



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 53453

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НАГНОЄННЯ ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО КУПРИКОВОГО ХОДУ

1

2

(21) 2002054452

(22) 31 05 2002

(24) 15 01 2003

(46) 15 01 2003, Бюл. № 1, 2003 р.

(72) Даценко Борис Макарович, Даценко Олексій Борисович, Або Галі Мохамад, EG

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ (ХМАПО)

(57) Спосіб хірургічного лікування гострого нагноєння епітеліального куприкового ходу, який включає два етапи лікування, на першому етапі здійснюють хірургічну санацію гнійника з послідовним місцевим медикаментозним

лікуванням рани до затихання гострого запального процесу, на другому етапі проводять радикальну операцію, яку здійснюють через декілька днів, який відрізняється тим, що на першому етапі для санації гнійника строго по середній лінії виконують розріз, евакуюють гнійний вміст, визначають чутливість мікрофлори до антибактеріальних препаратів, які використовують з наступного дня, радикальну операцію виконують зі збереженням шкірних країв, які підшивають до дна рани, відступивши 0,9 - 1,5 см від краю шкіри, з наступним ушиванням зведених країв рани наглухо окремими вузловими швами

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії, і може бути застосованим для хірургічного лікування гострого нагноєння епітеліального куприкового ходу (ЕКХ).

Відомий спосіб оперативного лікування хворих гострим нагноєнням ЕКХ типу одномоментних радикальних втручань, які передбачають широке вирізання гнійника та нанесення на відкриту рану мазі Левосин під пов'язку (Дульцев Ю В., Ривкин В. Л. Эпителиальный копчиковый ход // М., 1988 - с. 126).

Недоліком способу є тривалий (до 4 місяців) період втрати працездатності, що є важливим, у зв'язку з тим, що переважна більшість хворих - люди працездатного віку.

Найбільш близьким до заявляемого є спосіб лікування гострого нагноєння ЕКХ, який здійснюють в два етапи (Коплатадзе А. М., Проценко В. В., Ким С. Д. и др. Хирургическое лечение острого нагноения ЭКХ // Проблемы колопроктологии, вып. 16, 1998 - с. 63-66). На першому етапі під місцевою анестезією з невеликого розрізу виконують хірургічну санацію гнійника з послідовним місцевим медикаментозним лікуванням рани до затихання гострого запального процесу. Другий етап - радикальна операція, яку здійснюють через декілька днів з економним вирізанням ЕКХ з краями шкіряної рани та запально зміненими тканинами. Операцію завершують фіксацією країв шкіряної

рани до її дна з залишенням "дренуючої доріжки" для забезпечення відтоку ранового секвестру (профілактика "прорізання" швів).

Недоліком даної методики є те, що загоєння залишеної "дренуючої доріжки" проміж підшитими до дна рани краями шкіри стається за типом вторинного натягання, що пролонгує строки післяопераційного періоду, потребує виконання щоденних перев'язок, а також, визначених лікарських препаратів для місцевого лікування ран.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу хірургічного лікування гострого нагноєння епітеліального куприкового ходу, в якому за рахунок зміни характеру лікування, досягається скорочення періоду пригнічення гострої запальної реакції, загоєння рани відбувається первинним натягом, за рахунок чого підвищується якість та скорочення строків лікування.

Поставлена задача вирішується в способі хірургічного лікування гострого нагноєння епітеліального куприкового ходу, який включає лікування в два етапи, на першому етапі здійснюють хірургічну санацію гнійника з послідовним місцевим медикаментозним лікуванням рани до затихання гострого запального процесу, на другому етапі проводять радикальну операцію, яку здійснюють через декілька днів, згідно з винаходом, на першому етапі для санації гнійника строго по середній лінії виконують розріз, евакуюють гнійний вміст, визначають

(13) A

(11) 53453

(19) UA

чутливість мікрофлори до антибактеріальних препаратів, які використовують з наступного дня, радикальну операцію виконують зі збереженням шкіряних країв, які підшивають до дна рани, відступивши 0,9-1,5 см від краю шкіри з наступним ушиванням зведених країв рани наглухо окремими вузловатими швами

Завдяки більш ефективного місцевого лікування гнійної рани (після розтину гнійника) за рахунок встановленої в короткі (до 6 годин) строки чутливості збудників інфекції до лікарських препаратів, скорочується період пригнічення гострої запальної реакції

Загоєння рани відбувається первинним натягом завдяки модифікації виконання другого (радикального) етапу лікування, особливістю якого є збереження країв шкіряної рани, що дозволяє виконати підшивання її до дна без залишення "дренуючої доріжки"

Суть винаходу пояснюють малюнки, де на фіг 1, 2 зображено економне висічення гнійно-некротичного секвестру з формуванням ранової порожнини. На фіг 3, 4 шкіра підшита до дна окремими швами 2 зі уколом и виколом голки відступивши 1,0 см від краю з залишенням довгих кінців нити 4. Шкіряні краї рани зведені окремими вузловатими швами 1. Краї рани прижаті до дна зав'язанням довгих кінців нити 4 над тугим пелотом 3. На фіг 5, 6 фракційне активне дронування рани

