



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **121725** (13) **C2**
(51) МПК (2020.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО РОЗВИТКУ
ЕКОНОМІКИ, ТОРГІВЛІ ТА
СІЛЬСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

<p>(21) Номер заявки: а 2019 03155</p> <p>(22) Дата подання заявки: 29.03.2019</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на винахід: 10.07.2020</p> <p>(41) Публікація відомостей про заявку: 25.10.2019, Бюл.№ 20</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.07.2020, Бюл.№ 13</p>	<p>(72) Винахідник(и): Каніковський Олег Євгенович (UA), Осадчий Андрій Васильович (UA), Коцюра Олександр Андрійович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p> <p>(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою: Алексеев С. А. и др. Острый и хронический парапроктиты. учеб.-метод. пособие, Минск – 2007 Сергацкий К. И. и др. Возможности и перспективы применения вакуум-терапии в неотложной хирургии острого парапроктита. Фундаментальные исследования, 2015, № 1, С. 366-370 RU 2531541 C1, 20.10.2014 UA 41249 U, 12.05.2009 UA 46072 U, 10.12.2005 UA 59690 U, 25.05.2011</p>
---	--

(54) СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ПЕЛЬВІОРЕКТАЛЬНОГО ПРОСТОРУ ПРИ ГОСТРОМУ ПАРАПРОКТИТІ

(57) Реферат:

Винахід стосується гострих пельвіоректальних парапроктитів, при якому проводять дренування пельвіоректального простору при гострому парапроктиті та розкривають пельвіоректальний простір зі сторони промежини через підшкірний, ішіоректальний простори та в поздовжньому напрямку розкривають тазово-прямокишковий простір, далі тупфер проводять через пельвіоректальний простір в пахову ділянку, де на тупфері розсікають поздовжню шкіру, передню та передміхурову фасції та розкривають пельвіоректальний простір зі сторони передньої черевної стінки, монтують систему крапельного зрошення антисептиками та дренування перфорованою силіконовою трубкою з поролоновою губкою навколо перфорованих отворів через всі уражені клітковинні простори таза і активно аспірують вміст в контейнер портативною системою KCI acti V.A.C.

UA 121725 C2

Винахід належить до медицини, а саме невідкладної колопроктології, і може бути використаний при лікуванні хворих на гострий пельвіоректальний парапроктит, флегмони таза.

За даними ведучих клінік і закордонних досліджень, гострий парапроктит складає близько 0,5-4 % серед хворих з загально-хірургічною патологією, а в структурі проктологічних захворювань 20-40 % [Гинюк В.А. Комплексный подход к лечению пациентов с острым парапроктитом с применением фототерапии /В.А. Гинюк, Г.П. Рычагов //Новости хирургии. - 2011. - № 6. - С. 70-75].

Проблема лікування гострого парапроктиту залишається актуальною і в теперішній час, так як показник захворюваності серед хворих на гострий парапроктит в працездатному віці варіює від 6,1 до 22 %. [Sufiiarov R.S. Treatment of paraproctitis caused by associations St. Aureus with pr. Vulgaris, Morganellamorganii and Enterobacter aggl./R.S. Sufiiarov, M.A. Nurtdinov, Z.G. Gabidullin, A.A. Gabdrakhmanova //Vestnik Iuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Obrazovanie, zdravookhranenie, fizicheskaiia kul'tura, 2012; 8 (267): 70-73].

Серед існуючих відомих способів дренивання гострого пельвіоректального парапроктиту є розкриття та дренивання гнійника на промежині, півмісяцевий основний розріз над проекцією абсцесу, відступивши від анального каналу не менше 3 см. Розсікають шкіру, підшкірну та ішіоректальну клітковину. Поздовжнім розрізом розсікають м'язову тканину поверхні діафрагми таза і розкривають пельвіоректальний простір. [В.И. Федоров, В.Л. Ривкин. Клиническая оперативная колопроктология. Москва.-"Медицина".-1994. - 423с. - с.343].

Цей спосіб є недостатньо ефективний, так як глибоко розташований параректальний простір погано візуалізується в післяопераційному періоді, в більшості випадків додатково, за допомогою ультрасонографічного обстеження.

