



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **66320** (13) **U**  
(51) МПК  
**A61N 5/10 (2006.01)**ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ**ОПИС**  
**ДО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАРАПРОКТИТУ**

1

2

**(21)** u201108468**(22)** 06.07.2011**(24)** 26.12.2011**(46)** 26.12.2011, Бюл.№ 24, 2011 р.**(72)** БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ІВА-  
НОВА ЮЛІЯ ВІКТОРІВНА, БАБИЧ ВІКТОР ОЛЕК-  
САНДРОВИЧ**(73)** ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ**(57)** Спосіб лікування гострого парапроктиту, який  
включає розкриття гнійної порожнини, її проми-  
вання та санірування, який **відрізняється** тим, що  
в післяопераційному періоді при підшкірних та під-  
слизових формах парапроктиту здійснюють транс-  
ректально НВЧ-опромінення з частотою 2,45 ГГц,  
а при глибоких формах захворювання НВЧ-  
опромінення здійснюють з частотою 0,915 ГГц.

Корисна модель належить до медицини, а са-  
ме до хірургії та проктології, і може бути викорис-  
тана для лікування гострого парапроктиту.

На сьогодні відомо більше 100 методів хірургі-  
чного лікування різних форм гострого і хронічного  
парапроктиту, але жоден з них у достатньому сту-  
пені не задовольняє хірургів через рецидиви за-  
хворювання, що виникають у 15-30 % хворих.  
Найбільш розповсюджені методи хірургічного ліку-  
вання цього захворювання можна згрупувати за  
основними ознаками.

Лігатурний метод полягає у висіченні норице-  
вого ходу чи розкритті гнійника і проведенні лігату-  
ри через внутрішній отвір нориці чи гнійного ходу й  
одномоментному затягуванні її. У післяоперацій-  
ному періоді лігатура багатоетапно затягується до  
повного прорізування анального сфінктера. Не-  
зважаючи на простоту техніки виконання операції,  
вона має ряд істотних недоліків. В результаті пе-  
ретинання сфінктера лігатурою в анальному кана-  
лі утворюється грубий післяопераційний рубець,  
який формує щілину в останньому, внаслідок чого  
виникає нетримання газів і рідкого калу. Крім того,  
серйозним недоліком цієї операції є тривалий і  
болісно хворобливий післяопераційний період, а  
також рецидиви захворювання (Гостищев В.К.  
Гнойная хирургия таза. Руководство для врачей. -  
М.: Медицина. - 2000. - 288 с.; Болквандзе Э.Э.  
Сложные формы острого парапроктита (обзор  
литературы) / Э.Э. Болквандзе // Колопроктология.-  
2009. - №1(27). - С. 38-45).

Основна техніка виконання висічення екстра-  
сфінктерної нориці з ушиванням її кукси і дозова-  
ним розсіченням анального сфінктера полягає у

висіченні нориці з ушиванням її кукси в промежи-  
нній рані і дозованій сфінктеротомії через внутріш-  
ній отвір нориці на глибину 1,0 см. Істотними не-  
доліками цієї операції є часті нагноєння рани в  
післяопераційному періоді, рецидиви захворюван-  
ня і недостатність функції анального сфінктера  
(Гостищев В.К. Гнойная хирургия таза. Руководст-  
во для врачей. - М.: Медицина. - 2000. - 288 с.;  
Болквандзе Э.Э. Сложные формы острого парапро-  
ктита (обзор литературы) / Э.Э. Болквандзе // Коло-  
проктология. - 2009. - №1(27). - С. 38-45).

