



УКРАЇНА

(19) UA (11) 19388 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СКЛАДНИХ ЕКСТРАСФІНКТЕРНИХ ТА ТРАНССФІНКТЕРНИХ СВИЩІВ ПРЯМОЇ КИШКИ

1

2

(21) u200606648

(22) 15.06.2006

(24) 15.12.2006

(46) 15.12.2006, Бюл. № 12, 2006 р.

(72) Дегтяренко Сергій Петрович

(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб хірургічного лікування складних екст-
расфінктерних і транссфінктерних свищів прямої
кишки шляхом пластичного закриття внутрішнього
отвору свищуватого ходу, який **відрізняється** тим,
що висікають свищуватий хід з навколишніми руб-
цевими тканинами високочастотною радіохвилею
3,8 МГц до стінки прямої кишки, потім з боку пря-
мої кишки на межі слизистої і шкіри анального ка-
налу високочастотною радіохвилею тієї ж частоти
виконують півмісяцевий розріз, що займає 0,3-0,5
кола анального каналу, препарують його стінку на
глибину слизового і підслизистого шарів у вигляді

півмісяця, формуючи клапоть, верхній край якого
розташовують на 2-3 см вище за верхній край вну-
трішнього отвору свищуватого ходу, після чого
внутрішній отвір і залишок свищуватого ходу в
стінці кишки коагулюють вказаною вище високоча-
стотною радіохвилею і вшивають вікрилом, фор-
муючи дублікатуру м'язових волокон, проводять
задню дозовану сфінктеротомію на глибину не
більше 0,5 см, заводять слизово-підслизистий
клапоть стінки прямої кишки у напрямку до періа-
нальної шкіри, прикриваючи внутрішній отвір сви-
щуватого ходу в стінці кишки і місце сфінктерото-
мії, а залишок слизово-підслизистого клаптя
відсікають, відновлюють цілісність слизової обо-
лонки задньопрохідного каналу, ушиваючи рану
без натягнення тканин і не наглухо так, щоб вуз-
лові вікрилові шви захоплювали краї слизової
оболонки і дно рани.

Корисна модель відноситься до області хірур-
гії, а саме до проктології, і може бути застосована
для хірургічного лікування сфінктерних та транс-
сфінктерних свищів прямої кишки.

Найбільш близьким до запропонованого тех-
нічного рішення є спосіб оперативного лікування
сфінктерного свища прямої кишки шляхом висі-
чення слизово-м'язового майданчика-клаптя, піс-
ля чого відсепаровують вище внутрішнього сви-
щуватого отвору слизово-м'язовий клапоть,
низводять і фіксують його до періанальної шкіри.
Розщеплюють сфінктер і видаляють внутрішній
свищуватий отвір [1].

Вказаний спосіб лікування сфінктерного свища
є досить ризикованим через те, що при виконанні
його, як правило, пошкоджується анальний сфінк-
тер.

В основу корисної моделі поставлено задачу
вдосконалення способу хірургічного лікування
складних екстрасфінктерних та транссфінктерних
свищів прямої кишки шляхом висічення свищова-
того ходу та коагуляції внутрішнього свищуватого

отвору високочастотною радіохвилею, а також
відновлення цілісності задньопрохідного каналу
без зшивання наглухо слизово-підслизистого лос-
куту і шкіри анального каналу, що дозволить уник-
нути кровотечі під час операції і можливого пош-
кодження сфінктера та стінки прямої кишки,
зменшити кількість нагноєнь та рецидивів.

Поставлена задача вирішується тим, що, згід-
но корисної моделі, висікають свищуватий хід з
навколишніми рубцевими тканинами високочаст-
отною радіохвилею 3,8 МГц до стінки прямої кишки,
потім з боку прямої кишки на межі слизистої і шкі-
ри анального каналу високочастотною радіохви-
лею тієї ж частоти роблять півмісяцевий розріз, що
займає 0,3-0,5 кола анального каналу, препарують
його стінку на глибину слизового і підслизистого
шарів у вигляді півмісяця, формуючи клапоть, вер-
хній край якого розташовують на 2-3 см вище за
верхній край внутрішнього отвору свищуватого
ходу, після чого внутрішній отвір і залишок свищ-
уватого ходу в стінці кишки коагулюють вказаною
вище високочастотною радіохвилею і вшивають

