

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для хірургічного лікування хворих на рецидивний епітеліальний куприковий хід.

Відомий спосіб радикального висічення епітеліального куприкового ходу, обраний за прототип [1], який виконують наступним чином: після контрастування епітеліального куприкового ходу овальними розтинами висікають тканини в межах незміненої жирової клітковини до окістя крижової кістки з ретельним гемостазом, на дно рани встановлюють дренажну трубку, та накладають первинні вертикальні П-подібні шви через всі шари рани.

Способу властиві недоліки:

1. Неспроможність швів за рахунок значного натягу тканин, що зшиваються.
2. Часті гнійно-септичні ускладнення через великий ризик формування гематом підшкірної клітковини, мацерація та інфікування країв рани.
3. Тривалий період непрацездатності пацієнтів.

Задача корисної моделі, що заявляється, полягає у створенні безпечного, технічно простого способу хірургічного лікування хворих на рецидивний епітеліальний куприковий хід, який забезпечив би мінімальний натяг тканин при первинному співставленні раневих поверхонь, і, таким чином, зменшив би ризик післяопераційних інфекційно-септичних ускладнень, та мав би задовільні післяопераційні результати.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі радикального висічення епітеліального куприкового ходу, який включає контрастування епітеліального куприкового ходу, висічення тканини у межах незміненої жирової клітковини до окістя крижової кістки з ретельним гемостазом та встановлення дренажної трубки, відповідно до корисної моделі, розтин виконують ромбоподібно з асиметричним розташуванням відносно до міжсідничної борозни, а потім формують два шкірно-підшкірних лоскути, які переміщують один відносно іншого та пошарово зшивають.

Суть способу пояснено графічно на Фіг.1, де 1 - медіальний шкірно-підшкірний лоскут, 2 - латеральний шкірно-підшкірний лоскут, 3 - об'єм тканин, що видаляються.

Спосіб виконують наступним чином. Після контрастування епітеліального куприкового ходу, ромбоподібним асиметричним по відношенню до міжсідничної борозни розтином 3 висікають тканини в межах незміненої жирової клітковини до окістя крижової кістки з ретельним гемостазом, доповнюють додатковими розрізами в вигляді двох сторін трикутника від середньої третини основної рани справа, а потім формують два шкірно-підшкірних лоскути: медіальний, 1 та латеральний, 2, які переміщують один відносно одного та пошарово зшивають атравматичними швами, що розсмоктуються, після встановлення дренажної трубки.

Приклад конкретного виконання.

Хворий М., 22 роки, історія хвороби №1880, 05.10.2006 року госпіталізований в проктологічне відділення КМКЛ №18 з діагнозом рецидивний епітеліальний куприковий хід. В анамнезі - неодноразові розкриття гнійників після абсцедування епітеліального куприкового ходу. При обстеженні виявлено в проекції куприка вторинні нориці епітеліального куприкового ходу, що розташовані на відстані 3 та 5 см латеральніше міжсідничної борозни. 05.10.06. під загальним знеболенням виконано планову операцію - висічення епітеліального куприкового ходу за методикою описаної моделі. Післяопераційний перебіг без ускладнень, дренаж видалено через 3 доби, шви знято на 7-му добу. В задовільному стані, з загоєною первинним натягом ранною, 10.10.06. виписаний додому, де по 14.10.06. перебував на лікарняному листі і 15.10.06. став до роботи.

Запропонований спосіб лікування епітеліального куприкового ходу застосовано у 7 хворих та довів можливість за допомогою простого способу радикального висічення епітеліального куприкового ходу забезпечити короткотривале лікування без ускладнень.

Принциповими відмінними ознаками корисної моделі, у порівнянні з прототипом, є асиметричний ромбоподібний розтин тканин, формування двох шкірно-підшкірних лоскутів, які зміщуються один відносно одного, що забезпечує вільне від натягу співставлення країв рани та біологічну тампонаду рани, зменшує ризик виникнення підшкірних гематом та післяопераційних інфекційно-септичних ускладнень, значно зменшує тривалість непрацездатності пацієнтів.

Список літератури:

1. Даценко Б.М. Острое нагноение эпителиального копчикового хода. Харьков: "Прапор"; 2006. – С.118-123.

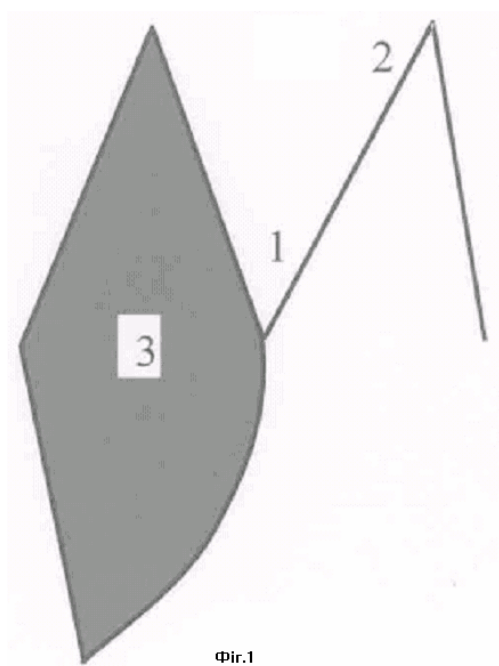


Fig.1