



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **139398** (13) **U**  
(51) МПК (2019.01)  
**A61B 17/00**

МІНІСТЕРСТВО РОЗВИТКУ  
ЕКОНОМІКИ, ТОРГІВЛІ ТА  
СІЛЬСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2019 04286</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>22.04.2019</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.01.2020</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.01.2020, Бюл.№ 1</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Каніковський Олег Євгенович (UA), Осадчий Андрій Васильович (UA), Коцюра Олександр Андрійович (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</b></p>
---	---

**(54) СПОСІБ ДРЕНУВАННЯ ПЕЛЬВІОРЕКТАЛЬНОГО ПРОСТОРУ ПРИ ГОСТРОМУ ПАРАПРОКТИТІ**

**(57) Реферат:**

Спосіб дронування пельвіоректального простору при гострому парапроктиті включає розкриття пельвіоректального простору з боку промежини через підшкірний, ішіоректальний простори, а також розкриття у поздовжньому напрямку тазово-прямокишкового простору. Також розкривають пельвіоректальний простір з боку передньої черевної стінки, проводячи тупфер через пельвіоректальний простір в пахову ділянку і розсікаючи на тупфері поздовжню шкіру, передню та передміхурову фасції. Заводять в пельвіоректальний та ішіоректальний простори через пахову ділянку перфоровану силіконову трубку з поролоновою губкою навколо перфорованих отворів і здійснюють крапельне зрошення антисептиками та дронування через всі вражені клітковинні простори таза, а також активну аспірацію вмісту в контейнер портативною системою.

UA 139398 U



Корисна модель належить до медицини, а саме невідкладної колопроктології, і може бути використана 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 із загально-хірургічною патологією, а в структурі проктологічних захворювань 20-40 % [Гинюк В.А. Комплексный подход к лечению пациентов с острым парапроктитом с применением фототерапии / Гинюк В.А., Рычагов Г.П. // 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 у 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. [Федоров В.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. Москва. - "Медицина". - 1994. – С. 423 - 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 даного способу:

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 уражень перевага віддається активній аспірації вмісту післяопераційних ран.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити вид адекватної санації та дренивання пельвіоректального простору при гострому пельвіоректальному парапроктиті.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі дренивання пельвіоректального простору при гострому парапроктиті, що включає розкриття пельвіоректального простору з боку промежини через підшкірний, ішіоректальний простори, а також розкриття у поздовжньому напрямку тазово-прямокишкового простору, згідно з корисною моделлю, також розкривають пельвіоректальний простір з боку передньої черевної стінки, проводячи тупфер через пельвіоректальний простір в пахову ділянку і розсікаючи на тупфері поздовжню шкіру, передню та передміхурову фасцію, заводять в пельвіоректальний та ішіоректальний простори через пахову ділянку перфоровану силіконову трубку з поролоною губкою навколо перфорованих отворів і здійснюють крапельне зрошення антисептиками та дренивання через всі вражені клітковинні простори таза, а також активну аспірацію вмісту в контейнер портативною системою.

У способі виконують розкриття пельвіоректального простору з боку промежини через підшкірний, ішіоректальний простори та в поздовжньому напрямку розкривають тазово-прямокишковий простір, далі тупфер проводять через пельвіоректальний простір у пахову ділянку, де "на тупфері" розсікають поздовжню шкіру, передню та передміхурову фасцію та розкривають пельвіоректальний простір зі сторони передньої черевної стінки, монтують систему крапельного зрошення антисептиками та дренивання перфорованою силіконою трубкою з поролоною губкою навколо перфорованих отворів через всі уражені клітковинні простори таза, та 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 р. 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, озноб, загальна слабкість. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом тижня, а гнійні виділення з'явилися пару годин тому.

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

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-змінені тканини видалено. Проведена санація порожнин. При резізіі ішіоректального простору гнійник поширений в тазовопрямокишковий простір. У поздовжньому напрямку розкрили пельвіоректальний простір. Тупфер провели через пельвіоректальний простір в пахову ділянку, де на тупфері розсікли поздовжню 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 1 діаметром 1 см із перфорованими отворами, яка заведена в пельвіоректальний та ішіоректальний простір через пахову ділянку та підключена система подачі антисептика 2. Створено герметизм за допомогою клейкої плівки 3 в паховій ділянці. (Фіг. 1). З боку промежини в порожнину параректальних просторів заведено силіконову трубку з перфорованими отворами 4, яка проходить через поролонову губку 5, розмірами підігнану до об'єму порожнини (Фіг. 2). Клейкою плівкою 3 створено герметизм з боку промежини. Підключений активний портативний вакуумний аспіратор KCI асті V.A.C. 6 з мінімальним тиском всмоктування 20 мм. вод. ст., до відповідної перфорованої силіконової дренажної трубки, який коригується рівнем болювого синдрому (Фіг. 3). Система функціонує по такій схемі: активна аспірація протягом 2 годин, після чого зупинка роботи апарату з перекриванням пластиковим затискачем привідної трубки та проведення крапельного зрошування порожнин протягом 2-3 хв. 20-50 мл розчину антисептика, після чого знімають затискач та повторно проводять активну аспірацію. Проточно-промивна система функціонувала протягом 48 годин. Відмічається відсутність болючих перев'язок та проводиться постійний контроль виділень з рани. Хворий на наступну добу активний, зупинку аспірації та введення антисептика проводив самостійно.

