



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65832 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ

1

2

(21) u201109128

(22) 21.07.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл. № 23, 2011 р.

(72) ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЮРКІВ
ОЛЕГ ЄВГЕНОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб хірургічного лікування гострого парапроктиту, що передбачає розкриття, ревізію, санацію та дренивання порожнини параректального гнійника, який **відрізняється** тим, що оперативне

втручання проводять в два етапи: першим етапом в екстремому порядку виконують пункцію порожнини гнійника, евакуацію гною, фракційний лаваж порожнини гнійника, інфільтрацію параректальної клітковини розчином антибіотику, потім проводять повноцінну передопераційну підготовку та другим етапом виконують відтерміноване оперативне втручання в об'ємі розкриття, ревізії, санації та дренивання порожнини абсцесу з обов'язковим видаленням патологічно зміненої анальної крипти, а у випадках, якщо вона не виявляється, виконують задню криптектомію.

Корисна модель належить до медицини, а саме невідкладної хірургії та проктології, і може бути використана для хірургічного лікування хворих на гострий неспецифічний підшкірно-підслизовий та ішіоректальний парапроктит.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування гострого парапроктиту вибраний нами як прототипу, що передбачає виконання розкриття, ревізії, санації та дренивання параректального гнійника, яка за можливості доповнюється висіченням патологічно зміненої (зміненої) анальної крипти [1]. Криптектомія виконується в тому випадку, коли зацікавлену анальну крипту можна візуалізувати при аноскопії.

Недоліком способу прототипу є:

- в умовах гострого гнійного запального процесу та перифокального набряку тканин не завжди вдається знайти змінену анальну крипту та виконати криптектомію;

- залишення зацікавленої анальної крипти призводить до формування хронічного парапроктиту у вигляді параректальної нориці, яка потребує проведення повторного хірургічного втручання;

- хірургічне втручання виконується в екстремому порядку, тому, як правило, не вистачає часу на проведення передопераційної підготовки (очисні клізми, гоління промежини, огляд анестезіолога, інфузійна дезінтоксикаційна терапія), втручання проводиться черговою хірургічною зміною без залучення профільних спеціалістів;

- через виражений больовий синдром до поступлення в стаціонар хворі свідомо затримують акт дефекації, а виконання очисних клізм перед оперативним втручанням є дуже болісним через гострий гнійний процес, тому пацієнти до оперативного втручання не очищують термінальний відділ прямої кишки; залишені калові маси утруднюють обробку операційного поля антисептиками під час операції та значно ускладнюють перебіг раннього післяопераційного періоду;

- неадекватна передопераційна підготовка та неможливість виявлення зацікавленої анальної крипти підвищують ризик переходу хвороби в хронічну стадію з формуванням в післяопераційному періоді параректальної нориці, яка потребує проведення повторної операції.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування гострого парапроктиту, який дає можливість провести повноцінну передопераційну підготовку та адекватний об'єм оперативного втручання, що надасть можливість зменшити частоту формування нориці прямої кишки в післяопераційному періоді.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в можливості відстрочення основного етапу оперативного втручання, що дає можливість провести передопераційну підготовку у повному обсязі та виконати адекватний об'єм оперативного втручання, зменшити частоту переходу захворювання в хронічний парапроктит з формуванням нориці прямої кишки.

(19) UA (11) 65832 (13) U

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування, що передбачає розкриття, ревізію, санацію та дренування порожнини параректального гнійника, згідно корисної моделі оперативне втручання проводять в два етапи: першим етапом в екстреному порядку виконують пункцію порожнини гнійника, евакуацію гною, фракційний лаваж порожнини гнійника, інфільтрацію параректальної клітковини розчином антибіотику; потім проводять повноцінну передопераційну підготовку та другим етапом виконують відтерміноване оперативне втручання в об'ємі розкриття, ревізії, санації та дренування порожнини абсцесу з обов'язковим видаленням патологічно зміненої анальної крипти, а у випадках, якщо вона не виявляється, виконують задню криптектомію.

Суть корисної моделі полягає у тому, що за рахунок розділення оперативного втручання на два етапи, перед виконанням основного етапу операції є час на повноцінну передопераційну підготовку та проведення оперативного втручання в адекватному об'ємі кваліфікованим медичним персоналом (а не черговою зміною).

Спосіб виконують наступним чином.

