



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **41933** (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 ФОРМУВАННЯ ШВА ПРИ РАДИКАЛЬНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ НАГНОЄНИХ КІСТ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ

1

2

(21) u200902413

(22) 18.03.2009

(24) 10.06.2009

(46) 10.06.2009, Бюл.№ 11, 2009 р.

(72) МІШАЛОВ ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ, UA,
ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA, УМАНЕЦЬ
ОЛЕНА ІГОРІВНА, UA, НЕЧАЙ ВЛАДИСЛАВ СТЕ-
ПАНОВИЧ, UA

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, UA

(57) Спосіб формування шва при радикальному
хірургічному лікуванні нагноєних кіст крижово-
куприкової ділянки, що включає формування вуз-
лових швів, який **відрізняється** тим, що при на-
кладанні шва краї рани співставляють між собою
шляхом накладання модифікованого вертикально-
го 8-подібного вузлового адаптуючого шва.

Корисна модель стосується медицини, а саме проктології, і може бути використана при радикальному хірургічному лікуванні нагноєних кіст крижово-куприкової ділянки (пілонідальна кіста, епідермоїдна кіста куприка).

Відомий спосіб накладання шва при радикальному хірургічному лікуванні нагноєних кіст крижово-куприкової ділянки передбачає формування вузлових швів, якими підшивають краї рани до її дна. При цьому ріжучою голкою з шовковою лігатурою роблять вколювання в шкіру рани, а вколювання в її дно, після чого лігатуру зав'язують [1].

Недоліком аналогу є сильне натягнення накладених швів, у хворих зі значним прошарком підшкірної жирової клітковини та великих розмірів кістами крижово-куприкової ділянки, в наслідок чого відбувається швидке прорізання накладених швів, первинне розходження країв післяопераційної рани і, як наслідок, утворюються грубі деформуючі рубці (по типу «рибного острова»). Крім того, після зав'язування шва, накладеного за способом-аналогом, відбувається зіставлення (коаптація) неоднорідних тканин (шкіри та сполучної тканини дна рани), що призводить до поганого загоєння, вторинного інфікування та вторинного розходження країв післяопераційної рани після зняття швів.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу накладання первинного шва, який забезпечив би співставлення однорідних тканин при зав'язуванні шва, запобігав інфікуванню рани, сильному натягненню накладених швів та швидкому їх прорізання.

Поставлена задача вирішується тим, що при накладанні шва, згідно з корисною моделлю, краї рани співставляються між собою, шляхом накладання модифікованого вертикального 8-подібного вузлового адаптуючого шва.

Суть корисної моделі пояснена графічно.

На Фіг. зображений сформований шов, згідно корисної моделі, що заявляється, де 1 - окістя крижової кістки з крижовою фасцією, 2 - перший стібок шва, 3 - підшкірна жирова клітковина, 4 - другий стібок шва, 5 - дерма, 6 - епідерміс, 7 - третій стібок шва, 8 - інтрадермальний (адаптуючий) стібок шва.

Спосіб виконують наступним чином.

Ріжучою голкою з шовковою лігатурою 3/0 роблять перший стібок 2, яким захоплюють дно рани. Важливим елементом цього етапу є захват в перший стібок шва куприкової фасції з окістям куприкової кістки 1, що надає шву додаткової міцності. Другий стібок шва 4 виконують шляхом вколювання та вколювання голки в бокову поверхню рани - прошарок підшкірної жирової клітковини 3. Третій стібок шва 7 виконують шляхом вколювання голки в бокову поверхню рани протилежного краю та вколювання голки через дерму 5 та епідерміс 6. Лігатуру виймають з вушка голки, й заправляють у нього інший кінець лігатури. Після чого повторюють два стібка в дзеркальному відображенні з інших боків. Після вколювання голки на поверхні шкіри роблять додатковий інтрадермальний (адаптуючий) стібок шва 8 в товщі дерми, на бік рани, де знаходиться інший (вільний) кінець нитки. Сформований шов зав'язують на 4 вузли, максимально

(19) **UA** (11) **41933** (13) **U**

притискаючи вказівним пальцем руки, що формує шов, вузол до дна рани, що забезпечує добру адаптацію та запобігає утворенню ранової порожнини та забезпечує добрий косметичний ефект - фізіологічну реконструкцію міжсідничної складки.