Недоліки:

Виділення з рани пасивно стікають під пацієнта, що порушує гігієнічні норми та комфорт під час лікування пацієнта.

Хворий потребує додаткового нагляду.

Тампоновані рани обмежують в рухах пацієнта та приковують до ліжка.

Вкрай болючі перев'язки з використанням тампонів та додаткові перев'язки після кожного акту дефекації, які самостійно пацієнт виконати не може.

У сучасному веденні гнійно-некротичних вражень перевага віддається активній аспірації вмісту післяопераційних ран.

Ще одним видом дренивання є зміна доступу до патологічного процесу, який виконується над лоном поздовжньо та позаочеревинно через передню і передміхурову фасції та передміхуровий простір, [патент UA № 59690, МПК (2011.01) А61В 17/00. "Спосіб хірургічного лікування гострого пельвіоректального парапроктиту" //Промислова власність. - 2011. - № 10]

Як правило, гострий пельвіоректальний парапроктит діагностувати вкрай важко. Однозначно вказати на ізолювану патологію пельвіоректального простору можливо лише після проведення комп'ютерної томографії, та як мінімум, ультрасонографії малого таза. Хворі госпіталізуються уже в важкому стані з ураженням не тільки пельвіоректального, а і інших просторів таза, іноді з флегмонами таза.

В основу корисної моделі Спосіб дренивання пельвіоректального простору при гострому парапроктиті поставлено задачу удосконалити вид адекватної санації та дренивання пельвіоректального простору при гострому пельвіоректальному парапроктиті.

Поставлена задача вирішується способом, в якому виконуємо доступ через півмісяцевий параректальний розріз не менше 5 см відступивши від анального каналу. Тупим та гострим шляхом розкриваємо підшкірний, ішіоректальний та в поздовжньому напрямку розкриваємо тазово-прямокишковий простір. Пальцева ревізія всіх просторів для виявлення запливів. Некректомія в межах здорових тканин як класична так і кавітаційна. Гемостаз. Тупфер проводимо через пельвіоректальний простір в пахову ділянку, де на тупфері розсікаємо поздовжньо шкіру, передню та передміхурову фасцію та розкриваємо пельвіоректальний простір. Санацію порожнин проводимо від пахової ділянки антисептиками. Активно використовуємо Pulse lavage систему струминної подачі антисептику та її аспірації. Монтуємо систему крапельного зрошення антисептиками та дренивання перфорованою силіконовою трубкою з поролоновою губкою навколо перфорованих отворів через всі уражені клітковинні простори таза, активною аспірацією вмісту в контейнер портативною системою KCl acti V.A.C.

Така модель дренивання просторів дозволяє постійно проводити санацію порожнин, та контролювати об'єм виділень з рани. Система встановлюється на 48-72 години, що забезпечує відсутність болючих перев'язок. Хворий мобільний і не потребує особливого догляду та може самостійно себе обходити.

Клінічний приклад виконання запропонованого способу дренивання пельвіоректального парапроктиту проточно-промивною системою з активною аспірацією. Хворий С., № 1062, 53 роки, госпіталізований в хірургічне відділення Вінницької центральної клінічної лікарні 12.02.18 в 12:00 з діагнозом гострий розкритий парапроктит. Скарги на болі в анальному каналі, припухлість, почервоніння правої сідниці, гнійні виділення з отвору біля анального каналу, підвищення температури до 39,5 °С, озноб, загальна слабкість. З анамнезу відомо, що хворіє протягом тижня, а гнійні виділення з'явилися пару годин тому.

Лабораторні обстеження: Група крові В(III) Rh(+), гемоглобін 120 г/л, лейкоцити $11,5 \times 10^9$ /л, ШОЕ 40 мм/г, цукор 6,4 мм/л, білок крові 64,5 г/л, сечовина - 9,3, креатинін - 0,09. (від 12.02.18)

