



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65837 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ПАТОЛОГІЧНО ЗМІНЕНОЇ АНАЛЬНОЇ КРИПТИ ПРИ ГОСТРОМУ ПАРАПРОКТИТІ

1

2

(21) u201109133

(22) 21.07.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл.№ 23, 2011 р.

(72) ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, МІШАЛОВ
ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ, ЮРКІВ ОЛЕГ ЄВГЕ-
НОВИЧ

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

(57) Спосіб визначення патологічно зміненої ана-
льної крипти при гострому парапроктіті, що пе-

редбачає введення в порожнину параректального абсцесу розчину барвника, який **відрізняється** тим, що на етапі передопераційної підготовки виконують пункцію абсцесу, евакуацію гною та фракційний лаваж порожнини абсцесу, а потім вводять в порожнину параректального гнійника розчин барвника і за появою в анальному каналі слідів барвника визначають локалізацію ураженої анальної крипти.

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

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється, є спосіб визначення патологічно зміненої (зацікавленої) анальної крипти при гострому парапроктіті, вибраний нами як прототип, що передбачає введення перед розкриттям абсцесу в порожнину гнійника розчину барвника та визначення за появою його в певній ділянці кола анального каналу під час аноскопії локалізації зацікавленої анальної крипти [1].

Недоліком способу-прототипу є:

- під час введення в порожнину гнійника розчину барвника збільшується внутрішньотканинна гіпертензія, яка обумовлює значне посилення больового синдрому, тому проведення способу потребує загального знеболення або спинномозкової анестезії;

- спосіб не завжди дозволяє визначити локалізацію гнійника, оскільки внаслідок гострого запалення та перифокального набряку тканин, сполучення між порожниною гнійника та анальною криптою порушується і барвник не потрапляє до анального каналу, що призводить до негативного результату діагностичного тесту;

- проба з барвником проводиться під час наркозу, як початковий етап оперативного втручання,

тому не має достатньо часу на спостереження за потраплянням контрасту до зацікавленої (патологічно зміненої) анальної крипти, яке може спостерігатися не відразу після проби;

- не визначення зацікавленої анальної крипти призводить до зменшення радикальності оперативного втручання і є фактором ризику переходу хвороби у хронічну фазу з розвитком нориці прямої кишки.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу визначення патологічно зміненої анальної крипти, який дає можливість в найбільшій кількості випадків безпомилково визначити локалізацію зацікавленої анальної крипти в передопераційному періоді.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в можливості в максимальній кількості випадків виявити локалізацію зацікавленої анальної крипти ще в передопераційному періоді, що дозволяє збільшити радикальність оперативного лікування гострого парапроктиту за рахунок обґрунтованого виконання криптектомії анальної крипти, яка стала джерелом проникнення інфекції в параректальну клітковину.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування, що передбачає введення в порожнину гнійника розчину барвника, як перший етап оперативного втручання, згідно корисної моделі на етапі передопераційної підготовки виконують пункцію

(13) U
(11) 65837
(19) UA

абсцесу, евакуацію гною та фракційний лаваж, а потім вводять в порожнину параректального гнійника розчин барвника і за появою в анальному каналі слідів барвника визначають локалізацію ураженої анальної крипти.

Суть корисної моделі полягає у тому, що проба з барвником проводиться не як початковий етап оперативного втручання, а як елемент передопераційної підготовки після пункції порожнини абсцесу та евакуації з нього гною, що дозволяє збільшити час спостереження за можливим потраплянням барвника до зацікавленої анальної крипти до виконання основного етапу оперативного лікування.

Спосіб виконують наступним чином.

Відразу після встановлення діагнозу гострого парапроктиту без додаткового знеболення виконується пункція порожнини абсцесу з допомогою шприца з товстою голкою. Евакуюють гнійний екссудат та виконують фракційний лаваж порожнини гнійника шляхом почергового введення та аспірації розчину антисептику. Наступним етапом в порожнину гнійника вводять 3 % розчин перекису водню з додаванням барвника (діамантового зеленого) в об'ємі від 5 до 15 мл залежно від розміру порожнини параректального гнійника. З метою візуалізації потрапляння барвника в анальний канал виконується аноскопія. Якщо барвник не потрапив до анального каналу відразу після проби з барвником, хворому в анальний канал вводиться марлева турунда та проводиться повторний огляд через 10 хвилин. Виймається турунда з анального каналу і спостерігають за її забарвленням. Якщо барвник потрапив через анальну крипту в просвіт анального каналу, то з відповідного боку марлева турунда буде інтенсивно забарвлена в зелений колір. Якщо барвник не потрапив до анального каналу процедуру повторюють через 30, 60 та 120 хвилин, вводячи в анальний канал нову марлеву турунду. Навіть якщо барвник не потрапив до анального каналу після зазначеного терміну, то під час основного етапу оперативного лікування (яке виконується через 4-12 годин після проведення проби з барвником) в анальному каналі в місці розташування зацікавленої анальної крипти, як правило, субмукозно виявляється зона імбібіції м'яких тканин барвником, що дозволяє виконати адекватний об'єм оперативного втручання з обов'язковим видаленням зацікавленої анальної крипти.