Операція висічення екстрасфінктерної нориці з  
ушиванням анального сфінктера полягає у виді-  
ленні норицевого ходу у виді тяжа до місця пере-  
ходу його в стінку прямої кишки і відсікання його у  
останньої. Частина норицевого ходу, що залиши-  
лася, розсікається в просвіт кишки. При цьому роз-  
сікається весь м'яз анального сфінктера. Висіка-  
ються краї рани і рубцеві тканини. Рана разом з  
пересіченим м'язом анального сфінктера ушива-  
ється вузловими кетгуттовими швами без захоп-  
лення слизової оболонки. Недоліками цієї операції  
є нагноєння рани в післяопераційному періоді з  
наступною неспроможністю швів, накладених на  
розсічений анальний сфінктер, і як наслідок цього -  
нетримання газів і калу. Крім того, у віддаленому  
періоді у хворих спостерігалися рецидиви захо-  
рювання і різного ступеня недостатність функції  
анального сфінктера (Гостищев В.К. Гнойная хи-  
рургия таза. Руководство для врачей. - М.: Меди-  
цина. - 2000. - 288 с.; Болквандзе Э.Э. Сложные  
формы острого парапроктита (обзор литературы) /  
Э.Э. Болквандзе // Колопроктология. - 2009. -  
№1(27). - С. 38-45).

(13) **U**(11) **66320**(19) **UA**

Хірургічна тактика операції низведення слизової оболонки прямої кишки полягає в мобілізації і викроюванні П-подібного шматка слизової оболонки дистального відділу прямої кишки, відсіканні його частини над внутрішнім отвором нориці з наступним низведенням шматка і фіксацією його вузловими швами до шкіри. На вертикальні розрізи також накладаються шви. У результаті низведений шматок здорової слизової оболонки прямої кишки прикриває внутрішній отвір нориці. Головною позитивною стороною цієї операції є повне збереження анального сфінктера й усунення причини, що підтримує існування нориці. Однак спостерігаються нерідко такі післяопераційні ускладнення, як некроз низведеної слизової оболонки, що настає внаслідок її натягу чи прорізування швів з наступним відходженням шматка на своє первісне місце, що часто приводить до рецидиву нориці (Гостищев В.К. Гнойная хирургия таза. Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 2000. - 288 с.; Болквдзе Э.Э. Сложные формы острого парапроктита (обзор литературы) / Э.Э. Болквдзе // Колопроктология. - 2009. - №1(27). - С. 38-45).

Техніка операції горизонтального зсуву слизової оболонки півкола дистального відділу прямої кишки з метою роз'єднання екстрасфінктерного норицевого ходу полягає в мобілізації слизового-підслизового шару на півколі дистального відділу прямої кишки відповідно розташуванню внутрішнього отвору нориці і вище останньої з її перетинанням. З боку рани зашиваються норицевий отвір у м'язовій стінці й у слизовій оболонці. Мобілізована слизова оболонка переміщається горизонтально за чи проти годинникової стрілки і підшивається до шкіри. Таким способом виконується роз'єднання пересіченого норицевого ходу. Завершується операція висіченням чи розсіченням підшкірної частини норицевого ходу. Головною перевагою цієї операції є те, що при її виконанні не ушкоджується анальний сфінктер. Однак, у цієї операції є й істотні недоліки. Як правило, на слизовій оболонці й у підслизовому шарі навколо внутрішнього отвору нориці є рубцеві тканини. Ушивання внутрішнього отвору в таких умовах дуже ненадійно через часто виникаючу неспроможність накладених швів у післяопераційному періоді, що призведе до нагноєнь і рецидиву нориці (Гостищев В.К. Гнойная хирургия таза. Руководство для врачей. - М.: Медицина. - 2000. - 288 с.; Болквдзе Э.Э. Сложные формы острого парапроктита (обзор литературы) / Э.Э. Болквдзе // Колопроктология. - 2009. - №1(27). - С. 38-45).

Таким чином, основні етапи відомих способів лікування гострого парапроктиту включають висічення нориці чи розкриття гнійної порожнини, її промивання і санірування рани. Для профілактики рецидивів захворювання іноді використовують промивання і санірування обробленими відповідним чином речовинами з наступною дією на рану біофізичними факторами.

