



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ  
ВЕДОМСТВО

## (12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1701093

(22) 08.02.2017

(46) Бюл.138, 2018

(71) Сафаров Б.А. (TJ).

(72) Сафаров Б.А.(TJ); Сафаров А.С.(TJ), Холов  
К.А.(TJ); Пулатов Х.К.(TJ); Фарозов Х.А.(TJ).

(73) Сафаров Б.А.(TJ); Сафаров А.С.(TJ).

**(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКИХ ФЛЕГ-  
МОН ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ У ДЕТЕЙ.**

(56) 1. Атанов Ю.П., Бутивщенко И.А., Горюнов  
С.В. и др. Лечение обширной прогрессирующей  
флегмоны // Хирургия. 1998. - №2. - С. 35-38.

2. Бычков В.А., Воронюк Г.М., Тимофеев Е.П.,  
Тюрин Н.А. Гнойные осложнения ветряной оспы у  
детей // Хирургия. 1995. - №4. - С. 56-57.

3. Горюнов С.В., Атанов Ю.П., Бутивщенко И.А.,  
Шадров К.О. Хирургическая тактика при  
обширной флегмоне мягких тканей конечностей:  
Сборник статей посвященный 120-летию  
Мытищенской центральной клинической  
городской больницы. -М., 1999. С. 149-151.

4. Кузмин А.Г. Патогенетические аспекты лечения  
некротической флегмоны при ветряной оспе у  
детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Г.  
Кузмин; Самарский гос. мед. универ. – Тольятти,  
2010. – 22 с.

5. Мансурова Т.П. и др. Гнойно-воспалительные  
осложнения ветряной оспы / Т.П. Мансурова, А.П.  
Куперштсйн, М.И.Ковригина и др. // вопросы  
охраны материнства и детства. 1989. Т. 34, №4. -  
С. 70-72.

6. Савенкова М.С., Бычков В.А., Воронюк. И др.  
Распространенная гангренозная пиодермия на  
фоне хламидийно-микоплазменной инфекции

(комплексная диагностика и лечение) // Детская  
хирургия. 2001. - №2. -С. 54-55.

7. Слепцов В.П., Морозов Э.Ф., Шимкус Ю.Э.  
Лечение некротической флегмоны подкожной  
клетчатки у детей на фоне ветряной оспы //   
Вопросы охраны материнства и детства. 1989.-Т.  
34,№3. - С. 69-71.

8. Токарев Г.В., Бровкина Е.А. Хирургические  
осложнения ветряной оспы у детей // Казанский  
медицинский журнал. 1990.- Т. 71. №4.-С.303..

(57) Изобретение относится к медицине, а именно  
к абдоминальной хирургии детского возраста.

Суть предложенного способа заключается  
в том, что с целью минимализации нарушение  
кровообращения разрезы-насечки делаются по  
периметру флегмоны и один разрез-насечку в её  
центре, через которые проводятся дренажные  
трубки. Для правильного распределения  
расстояния между разрезами вокруг флегмоны её  
объем условно делят, перпендикулярно на 4 доли.  
Затем в центре каждой доли на границе между  
краями флегмоны и здоровыми тканями делают  
разрезы-насечки. Длина разрезов не должно  
превышать 1-1,5см. Для дренирования используют  
силиконовые дренажные трубки, в центре которых  
прорезывают боковые отверстия. Первую трубку  
проводят по центру флегмоны насквозь через  
параллельные периферические разрезы. Через  
другие периферические разрезы-насечки в полость  
флегмоны проводят дополнительные трубки с  
таким расчетом, что их концы не должны  
доходить до основной сквозной трубки. Т.е.  
дополнительные трубки должны лежать в полости  
флегмоны радиально.

Изобретение относится к медицине, а именно к гнойной хирургии детского возраста.

Некротическая эпифасциальная флегмона (НЭФ) является одним из тяжелых осложнений ветряной оспы и встречается от 0,1 до 0,2% случаев [4]. Это заболевание сопровождается наличием некротических процессов в коже и подкожной клетчатке, определенной этапностью в развитии различных периодов течения, а также характеризуется определенными формами, длительностью течения, значительной летальностью [2,5]. Летальность при некротической эпифасциальной флегмоне, в том числе и как осложнения ветряной оспы, по данным различных авторов, достигает 12% и более [1,3,6,7].

В доступной литературе имеются лишь эпизодические сообщения о некротической флегмоне при ветряной оспе с недостаточным освещением патогенеза развития некроза и отслойки кожи на большой площади. Наиболее часто они указывают на однотипность патогенеза развития некроза как при некротических флегмонах у новорожденных (НФН). В связи с этим в периодах прогрессивного течения рекомендуют разрезы-насечки, а в период развития некрозов и раневых дефектов – некрэктомию [2,4,5,8].

Однако подобное сравнение не всегда оправдывает течение гнойно-некротического процесса, так как при ветряночной флегмоне наряду с некрозом идёт отслойка кожи на большом протяжении, кожа в центре гнойника начинает паруситься, а под ним скапливаются гнойно-некротические массы.

При НФН порою поражается не только кожа и подкожная клетчатка, но и все слои мягких тканей вплоть до костей. Отсюда множество разрезов насечек. При НЭФ такой подход еще больше способствует нарушению кровообращения и увеличению площади некроза. С целью предотвращения некроза в отслоенной коже от подлежащих тканей и эффективной санации гнойного очага при некротической субфасциальной флегмоне как осложнение ветряной оспы, мы предлагаем иной способ хирургической санации гнойного очага.

