



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **43407** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НАГНІЙНИХ ФОРМ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ КУПРИКОВИХ ХОДІВ**

1

2

(21) u200903870

(22) 21.04.2009

(24) 10.08.2009

(46) 10.08.2009, Бюл.№ 15, 2009 р.

(72) ІФТОДІЙ АНДРІАН ГЕОРГІЙОВИЧ, РУСАК
ОЛЕГ БОГДАНОВИЧ(73) БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ МОЗ УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування хворих із нагнійними формами епітеліальних куприкових ходів шляхом двоетапної методики лікування, який **відрізняється** тим, що на першому етапі застосовується мікродренуюча санація гнійної порожнини з використанням розчину антисептика та використання внутрішньотканинного електрофорезу для забезпечення ефективності лікування.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме до хірургічних хвороб та може бути використана для лікування хворих на нагноєні форми епітеліальних куприкових ходів. По даним різних авторів, пацієнти з епітеліальними куприковими ходами (ЕКХ) складають від 4 до 12,5% всіх проктологічних хворих в стаціонарі. Показник захворюваності серед дорослого населення ЕКХ спостерігається у 3-5% людей. Хворі з нагноєними формами ЕКХ це є переважно чоловіки молодого віку (18-30р.), найбільш працездатного населення. Залежно від способу ведення операційної рани всі методи оперативного лікування поділяються на три групи: відкриті, напіввідкриті та закриті.

Відкриті методи характеризуються тим, що, незалежно від способу виконання операції, післяопераційна рана не зашивається і ведеться під мазевими пов'язками до повної епітелізації. Головним недоліком є високий рецидив захворювання (72,8-88,6% Б.Л.Канделі 1960; А.І.Наливкін 1983). Для усунення недоліків відкритого і напіввідкритого методів лікування ЕКХ багато авторів застосовують двоетапний закритий метод лікування нагноєних форм ЕКХ (А.Н.Рижих 1956; Н.А.Яковлев 1976; А.Т.Ярошевський 1979 та ін.). Суть методики полягає в тому, що радикальна операція виконується на 4-10 добу після пункційної або катетеризаційної санації гнійника та стихнення запального процесу. При нагноєнні ЕКХ на даний час виконують різні методи лікування. Деякі автори віддають перевагу радикальному висіченню вогнища запалення в межах здорових тканин з накладенням первинних швів на рану, але розміри гнійної порожнини не завжди дозволяють виконати первинно радикальну операцію.

Аналогом є спосіб оперативного лікування хворих з гострим нагноєнням ЕКХ типу одномоментних радикальних втручань, які передбачають широке вирізання гнійника та нанесення на відкрити рану мазі Левосин під пов'язку (Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Эпителиальный копчиковый ход // М., 1988 - с.126). Недоліками аналога є: тривалий (до 4 місяців) період втрати працездатності, що є важливим, із-за переважної більшості хворих працездатного віку; загоєння рани відбувається за типом вторинного натягу, що пролонгує строки післяопераційного лікування, потребує виконання щоденних перев'язок і використання визначених лікарських засобів; утворення грубого післяопераційного рубця; часте виникнення рецидивів.

Прототипом корисної моделі є спосіб радикального хірургічного лікування хворих на нагнійні форми ЕКХ (Деклараційний патент України №53453А, А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування епітеліального куприкового ходу / Б.М.Даценко, О.Б.Даценко, Або Галі Мохаммад), згідно якому лікування включає 2 етапи, на першому здійснюють хірургічну санацію гнійника із послідовним місцевим медикаментозним лікуванням рани до стихання запального процесу, на другому етапі проводять радикальну операцію, яку здійснюють через декілька днів. Згідно даного винаходу на першому етапі для санації гнійника строго по середній лінії виконують розріз, евакуюють гнійний вміст, визначають чутливість мікрофлори до антибактеріальних засобів, які використовують з наступного дня, порожнина гнійника тампонується тампоном з маззю на гідрофільній основі «Левосин». Лікування на першому етапі триває 14-15 діб.

(19) **UA** (11) **43407** (13) **U**

Недоліками прототипу є відсутність постійного дренивання, використання мазі та тампонада рани, що затримує відторгнення некрозу, перешкоджає відтоку гнійного ексудату і погіршує умови протікання ранового процесу, також мазі мають вузьконаправлену антибактеріальну дію.

