

(19) **KG** (11) **422** (13) **C1**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО ПО НАУКЕ И (51)⁷ **A61B 17/00**
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 990032.1

(22) 01.06.1999

(46) 01.02.2001, Бюл. №1

(76) Мадаминов А.М. (KG)

(56) Патент RU №2061412, кл. A61B 17/00, 1996

(54) **Способ лечения острого парапроктита**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к проктологии. Для исключения рецидивов заболевания, предупреждения перехода острой стадии в хроническую и с целью профилактики недостаточности анального сфинктера, вскрытие абсцесса проводят радиальным разрезом на всю его длину, а иссечение внутреннего отверстия гнойного хода осуществляют вместе с иссечением некротических тканей, и, после обработки полости антисептиками, дно раны прошивают, края ее ушивают с оставлением поверхностной раны длиной до 2 см для дренирования. 1 пр., 2 ил.

Изобретение относится к медицине, а именно к проктологии, и может быть использовано для лечения острых парапроктитов. Известен способ лечения экстрасфинктерного парапроктита путем вскрытия и дренирования абсцесса, иссечения внутреннего отверстия парапроктита в пределах слизисто-подслизистого слоя с тампонадой раны мышечным лоскутом (Патенту RU №2061412, кл. A61B 17/00, 1996).

Недостатками известного способа являются рецидивы заболевания, возможность перехода его в хроническую форму и возникновение анальной инконтиненции.

Задачей изобретения является снижение рецидивов заболевания, исключения перехода острого парапроктита в хроническую форму, а также профилактика недостаточности анального сфинктера. Задача решается тем, что вскрытие абсцесса проводят радиальным разрезом на всю его длину, а иссечение внутреннего отверстия гнойного хода осуществляют вместе с иссечением некротических тканей, и, после обработки полости антисептиками, дно раны прошивают, края ее ушивают с оставлением поверхностной раны анального канала длиной до 2 см для дренирования.

На фиг. 1 представлен 1-ый этап - ушивание дна раны; на фиг. 2 - вид раны после операции. Способ осуществляется следующим образом.

После обработки кожи толстой иглой пунктируют абсцесс и эвакуируют гнойное содержимое. Гнойник окрашивают смесью метиленового синего и перекиси водорода в

соотношении 1:1. Поступление красителя в просвет кишки позволяет локализовать внутреннее отверстие парапроктита. Затем радиальным разрезом над местом флюктуации широко раскрывают абсцесс, разъединяют перемычки и создают единую полость. Иссекают некротические ткани вместе с иссечением внутреннего отверстия гнойного хода. Рану обрабатывают антисептиками. Дно ее прошивают нитями из рассасывающихся материалов, при стягивании которых края раны соприкасаются между собой. Рана промежности зашивается наглухо до анального отверстия, при этом оставляют поверхностную рану анального канала длиной до 2 см для дренирования. В прямую кишку вставляется турунда с гидрофильной многокомпонентной мазью, которая удаляется на следующий день. В послеоперационном периоде рана ежедневно обрабатывается антисептиками, и осуществляются аппликации с гидрофильной многокомпонентной мазью.

Пример 1. Больная МаксUTOва Г., 1968 г.р. (история болезни №10560/414), поступила 07.05.99 г. с жалобами на боли в области промежности, повышение температуры тела. Больна в течение 10 дней, лечилась дома мазями без эффекта. Направлена в Национальный госпиталь МЗ КР.

Объективно: в области промежности на 7-ми часах по циферблату, при положении больной на спине имеется болезненный инфильтрат, размерами 8х9 см, кожа над ним гиперемирована, в центре инфильтрата флюктуация. Диагноз: острый подкожный парапроктит. 07.05.99 г. проведена операция по способу - радиальное вскрытие парапроктита с частичным ушиванием раны. Под сакральной анестезией после обработки операционного поля радиальным разрезом над инфильтратом вскрыт парапроктит, при этом получено около 20 мл густого гноя. Иссечены некротические ткани и крипта на 6-ти часах с внутренним отверстием гнойного хода, сообщающегося с просветом прямой кишки с полостью гнойника. Рана обработана 3 % раствором перекиси водорода и раствором фурацилина (1:5000). На дно раны наложены узловыe швы из рассасывающегося материала, затем рана ушита до заднепроходного отверстия, с оставлением поверхностной раны длиной до 2 см. В прямую кишку вставлена турунда с мазью левомиколь. Выписана 19.05.99. Послеоперационный период прошел гладко, рецидивов не отмечалось.