В ургентному порядку взятий в операційну. Об'єктивно на 7 годинах інфільтрат розмірами 5×7 см з перфоративним отвором в 2 см. Від анального каналу на 7 годинах, гнійні виділення з рани. Під СМА виконано розріз до 7 см в проекції розм'якшення. Тупим та гострим шляхом розкрито підшкірний та ішіоректальний простір, отримано до 150 мл гнійного вмісту, некротично-змінених тканин видалено. Санація порожнин. При резізі ішіоректального простору гнійник поширений в тазовопрямокишковий простір. В поздовжньому напрямку розкрили пельвіоректальний простір. Тупфер провели через пельвіоректальний простір в пахову ділянку, де на тупфері розікли поздовжньо шкіру, передню та передміхурову фасцію та розкрили пельвіоректальний простір. Санацію порожнин виконали від пахової ділянки антисептиками в об'ємі 1,5 літра до чистих промивних вод. Стійкий гемостаз досягнуто прошиванням та перев'язкою кровоточивих судин, та електрокоагуляцією мілких судин. Виконано висічення внутрішнього отвору парапроктиту. Пряму кишку тампонували марлевым тампоном з маззю та газовідвідною трубкою. Змонтували промивну крапельну систему санації та активної аспірації з параректальних просторів. Для цього використали дренажну трубку діаметром 1 см з перфорованими отворами, яка заведена в пельвіоректальний та ішіоректальний простір через пахову ділянку та підключена системи подачі антисептика (1). Створено герметизм з допомогою клейкої плівки (2) в паховій ділянці. [Фігура 1] Зі сторони промежини в порожнину параректальних просторів (6) заведено силіконову трубку з перфорованими отворами (4), яка проходить через поролонову губку (3) розмірами підігнано до об'єму порожнини. [Фігура 2] Клейкою плівкою (2) створено герметизм зі сторони промежини. Підключений активний портативний вакуумний аспіратор KCI acti V.A.C. (7) з мінімальним тиском всмоктування 20 мм вод. ст., до відповідної перфорованої силіконової дренажної трубки, який коригується рівнем болювого синдрому. [Фігура 3] Система функціонувала по такій схемі. Активна аспірація протягом 2 години після чого зупинка роботи апарата з перекриванням пластиковим затискачем привідної трубки та проведення крапельного зрошування порожнин протягом 2-3 хв 20-50 мл розчину антисептика, після чого зняли затискач та повторне проведення активної аспірації. Проточно-промивна система функціонувала протягом 48 годин. Хотілось відмітити відсутність болючих перев'язок та постійний контроль виділень зрани. Хворий на наступну добу активний, зупинку аспірації та введення антисептика проводив самостійно.

Післяопераційний діагноз: Гострий гнілісно-некротичний пельвіоректальний парапроктит.

Ускладнення: Флегмона таза

Операція: Розкриття та дренивання парапроктиту проточно-промивною системою та активною аспірацією. Висічення внутрішнього отвору парапроктиту.

Запропонований спосіб дренивання глибоких клітковинних просторів дозволяє контролювати кількість виділень та проводити адекватну санацію порожнин з активним видаленням вмісту, скорочує кількість перев'язок, забезпечує безболісність при перев'язках, скорочує терміни очищення рани від некротичних тканин, та стимулює і покращує ріст грануляційних тканин скорочуючи терміни лікування пацієнта. Хворий знаходився на стаціонарному лікуванні 20 днів.

ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

Спосіб дренивання пельвіоректального простору при гострому парапроктиті, який полягає в тому, що розкривають пельвіоректальний простір зі сторони промежини через підшкірний, ішіоректальний простори та в поздовжньому напрямку розкривають тазово-прямокишковий простір, далі тупфер проводять через пельвіоректальний простір в пахову ділянку, де на тупфері розсікають поздовжньо шкіру, передню та передміхурову фасції та розкривають пельвіоректальний простір зі сторони передньої черевної стінки, монтують систему крапельного зрошування антисептиками та дренивання перфорованою силіконою трубкою з поролоною губкою навколо перфорованих отворів через всі уражені клітковинні простори таза і активно аспірують вміст в контейнер портативною системою KCI acti V.A.C.