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

- введення в порожнину гнійника розчину з барвником не супроводжується посиленням болювого синдрому, оскільки попередньо виконується внутрішньотканинна декомпресія, шляхом пункції та евакуації гнійного екссудату, тому проведення способу не потребує додаткового знеболення;

- попереднє проведення пункції гнійника та евакуація гнійного екссудату, створює умови для зменшення перифокального набряку м'яких тканин та відновлення сполучення між порожниною гнійника та зацікавленою анальною криптою, що збільшує ймовірність потрапляння барвника до анального каналу до проведення основного етапу

хірургічного лікування, тобто зменшує кількість негативних результатів діагностичного тесту;

- проба з барвником проводиться на етапі передопераційної підготовки, тому для визначення її результату є достатньо часу (від 4 до 12 годин), що запобігає виникненню негативних результатів діагностичного тесту у випадках коли барвник не потрапляє до анального каналу відразу після проведення проби;

- достовірне виявлення зацікавленої анальної крипти призводить до збільшення радикальності оперативного втручання та значно зменшує ризик переходу хвороби у хронічну фазу з розвитком нориці прямої кишки.

Приклад: хворий М., звернувся до приймального відділення 27.05.2010 року зі скаргами на гіпертермію, припухлість, почервоніння в ділянці відхідника, інтенсивний біль, що посилюється при дефекації. Встановлено діагноз гострий ішіоректальний парапроктит. В екстреному порядку хворому виконано пункцію гнійника, евакуацію гною, фракційний лаваж порожнини гнійника розчином антисептику. Через пункційну голку в порожнину гнійника введено 8 мл 3 % розчину перекису водню з додаванням діамантового зеленого. Виконано аноскопію, при якій не виявлено потрапляння барвника до анального каналу. В анальний канал встановлено марлеву турунду. Хворий оглянутий через 10 хвилин, видалено марлеву турунду, виявлено, що барвник інтенсивно зафарбував сторону, яка прилягала до анальної крипти на 12 годинах. Через 6 годин після пункції та проби з барвником (після передопераційної підготовки) хворому виконано розкриття, ревізію, санацію та дренування порожнини параректального гнійника, передню криптектомію. Післяопераційний період протікав гладко, проводилася антибактеріальна, симптоматична терапія, хворий виписаний зі стаціонару на п'ятий день після операції. В строки спостереження до 1 року рецидиву захворювання не виявлено.

Запропонований спосіб застосовувався при лікуванні 11 пацієнтів з гострим підшкірно-підслизовим та ішіоректальним парапроктитом. Усі пацієнти після пункції гнійника та евакуації гнійного екссудату відразу відмічали значне полегшення болювого синдрому, що дозволяло провести пробу з барвником без додаткового знеболення. У 5 пацієнтів потрапляння контрасту в анальний канал відмічено відразу після проведення проби з барвником під час виконання аноскопії. Ще у 5 пацієнтів зацікавлена анальна крипта виявлена за рахунок забарвлення введеної в анальний канал турунди через 10,30,60 та 120 хвилин. У одного пацієнта до виконання другого етапу оперативного втручання барвник до анального каналу не потрапив, проте, під час операції в підслизовому шарі в ділянці дна задньої анальної крипти виявлена локальна субмукозна імбібіція м'яких тканин, що дозволило чітко встановити локалізацію зацікавленої анальної крипти та виконати адекватний об'єм оперативного втручання. У строки спостереження до 1 року рецидивів захворювання у вигляді формування нориці прямої кишки не виявлено. За способом-аналогом локалізація зміненої анальної

крипти проводилася у 27 пацієнтів з гострим підшкірно-підслизовим та ішіоректальним парапроктитом. 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. У строки спостереження до 2 років у 8 пацієнтів (в тому числі у 5 з них не проводилася криптектомія) сформувалася нориця прямої кишки, 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.

Джерело інформації:

Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит. — М.: Медицина, 1981.-208 с