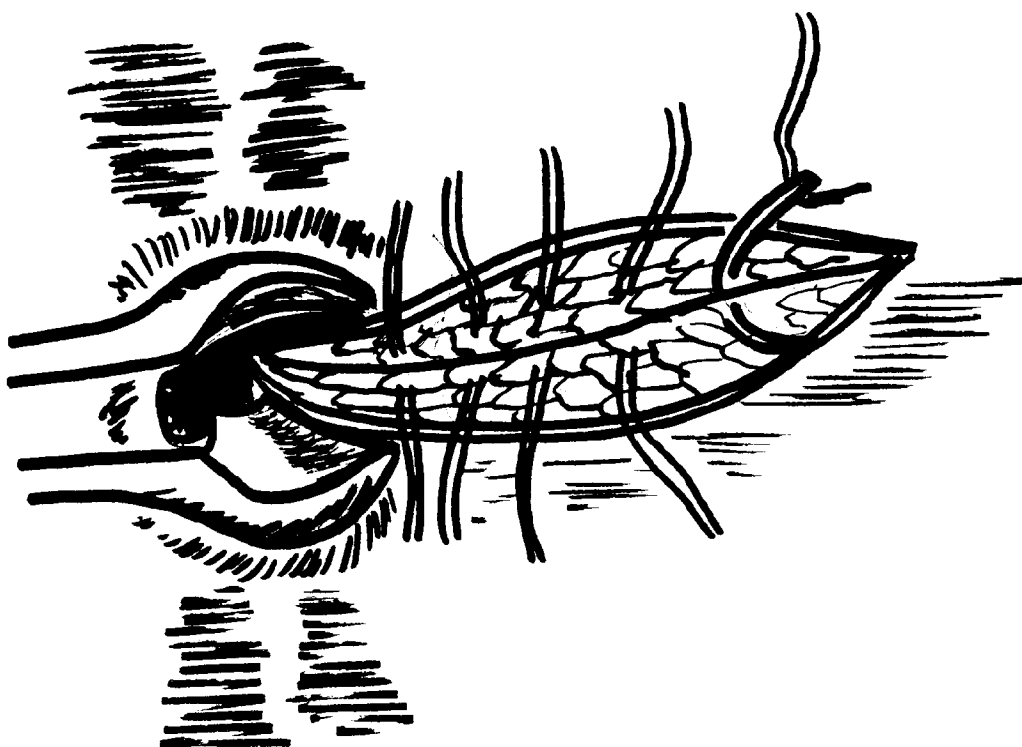
В 72 проведенных операциях за период 1997 - 1999 годы в 98 % случаях отсутствовали рецидивы заболеваний.

Таким образом, в способе иссечение внутреннего отверстия гнойного хода вместе с иссечением некротических тканей позволяет более полно удалять не только мелкие очаги воспаления, но и некротизированные ткани, что намного уменьшает риск осложнений. В известном способе это не удавалось из-за неполного иссечения гнойного хода, - только до стенки прямой кишки.

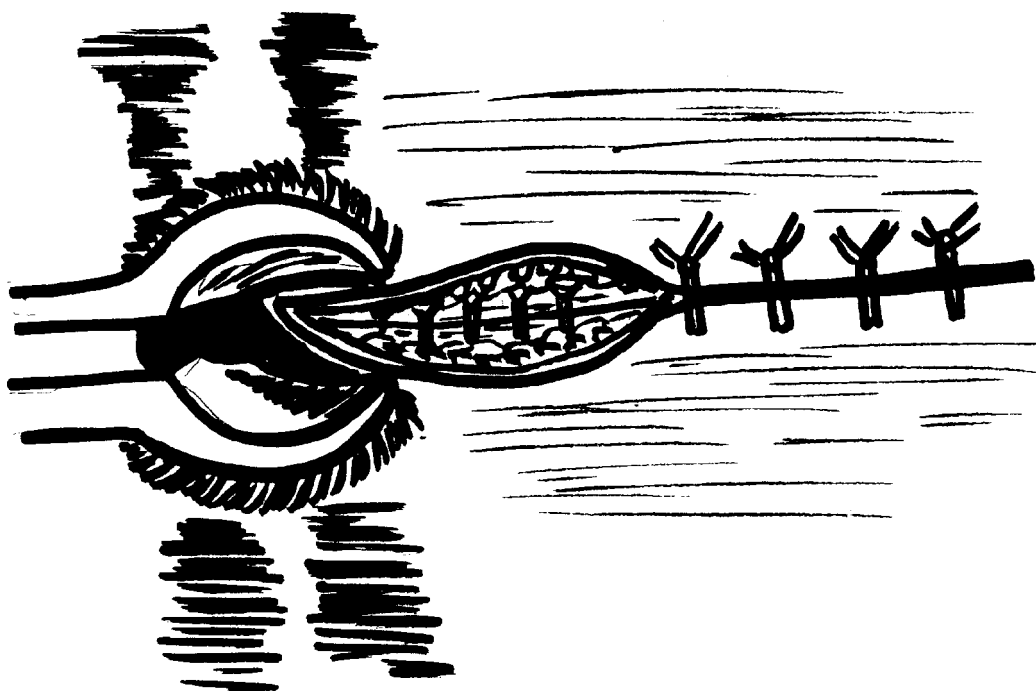
В способе проведение радиального разреза над абсцессом, прошивка dna раны рассасывающимися нитями и не полное ее ушивание давало дополнительную возможность дренирования, обработки антисептиками и аппликациями гидрофильными мазями, что также усиливало эффект операции и предупреждение рецидивов заболевания.

Формула изобретения

Способ лечения острого парапроктита, включающий вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение внутреннего отверстия гнойного хода, отличающийся тем, что вскрытие абсцесса проводят радиальным разрезом на всю его длину, а иссечение внутреннего отверстия гнойного хода осуществляют вместе с иссечением некротических тканей, и, после обработки полости антисептиками, дно раны прошивают, края ее ушивают с оставлением поверхностной раны длиной до 2 см для дренирования.



Фиг.1



Фиг.2

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Суртаева Э.Р.
Арипов С.К.