Спосіб, що заявляється, здійснюється таким чином. Першим етапом лікування є оперативне "виришування" гнійника в умовах операційної під місцевою анестезією шкіри та підшкірної клітковини крижово-куприкової області над абсцесом, строго по середній лінії (незалежно від "зміщення" гнійника у праву або ліву сторону), виконують розріз довжиною до 1,5-2 см,

Після евакуації гнійного вмісту (частина матеріалу направляється на бактеріологічне дослідження) порожнину гнійника оброблюють антисептичним розчином з послідовним введенням до неї тампону з маззю на ідроліфільній основі (мазь "Левосин")

В бактеріологічній лабораторії для визначення чутливості мікрофлори до антибактеріальних препаратів (мазям для місцевого лікування гнійних ран) застосовують прискорений метод з хімічним індикатором трифенілетразолхлоридом (ТТХ), який забезпечує одержання кінцевого результату через 4-5 годин (Даченко Б.М., Бирюкова С.В., Тамм Т.И. и др. Методические рекомендации Фармакологического комитета МЗ СССР по экспериментальному (доклиническому) изучению лекарственных препаратов для местного лечения гнойных ран - М., 1989 - с 45). Особливістю дослідження є те, що замість дисків з антибіотиками в заздалегідь заготовлені в агарі "пункти" послідовно вносять по 0,1 мл розріджених нагріванням (60°C) комбінованих мазей - Левосин, Мірамістин, Нитацид, Офлокаїн, Діоксизоль, навколо яких проводять оцінку зон затримки росту. Завдяки цьому вже на наступний день при перев'язці в рану на тампони вводять мазь, до якої при невідкладному бактеріологічному дослідженні збудники інфекції проявили найбільшу чутливість

Після купірування ознак гострого запалення та

очищення порожнини рани від гнійно-некротичного секвестру, що відмічається на 4-5 день місцевого лікування з урахуванням чутливості мікрофлори (в контролі - на 6-8 день) проводиться другий етап хірургічного лікування. Оперативне втручання виконують в умовах операційної під загальним знеболенням. Після обробки операційного поля крижово-куприкової області по середній лінії виконують лінійний розріз через усі шари до крижово-куприкової зв'язки довжиною від 4 до 10 см, в залежності від "початкового" ступеня розповсюдження запального процесу (за "суттю" продовжується розріз в ті боки від рани, виконаної при першій перев'язці)

Після розсічення шкіряні краї рани розводяться та декілька "розгортаються", так що елементи ЕКХ та залишки стінок гнійної порожнини гарно візуалізуються на фоні світлої (незміненої) підшкірної жирової клітковини у вигляді чітко окресленого осередку темно-сірого кольору. Змінені тканини економко вирізають (Фіг 1, 2) у межах життєздатної клітковини, після чого краї шкіряної рани "низводять" та підшивають до дна рани окремими вузловатими швами, які накладають, відступивши від краю шкіри на 0,9-1,2 см таким чином, щоб "вільні" краї шкіри доторкались (без залишення "дренуючої доріжки"). Кінці ниток кожного вузла не зрізають

Після цього на краї шкіри, що торкаються, накладають рідкі окремі шви (Фіг 3, 4), поверх яких укладають туго звернутий марлевий тампон. Тампон "придавлюють" до дна рани шляхом зав'язування ниток раніше накладених швів, що фіксують краї кожної рани до її дна

Якщо при операції виявляються явища "остаточної" запальної реакції (набряклість підшкірної жирової клітковини), то попередньо на дно рани під шиті потім краї шкіри укладають перфорировану трубку для проведення фракційного лаважу, поза якого в трубці створюється постійне розрідження (Фіг 4, 5). Трубка видаляється через 3-4 доби

Збережена після операції та зашита над перфорированою трубкою або без неї шкіра загоюється за типом первинного натягу. Шви знімають на 7-8 добу після операційного періоду, працездатність відновлюється через 2,5-3 тижні

Приклад 1. Хворий К., 18 років, потрапив 15.01.02 р. в проктологічне відділення зі скаргами на біль в області куприка, наявність утвору в ділянці міжсідничної складки та підвищенням t° (до 37,5°C)

Вище згадані скарги з'явилися у хворого близько двох діб тому без очевидних причин

Клінічне обстеження

- клінічний аналіз крові: Нв 150 г/л, лейкоцити $10,7 \times 10^9$, сегмент 64%, паличкоядерні 10%, лімфоцити 18%, моноцити 8%, еозинофіли 0%, ШОЕ-12

- Клінічний аналіз сечі: Копір світло жовтий, мутність помірна, реакція слабо кисла, уд вага 1010, слизу небагато, лейкоцити 2-20 в п з ептеліє міхуровий

Місцевої під час огляду крижово-куприкової ділянки уздовж міжсідничної лінії визначався первинний отвір ептеліальне куприкового ходу на відстані 5 см від ануса. Зліва від середньої лінії розташувався гнійник з чіткими контурами до

2,5см в діаметрі. Шкіра над ним гіперемірована, набрякова, болюча при пальпації.

