



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59458 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ

1

2

(21) u201015302

(22) 20.12.2010

(24) 10.05.2011

(46) 10.05.2011, Бюл.№ 9, 2011 р.

(72) ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, МІШАЛОВ  
ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб хірургічного лікування хронічної аналь-

ної тріщини, що включає висічення анальної тріщини та відновлення цілісності анодерми за допомогою швів, який **відрізняється** тим, що після висічення анальної тріщини додатково проводять кюретаж дна анальної тріщини з наступним низведенням клаптя слизової оболонки нижньоампулярного відділу прямої кишки шляхом ушивання рани в поперечному до осі анального каналу напрямку.

Корисна модель стосується медицини, а саме проктології, і може бути використана при хірургічному лікуванні пацієнтів з глибокими хронічними анальними тріщинами, дном яких є волокна внутрішнього анального сфінктеру.

Відомий спосіб хірургічного лікування хронічних анальних тріщин передбачає висічення змінених тканин хронічної анальної тріщини та внутрішнього анального сфінктеру з наступним відновленням цілісності сфінктеру (сфінктеропластика) та анодерми шляхом ушивання волокон сфінктеру та країв анодерми в поздовжньому напрямку вузловими швами [1].

Недоліком способу-аналогу є:

- необхідність пересічення волокон внутрішнього анального сфінктеру, що порушує його анатомічну цілісність та може призвести до анальної інконтиненції в післяопераційному періоді;

- після виконання сфінктеропластики може утворюється ригідний післяопераційний рубець, що порушує замикальну функцію анального каналу;

- ушивання рани в поздовжньому напрямку сприяє утворенню поздовжнього жолобоподібного рубця по якому в післяопераційному періоді можуть відмічатися слизові виділення;

- після ушивання країв анодерми відбувається зменшення кола анального каналу та внутрішнього анального сфінктеру за рахунок того, що з них виключається сектор, який займали тканини висіченої анальної тріщини.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування хронічної анальної тріщини, який запобігає пошкодженню тканин вну-

трішнього анального сфінктеру та утворенню в ньому грубого післяопераційного рубця.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в зменшенні післяопераційної анальної інконтиненції, частоти рецидивів захворювання та післяопераційних стриктур анального каналу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування хронічної анальної тріщини, який передбачає її висічення та ушивання рани за допомогою вузлових швів, згідно корисної моделі проводить кюретаж (вишкрібання) грануляційної тканини та елементів сполучної тканини з дна анальної тріщини (до появи незмінених волокон внутрішнього анального сфінктера та вираженої дифузної кровоточивості) та відновлення цілісності анодерми проводиться шляхом поперечного ушивання анодерми з низведенням клаптя слизової оболонки нижньоампулярного відділу прямої кишки.

Суть корисної моделі полягає у тому, що з допомогою кюретажу дна анальної тріщини досягається видалення з волокон внутрішнього анального сфінктеру склерозованих м'язових волокон та елементів грануляційної тканини, що сприяє стимуляції регенераторних процесів, швидкому загоюванню рани та приживленню низведеної слизової оболонки прямої кишки на місці видаленої анальної тріщини.

Спосіб виконується наступним чином. Після дивульсії анального каналу виконують висічення тканин анальної тріщини єдиним блоком зі сторожовими бугорками в межах здорових тканин при цьому не зачіпають дно анальної тріщини (волокна

(19) UA (11) 59458 (13) U

внутрішнього анального сфінктеру). Наступним етапом з допомогою ложки Фолькмана виконують кюретаж дна анальної тріщини до появи доброї дифузної артеріальної кровоточивості по всій поверхні, що залишена від висічення анальної тріщини (ознака достатнього кюретажу). З допомогою диссекцію виконують тунелювання підслизового шару вище розташованого клаптя слизової оболонки нижньоампулярного відділу прямої кишки (мобілізація слизової оболонки). Мобілізований клапоть в поперечному до вісі анального каналу напрямку зшивають окремими вузловими швами на атравматичній голці з анодермою, при чому досягається низведення мобілізованої слизової оболонки, яка вкриває (тампонує) оголену поверхню внутрішнього анального сфінктеру (де попередньо виконано кюретаж). Операцію закінчують введенням мазевої турунди з маззю Левомеколь в анальний канал.

