



MD 928 Y 2015.07.31

REPUBLICA MOLDOVA



(19) Agenția de Stat
pentru Proprietatea Intelectuală

(11) **928** (13) **Y**
(51) Int.Cl: *A61B 17/00* (2006.01)

(12) BREVET DE INVENȚIE
DE SCURTĂ DURATĂ

In termen de 6 luni de la data publicării mențiunii privind hotărârea de acordare a brevetului de invenție de scurtă durată, orice persoană poate face opoziție la acordarea brevetului	
(21) Nr. depozit: s 2014 0134 (22) Data depozit: 2014.10.31	(45) Data publicării hotărârii de acordare a brevetului: 2015.07.31, BOPI nr. 7/2015
(71) Solicitanți: ANDON Elvira, MD; PANTELEICIUC Dorin, MD; ANDON Victor, MD; ANDON Liviu, MD (72) Inventatori: ANDON Elvira, MD; PANTELEICIUC Dorin, MD; ANDON Victor, MD; ANDON Liviu, MD (73) Titulari: ANDON Elvira, MD; PANTELEICIUC Dorin, MD; ANDON Victor, MD; ANDON Liviu, MD	

(54) Metodă de plastie a defectului după înlăturarea chistului pilonidal

(57) Rezumat:

1

Invenția se referă la medicină, în special la chirurgia coloproctologică, și poate fi utilizată pentru plastia defectului după înlăturarea chistului pilonidal.

Conform invenției, metoda revendicată constă în aceea că după înlăturarea în bloc a chistului pielonidal cu țesutul subcutanat până la țesutul sănătos și fascia profundă cu

2

obținerea unui defect de formă ovală în plan longitudinal, se aplică suturi etanșe, începând de la fiecare unghi al plăgii până la diametrul ei transversal maximal, iar în regiunea menționată a plăgii se aplică câte trei suturi în formă de „U” pe ambii pereți ai plăgii cu fixarea pielii de fundul ei.

Revendicări: 1

MD 928 Y 2015.07.31

(54) Method for defect plasty after removal of pilonidal cyst

(57) Abstract:

1
The invention relates to medicine, particularly to coloproctological surgery, and can be used for defect plasty after removal of pilonidal cyst.

According to the invention, the claimed method consists in that after block removal of the pilonidal cyst with the subcutaneous tissue to healthy tissue and deep fascia with the

2
obtaining of a defect of oval shape in longitudinal plane, are applied blind sutures, starting from each corner of the wound to its maximum transverse diameter, and in said portion of the wound are applied three "U"-shaped sutures on both walls of the wound with skin fixation to the bottom of the wound.

Claims: 1

(54) Метод пластики дефекта после удаления пилонидальной кисты

(57) Реферат:

1
Изобретение относится к медицине, в частности к колопроктологической хирургии, и может быть использовано для пластики дефекта после удаления пилонидальной кисты.

Согласно изобретению, заявленный метод состоит в том, что после удаления в блоке пилонидальной кисты с подкожной клетчаткой до здоровой ткани и глубокой

2
фасции с получением дефекта овальной формы в продольном плане, накладывают глухие швы, начиная с каждого угла раны до ее максимального поперечного диаметра, а в упомянутой части раны накладывают по три шва в форме „U” на обеих стенах раны с фиксацией кожи ко дну раны.

П. формулы: 1

Descriere:

Invenția se referă la medicină, în special la chirurgia coloproctologică, și poate fi utilizată pentru plastia defectului după înlăturarea chistului pilonidal.

5 Prima dată această patologie a fost descrisă de Andersen D.C. în anul 1847, iar recomandări pentru efectuarea tratamentului chirurgical au fost aduse de I.S. Warren în anul 1854.

10 Boala pilonidală este o maladie răspândită și reprezintă circa 1...2% din toate patologiiile chirurgicale. În secțiile de coloproctologie boala pilonidală și complicațiile ei ocupă locul 4 în structura maladiilor după hemoroizi, perirectite și fisuri anale.