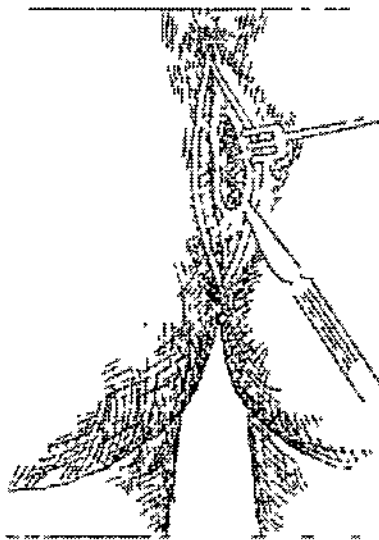
Діагноз: гостре нагноєння епітеліального куприкового ходу.

В ургентному порядку проведено перший етап хірургічного лікування розтин гнійника. Під місцевою анестезією над гнійником, по середній лінії зроблено розтин до 1,5см довжиною, гнійник розрізано, виділилося рідкого гною до двох мл. Порожнина гнійника оброблена антисептичним розчином, у порожнину введена серветка з маззю "Левосин".

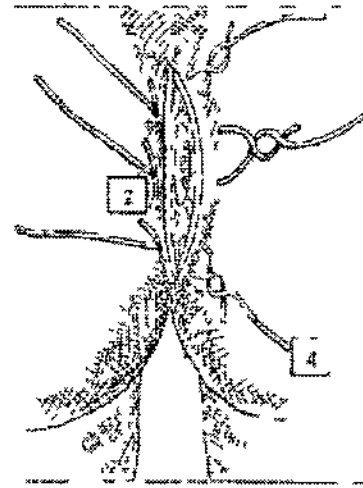
Бактеріологічне дослідження гною з порожнини гнійника виявило наявність патогенного стафілококу з високою чутливістю до мазі "Офлакain", яка призначена в якості місцевого лікування і до цефрану, який призначено парантерально. Після консультації фізіотерапевта додатково призначено 5 сеансів УВЧ-терапії. На наступну добу стан хворого покращився. На п'яту добу бактеріологічний

висів показав абсолютно чисту рану, запальний процес повністю купірувався.

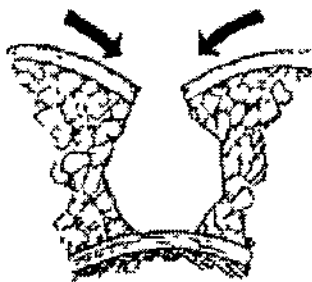
22.01.02 хворому призначений другий етап хірургічного радикального лікування. Під загальною анестезією, лінійним розтином до 6 см довжиною по середній лінії, шкіряні краї розведені, ЕКХ і залишки гною порожнини економко видалені в межах здорових тканин (Фіг 1, 2). Після туалету і ретельного гомеостазу краї шкіряної рани підшити до дна окремими вузловатими швами (Фіг 3, 4), відступаючи від краю шкіри на 1см. Шкіряні краї зведені окремими рідкими вузловатими швами. Накладено тугий пілот для додаткової фіксації країв шкіряної рани, шляхом зав'язування його на бантики. Перев'язки проводили кожного дня. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Шви зняті на сьому добу. Рана загоїлась первинним натягом. Виписаний у задовільному стані 30.01.02. Огляд через три місяці: здоров.



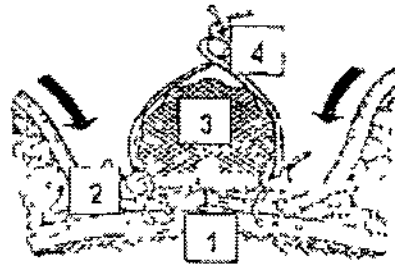
Фіг.1



Фіг.3



Фіг.2



Фіг.4

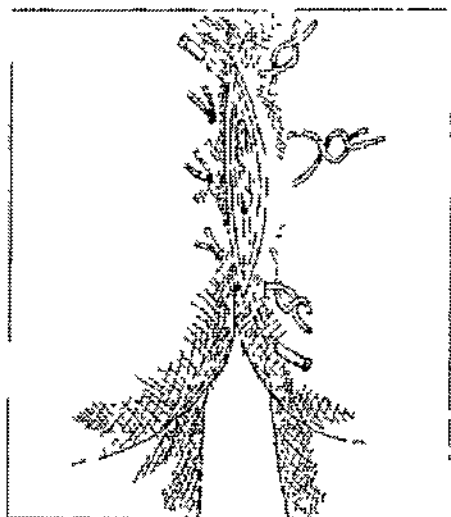


Fig. 5

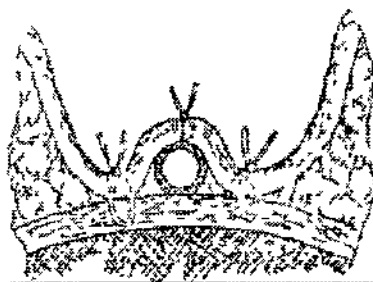


Fig. 6