Першим етапом в екстреному порядку виконується пункція порожнини абсцесу з допомогою шприца на 20 мл з товстою голкою (від системи для гемотрансфузії). Після потрапляння кінчика голки в порожнину гнійника з нього евакуюють гній, вводять розчин антисептику та повторно евакуюють залишки ранового ексудату. Для зручності замість ін'єкційної голки можна використовувати внутрішньовенний катетер або систему для кавкатетеризації. В такому випадку після потрапляння голки в порожнину параректального гнійника її виймають, а кінець катетера просовують вглиб на 2-4 см та фіксують. Потім до катетера приєднують шприц та виконують евакуацію гною та промивання порожнини гнійника (фракційний лаваж). Пункція гнійника, як правило, не потребує знеболення та відразу призводить до зменшення больового синдрому, обумовленого внутрішньотканинною гіпертензією в порожнині гнійника. Перший етап операції завершують введенням в його порожнину 10-50 мл (в залежності від об'єму гнійника) розчину антисептику, а параректальну клітковину обколюють розчином антибіотику широкого спектру дії та місцевого анестетику (0,25-0,5 % розчин новокаїну). Після виконання першого етапу операції проводять заходи передопераційної підготовки: обов'язковий спектр лабораторних та клініко-інструментальних досліджень, 2 очисні клізми, гоління промежини, переводять хворого на діету № 1а (за Повзнером), відправляють до бактеріологічної лабораторії посів гнійного ексудату для визначення чутливості висіяних культур до антибіотиків, призначають внутрішньовенну інфузію антибіотиків широкого спектру дії, проводять інфузійну дезінтоксикаційну терапію в об'ємі 1500-2500 мл, хворого оглядає анестезіолог, корегує передопераційну підготовку, призначає премедикацію. За необхідності на консультацію викликають терапевта, кардіолога та інших суміжних спеціалістів. Другий етап оперативного втручання виконують через

4-12 годин після першого. Метод знеболення - спинномозкова анестезія або загальний наркоз. Шляхом ін'єкції в порожнину абсцесу вводять суміш барвника (діамантовий зелений) та 3 % розчину перекису водню до тугого заповнення. В анальний канал вводять тупфер, по появі на тупфері зеленки визначають локалізацію зацікавленої анальної крипти. Над гнійною порожниною виконують лінійний розріз, розкриваючи абсцес. Пальцем проводять ревізію порожнини абсцесу, руйнують перетинки, дренують гнійні кишені. Порожнину абсцесу санують розчином антисептику, встановлюють за необхідності ПХВ-дренажі. Виконують пальцеву дивульсію анального сфінктеру та криптектомію зацікавленої анальної крипти, відновлюють цілісність слизової оболонки дворядними вузловими швами (вікрил 3/0 на атравматичній голці). У разі коли при аноскопії та проби з барвником виявити патологічно змінену анальну крипту не вдалося, виконують задню криптектомію, оскільки в близько 70-80 % випадків, саме ця крипта та пов'язана з нею анальна залоза являється первинною причиною гострого парапроктиту. В анальний канал вводиться турунда з маззю Левомеколь (або Вишневського), післяопераційну рану тампують серветками, встановлюють гумові выпускники.

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

- після пункційної евакуації гною з порожнини параректального абсцесу та введення в нього розчину антисептику у відстроченому періоді (другий етап лікування) зменшується перифокальний набряк тканин, що створює умови для кращої візуалізації зацікавленої (патологічно зміненої) анальної крипти; крім того, після наповнення порожнини абсцесу барвником, в частині випадків вдається визначити потрапляння барвника з параректальної гнійної порожнини до зацікавленої анальної крипти;

- запропонований спосіб оперативного лікування в найбільшій частині випадків дозволяє виявити та видалити патологічно змінену анальну крипту, залишення якої може стати причиною переходу запального процесу в хронічну фазу з формуванням параректальної нориці;

- оскільки оперативне втручання розподіляється на два етапи, з'являється час для передопераційної підготовки перед виконанням основного (другого) етапу лікування; це дає можливість відстрочити цей етап на 4-12 годин та доставити хворого на спеціалізований етап надання хірургічної допомоги, або залучити до операції необхідних спеціалістів на поточному етапі надання медичної допомоги;

- усунення внутрішньотканинної гіпертензії шляхом пункції порожнини гнійника та евакуація гною, дозволяє провести перед основним (другим) етапом лікування очищення дистального відділу товстої кишки від калових мас, що в ранньому післяопераційному періоді поліпшить умови до загоювання рани анального каналу після криптектомії;

- повноцінна передопераційна підготовка та запропонована методика виявлення видалення зацікавленої анальної крипти, як первинного дже-

рела інфікування параректальної клітковини, дозволяють знизити ризик формування в післяопераційному періоді параректальної нориці.