Прототипом является способ предложенное Кузьминым А.И. (2003) «Лечение некротической эпифасциальной флегмоны при ветряной оспе у детей». Суть данного способа заключается в том, что в период прогрессивного течения производятся множественные разрезы-насечки, а при развитии некрозов ранняя некрэктомию. Недостаток данного способа заключается в том, что нанесение множественных насечек может способствовать усугублению ишемического процесса в зоне флегмоны, вследствие пересечения коллатеральных сосудов. В результате развивается некроз участка кожи. Кроме того ранняя некрэктомию вызывает

множественные дефекты кожи и в дальнейшем образование грубых рубцов, которые потребуют пластической коррекции.

Целью нашего изобретения является разработка нового способа хирургического лечения некротической эпифасциальной флегмоны при ветряной оспе у детей, которая обеспечивало бы эффективный отток патологического экссудата и уменьшило бы процент кожных дефектов.

Поставленная цель достигается путем разработки нового способа вскрытия и дренирования флегмоны при ветряной оспе у детей.

Заявленный способ от прототипа отличается тем, что при некротической ветряночной флегмоне делаются несколько разрезов-насечек вокруг флегмоны, а также один разрез-насечку в центре флегмоны. Для правильного распределения расстояния между разрезами вокруг флегмоны её объем условно делят, перпендикулярно на 4 доли. Затем в центре каждой доли на границе между краями флегмоны и здоровыми тканями делают разрезы-насечки. Длина разрезов не должно превышать 1-1,5см (рис.1). В случаях, когда некротизированный участок кожи находится в центре гнойника, дополнительный разрез насечки не делают. Некротизированный участок используют для проведения через него дренажа и оттока промывных растворов. При краевом расположении зоны некроза он также послужит для введения очередного дренажа в полость. В остальных случаях в центре флегмоны делают один разрез - насечку.

Для дренирования используют силиконовые дренажные трубки с множественными боковыми отверстиями. Первую трубку проводят по центру флегмоны насквозь через параллельные периферические разрезы (рис.2.1., 2.2). Через другие периферические разрезы-насечки в полость флегмоны проводят дополнительные трубки с таким расчетом, что их концы не должны доходить до основной сквозной трубки. Т.е. дополнительные трубки должны лежать в полости флегмоны радиально (рис.3). Следует отметить, что лечение предложенным способом проводят на фоне комплексной интенсивно-корректирующей терапии, включающее общеукрепляющие, десенсибилизирующие, антибактериальные, детоксикационные, иммуностимулирующие и улучшающие микроциркуляцию препараты.

В послеоперационном периоде промывание дренажных трубок проводятся ежедневно с помощью антисептических растворов.

Критерием для удаления дренажей служат: улучшение общего самочувствия ребенка, нормализация температуры тела, очищение полости флегмоны от гнойного экссудата и некротических масс. Дренажи удаляют по очередности с интервалом 2-3 дня. Сначала удаляют сквозную трубку.

Преимущества предложенного способа является то, что при таком расположении дренажных трубок в полости флегмоны обеспечивается полноценный отток патологического экссудата и промывных антисептических растворов. Кроме того разрезы-насечки не могут быть причиной нарушения кровообращения очага флегмоны так как они делаются по перифериям на границе со здоровой тканью со значительным интервалом, и лишь один разрез-насечка длиной 1см делается в центре флегмоны.

По описанной методике лечение проведено 5 больным детям с некротической эпифасциальной флегмоной при ветряной оспе. Возраст детей составляло от 1 года до 7 лет с различной локализацией и разной площадью. У 2 НЭФ располагалась на спине, у 1 на животе, у 1 на внутренней поверхности бедра, у 1 на шее с переходом в плечо. Койко-дни у этих больных составило в среднем  $15 \pm 2$  дня. Заживление ран у всех больных наступило без дефектов кожи и рубцевания.

Приводим пример: Больная Файзиддинова М. 1 год 2 месяца, № истории 2993/456 поступила в очень тяжелом состоянии, после недельного пребывания в ЦРБ с диагнозом «ветряная оспа». Несмотря на проведение терапии, и ухода за кожей

состояние ребенка ухудшилось, появились инфильтраты в области спины и пояснице с небольшими участками некроза кожи, что стало поводом для перевода в клинику детской хирургии.

При поступлении состояние ребенка очень тяжелое, отмечается выраженная интоксикация, температура тела до  $38^{\circ}$ . Всё тело покрыто везикулами и частично корочкой. В области спины с переходом в поясницу имеется огромный инфильтрат размерами  $15 \times 11$  см красно-багрового цвета у края, которого имеются некротические участки кожи  $3 \times 2$  см, покрыты грязно-белым налётом. При пальпации инфильтрированная кожа несколько флюктуирует. Создаётся впечатление, что кожа свободна от подлежащих тканей. Местное лечение проводилось по описанной методике. Больному назначено комплексное интенсивно-корректирующее лечение, состоящее из общеукрепляющих, десенсибилизирующих, антибактериальных, иммуностимулирующих препаратов, а также препараты, улучшающие микроциркуляцию с постоянной санацией местного очага антисептическими растворами. В течение 11 дней состояние ребенка постепенно улучшилось, нормализовалась температура тела, рана очистилась, и кожа начала приживляться.

## ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ хирургического лечения некротических флегмон при ветряной оспе, у детей заключающийся в том, что производят множественные разрезы-насечки **отличающийся тем, что** разрезы-насечки делают по периметру

флегмоны и один разрез-насечку в её центре, через которые проводят дренажные трубки, создающие более эффективный отток патологического экссудата.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ734042, г. Душанбе,  
ул. Айни, 14а