



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41932 (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 ПЕРВИННОГО ШВА ПРИ РАДИКАЛЬНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ НАГНОЄНИХ КІСТ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ

1

2

(21) u200902412

(22) 18.03.2009

(24) 10.06.2009

(46) 10.06.2009, Бюл.№ 11, 2009 р.

(72) МІШАЛОВ ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ, ЦЕ-
МА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, ШУДРАК АНАТО-
ЛІЙ АНАТОЛІЙОВИЧ, УМАНЕЦЬ ОЛЕНА ІГОРІВ-
НА

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

(57) Спосіб формування первинного шва при ра-
дикальному хірургічному лікуванні нагноєних кіст
крижово-куприкової ділянки, що включає форму-
вання вузлових швів, який **відрізняється** тим, що
повноцінне співставлення країв рани досягають
шляхом накладання модифікованого вертикально-
го П-подібного багатостібкового адаптующого шва.

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

Відомий спосіб накладання шва при радикальному хірургічному лікуванні нагноєних кіст крижово-куприкової ділянки передбачає формування вузлових П-подібних швів за Мак-Мілланом-Донатті, якими одним стібком прошивають дно рани та обидва її краї, а іншим стібком прошивають дермальний шар шкіри в зворотному напрямку. При цьому ріжучою голкою з шовковою лігатурою роблять вколювання в шкірний край рани з одного боку і одним рухом, прошиваючи її дно виколують голку на іншому боці шкірного краю рани, другим стібком проходять дермальний прошарок шкіри, повертаючи кінець лігатури на протилежний бік рани, після чого лігатуру зав'язують [1,2].

Недоліком аналогу є технічні незручності при накладанні шва у осіб з товстим прошарком підшкірної жирової клітковини та кістами крижово-куприкової ділянки великих розмірів, в яких дуже важко прошити всі шари операційної рани одним стібком. Крім того, при затягуванні такого шва, у хворих з великим рановим дефектом після висічення кісти не досягається повноцінного співставлення країв рани (залишається діастаз глибоких шарів ранових поверхонь), в наслідок чого утворюється ранова порожнина, в якій накопичується рановий екссудат, що є причиною нагноєння післяопераційних ран. Значним недоліком швів Мак-Міллана-Донатті є те, що при затягуванні швів,

накладених за способом аналогом, неможливо забезпечити адекватне дренирування рани з допомогою трубчастих дренажних систем, оскільки дренажна система потрапляє в стьожок шва, при затягуванні якого, дренажна трубка потрапляє у шов та перетискається. Крім того, видалити встановлений дренаж, який потрапив у затягнутий шов, накладений за способом-аналогом, до зняття швів неможливо.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу накладання первинного шва, який запобігав би утворенню ранової порожнини, шляхом забезпечення повноцінного співставлення однорідних тканин при зав'язуванні шва, забезпечив можливість для адекватного дренирування рани та не створював технічні труднощі при його формуванні у хворих з товстим прошарком підшкірної жирової клітковини та великими рановими дефектами після висічення кіст куприка.

Поставлена задача вирішується тим, що при накладанні шва, згідно з корисною моделлю, досягається повноцінне співставлення країв рани, шляхом накладання модифікованого вертикального П-подібного багатостібкового адаптующого шва.

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

Спосіб виконують наступним чином.

(19) UA (11) 41932 (13) U

Ріжучою голкою з шовковою лігатурою 3/0 роблять перший стьожок шва 2, яким захоплюють дно рани. Важливим елементом цього етапу є захват в перший стьожок шва куприкової фасції з окістям куприкової кістки 1, що надає шву додаткової міцності. Другий стьожок шва 4 виконують шляхом вколювання голки в бокову поверхню рани (прошарок підшкірної жирової клітковини 3) та вколювання її на поверхні шкіри. Після цього лігатуру виймають з вушка голки, й заправляють у нього інший кінець лігатури. Наступним етапом виконують третій стьожок шва, який є дзеркальним відображенням другого стібка. Після вколювання голки на поверхні шкіри роблять додатковий інтрадермальний (адаптуючий) стьожок шва 7 в товщі дерми, на бік рани, де знаходиться інший (вільний) кінець нитки. Сформований шов зав'язують на 4 вузли, максимально притискаючи вказівним пальцем руки, що формує шов, вузол до дна рани, що забезпечує добру адаптацію країв рани та запобігає утворенню ранової порожнини.

