



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **41249** (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 ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ

1

2

(21) u200815029

(22) 26.12.2008

(24) 12.05.2009

(46) 12.05.2009, Бюл.№ 9, 2009 р.

(72) НОВИЦЬКИЙ ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ, УА, ШЕВ-
ЧУК ІГОР МИХАЙЛОВИЧ, УА, ПЕТРИНА ОЛЕГ
МИРОНОВИЧ, УА, ШАПОВАЛ АНАТОЛІЙ ЛЕОНІ-
ДОВИЧ, УА(73) НОВИЦЬКИЙ ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ, УА, ШЕВ-
ЧУК ІГОР МИХАЙЛОВИЧ, УА, ПЕТРИНА ОЛЕГМИРОНОВИЧ, УА, ШАПОВАЛ АНАТОЛІЙ ЛЕОНІ-
ДОВИЧ, УА(57) Спосіб хірургічного лікування глибоких форм
гострого парапроктиту, що включає основний, пів-
місяцевий розріз на промежині і дренування поро-
жнини гнійника, який **відрізняється** тим, що осно-
вний розріз доповнюють двома радіальними
розрізами на межі запального набряку періаналь-
ної ділянки шкіри довжиною 4-7см.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при хірургічному лікуванні хворих із глибокими формами гострого парапроктиту для попередження виникнення флегмони тазу.

Відомий спосіб хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту, який включає півмісяцевий основний розріз на стороні ураження, розкриття і дренування порожнини гнійника [В.И. Федоров, В.Л. Ривкин. Клиническая оперативная колопроктология. Москва. - "Медицина". - 1994. - 423С. - С.339].

Недоліком цього способу є тривалі терміни лікування хворих через низьку можливість дренування глибоких клітковинних тазових шарів при гострому парапроктиті і небезпеку поширення гнійного процесу з розвитком флегмони тазу.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту, який за рахунок двох додаткових радіальних розрізів шкіри і підшкірної клітковини на промежині, дозволив би скоротити терміни лікування за рахунок попередження розвитку флегмони тазу.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту, який включає основний півмісяцевий розріз на промежині і дренування порожнини гнійника, згідно корисної моделі основний розріз доповнюють двома радіальними розрізами, на межі запального набряку періанальної ділянки шкіри довжиною 4-7см.

Виконання двох додаткових радіальних промежинних розрізів дозволяє попередити поширення гнійного процесу на сусідні клітковинні простори тазу завдяки пересіченню мікросудинного русла лімфатичних колекторів клітковинних тазових просторів, що і забезпечує скорочення термінів лікування.

Вказані у формулі корисної моделі величини довжини - 4-7см додаткових радіальних розрізів на промежині, обґрунтовані на основі клінічних досліджень 18 хворих з глибокими формами гострого парапроктиту. Довжина додаткових радіальних розрізів менше 4см була неефективною, а довжина радіальних розрізів більше 7см виходила за межі промежинної ділянки.

Спосіб здійснюють наступним чином. Після проведення спинномозкової анестезії, над місцем найбільшого шкірного інфільтрату та флюктуації на промежині проводять основний півмісяцевий розріз, довжиною 7-10см на середині відстані від анального отвору до сідничного горба, паралельно обводу анального кільця. Два додаткові радіальні розрізи на промежині проводять з обох сторін від основного, строго перпендикулярно до лінії основного розрізу і в радіальному напрямі по відношенню до анального отвору. Внутрішні краї додаткових радіальних розрізів на промежині довжиною 4-7см розташовують на відстані 3-4см від анального отвору, на межі запального інфільтрату періанальної ділянки і незміненої шкіри. Довжина додаткових радіальних розрізів 4-7см залежить від площі запального інфільтрату на промежині і передбачає розсічення шкіри, підшкірної кліткови-

(19) **UA** (11) **41249** (13) **U**

ни, поверхневої фасції тазу і уражених глибоких клітковинних просторів.

При підковоподібній формі гострого глибокого парапроктиту виконують два дугоподібних розрізи з відповідними додатковими радіальними розрізами на обох уражених сторонах від серединної лінії анального отвору. При ретроректальній формі гострого глибокого парапроктиту основний дугоподібний розріз проводять по задньому обводу анального кільця з пересіченням анокуприкової зв'язки, а два додаткових радіальних розрізи промежини проводять на обох протилежних сторонах від серединної лінії анального отвору. Завершують операцію дренажуванням гнійника і залишають рани відкритими.

