



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **65836** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61D 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИСІЧЕННЯ ПІЛОНІДАЛЬНОЇ КІСТИ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ

1

2

(21) u201109132

(22) 21.07.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл.№ 23, 2011 р.

(72) ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ

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

(57) Спосіб висічення пілонідальної кісти крижово-куприкової ділянки, що передбачає висічення всіх елементів пілонідальної кісти єдиним блоком до крижової фасції, який **відрізняється** тим, що роз'єднання та одночасну коагуляцію м'яких тканин під час висічення пілонідальної кісти виконують з використанням ультразвукового дисектора (Sonoca190 фірми Suring GmbH, Німеччина).

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до проктології і загальної хірургії, і може бути використана для хірургічного лікування хворих на пілонідальні кісти (ускладнені форми епітеліально-куприкового ходу) крижово-куприкової ділянки.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування пілонідальних кіст крижово-куприкової ділянки вибраний нами як прототип, що передбачає висічення всіх елементів пілонідальної кісти єдиним блоком до крижової фасції та ушивання операційної рани вузловими швами (1).

Недоліком способу-прототипу є:

- значна кровоточивість м'яких тканин під час мобілізації елементів великих пілонідальних кіст, що створює технічні труднощі під час хірургічних маніпуляцій у дні рани, потребує додаткового застосування електрокоагуляції та перев'язки судин, що кровоточать; обумовлює інтраопераційну крововтрату;

- недостатній гемостаз після видалення пілонідальної кісти призводить до формування гематоми післяопераційної рани, яка ускладнює перебіг післяопераційного періоду за рахунок її інфікування;

- необхідність ретельного гемостазу перед ушиванням операційної рани обумовлює значну затрату часу на його проведення, створює великі масиви коагульованих тканин в рані, залишає шовний матеріал в рані;

- існує ризик виникнення гематом (внутрішньотканинних кровотеч) післяопераційної рани внаслідок зісковзування та прорізання лігатури на перев'язаних судинах;

- залишення значної кількості шовного матеріалу, як морфологічного субстрату для алергічних реакцій сповільненого типу та сприятливого фактора для розвитку і підтримання інфекційного процесу.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування пілонідальних кіст крижово-куприкової ділянки, який забезпечує мінімальну інтраопераційну кровоточивість та крововтрату, зменшує ризик утворення гематоми післяопераційної рани, мінімізує використання шовного матеріалу.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в спрощенні техніки оперативного втручання та зниженні частоти післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування пілонідальних кіст крижово-куприкової ділянки, що передбачає висічення всіх елементів пілонідальної кісти єдиним блоком до крижової фасції, згідно корисної моделі роз'єднання та одночасну коагуляцію м'яких тканин під час висічення пілонідальної кісти виконують з використанням ультразвукового дисектора (Sonoca190 фірми Suring GmbH, Німеччина).

Суть корисної моделі полягає у тому, що, завдяки використанню в способі ультразвукового дисектора, здійснюється одночасне роз'єднання та коагуляція м'яких тканин під час висічення пілонідальної кісти, за рахунок чого досягається мінімальна інтраопераційна кровотеча, скорочується тривалість операції, досягається надійний післяопераційний гемостаз.

Спосіб виконують наступним чином:

Після обробки операційного поля виконують зондування первинних та вторинних норицевих

(13) **U**
(11) **65836**
(19) **UA**

ходів пілонідальної кісти. В порожнину кісти вводять 3 % розчин перекису водню з діамантовим зеленим для профарбовування всіх елементів пілонідальної кісти. Двома облямовувальними розрізами з обох боків від міжсідничної складки виконують розріз дерми. Інтрадермальну кровотечу зупиняють точковою монополярною електрокоагуляцією. З допомогою ультразвукового дисектора (Sonoca190 фірми Suring GmbH, Німеччина) виконують одночасну коагуляцію судин та дисекцію незмінених м'яких тканин, орієнтуючись на профарбовані стінки пілонідальної кісти. Для цього робочі клепи інструменту вводять між ділянкою тканини, яку планують пересікти і приводять інструмент в режим коагуляції. Натяг тканин та сила зведення браншів робочої частини інструменту повинні бути мінімальними для досягнення максимального коагуляційного ефекту. Разом з коагуляційним ефектом поступово наступає ефект різання і коагульовані тканини пересікаються. Поетапно повторюючи описані маніпуляції з усіх боків обходять елементи пілонідальної кісти, мобілізуючи її до крижової фасції. Від останньої кіста, яка правило, легко та безкровно відділяється тупим шляхом. При вірній методиці виконання оперативне втручання проходить без крововтрати. Цілісність післяопераційної рани відновлюється будь-яким з відомих способів (вузловими адаптуючими швами, підшивання до дна рани тощо).

Виконання оперативного втручання, згідно рисної моделі, має наступні переваги:

- операція виконується практично безкровно, без застосування додаткових методів гемостазу, що робить всі маніпуляції в рані візуально-контрольованими та технічно зручними;

- зменшується ризик виникнення гематом в ділянці післяопераційної рани внаслідок недостатнього інтраопераційного гемостазу чи зісковзування лігатури з перев'язаної судини, оскільки остаточний гемостаз здійснюється за рахунок коагуляції тканин під дією ультразвукових коливань;

- зменшується частота нагноєння післяопераційної рани за рахунок зменшення кількості чужорідного шовного матеріалу в рані та запобігання утворення гематоми післяопераційної рани з наступним її інфікуванням;

- за рахунок ефекту одночасної коагуляції та дисекції скорочується тривалість оперативного втручання завдяки економії часу на гемостаз.

Приклад: хворий П., госпіталізований до відділення 25.05.2010 року з діагнозом: пілонідальна кіста крижово-куприкової ділянки ускладнена частими загостреннями з утворенням вторинних норичевих ходів. Хворому виконане висічення всіх елементів пілонідальної кісти одним блоком з використанням ультразвукової дисекції згідно рисної моделі. Оперативне втручання пройшло практично безкровно. Операційна рана ушита вертикальними адаптуючими 8-подібними швами наглухо, без додаткового дренирування. Післяопераційний період протікав без ускладнень, рана загоїлася первинним натягом. Рецидиву захворювання у строки спостереження до 1 року не виявлено.

Запропонований спосіб застосовувався у лікуванні 9 пацієнтів. В усіх хворих вдалося отримати добрий результат - післяопераційних ускладнень та рецидиву захворювання не було. Середня тривалість оперативного втручання склала $23,4 \pm 5,8$ хвилини. Мобілізація пілонідальної кісти в усіх випадках протікала безкровно. В той же час, із 22 хворих, прооперованих згідно зі способом-аналогом, у 6 пацієнтів після операції сформувалася гематома післяопераційної рани, яка потребувала зняття швів з рани для її евакуації. У 3 пацієнтів в післяопераційному періоді відбулося нагноєння рани, причиною якого була інфікована гематома. У 2 хворих в строки спостереження до 1 року відмічено рецидив основного захворювання. Середня тривалість оперативного втручання склала $38,4 \pm 4,6$ хвилини.

Спосіб, що заявляється, апробований на базі кафедри хірургії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, Головного військово-медичного клінічного центру МО України та хірургічного відділення військово-медичного управління СБ України. Отримані позитивні результати дають підстави рекомендувати цей спосіб в широку медичну практику.

Джерела інформації:

1. Воробьев Г. И. Клиническая колопроктология / Г. И. Воробьев. - М.: "МИА", 2006. - 431 с.