Післяопераційний діагноз: Гострий гнилісно-некротичний пельвіоректальний парапроктит.

Ускладнення: Флегмона таза.

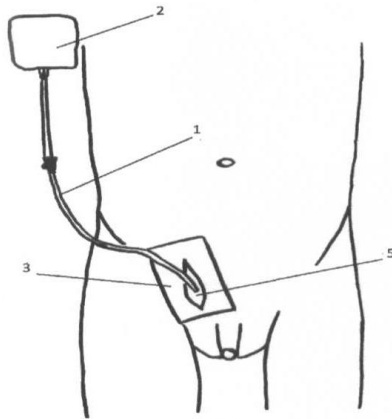
Операція: Розкриття та дренивання парапроктиту проточно-промивною системою та активною аспірацією. Висічення внутрішнього отвору парапроктиту.

Хворий знаходився на стаціонарному лікуванні 20 днів.

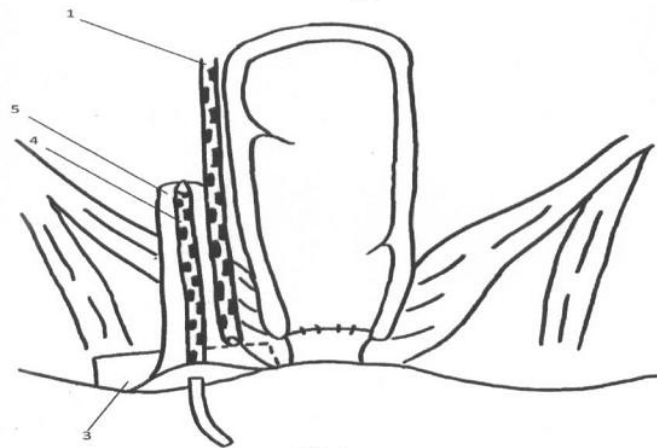
Запропонований спосіб дренивання глибоких клітковинних просторів дозволяє контролювати кількість виділень та проводити адекватну санацію порожнин із активним видаленням вмісту, скорочує кількість перев'язок, забезпечує безболісність при перев'язках, скорочує терміни очищення рани від некротичних тканин,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

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

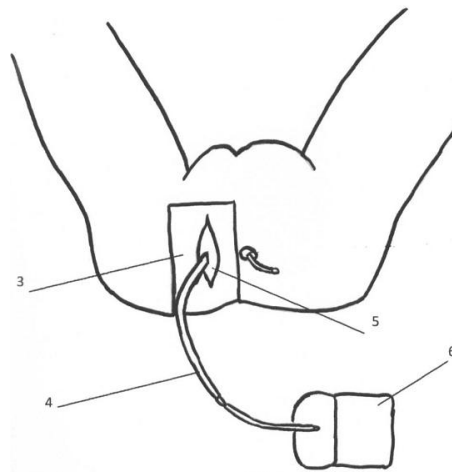
Спосіб дренивання пельвіоректального простору при гострому парапроктиті, що включає розкриття пельвіоректального простору з боку промежини через підшкірний, ішіоректальний простори, а також розкриття у поздовжньому напрямку тазово-прямокишкового простору, який **відрізняється** тим, що також розкривають пельвіоректальний простір з боку передньої черевної стінки, проводячи тупфер через пельвіоректальний простір в пахову ділянку і розсікаючи на тупфері поздовжню шкіру, передню та передміхурову фасцію, заводять в пельвіоректальний та ішіоректальний простори через пахову ділянку перфоровану силіконову трубку з поролоною губкою навколо перфорованих отворів і здійснюють крапельне зрошування антисептиками та дренивання через всі вражені клітковинні простори таза, а також активну аспірацію вмісту в контейнер портативною системою.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3

---

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

---

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