(13) U

(11) 19388

(19) UA

вікрилом, формуючи дублікатуру м'язових волокон, проводять задню дозовану сфінктеротомію на глибину не більше 0,5 см, заводять слизово-підслизистий клапоть стінки прямої кишки у напрямку до періанальної шкіри, прикриваючи внутрішній отвір свищуватого ходу в стінці кишки і місце сфінктеротомії, а залишок слизово-підслизистого клаптя відсікають, відновлюють цілісність слизової оболонки задньопрохідного каналу, ушиваючи рану без натягнення тканин і не наглухо так, щоб у вузлові вікрилові шви захоплювалися краї слизової оболонки і дно рани.

Спосіб виконується наступним чином.

В передопераційному періоді проводять санацію гнійного вогнища, з метою покращення мікроциркуляції і системи місцевого імунітету, з застосуванням озонованої води на протязі 5-6 днів, а також ректальної інсуфляції озоно-кисневої суміші.

Під час операції хворим з екстрасфінктерними свищами за показанням застосовують спинномозкову, сакральну анестезію 2 % розчином лідокаїну, місцеву анестезію 0,3 % розчином лідокаїну з додаванням адреналіну. Контрастують свищуватий хід шляхом введення 1 % розчину метиленового синього через його зовнішній отвір до появи помарок контрастної речовини в області внутрішнього отвору.

Широким облямуючим розрізом обводять зовнішній отвір свища. Висікають свищуватий хід, поперемінно голчастим і петльовим електродами в режимі "Розріз/Коагуляція" з оточуючими рубцевими тканинами, намагаючись не розітнути його просвіту і не інфікувати рану, до стінки прямої кишки. Потім у просвіт прямої кишки вводять ректальне дзеркало, виконують девульсію сфінктера прямої кишки. В підслизистий шар прямої кишки в стінці анального каналу, яка відповідає розташуванню внутрішнього отвору свища, вводять 15-20 мл 0,3 % розчину лідокаїну з додаванням адреналіну.

Операцію виконують наступними етапами:

1. З боку прямої кишки за допомогою голчастого електрода на межі слизової і шкіри нижче внутрішнього отвору свища виконують розріз у

виділі півмісяця, який займає 1/2 або 1/3 кола анального каналу.

2. Препарують задню стінку анального каналу на глибину слизистого і підслизистого шарів у виділі півмісяця, верхній край якого розташований на 2-3 см вище за верхній край внутрішнього отвору свищуватого ходу. Під час операції в режимі коагуляції здійснюють заключний гемостаз.

3. Внутрішній отвір і залишок свищуватого ходу в стінці кишки коагулюють електродом з крюковою голкою і зашивають вікрилом.

4. Виконують задню дозовану сфінктеротомію на глибину, яка не перебільшує 0,5 см. Зовнішній сфінктер прямої кишки не перетинається. Низводять слизово-підслизистий клапоть стінки прямої кишки і підшивають окремими вікриловими швами у напрямку до пери/анальної шкіри без натягнення тканин.

5. Клапоть, що низведено, підшивають таким чином, щоби в вузловаті вікрилові шви захоплювався слизистий край і дно рани. Рана не зашивається наглухо, при цьому прикривається внутрішній отвір свищуватого ходу в стінці кишки і місце сфінктеротомії. Рана проміжності частково зашивається вікрилом і окремими вузловими капроновими швами. У рану і в пряму кишку вводять тампони з озонованим маслиновим маслом.

В подальшому, в післяопераційному періоді, перев'язки виконують також з використанням маслинового масла.

Запропонованим способом було виконано 82 операції.

В порівнянні з найближчим аналогом запропоноване технічне рішення дозволяє уникнути таких неприємних наслідків операції, як біль, набряк, кровотечу; мінімальна травматизація тканин радіохвилею і її стерилізуючий ефект створюють сприятливі умови для скорішого заживлення ран анального каналу.

Література:

1. Шешабєридзе М.С. Оперативное лечение сложных экстрасфинктерных и трансфинктерных свищей прямой кишки. Хирургия, 2001, №10 - с. 43-46.