



УКРАЇНА

(19) UA (11) 46072 (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 ГОСТРИХ ПАРАПРОКТИТІВ

1

2

(21) u200905584

(22) 01.06.2009

(24) 10.12.2009

(46) 10.12.2009, Бюл.№ 23, 2009 р.

(72) ЕЛІН АНДРІЙ ФЕЛІКСОВИЧ, АВРАІМОВ СЕРГІЙ ЛЕОНІДОВИЧ, ТІТОВА ОЛЬГА ВОЛОДИМИРІВНА

(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб хірургічного лікування глибоких форм гострих парапроктитів шляхом розтину гнійника з подальшою санацією ранової порожнини, який **відрізняється** тим, що санацію здійснюють шляхом введення в ранову порожнину мембранно-діалізної системи з наступною щоденною зміною діалізату.

Корисна модель належить до медицини, а саме до проктології і може бути використана для хірургічного лікування хворих з гострими ішіоректальними і пельвіоректальними парапроктитами.

Відомий спосіб хірургічного лікування хворих (1) з глибокими формами гострих парапроктитів взято нами в якості прототипу: слідуючи цьому способу здійснюють розтин гнійної порожнини з заплывами, після чого порожнину санують і дренують, щодня міняючи пов'язку.

Однак цей спосіб має низку недоліків: утруднення процесу адекватного дренивання ранової порожнини; постійна травматизація ранової поверхні, що створює умови для поширення гнійного процесу в навколишній клітковинний простір; має місце виражений больовий синдром. Всі ці фактори не лише уповільнюють процес очищення й загоєння рани, а й завдають додаткових страждань хворому.

В основу корисної моделі покладено завдання по вдосконаленню хірургічного способу лікування хворих з глибокими формами гострих парапроктитів, чим би забезпечувалося підвищення ефективності способу за рахунок оптимізації перебігу ранового процесу.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі хірургічного лікування глибоких \* форм гострих парапроктитів, який включає розтин гнійника з подальшою санацією ранової порожнини, відповідно до корисної моделі, санацію здійснюють шляхом введення в ранову порожнину мембранно-діалізної системи з подальшим щоденним змінням діалізату (розчину, збалансованого відповідно електролітів з плазмою крові та осмотич-

ним тиском гідрофільних полімерів, до складу якого входять антибіотики й інші медикаменти спрямованої дії).

Так забезпечується комплексний біохімічний вплив на порожнину гнійника шляхом адекватного дренивання без додаткової травматизації тканин у рані і вираженого больового синдрому.

Спосіб здійснюється таким чином. Після широкого розтину гнійника і пальцевої ревізії рани, з метою виявлення можливих гнійних заплывів, в утворену порожнину вводять мембранно-діалізну систему-замкнену ємність з напівнепроникної мембрани. Розміри діалізної мішки підбирають індивідуально для кожного хворого залежно від форми і глибини залягання гнійного осередку. Фіксація системи досягається шляхом лігатурного шва до шкірного краю рани і за допомогою пов'язки. В систему шприцем вводять діалізат з антибактеріальними препаратами, який змінюють щодоби.

Приклад

Хворий Васильєв А.А. 56-ти років надійшов в ургентному порядку в тяжкому стані зі скаргами на наявність болючого інфільтрату в ділянці заднього проходу, загальну слабкість, сухість у роті, гіпертермію до 38,7°C. Давність захворювання 6 діб. Під епідурально-сакральною анестезією (ЕСА) виконано ургентну операцію - розтин гострого парапроктиту. Порожнина гнійника знаходилася в лівому пельвіоректальному просторі. Після випорожнення гнійникової порожнини (до 100мл вершковоподібного гною) і санації антисептиками в ранову порожнину вводиться мембранно-діалізна система. Після фіксації до шкіри вузловим швом система заповнюється діалізатом з антибіотиками. Накла-

(19) UA (11) 46072 (13) U

дається пов'язка. Починаючи з першої доби після операції, в умовах перев'язувальної практично безболісно для хворого здійснювалася зміна діалізату. На 6-у добу після операції діалізний мішок було видалено. Рана зменшилася у розмірах, чиста, дно вистелене грануляційною тканиною рожевого кольору. Відокремлюване в незначній кількості, серозне. На 10-у добу після операції хворого виписано з відділення в задовільному стані.

Цей спосіб дає змогу убезпечити рану від механічного, хімічного подразнення і вторинного ін-

фікування ранової поверхні з урахуванням збереження адекватного кровообігу й оксигенації, а також оптимізувати перебіг ранового процесу зі скороченням його фаз.

Спосіб досить економічний і не потребує додаткових затрат.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Б.М. Даценко. Київ "Здоровье", 1995г. Теория и практика местного лечения гнойных ран.