15 Plastia defectului după înlăturarea în bloc a chistului pilonidal în limitele țesuturilor sănătoase prezintă problema-cheie și unul din elementele principale ale intervenției chirurgicale la acest contingent de bolnavi. Metodele similare de plastie a plăgii după înlăturarea în bloc a chistului pilonidal sunt deosebit de numeroase și condiționate de faptul că după operația radicală rămâne o plagă profundă în formă de crater, frecvent localizată pe articulația sacrococcigiană și după suprapunerea marginilor plăgii în profunzimea ei se formează o cavitate restantă. Pentru preîntâmpinarea formării cavității menționate a fost propusă metoda de aplicare a suturilor verticale în formă de "U", după înlăturarea chistului pilonidal [1].

20 Este cunoscută metoda de plastie parțială a plăgii cu suturi etanșe în regiunea unghiurilor ei sau suturarea numai în regiunea unghiului inferior al plăgii pentru micșorarea tensiunii asupra marginilor plăgii. Aplicarea suturii etanșe reprezintă o metodă care reduce termenul de spitalizare și preîntâmpină dezvoltarea cicatricelor vicioase [2].

25 Dezavantajul metodelor sus-menționate constă în aceea că sutura etanșă aplicată prezintă pericol de supurare și sporește riscul apariției recidivei pe tot parcursul perioadei de vindecare.

30 Este cunoscută metoda de plastie nefixată a defectului în două nivele. Primul nivel de suturi în formă de "U", aplicate pe fascie, acoperă fundul plăgii. Al doilea nivel de suturi în formă de "U" după Donati se aplică pe piele, iar între suturi se introduc fâșii de latex, pentru eliminarea conținutului din plagă [3].

Metoda menționată micșorează tensiunea marginilor plăgii în caz de excizie masivă de țesuturi, însă nu este lipsită de formarea fistulelor de ligatură.

35 Este cunoscută metoda de apropiere a marginilor plăgii către fundul ei cu suturi separate în formă de "U", constă în efectuarea inciziilor țesutului subcutanat pe tot traiecul plăgii din ambele părți și instalarea tubului de drenare cu orificii laterale [4].

Însă metoda este foarte traumatică și după operație rămân cicatrice vicioase.

Este cunoscută metoda de aplicare a suturilor prin toate straturile plăgii după suturarea fasciei sacrococcigiene cu suturi în surjet [5].

40 Metoda menționată traumatizează fascia sacrococcigiană și periostul, totodată este însoțită de sindromul algic după operație.

O răspândire largă în ultimii ani are metoda de excizie în bloc a chistului pilonidal și suturarea marginilor plăgii de fundul ei [6].

45 Această metodă în comparație cu alte metode este mai rațională, dar nu este lipsită de dezavantaje, și anume deformarea fisurii interfesiere și cicatrice vicioasă după operație.

50 Este cunoscută metoda de suturare a plăgii în dependență de particularitățile anatomo-topografice ale regiunii fesiero-coccigiene în caz de configurație înaltă a feselor, fisura interfesieră profundă și orificiul distal al fistulei pilonidale localizat în apropiere de orificiul anal, configurație joasă a feselor cu fisura interfesieră deschisă și localizare înaltă a orificiului primar al fistulei pilonidale față de orificiul anal [7].

55 Toate metodele de plastie a defectului folosite în tratamentul chirurgical al chistului pilonidal nu sunt lipsite de dezavantaje, în legătură cu aceasta sunt necesare metode optime de suturare a plăgii, astfel suturile aplicate să nu deformeze fisura interfesieră, fără formarea unor cavități, care sunt cauza unor complicații septice.

Problema pe care o rezolvă invenția constă în elaborarea unei metode de plastie a defectului după înlăturarea chistului pilonidal în bloc cu țesuturile afectate ale regiunii

sacrococciene, cu o eficacitate sporită la restabilirea arhitectonică a fisurii interfesiere, pentru a preîntâmpina supurarea plăgii după operație și recidivarea maladiei.

Conform invenției, metoda revendicată constă în aceea că după înlăturarea în bloc a chistului pilonidal cu țesutul subcutanat până la țesutul sănătos și fascia profundă cu obținerea unui defect de formă ovală în plan longitudinal, se aplică suturi etanșe, începând de la fiecare unghi al plăgii până la diametrul ei transversal maximal, iar în regiunea menționată a plăgii se aplică câte trei suturi în formă de „U” pe ambii pereți ai plăgii cu fixarea pielii de fundul ei.