Використання способу хірургічного лікування глибоких хронічних анальних тріщин згідно корисної моделі має наступні переваги:

- за рахунок кюретажу дна анальної тріщини відпадає необхідність у розсіченні внутрішнього анального сфінктеру та наступного його ушивання (сфінктеропластики);
- відпадає загроза розвитку післяопераційної анальної інконтиненції за рахунок відсутності анатомічного пошкодження анального сфінктеру;
- не утворюється ригідний післяопераційний рубець сфінктеру, оскільки сфінктеропластика не проводиться, відпадає загроза порушення замикальної функції анального сфінктеру;
- ушивання рани в поперечному до вісі анального каналу напрямку запобігає утворенню поздовжнього жолобоподібного рубця по якому в післяопераційному періоді можуть відмічатися слизові виділення;
- після ушивання операційної рани в поперечному напрямку відбувається збільшення кола анального каналу, що запобігає появі післяопераційних стриктур анального каналу;
- відсутність потреби у розсіченні волокон внутрішнього анального сфінктеру та виконання наступної сфінктеропластики значно зменшує час виконання оперативного втручання;
- поверхня анального сфінктеру після кюретажу сприяє швидкому приживленню низведеної слизової оболонки нижньоампулярного відділу прямої кишки.

Приклад: хворий Ш., госпіталізований до відді-

лення 19.10.2009 р. з діагнозом: хронічна задня анальна тріщина. При клініко-інструментальному та лабораторному обстеженні хворого протипоказань до оперативного лікування не виявлено. При проктологічному огляді встановлено, що дном анальної тріщини є оголені волокна внутрішнього анального сфінктеру з явищами склерозування та крайової епітелізації. 21.10.2009 р. під спинальною анестезією пацієнту виконано висічення анальної тріщини з кюретажем її дна та поперечним ушиванням рани згідно корисної моделі.

Перебіг післяопераційного періоду гладкий, розходження країв післяопераційної рани не відмічалось, низведений клапоть слизової оболонки прямої кишки приживився без ускладнень. 24.10.2009 р. хворий в задовільному стані виписаний зі стаціонару. На контрольних обстеженнях через 1, 6 та 12 місяців - післяопераційних ускладнень не було, приживлення низведеного клаптя пройшло без ускладнень, порушення замикальної функції анального сфінктеру не виявлено.

Запропонований спосіб застосовувався у лікуванні 18 пацієнтів. В усіх хворих вдалося отримати добрий результат - рана загоїлась без ускладнень первинним натягом, прорізання швів післяопераційної рани та рецидиву захворювання не було, порушення анальної континенції в післяопераційному періоді не виявлено. Середня тривалість оперативного втручання склала  $13,5 \pm 3,4$  хвилини. У 27 пацієнтів, прооперованих згідно способу аналогу в післяопераційному періоді зареєстровані наступні ускладнення: прорізання швів післяопераційної рани під час акту дефекації (2), стриктура анального каналу (1), рецидив анальної тріщини (1), утворення ригідного рубця сфінктеру (2), утворення жолобоподібного післяопераційного рубця, який супроводжувався слизовими виділеннями (2), порушення анальної континенції (3). Середня тривалість оперативного втручання згідно способу аналогу склала  $29,7 \pm 4,1$  хвилини.

Спосіб, що заявляється апробований на кафедрі хірургії № 4 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця МОЗ України та відділенні загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України. Отримані позитивні результати дають підстави рекомендувати цей спосіб в широку медичну практику.

Література.

1. Основы колопроктологии / под ред. Г.И. Воробйова. - М: „МИА“, 2006. - 432 с.