальне (пошарове) видалення некротичних тканин, де згідно з корисною моделлю на першому етапі лікування на ранах залишають тон-

кий шар некрозу, висушують залишковий некроз пов'язками, а на другому етапі видаляють сухий некроз накладанням пов'язок з 40 % маззю саліцилової кислоти.

Спосіб здійснюється таким чином. У хворих з опіками операційне поле двічі обробляють бетадином. Під наркозом електричним дерматомом пошарово видаляють опіковий некроз до «кров'яної роси» на всій площі опікових ран, післяопераційні рани закривають пов'язками з бетадином та висушують залишковий некроз. На другому етапі на сухий некроз накладають пов'язки з 40 % маззю саліцилової кислоти на площі до 7 % поверхні тіла, в результаті чого проходить самостійна, найбільш фізіологічна «безкровна або малокровна некректомія».

Приклад: Хворий 3., 22 роки, медична карта 18886, госпіталізований в опікове відділення з Теплицької ЦРЛ 31.10.05р. з діагнозом: Опік плечима III-IVст. 22 % тулуба, правого плеча. 01.11.05р. електричним дерматомом хворому проведена рання розщеплена малокровна некректомія на всьому протязі рани. На 9 добу після травми під 40 % маззю саліцилової кислоти рани очистились від некрозу, що дало можливість на 10 добу закрити гранулюючі рани сітчатими аутодермотрансплантатами 1:4. На 24 добу шкірний покрив відновлений і хворий без ран виписаний додому.

UA (19) 43336 (11) (13)