Rezultatul invenției constă în suturarea plăgii după înlăturarea chistului pilonidal în bloc, care ajută la restabilirea eficientă a structurii arhitectonice a fisurii interfesiere, la lichidarea spațiilor restante după plastia defectului și la preîntâmpinarea recidivei bolii.

Avantajul metodei propuse constă în aplicarea suturilor menționate care fac posibilă închiderea completă a defectului fără formarea unor cavități restante, care pot provoca complicații septice în perioada postoperatorie, nu deformează zona anatomică corespunzătoare, ceea ce reduce termenul de spitalizare și reabilitare după operație.

Metoda se efectuează în felul următor.

Pe masa de operație, după prelucrarea câmpului operator, în orificiul fistulei se introduce verde de briliant în amestec cu sol. H_2O_2 de 3% în raport de 1:1...10 ml, pentru colorarea și evidențierea căii fistulare principale, a ramurilor ei și totodată a hotarelor chistului pilonidal.

După înlăturarea în bloc a chistului pilonidal cu țesutul celular subcutanat până la țesutul sănătos și fascia profundă cu obținerea unui defect de formă ovală în plan longitudinal, se aplică suturi etanșe începând de la fiecare unghi, și anume din partea cefalică și caudală a plăgii până la diametrul ei transversal maximal, iar în regiunea menționată a plăgii se aplică câte trei suturi în formă de „U” pe ambii pereți ai plăgii cu fixarea pielii de fundul ei.

Exemplu

Pacientul C., 17 ani, a fost internat la 28.04.2014: cu diagnosticul, chist pilonidal cu fistule externe multiple, bolnav pe parcursul a 2 ani. La 29.04.2014, după pregătirea respectivă, sub anestezie generală a fost poziționat bolnavul în decubit ventral pe masa de operație. S-a prelucrat câmpul operator, în orificiul fistulei s-a introdus verde de briliant în amestec cu sol. H_2O_2 de 3% în raport 1:1...10 ml, pentru colorarea și aprecierea căii fistulei principale și a ramurilor ei. S-a efectuat o incizie ovoidală în dependență de mărimea țesuturilor schimbate în jurul fistulei, dar nu mai aproape de 1 cm de orificiul fistulei. După înlăturarea în bloc a chistului pilonidal cu țesutul celular subcutanat până la țesutul sănătos și fascia profundă s-a obținut unui defect de formă ovală în plan longitudinal, s-au aplicat suturi etanșe începând de la fiecare unghi, și anume din partea cefalică și caudală a plăgii până la diametrul ei transversal maximal, iar în regiunea menționată a plăgii s-au aplicat câte trei suturi în formă de „U” pe ambii pereți ai plăgii cu fixarea pielii de fundul ei, ulterior s-a aplicat un pansament aseptice. Perioada postoperatorie fără complicații. Pacientul a fost externat la 05.05.2014 pentru tratament ambulator.

Metoda propusă a fost efectuată la 10 bolnavi cu chisturi pilonidale. Complicații intraoperatorii și postoperatorii nu s-au înregistrat. Durata tratamentului la bolnavii operați prin metoda propusă a fost cu 10...12 zile mai mică în comparație cu metoda cunoscută.

(56) Referințe bibliografice citate în descriere:

1. Рыжих А.Н. Хирургия прямой кишки. Медгиз., 1956, стр. 190-206
2. Алексеев М.С. Разработка и обоснованная дифференцированная тактика при лечении эпителиального копчикового хода. Автореф. дис. канд. мед. наук. Курск, 1990
3. Маслакова Н.Д. Василевский В.П., Новицкий А.А. и др. Новый метод хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 50-летию кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Гродно, 2011
4. Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.В., Алиев М.М. Способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода, осложненного множественными свищами. Вестник хирургии, 2007, №4, с. 63-65
5. RU 2477085 C1 2013.03.10
6. Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Эпителиальный копчиковый ход. Москва, 1988
7. Никулин Д.Ю. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода. Автореф. дис. канд. мед. наук. Ставрополь, 2011

(57) Revendicări:

Metodă de plastie al defectului după înlăturarea chistului pilonidal, care constă în aceea că după înlăturarea în bloc a chistului pilonidal cu țesutul subcutanat până la țesutul sănătos și fascia profundă cu obținerea unui defect de formă ovală în plan longitudinal, se aplică suturi etanșe, începând de la fiecare unghi al plăgii până la diametrul ei transversal maximal, iar în regiunea menționată a plăgii se aplică câte trei suturi în formă de „U” pe ambii pereți ai plăgii cu fixarea pielii de fundul ei.

