



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **59690** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПЕЛЬВЕОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТУ**

1

(21) u201013278

(22) 08.11.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) КАПШИТАР ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ

(73) КАПШИТАР ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ

(57) Спосіб хірургічного лікування гострого пельвеоректального парапроктиту шляхом виконання доступу до вогнища ураження та дренирування, який відрізняється тим, що доступ до вогнища ураження виконують над лоном подовжньо та позаочеревинно, причому спочатку розсікають передню

2

та передміхурову фасцію і проникають в передміхуровий простір, що локалізується позаочеревинно, відтісняють жирову клітковину доверху разом з перехідною складкою очеревини, потім візуально та пальпаторно визначають локалізацію інфільтрату в пельвеоректальній клітковині, пунктують його голкою і, отримавши гній, виконують розтин, а після цього в порожнині гнояка роз'єднують перемички пальцем, санують антисептиками та дрениують 4 поліхлорвініловими трубками, які виводять через контрапертури в правій та лівій пахвинній ділянках, використавши по 2 трубки.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії - розділу проктології і може бути використана у лікуванні гострого пельвеоректального парапроктиту.

Гострий парапроктит належить до числа найбільш поширених захворювань у колопроктології. Частота цього захворювання становить 24-50%. Пельвеоректальний парапроктит серед усіх форм гострого парапроктиту складає 3,3-7,2%. Він локалізується досить високо у порожнині малого тазу та відокремлений від черевної порожнини парієтальною очеревиною, а дистальніше - від інших клітковинних просторів прямої кишки (ішиоректальне та підшкірне) - м'язом, що піднімає задній прохід. Клінічні ознаки патологічного процесу зі сторони промежини: біль, набряк, інфільтрат, почервоніння та ін. з'являються досить пізно від початку захворювання (3-4 тиждень), коли гнійний патологічний процес пошкоджує м'яз, що піднімає задній прохід та розповсюджується на ішиоректальний і підшкірний клітковинний простір.

Оперативне лікування складається з розкриття гнояка зі сторони промежини, ревізії, некректомії, санації та дренирування. Досить тяжкий перебіг захворювання з високою інтоксикацією, довготривалим лікуванням, великими грошовими витратами, а у деяких випадках - навіть летальним кінцем.

Це обумовлює необхідність розробки нових, більш ефективних способів хірургічного лікування гострого пельвеоректального парапроктиту.

Найбільш близьким за сутністю та технічним

результатом є спосіб хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту, що включає основний напівмісяцевий розріз на промежині і дренирування порожнини гнійника та два додаткових радіальних розрізи на межі запального набряку періанальної ділянки шкіри довжиною 4-7 см [патент UA № 412019, МПК (2006) A61B 17/00. "Спосіб хірургічного лікування глибоких форм гострого парапроктиту"//Промислова власність. - 2009. - №9].

Спільними суттєвими ознаками найближчого аналога і способу, що заявляється, є такі:

доступ до вогнища ураження;
дренирування.

Однак, цей спосіб недостатньо ефективний тому, що йому притаманна низка негативних моментів:

пізня операція, коли патологічний процес пошкодив м'яз, що піднімає задній прохід та поширився на ішиоректальний і підшкірний клітковинний простір;

за інтактної ішиоректальної та підшкірної клітковини оперативний доступ зі сторони промежини вторинно інфікує ці простори з подальшим розвитком важкого гнійно-септичного процесу;

нерідко виникають значні технічні труднощі для адекватного розкриття та дренирування гнійного вогнища;

шлях ранового каналу для дренирування гострого пельвеоректального парапроктиту досить довгий;

(13) **U**
(11) **59690**
(19) **UA**

збільшується травматичність самої операції та крововтрата;

у частини хворих виникає необхідність у повторних оперативних втручаннях;

можливі такі ятрогенні пошкодження, як поранення сечового міхура, простати та ін.;

довготривала гнійна інтоксикація нерідко призводить до сепсису - загальної гнійної інфекції, що значно погіршує результати лікування;

досить болючі перев'язки з використанням тампонів;

необхідні додаткові перев'язки після кожного акта дефекації;

вище вказане призводить до збільшення грошових витрат на лікування, подовжує ліжко/день та період реабілітації, частина хворих помирає.

