



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **61826** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61M 29/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ГОСТРОГО РЕТРОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТУ**

1

2

(21) u201101720

(22) 14.02.2011

(24) 25.07.2011

(46) 25.07.2011, Бюл.№ 14, 2011 р.

(72) КЕРНИЧНИЙ ВІТАЛІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ,
БАЛИЦЬКИЙ ВІТАЛІЙ ВІКТОРОВИЧ(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб дренування гострого ретроректального парапроктиту, що передбачає використання поліхлорвінілових трубчастих дренажів, який **відрізняється** тим, що поліхлорвінілову трубку - дренаж діаметром 0,5-0,7 см без отворів на боковій поверхні підводять до верхньої стінки гнійної порожнини і проводять періодичні нагнітаючі промивання антисептичними розчинами.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії і проктології та може бути використана для хірургічного лікування хворих на гострий ретроректальний парапроктит.

Лікування хворих із гострим ретроректальним парапроктитом є лише хірургічне і має проводитись в ургентному порядку. Оперативне лікування полягає в широкому розкритті гнійника, некректомії, висічення ураженої крипти і дренуванні (Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Острый парапроктит. М., Медицина. 1981. - 287 с.). Таким чином дренування гострого ретроректального гнійника є невід'ємною складовою в його хірургічному лікуванні. Особливо зосереджувати увагу на дренуванні ретроректального парапроктиту слід при гнілісно-некротичній і анаеробній формі з метою видалення із порожнини рани патогенних мікроорганізмів, відтоку раневого ексудату та продуктів тканевого розпаду, оскільки незважаючи на проведену первинну некректомію через поширеність гнійника в позапрямокишковий простір не завжди можливо видалити нежиттєздатні тканини, капсулу гнійника (особливо його верхні відділи) через їх недосяжність. В таких випадках слід покладатись на ефективність дренуючої системи в післяопераційному періоді. Неадекватне дренування завжди проявляється погіршенням стану пацієнта, що вимагає оперування хворого в ранньому післяопераційному періоді повторно і проводити ревізію ран з додатковим їх дренуванням. (Масляк В.М., Павловський Ю.С. і ін. Практична колопроктологія. - Львів: Світ, 1993. - 144 с.). В свою чергу, необхідність повторних оперативних втручань призводить до тривалішого перебування хворого на лікарняному ліжку і листку непрацездатності, матеріальні витрати на лікування.

Відомий спосіб дренування гнійних ран полягає у використанні поліхлорвінілових трубчастих дренажів одинарних і множинних, а також складних дренуючих систем. Поліхлорвінілові дренажі можуть бути з поодинокими та множинними отворами на бокових поверхнях. При будь-якому способі дренування поліхлорвінілову трубку розташовують тільки на дні гнійної порожнини, виводячи її через саму низьку (в положенні лежачи) ділянку гнійного вогнища, що забезпечує відтік гною із рани за принципом сили тяжіння (Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. - 2-е изд., перераб. и доп. - М., Медицина, 1990. - 592 с.). Однак при використанні великої кількості дренажів в пацієнта з ректоректальним парапроктитом виникають труднощі при проведенні гігієнічного догляду за операційною раною після акту дефекації, використання складних приточних чи аспіраційних дренуючих систем приводять до матеріально-технічних затрат, поліхлорвінілові дренажні трубки з поодинокими отворами не забезпечують адекватну санацію порожнини гнійної рани через те, що антисептичний розчин не потрапляє до гнійної порожнини ректоректального простору, оскільки градієнт тиску розчину в такому дренажі з кожним наступним отвором зменшується. Поліхлорвінілові дренажі із множинними перфоративними отворами мають тенденцію до закупорювання некротичними тканинами порушуючи як відтік раневого вмісту так і можливість адекватної санації ретроректального гнійника антисептиками. Розташування поліхлорвінілового дренажу тільки на дві ретроректального гнійника технічно не завжди можливо.

В основу корисної моделі "Спосіб дренування гострого ретроректального парапроктиту" поставлена задача створення технічно простого, надійно-

(19) **UA** (11) **61826** (13) **U**

го і універсального способу дренивання, який забезпечить можливість адекватного промивання порожнини гнійника антисептичними розчинами і адекватний відтік повз дренаж та забезпечити тим самим ефективне механічне видалення гнійного ексудату, детриту, некротичних тканин, створивши умови для безпосередньої дії антисептичного розчину на всю поверхню гнійника.

Поставлена задача вирішується способом, що передбачає використання поліхлорвінілових трубчастих дренажів, в якому згідно з корисною моделлю поліхлорвінілову трубку-дренаж діаметром 0,5-0,7 см без отворів на боковій поверхні підводять до верхньої стінки гнійної порожнини і проводять періодичні нагнітаючі промивання антисептичними розчинами.