Так, наприклад, відомий спосіб оперативного лікування гострого підшкірного парапроктиту шляхом розкриття гнійної порожнини в просвіт прямої кишки, промивання порожнини і санірування рани озонованим розчином Рінгера-Локка з наступною

фотокоагуляцією рани високоінтенсивним лазерним випромінюванням, введенням у просвіт прямої кишки й у рану тампонів з озонованою і омагніченою вазеліновою олією (Пат. №2210323, RU, МПК А61В 17/00. Способ оперативного пособия при остром подкожном парапроктите / Шуляк С.А., Шуляк Е.В.; Ханты-Мансийский государственный медицинский институт - З. №2001117141/14; заявл. 18.06.2001; опубл. 20.08.2003).

Даний спосіб лікування гострого парапроктиту є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим.

В основу корисної моделі поставлено задачу розширення арсеналу способів лікування гострого парапроктиту.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі лікування гострого парапроктиту, який включає розкриття гнійної порожнини, її промивання та санірування, згідно з корисною моделлю, в післяопераційному періоді при підшкірних та підслизових формах парапроктиту здійснюють трансректально НВЧ-опромінення з частотою 2,45 ГГц, а при глибоких формах захворювання НВЧ-опромінення здійснюють з частотою 0,915 ГГц.

Технічний ефект корисної моделі обумовлений тим, що післяопераційна обробка рани НВЧ-опроміненням дозволяє підвищити якість оперативного втручання при гострому парапроктіті.

Спосіб виконують наступним чином: оперативне лікування проводять у стаціонарі під загальним знеболюванням. Починають його після передопераційної підготовки. При цьому виконують послідовно дві очисні клізми об'ємнозарядженою активованою електрохімічним методом водопровідною питною водою (анолітом) із рН 5,4-6,6 загальним об'ємом 1,5-2 літра. Проводять підготовку операційного поля. Виконують дозовану сфінктеродилатацію. Знаходять внутрішній отвір. Розкривають гнійну порожнину. Евакують гній із гнійної порожнини. При цьому виконують шприцеве промивання гнійної порожнини. Обстежують гнійну порожнину і ліквідують перемички, переконавшись в інтрасфінктерному сполученні гнійної порожнини з прямою кишкою. Закінчують операцію. Проводять санацію рани, що утворилася. Операційну рану осушують. Потім при підшкірних та підслизових формах парапроктиту здійснюють трансректально НВЧ-опромінення з частотою 2,45 ГГц, а при глибоких формах захворювання НВЧ-опромінення здійснюють з частотою 0,915 ГГц. Післяопераційну обробку рани виконують до зняття швів.

Ефективність способу ілюструє наступний приклад.

Приклад

Хвора Б., 43 роки, була прийнята в плановому порядку в проктологічне відділення зі скаргами на наявність нориці з гнійними виділеннями в області заднього проходу. Нориця утворилася після парапроктиту, що спонтанно розтинувся. З приводу даного захворювання хвора раніше не лікувалася.

При зовнішньому огляді в 3,7 см від заднього проходу на 7 г є зовнішній норицевий отвір діаметром 0,33 см з незначним гнійним відокремлюва-

ним. При промацуванні в цій області від зовнішнього отвору убік заднього проходу під шкірою визначається щільний тяж, що йде до задньої стінки дистального відділу прямої кишки. При пальцевому дослідженні прямої кишки в задній крипті визначається внутрішній норицевий отвір діаметром 0,19 см, оточений рубцями. Зонд, введений у зовнішній норицевий отвір, вільно проходить у просвіт прямої кишки через внутрішній отвір, розташований на 6 г за циферблатом. Проба з метиленовою синню позитивна. Доопераційний діагноз - задня повна екстрасфінктерна нориця прямої кишки. До операції хворій проводилася санація

норицевого ходу розчином антисептика. Під загальним наркозом виконана операція.

Вилучено уражену крипту з внутрішнім отвором нориці. Відновлено втрачений захисний бар'єр дистального відділу прямої кишки шляхом пластичного бічного зсуву мобілізованого шматка її стінки.

Після операції протягом 10 діб операційне поле обробляли трансректально НВЧ-опроміненням з частотою 0,915 ГГц.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Виписана в задовільному стані на 13 день після операції. При контрольному огляді практично здорова.