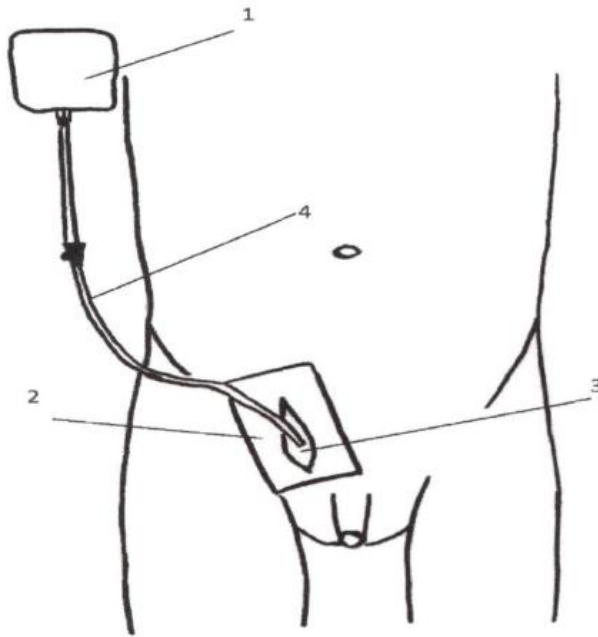


Fig. 1

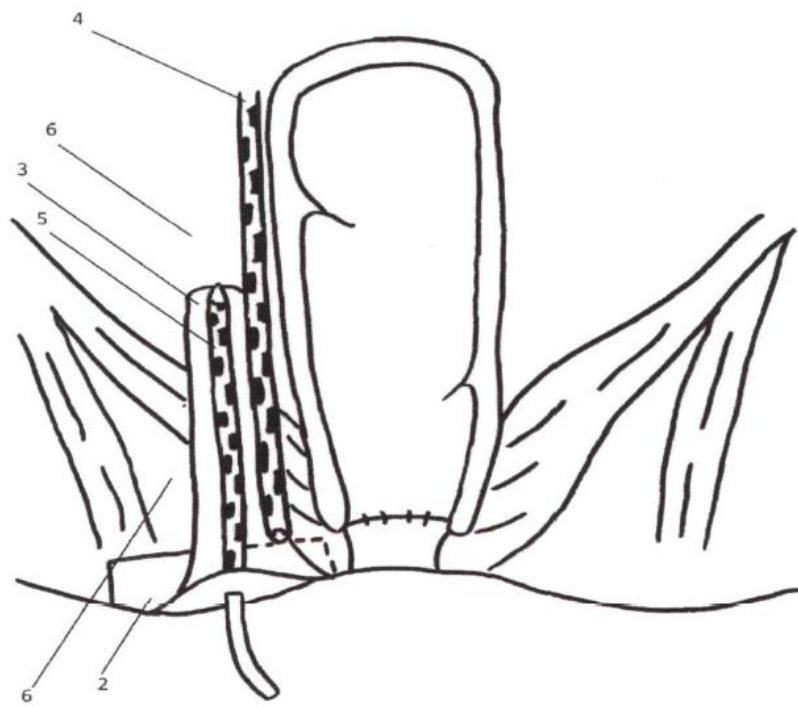
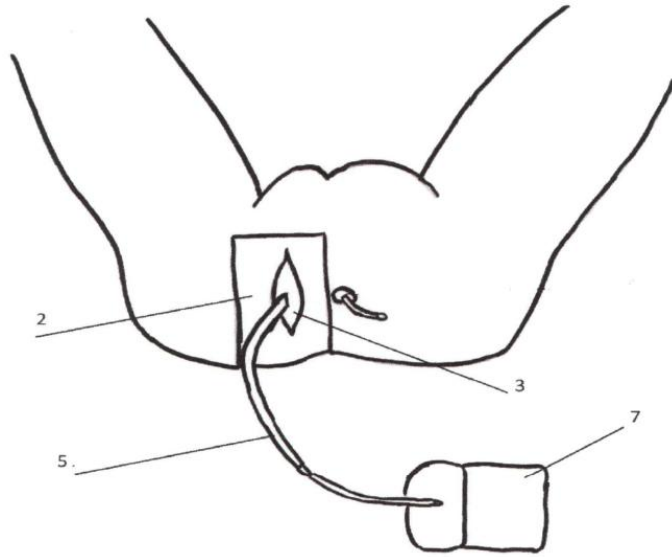


Fig. 2



Фіг. 3

Комп'ютерна верстка В. Мацело

Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України,
вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601