Șef Direcție Brevete:

GUȘAN Ala

Examinator:

IUSTIN Viorel

Redactor:

LOZOVANU Maria

RAPORT DE DOCUMENTARE

I. Datele de identificare a cererii		
(21) Nr. depozit: s 2014 0134 (22) Data depozit: 2014.10.31 (67)* Nr. și data transformării cererii: , (71) Solicitant: ANDON Elvira, MD; PANTELEICIUC Dorin, MD; ANDON Victor, MD; ANDON Liviu, MD (54) Titlul: Metodă de plastie al defectului după înlăturarea chistului pilonidal (32) Data de prioritate recunoscută: Raport de documentare internațională: ☐ da		
II. Clasificarea obiectului invenției:		
(51) Int.Cl: A61B 17/00 (2006.01)		
III. Colecții și Baze de date de brevete cercetate (denumirea, termeni caracteristici, ecuații de căutare reprezentative)		
MD - Intern « Documentare Invenții » (inclusiv cereri nepublicate; trunchiere automată stanga/dreapta): Int.Cl: A61B 17/00 (2006.01) „Chist pilonidal”, plastie EA, CIS (Eapatis): Int.Cl: A61B 17/00 (2006.01) „эпителиального копчикового свища”, „пластика” SU (nonpublic): Int.Cl: A61B 17/00 (2006.01) „эпителиального копчикового свища”, „пластика”		
IV. Baze de date și colecții de literatură nonbrevet cercetate		
V. Documente considerate a fi relevante		
Categorია*	Date de identificare ale documentelor citate si, unde este cazul, indicarea pasajelor pertinente	Numărul revendicării vizate
A, D	Рыжих А.Н., Хирургия прямой кишки. Медгиз., 1956, стр. 190-206	1
A, D	Алексеев М.С. Разработка и обоснованная дифференцированная тактика при лечении эпителиального копчикового хода. Автореф. дис. канд. мед. наук. Курск, 1990	1
A, D	Маслакова Н.Д.Василевский В.П., Новицкий А.А. и др. Новый метод хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов. Материалы Международной научно- практической конференции, посвященной 50-летию кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Гродно, 2011	1
A, D	Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.В.Алиев М.М.Способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода, осложненного множественными свищами. Вестник хирургии, 2007, №4, с. 63-65	1
A, D	RU 2477085 C1 2013.03.10	1
A, D	Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Эпителиальный	1

	копчиковый ход. М. 1988	
A, D, C	Никулин Д.Ю., Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода. Автореф. дис. канд. мед. наук. Ставрополь, 2011	1
* categoriile speciale ale documentelor citate:		
A – document care definește stadiul anterior general	T – document publicat după data depozitului sau a priorității invocate, care nu aparține stadiului pertinent al tehnicii, dar care este citat pentru a pune în evidență principiul sau teoria pe care se bazează invenția	
X – document de relevanță deosebită: invenția revendicată nu poate fi considerată nouă sau implicând activitate inventivă când documentul este luat în considerație de unul singur	E – document anterior dar publicat la data depozit național reglementar sau după aceasta dată	
Y – document de relevanță deosebită: invenția revendicată nu poate fi considerată ca implicând activitate inventivă când documentul este asociat cu unul sau mai multe documente de aceeași categorie	D – document menționat în descrierea cererii de brevet	
O - document referitor la o divulgare orală, un act de folosire, la o expoziție sau la orice alte mijloace de divulgare	C – document considerat ca cea mai apropiată soluție	
	& – document, care face parte din aceeași familie de brevete	
P - document publicat înainte de data de depozit, dar după data priorității invocate	L – document citat cu alte scopuri	
Data finalizării documentării	2015.05.05	
Examinator	IUSTIN Viorel	