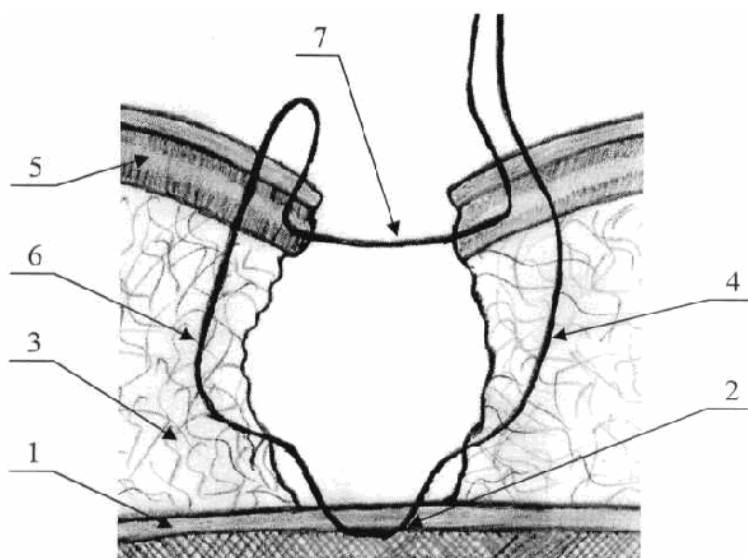
Додаткові стібки 4, 6 при накладанні запропонованого шва запобігають утворенню діастазу глибоких шарів рани та, як наслідок, утворення ранової порожнини, яка є потенційним субстратом для нагноєння післяопераційної рани. Крім того, виконання в розробленому способі додаткових стібків шва 4, 6 дозволяє створити проміжок (між першим 2 і другим 4 та першим 2 і третім стібками шва), який зручно використовувати для адекватного дренивання післяопераційної рани, оскільки він залягає в самій нижній точці рани, куди стікає весь рановий ексудат. Оскільки таких проміжків після затягування шва утворюється два (з обох боків від першого стібка 2), створюються зручні умови для налагодження проточно-промивної системи в глибоких прошарках рани, що забезпечує її адекватне дренивання та запобігає її нагноєнню, навіть без застосування антибіотиків. Так як встановлений в цей проміжок дренаж не потрапляє до шва при його затягуванні, дренажну трубку можна за потреби видалити в будь-який момент післяопераційного періоду, не знімаючи накладені шви на післяопераційну рану. Оскільки всі стібки запропонованого шва накладаються в напрямку з глибини рани на поверхню, вдається уникнути значних технічних труднощів при накладанні швів у хворих з товстим прошарком підшкірної жирової клітковини та великим рановим дефектом після висічення кіст крижово-куприкової ділянки.

Приклад: хворий М., госпіталізований до відділення 13.08.2008 року з діагнозом: нагноєна епідермоїдна кіста куприка. При клініко-інструментальному та лабораторному обстеженні хворого протипоказань до радикального хірургічного лікування не виявлено. 15.08.2008 р. під спинномозковою анестезією пацієнту виконано висічення кісти куприка в межах здорових тканин, післяопераційна рана ушита наглухо з допомогою п'яти модифікованих вертикальних П-подібних вузлових багатостібкових адаптуючих швів шовковими нитками (3/0), згідно запропонованої корисної моделі. З допомогою двох однопросвітних поліхлорвінілових дренажів налагоджена проточно-промивна система рани. Перебіг раннього післяопераційного періоду гладкий, рана загоїлась первинним натягом, дренажі видалено на четверту добу після операції. Антибактеріальна терапія хворому до та після операції не проводилася. 19.08.2008 року в задовільному стані хворий виписаний зі стаціонару. Шви зняті в амбулаторному порядку на дев'яту добу післяопераційного періоду. На контрольних обстеженнях через 1, 3 та 6 місяців рецидиву захворювання, нагноєння післяопераційної рани, розходження країв рани не виявлено.

Запропонований спосіб застосовувався у лікуванні 18 пацієнтів. В усіх хворих вдалося отримати добрий результат-рецидивів захворювання, розходження країв післяопераційної рани та її нагноєння не виявлено. В той же час, з 31 хворого, прооперованих по способу аналогу, у 11 виникли наступні ускладнення: у 5 хворих - нагноєння післяопераційної рани, у 2 пацієнтів відзначено прорізання швів з первинним розходженням країв післяопераційної рани, у 3 хворих після зняття швів відзначено вторинне розходження країв рани, в наслідок чого рана загоювалася вторинним натягом з утворенням грубого післяопераційного рубця; у 1 хворого виник рецидив епідермоїдної кісти куприка. Хворі з первинним розходженням країв післяопераційної рани оперовані повторно - виконано накладання пізніх вторинних швів, хворому з рецидивом основного захворювання виконано повторне висічення епідермоїдної кісти куприка.

Джерела інформації:

1. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробйова.-М: „МИА“, 2006. -432 с
2. Нычик А.З. Основы оперативной техники в хирургии. -Тернополь, 2003.-2004 с.



Фиг. 1