Нами пропонується рішення, що усуває вказані недоліки.

В основу корисної моделі поставлене завдання удосконалити спосіб лікування хворих на нагнійні форми епітеліальних куприкових ходів шляхом мікродренуючої електролізисної санації гнійної порожнини з використанням розчину антисептика Октенісепту® (регістраційне посвідчення №UA/4056/01/01 від 15.12.2005 до 15.12.2010) та використання внутрішньотканинного електрофорезу для забезпечення ефективності лікування.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі лікування хворих на нагнійні форми епітеліальних куприкових ходів, згідно винаходу проводиться пункція гнійника, введення хлорвінілового трубчастого катетера з просвітом діаметром 3мм, евакуація гнійного вмісту (частина матеріалу забирається на бактеріологічне дослідження), введення у порожнину гнійника розчину Октенісепту® з наступним проведенням сеансу внутрішньотканинного електрофорезу густиною струму 0,025мА/см² протягом 60хв. Електрофорез проводять шляхом введення в дренажну трубку розчину Октенісепту® та накладанням двох електродів-прокладок площею 100см на куприкову і лобкову ділянки так, щоб гнійник знаходився в міжелектродному просторі, з послідовним переводом хлорвінілового катетера в дренаж до наступного сеансу внутрішньотканинного електрофорезу (18-24год), курс лікування – 2-4 сеанси.

Ознаками корисної моделі є:

1. пункція гнійника;
2. гумовий хлорвініловий катетер;
3. використання розчину антисептика Октенісепту®;
4. сеанс внутрішньотканинного електрофорезу.

Спільними ознаками прототипу та корисної моделі є те, що проводиться двоетапне лікування нагноєння епітеліального куприкового ходу з санацією вогнища запалення, що є підготовкою до радикального видалення ЕКХ після стихання гострого запального процесу. Спосіб, що заявляється, відрізняється від прототипу тим, що проводиться пункційна санація гнійника з активним дрениванням та використанням антисептика з широким спектром антибактеріальної дії (на відміну від використання в прототипі мазі Левосин) та проведенням внутрішньотканинного електрофорезу.

Таблиця 1

	Ознаки	Прото-тип	Спосіб, що заявляється
1.	Двоетапне лікування	+	+
2.	Санація гнійника	+	+
3.	Розкриття гнійника	+	-
4.	Пункція гнійника	-	+
5.	Активне дренивання гнійника	-	+

6.	Тампонада гнійника	+	-
7.	Використання мазі	+	-
8.	Використання антисептика з широким спектром антимікробної дії	-	+
9.	Проведення сеансів внутрішньотканинного електрофорезу	-	+
10.	Купування ознак запалення	5-6 доба	1-2 доба
11.	Термін перебування хворих на 1 етапі лікування	9-10 діб	2-3 доби
12.	Ефективність лікування	72%	92%
13.	Частота рецидивів	25%	7%

Епітеліальний куприковий хід - це вроджене захворювання, що обумовлене дефектом розвитку каудального кінця ембріона, при якому під шкірою залишається покритий епітелієм хід і яким страждає 5-7% дорослого населення і першим його проявом є нагноєння.

Внутрішньотканинний електрофорез - це поєднане використання антибактеріальних і проти-запальних засобів і електричного поля постійного струму, тобто створюючи електричне поле відповідно зоні запального процесу вдається підвищити концентрацію лікарських засобів у вогнищі запалення, розташованому в міжелектродному просторі. Особливістю методики внутрішньотканинного електрофорезу є та особливість, що при проведенні лікування не враховується полярність лікарських засобів і розташування електродів залежно від їх полярності.