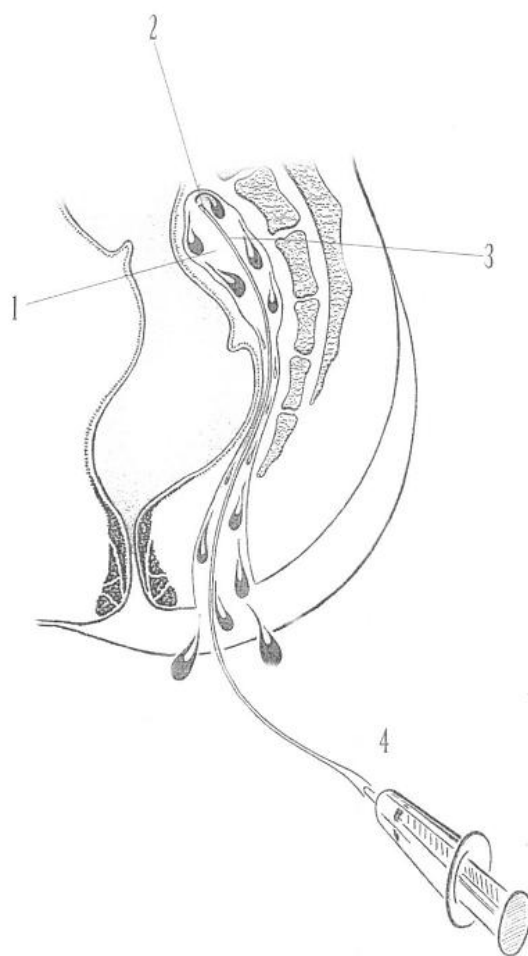
На кресленні графічно зображено спосіб дренивання гострого ретроректального парапроктиту, де 1 - порожнина абсцесу, 2 - верхня стінка гнійника, 3 - поліхлорвініловий дренаж без бокових отворів, 4 - санація ретроректального гнійника антисептичними розчинами.

Спосіб здійснюється таким чином. Після виконання етапу розкриття ретроректального гнійника проводять пальцеву ревізію гнійника з руйнуванням внутрішньопорожнинних перегородок. Дренивання виконують шляхом використання поліхлорвінілової трубки діаметром 0,5-0,7 см без отворів на бокових поверхнях, яку підводять до верхньої стінки гнійника і фіксують до шкіри рани промежини. Через заведений таким чином в порожнину ретроректального абсцесу дренаж проводять періодично (з інтервалом 12 годин) нагнітаюче промивання його антисептичними розчинами. Дренажна функція в такому випадку відбувається повз дренаж і забезпечує адекватну евакуацію некротичних тканин, детриту, гнійного ексудату.

Переваги способу дренивання гострого ретроректального парапроктиту в тім, що поліхлорвініловий дренаж на промежині не призводить до значних труднощів при проведенні гігієнічного догляду за операційною раною після акту дефекації в післяопераційному періоді, спосіб простий у виконанні, введені таким чином в порожнину абсцесу антисептичні розчини омивають всі його стінки, забезпечуючи безпосередню дію антисептиків, виключається можливість закупорки дренажа через періодичне нагнітаюче приточне промивання гнійної порожнини, періодичне нагнітаюче приточне промивання гнійної порожнини супроводжується адекватним відтоком повз дренаж та забезпечує ефективне механічне видалення некротичних тканин, детриту, гнійного ексудату, ефективно дренивання таким чином сприяє швидкій післяопераційній реабілітації пацієнта і подальшій лікувальній тактиці.

Приклад конкретного виконання.

Хворий С. 64 роки (медична карта стаціонарного хворого № 20591) госпіталізований в проктологічне відділення Хмельницької обласної лікарні 19.10.2010 з діагнозом Гострий ретроректальний парапроктит. Після відповідної підготовки хворому виконано розкриття і дренивання гнійника. Внутрішній отвір не висікався, оскільки не був ідентифікований через наявність вираженої інфільтрації тканин анального каналу. Розкриття виконано двома паралельними лінійними розрізами довжиною до 5 см з обох боків анального отвору, відступивши від останнього на 4-5 см. Розітнута шкіра та підшкірно-жирова клітковина, без пересічення анокуприкової зв'язки. Далі гострим та тупим шляхом проникнено в ретроректальний простір та порожнину гнійника, роз'єднано сполучнотканинні перегородки. Виділилось до 100 мл густого гнійного вмісту сіро-зеленого кольору з неприємним запахом. Пальпаторно вершина гнійника не досягалась. Дренивання проведено шляхом використання 3-поліхлорвінілових трубок із поодинокими боковими отворами та одним дренажем, який на своєму закінченні мав множинні бокові отвори, що знаходились один від одного на відстані 5 мм. В післяопераційному періоді хворому проводилось антибактеріальна терапія та щоденні перев'язки із санацією порожнини гнійника антисептичними розчинами та мазеві аплікації у відповідності до раневого процесу. Загальний стан хворого не покращувався. Зберігалась субфебрильна - фебрильна температура тіла, пов'язки просякали гнійними виділеннями із ран. 11.11.2010 хворому виконано повторне оперативне втручання - ревізія ретроректального простору із заміною дренажів, які не функціонували. Після видалення дренажів з'ясовано, що 3-поліхлорвінілові трубки, які своїми вершинами знаходились в порожнині гнійника сприяли відтоку гнійного вмісту, але не забезпечували ефективну санацію його порожнини через те, що при введенні антисептичних розчинів в кожен із дренажів такого типу - антисептик витікав через найближчий боковий отвір і тим самим не досягав порожнини абсцесу. Одна поліхлорвінілова трубка із множинними боковими отворами на своїй верхівці, що знаходилась в порожнині гнійника, також не функціонувала, оскільки була закупорена некротичними тканинами. При введенні антисептичних розчинів через такий дренаж, останні витікали через перші два бокових отвори і не досягали порожнини гнійника. Повторне дренивання виконано за запропонованою методикою. Післяопераційний період після повторного оперативного втручання протікав без ускладнень. Дренаж видалено на 5 добу післяопераційного періоду. На 7 добу після повторного оперативного втручання хворий в задовільному стані виписаний.



Фіг.