Оскільки запропонований шов проходить через обидва краї рани - співставляються однорідні тканини (епідерміс з епідермісом, дерма з дермою, підшкірна жирова клітковина з підшкірною жиром, при чому за рахунок додаткового інтрадермального стібка 8 досягається додаткова адаптація тканин, що забезпечує загоєння рани первинним натягом. Додаткові стібки 4 при накладанні запропонованого шва забезпечують коаптацію не лише країв шкірної рани, але й співставлення однорідних прошарків підшкірної жирової клітковини, завдяки чому ліквідується ранова порожнина, як потенційний субстрат для нагноєння післяопераційної рани. При формуванні шва, згідно з корисною моделлю, краї шкірної рани ушиваються наглухо, що запобігає її інфікуванню. Два додаткові стібки 4, 7 в запропонованому шві дозволяють запобігти надмірному натягуванню зав'язаних лігатур за рахунок рівномірного розподілу сили їх натягнення на додатково сформовані стібки шва.

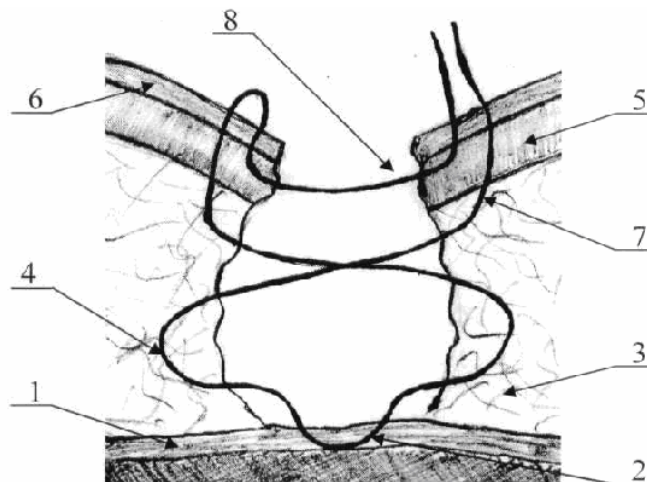
Приклад: хворий К., госпіталізований до відділення 04.08.2008 року з діагнозом: нагноєна пілонідальна кіста крижово-куприкової ділянки. При клініко-інструментальному та лабораторному обстеженні хворого протипоказань до радикального хірургічного лікування не виявлено. 06.08.2008 р. під спинномозковою анестезією виконано висічення пілонідальної кісти куприка в межах здорових тканин, післяопераційна рана ушита наглухо з допомогою чотирьох модифікованих вертикальних 8-подібних вузлових адаптуючих швів шовковими швами (3/0), згідно запропонованої корисної моде-

лі. Порожнину рани дреновано однопросвітним поліхлорвініловим дренажем в активному режимі. Перебіг раннього післяопераційного періоду гладкий, рана загоїлась первинним натягом, дренаж видалено на третю добу після операції. 11.08.2008 року в задовільному стані хворий виписаний зі стаціонару. Шви зняті в амбулаторному порядку на десяту добу післяопераційного періоду. На контрольних обстеженнях через 1, 3 та 6 місяців рецидиву захворювання та розходження швів після операційної рани не виявлено. Рана загоїлась первинним натягом, в міжсідничній складці сформувався тонкий малопомітний післяопераційний рубець.

Запропонований спосіб застосовувався у лікуванні 14 пацієнтів. В усіх хворих вдалося отримати добрий результат - рецидивів захворювання, розходження країв післяопераційної рани та її нагноєння не виявлено. В той же час, з 47 хворих, прооперованих по способу аналогу, у 18 виникли наступні ускладнення: у 6 хворих - нагноєння післяопераційної рани, у 3 пацієнтів відзначено прорізання швів з первинним розходженням країв післяопераційної рани, у 7 хворих після зняття швів відзначено вторинне розходження країв рани, в наслідок чого рана загоювалася вторинним натягом з утворенням грубого післяопераційного рубця; у 2 хворих виник рецидив пілонідальної кісти. Хворі з первинним розходженням країв післяопераційної рани оперовані повторно - виконано накладання пізніх вторинних швів, хворим з рецидивами основного захворювання виконано повторне висічення кіст крижово-куприкової ділянки.

Джерела інформації:

1. Ан. В.К., Ривкин В.Л. Неотложная колопроктология. - М.: Медпрактика, 2003. - 144с.



Фіг.