Теоретичне підґрунтя для використання способу. Використання пункційної санації та активного дренивання порожнини гнійника сприяє кращій елімінації та деконтамінації гнійного вмісту, швидшому очищенню та стиханню запального процесу. Використання водного антисептика Октенісепта® (фірма «Шульке і Майер», Німеччина), діючою речовиною якого є октенідингідрохлорид та 2-феноксietанол, який має виражений і тривалий антибактеріальний та антивірусний ефект за рахунок гідрофобної взаємодії діючих речовин з цитоплазматичними мембранами патогенних мікроорганізмів і в 1,5-2 рази сильніша дія, ніж засобів хлоргексидина (Малиновский Н.Н. та ін.. 1997р., Рубашная та ін. 1997р.). Широкий спектр дії даного препарату характеризується вираженням бактерицидним ефектом відносно грам-негативної, грам-позитивної та анаеробної мікрофлори, дріжджів, дріжджеподібних грибів, трихомонад та наявністю віруцидної дії стосовно збудників СНІДу, гепатиту, спороцидної активності щодо збудників особливо небезпечних інфекцій супроводжується детоксикаційною дією по відношенню до мікробних екзотоксинів та відсутністю формування резистентності мікрофлори при тривалому застосуванні. Використання Октенісепту® зумовлено не тільки його ефективністю щодо збудників ранової інфекції, але й відсутністю больових відчуттів при його застосуванні, відсутністю сенсibiliзуючого, місцевого подразнюючого ефекту, відсутністю забарвлення шкіри, що, певною мірою полегшує ранню діагностику місцевих інфекційних ускладнень, ни-

зкими резорбтивними властивостями шкіри і гра- нуляційної тканини по відношення до октенідину, відсутністю порушення заживання ран та відсутні- стю гострої та хронічної токсичності. Також вико- ристовується проведення сеансу внутрішньотка- нинного електрофорезу з розташуванням електроду (Kt) площею 100см², який розміщується в ділянці куприка, інший (An⁺) площею 100см² - на лобковій ділянці. Сила струму до 0,025мА/см². Процедури проводять щоденно тривалістю 60 хв. На курс лікування 2-4 сеанси. Електричне поле струму має антибактеріальний ефект, підвищує чутливість мікроорганізмів до розчинів антисепти- ків, зменшує запальні явища, покращує репаратив- ні процеси та сприяє кращому відтоку ексудату. В комплексі використання Октенісепту і сеансів вну- трішньотканинного електрофорезу дозволяє купу- вати гостре запалення та очистити рану від гнійних мас і дозволяє провести радикальне висічення ЕКХ на 3-4 добу.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Хворому виконують пункційну санацію та вво- дять хлорвініловий катетер у порожнину гнійника. Через катетер у дану порожнину вводять розчин Октенісепту® (кількість залежить від розміру поро- жнини і по ходу лікування зменшується), з послі- дуючим проведенням сеансу внутрішньотканинно- го електрофорезу. Електрод площею 100см², накладений на куприкову ділянку, підключають до клеми "мінус" апарату "Поток-1", електрод площею 100см² накладають на лобкову ділянку так, щоб порожнина гнійника знаходилася в міжелектрод- ному просторі, і підключають до клеми "плюс". Тривалість процедури 60 хвилин, щільність струму - 0,025мА/см².

Приклад практичного використання способу.

Нами був апробований спосіб, що заявляєть- ся, в хірургічній клініці кафедри хірургії та урології

Буковинського державного медичного університету на 22 хворих. При застосуванні запропонованого способу передопераційної підготовки клінічно на 2-3 добу у хворих відзначалось зникнення болювого синдрому, відсутність гнійних виділень, перифока- льного запалення та мікробної контамінації, що підтверджувалося бактеріологічним дослідженням. Хворим на 3-4 добу виконувалося радикальне ви- січення епітеліального куприкового ходу із наклад- денням швів по Донаті і на 8-9 добу після операції хворі в задовільному стані із загоєною первинним натягом раною виписувалися додому.

Таблиця 2

	Ознаки	Контроль- на група	Дослідна група
1.	Кількість хворих	12	22
2.	Зникнення болю	4-5 день	1-2 день
3.	Відсутність гнійних виді- лень	4-5 день	2-3 день
4.	Підвищення температури тіла	2-3 день	2 день
5.	Зникнення гіперемії шкіри	3-4 день	2 день
6.	Радикальне висічення ЕКХ	на 6-7 день	на 3-4 день
7.	Зняття швів	12 доба	8 доба
8.	Середній ліжко-день	13±1,2дня	9±0,9 дня

Технічний результат: запропонований спосіб може успішно використовуватись для лікування хворих із нагнійними формами ЕКХ, що дозволяє суттєво підвищити ефективність лікування та зме- ншити тривалість перебування хворих в стаціонарі за рахунок застосування розчину антисептика Ок- тенісепту® та сеансів внутрішньотканинного елект- рофорезу. Спосіб технічно простий у виконанні, не потребує значних матеріальних затрат і може ви- користовуватись у всіх хірургічних стаціонарах.