Приклад 1

Хворий Д., 1962р.н., карта стаціонарного хворого №308808, поступив в проктологічне відділення обласної клінічної лікарні 14.02.2008р. в екстреному порядку з діагнозом гострий глибокий парапроктит. Загальний стан хворого середньої важкості. Частота серцевих скорочень 76уд в 1хв. Артеріальний тиск 130/80мм.рт.ст. Температура тіла 38,2°C. При огляді періанальної ділянки виявлено почервоніння, набряк м'яких тканин, болючий при пальпації інфільтрат, що займав праву задню півокружність анального отвору, в центральній частині інфільтрата виявлено розм'якшення тканин. При пальцевому дослідженні прямої кишки встановлено болючість задньої стінки прямої кишки і нависання слизової оболонки.

Після проведення спинномозкової анестезії, над місцем найбільшого шкірного інфільтрату та флюктуації на промежині провели основний півмісяцевий розріз, довжиною 7см на середині відстані від анального отвору до сідничного горба, паралельно обводу анального кільця. Два додаткові радіальні розрізи на промежині провели з обох сторін від основного, строго перпендикулярно до лінії основного розрізу і в радіальному напрямі по відношенню до анального отвору. Внутрішні краї додаткових радіальних розрізів на промежині довжиною 5см розташували на відстані 4см від анального отвору, на межі запального інфільтрату періанальної ділянки і незміненої шкіри. Завершили операцію дренажуванням гнійника і залишили рани відкритими. В післяопераційному періоді проводили знеболюючу терапію, місцеве лікування ран антисептиками та мазями на гідрофільній основі. Хворий виписаний в задовільному стані на 19 добу стаціонарного лікування, післяопераційні рани промежини загоїлися вторинним натягом. Розвитку флегмони тазу і гнійного запалення м'яких тканин промежини не спостерігали.

Приклад 2

Хворий Х., 1976р.н., карта стаціонарного хворого №590208, поступив у відділення проктології обласної клінічної лікарні 24.03.2008р. з діагнозом гострий глибокий парапроктит. Загальний стан хворого важкий. Шкірні покриви бліді. Язик сухий, пульс 100уд в 1хв. Артеріальний тиск 140/90мм.рт.ст. Температура тіла 38,6°C. При огляді періанальної ділянки виявлено почервоніння, набряк м'яких тканин, болючий при пальпації інфільтрат, що займав ліву і задню півокружність анального отвору, в центральній частині інфільтрата виявлено розм'якшення тканин. При пальцевому дослідженні прямої кишки встановлено болючість задньої і лівої бічної стінки прямої кишки і нависання слизової оболонки.

Після проведення спинномозкової анестезії, над місцем найбільшого шкірного інфільтрату та флюктуації на промежині провели основний півмісяцевий розріз довжиною 8см, на середині відстані від анального отвору до сідничного горба, паралельно обводу анального кільця. Два додаткові радіальні розрізи на промежині провели з обох сторін від основного, строго перпендикулярно до лінії основного розрізу і в радіальному напрямі по відношенню до анального отвору. Внутрішні краї додаткових радіальних розрізів на промежині довжиною 7см розташували на відстані 4см від анального отвору, на межі запального інфільтрату періанальної ділянки і незміненої шкіри. Завершили операцію дренажуванням гнійника і залишили рани відкритими. В післяопераційному періоді проводили внутрішньовенну інфузійну і антибактеріальну терапію, місцеве лікування післяопераційних ран. Перебіг раннього післяопераційного періоду був без ускладнень, рани промежини загоїлися вторинним натягом. Хворий виписаний в задовільному стані на 21 добу. Розвитку флегмони тазу і гнійного запалення м'яких тканин промежини не спостерігали.

Вказаний спосіб хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту був включений в хірургічне лікування 18-ти хворих. Середні терміни стаціонарного лікування хворих основної групи становили в середньому 20±2 дня.

В той час, як серед 23 хворих, які були проліковані за аналогом, без додаткових радіальних розрізів, середні терміни стаціонарного лікування становили 25±2 дня.

Таким чином, порівняння з аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє скоротити терміни стаціонарного лікування на 5±2 дня і покращити його результати.