Приклад: хворий С, звернувся до приймально-го відділення 26.09.2010 року у вечірній час зі скаргами на гіпертермію, біль, припухлість, почервоніння в ділянці анусу, стримування акту дефекації через виражений больовий синдром. Встановлено діагноз гострий парапроктит. В екстреному порядку черговим хірургом хворому було виконано пункцію параректального гнійника, фракційний лаваж гнійника з розчином антисептику, операцію завершено введенням в порожнину гнійника 20 мл розчину антисептику та інфільтрацією параректальної клітковини розчином цефтріаксону та 0,5 % новокаїну. Хворий відразу після евакуації гною відмітив значне полегшення больового синдрому, пункція абсцесу проводилася без додаткового знеболення. Евакуйований гній відправлений до бактеріологічної лабораторії. Хворий госпіталізований до стаціонару, де йому було проведено комплекс заходів передопераційної підготовки до другого етапу оперативного лікування: виконані необхідні лабораторні та клініко-інструментальні дослідження, 2 очисні клізми, гоління промежини, переведений на безшлакову дієту (призначено стіл № 1а), призначена внутрішньовенна антибіотикотерапія (цефтріаксон, метронідазол), проведена інфузійна дезінтоксикаційна терапія в об'ємі 1800 мл розчинів колоїдів та кристалоїдів. Пацієнт оглянутий анестезіологом, узгоджений об'єм передопераційної підготовки, призначено премедикацію та визначений час проведення другого оперативного втручання. Зранку 27.09.2010 року, через 9 годин після першого етапу лікування, штатними лікарями відділення (а не черговим хірургом), хворому виконано другий етап операції під спинномозковою анестезією. Спочатку проведена проба з барвником, за результатом якої виявлено, що причиною гострого парапроктиту є задня анальна крипта. Виконано розкриття, пальцеву ревізію, санацію та дренування порожнини абсцесу гумовим випускником. Виконано дивульсію анального сфінктеру та аноскопію. Виявлено підтікання барвника із дна патологічно зміненої задньої анальної крипти. Виконано задню криптектомію з ушиванням дефекту анального каналу атравматичним шовним матеріалом (вікріл 3/0). В анальний канал введено марлева турунда з маззю Левомеколь. Післяопераційний період протікав гладко, проводилася антибактеріальна, симптоматична терапія. Перша дефекація у хворого була на третій день після другого етапу операції. Пацієнт виписаний зі стаціонару в задовільному стані на четвертий день післяопераційного періоду. В строки спостереження до 6 місяців рецидивів захворювання не було.

Запропонований спосіб застосовувався при лікуванні 8 пацієнтів з гострим підшкірно-підслизовим та ішіоректальним парапроктитом. В усіх пацієнтів перший етап оперативного втручання виконувався в екстреному порядку (в умовах перев'язувальної, відразу після звернення хворого за допомогою) та не потребував додаткового знеболення. Відразу після пункції гнійника та евакуації гною всі хворі відмічали значне полегшення стану, значно зменшувався больовий синдром. В усіх пацієнтів вдалося провести повний комплекс заходів передопераційної підготовки. Другий етап оперативного втручання виконувався в строки від 4 до 12 годин після першого. Після проби з барвником та аноскопії у 7 пацієнтів вдалося виявити зацікавлену анальну крипту і виконати криптектомію. У одного пацієнта, в якого не вдалося виявити патологічно зміненої анальної крипти виконано задню криптектомію. Другий етап операції у 2 хворих виконували під внутрішньовенним наркозом і у 6 пацієнтів - під спинномозковою анестезією. Середній строк перебування хворого в стаціонарі склав $3,4 \pm 0,9$ ліжко-днів. У строки спостереження 0,5-1,5 років рецидивів захворювання у вигляді формування нориці прямої кишки не виявлено. За способом-аналогом прооперовано 27 пацієнтів з гострим підшкірно-підслизовим та ішіоректальним парапроктитом. В усіх пацієнтів втручання виконувалося в екстреному порядку в строки до 2 годин від моменту госпіталізації під загальним знеболенням (ендотрахеальний або внутрішньовенний наркоз). У 19 пацієнтів вдалося виявити зацікавлену анальну крипту та виконати криптектомію. У 8 хворих криптектомію не проводили, через виражений перифокальний набряк тканин та неможливість візуалізувати патологічно змінену анальну крипту. Середній строк перебування хворого в стаціонарі склав $7,1 \pm 0,7$ ліжко-днів. У строки спостереження до двох років у 8 пацієнтів (в тому числі у 5 з них не проводилася криптектомія) сформувалася параректальна нориця, яка потребувала повторного оперативного лікування.

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.

Література.

1. Шаповал С.Д. Гнійно-септична хірургія: навч. посібник / С.Д. Шаповал. - Запоріжжя: Вид-во "Орбіта-Юг", 2007. - 191 с.