Таким чином, спосіб-найбільш близький аналог має значні вади, які погіршують результати лікування, а у частини хворих ведуть до незадовільного результату.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу хірургічного лікування гострого пельвеоректального парапроктиту шляхом зміни місця доступу до порожнини патологічного вогнища та дренивання, що забезпечить підвищення ефективності лікування. Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає доступ до вогнища ураження та дренивання новим є те, що доступ до вогнища ураження виконують над лоном подовжньо та позаочеревинно, причому спочатку розсікають передню та передміхурову фасцію і проникають в передміхуровий простір, що локалізується позаочеревинно, відтісняють жирову клітковину доверху разом з перехідною складкою очеревини, потім візуально та пальпаторно визначають локалізацію інфільтрату в пельвеоректальній клітковині, пунктують його голкою і, отримавши гній, виконують розтин, а після цього в порожнині гноя роз'єднують перемички пальцем, санують антисептиками та дрениують 4 поліхлорвініловими трубками, які виводять через контрапертури в правій та лівій пахвинній ділянках, використавши по 2 трубки.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом, полягає у наступному:

запропонований доступ менш травматичний;

виключається додатковий розтин тканин двох клітковинних просторів зі сторони промежини, які ще не втягнуті в гнійно-некротичний процес;

не інфікується ішіоректальний та підшкірний клітковинний простір, чим виключається поширення на них гнійно-некротичної флегмони, а подалі - і флегмон суміжних ділянок;

операція виконується в більш короткі терміни захворювання, що зводить до мінімуму ризик ускладнень;

відсутні повторні оперативні втручання;

виключені ятрогенні пошкодження;

не має необхідності в болючих перев'язках;

загалом, скорочені грошові витрати на лікування, ліжко/день, період реабілітації, відсутня

летальність.

Спосіб здійснюється таким чином. У хворого діагностований гострий пельвеоректальний парапроктит. Його прояви зі сторони промежини ще відсутні. Починаючи від лона, виконують розтин білої лінії живота довжиною 7 см. Розсікають передню та передміхурову фасцію і проникають в передміхуровий простір, що локалізується позаочеревинно. Відтісняють жирову клітковину доверху разом з перехідною складкою очеревини. Візуально та пальпаторно визначають локалізацію інфільтрату в пельвеоректальній клітковині, пунктують його голкою і, отримавши гній, виконують розтин. Після цього в порожнині гноя роз'єднують перемички пальцем, санують антисептиками та дрениують 4 поліхлорвініловими трубками, які виводять через контрапертури в правій та лівій клубових ділянках, використавши по 2 трубки.

Приклад. Хворий С, 48 років госпіталізований у гнійно-септичне відділення КП "Міська клінічна лікарня №2" м. Запоріжжя клініки загальної хірургії ЗДМУ 04.10.2004 р. о 10-100 зі скаргами на біль в глибині тазу, слабкість, підвищення температури тіла до 38,8°C, трясцю. Хворіє тиждень з появою слабкості, болю над лоном. Через 3 доби піднялась температура тіла до 38,8°C. Дві ночі не спить через сильний біль.

Загальний стан тяжкий. Блідий. Пульс 120 ударів у 1 хвилину. А/Т 120/80 мм рт. ст. Температура тіла 38,8°C. Язик сухий. Живіт м'який, помірно болючий над лоном. Симптом Щоткіна-Блюмберга негативний. Перистальтика кишечника задовільна. Зі сторони промежини ознаки запалення відсутні. Стул та діурез не змінні. Обстеження прямої кишки пальцем: болючий інфільтрат глибоко зверху зліва, досягається лише кінчиком пальця. ЕР. 3,8×10 /л. ГБ. 130 г/л. Л. 21,0×10 /л. п-22%, с-72%, л-4%, м-2%. ШЗЕ 45 мм/год. Загальний аналіз сечі без патологічних змін. Діагностований гострий пельвеоректальний парапроктит.

Починаючи від лона, виконали розтин білої лінії живота довжиною 7 см. Розсікли передню та передміхурову фасцію і проникли в передміхуровий простір, що локалізується позаочеревинно. Відтіснили жирову клітковину доверху разом з перехідною складкою очеревини. Візуально та пальпаторно визначили локалізацію інфільтрату в лівій половині пельвеоректальної клітковини. Виконали пункцію інфільтрату голкою і отримали гній. Не видаляючи голки виконали розтин гноя. Після цього в його порожнині роз'єдали перемички пальцем. В порожнині знаходилось 80 мл гною. Засів на флору та чутливість до антибіотиків. Санування антисептиками та дренивання порожнини гноя 4 поліхлорвініловими трубками, які ввели через контрапертури в правій та лівій клубовій ділянках, використавши по 2 трубки.

На фоні інтенсивної консервативної терапії перебіг післяопераційного періоду задовільний. Видалені дренажі, зняті шви. Рана загоїлась первинним натягом. Виписаний 20.10.2010 р.

