



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43050 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКВІДАЦІЇ ВНУТРІШНЬОГО ОТВОРУ ПРИ ЕКСТРАСФІНКТЕРНИХ ПРЯМОКИШКОВИХ НОРИЦЯХ

(21) 2001010180

(22) 10.01.2001

(24) 15.11.2001

(33) UA

(46) 15.11.2001, Бюл. № 10, 2001 р.

(72) Гюльмамедов Фарман Ібрагімович, Шаламов Віктор Іванович, Карпенко Юрій Володимирович, Полунін Герман Євгенович, Гюльмамедов Полад Фарманович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. А.М. ГОРЬКОГО, UA

(57) Спосіб ліквідації внутрішнього отвору при екстрасфінктерних прямокишкових норицях, що включає поперечний розріз довжиною 2-3 см на межі

переходу періанальної шкіри в анальну слизову, два (що розходяться) розрізи від країв розрізу вгору, препарування трапецієподібного клаптя, зверненого своєю основою до проксимальної частини кишки, відсікання частини клаптя разом з внутрішнім отвором, зведення і підшиття його з боків до стінки прямої кишки, а внизу - до краю поперечного розрізу, який **відрізняється** тим, що розтинають кишку на всю товщину її стінки і відпрепаровують клапоть від сфінктера, при фіксації клаптя, що зводиться, голку вколюють з зовнішнього боку м'язової оболонки на відстані 2-3 см від краю, а вколюють у підслизовому шарі прямої кишки.

Винахід належить до медицини, а саме: до проктології, - і може бути використаний для хірургічного лікування екстрасфінктерних нориць прямої кишки.

Відомий спосіб операції при екстрасфінктерних прямокишкових норицях [1], при якому видаляють норицевий хід у вигляді шнура майже по всій його довжині, відпрепарований хід відсікається, коли до внутрішнього отвору нориці залишається біля 1 см, залишок норицевого ходу ушивається в глибині рани, стінка прямої кишки розтинається через внутрішній отвір нориці на глибину до 1,5 см. Недоліком відомого способу є те, що при порушенні цілісності сфінктера після розтину стінки прямої кишки виникає недостатність анального жому і рубцева деформація анального каналу.

Відомий спосіб операції при екстрасфінктерних прямокишкових норицях [2], при якому виділяють рубцеву норицеву трубку до стінки прямої кишки, тунелюють підслизовий шар і проробляють хід до проксимального кінця нориці, переміщують в утворену тунель виділений норицевий канал, а його дистальну частину фіксують до шкіри анального краю, рану на місці виділеної нориці ушивають наглухо, через норицевий канал здійснюють шовкову лігатуру, яку затягують на промежині над гумовою трубкою. Недоліком даного способу є те, що ушита наглухо інфікована рана може нагноїтися, а після прорізання лігатури в просвіті кишки залишається відкрита інфікована рана.

Відомий спосіб зведення слизової оболонки прямої кишки, при якому мобілізують, зводять і підшивають клапоть слизової оболонки прямої кишки до шкіри промежини над розітненою в поперечному напрямку норицею, і додатково ушивають канал нориці в м'язовій стінці кишки. [3]. Недоліком цього способу є прорізання фіксуючих швів і частий некроз зведеного клаптя.

Відомий спосіб ліквідації внутрішнього отвору нориці, обраний як спосіб-прототип, коли здійснюють поперечний розріз довжиною 2-3 см на межі переходу періанальної шкіри в анальну слизову, від країв розрізу вгору роблять два (що розходяться) розрізи слизової оболонки і підслизового шару, відпрепаровують трапецієподібний клапоть, звернений своєю основою до проксимальної частини кишки, залишок внутрішнього отвору ушивають з боку просвіту кишки, відтинають частину клаптя разом з внутрішнім отвором, клапоть зводять, закривають ним ушитий залишок внутрішнього отвору і підшивають з боків до надсічених стінок прямої кишки, а внизу - до краю поперечного розрізу [4]. Недоліком даного способу є те, що при препаруванні підслизової основи від м'язової оболонки стінки прямої кишки спостерігається підвищена кровоточивість, що призводить до утворення гематом після фіксації зведеного клаптя.

В основу винаходу поставлено завдання удосконалення способу ліквідації внутрішнього отвору при екстрасфінктерних прямокишкових норицях, в якому забезпечується зниження кількості після-

(19) UA (11) 43050 (13) A

операційних ускладнень і рецидивів за рахунок збереження цілісності анального сфінктера, повної ліквідації норицевого ходу, збереження кровозабезпечення зведеного клаптя, запобігання проникненню мікрофлори через слизову оболонку по лігатурному каналу шляхом збереження при зведенні всієї стінки прямої кишки.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі ліквідації внутрішнього отвору при екстра-сфінктерних прямокишкових норицях, котрий включає поперечний розріз довжиною 2-3 см на межі переходу періанальної шкіри в анальну слизову, два розрізи, що розходяться від країв розрізу вгору, препарування трапецієподібного клаптя, зверненого своєю основою до проксимальної частини кишки, відсікання частини клаптя разом з внутрішнім отвором, зведення і підшиття його з боків до стінки прямої кишки, а внизу - до краю поперечного розрізу, згідно з винаходом розтинають кишку на всю товщину її стінки і відпрепаровують клапоть від сфінктера, при фіксації клаптя, що зводиться, голку вколюють з зовнішнього боку м'язової оболонки на відстані 2-3 см від краю, а виколують у підслизовому шарі прямої кишки.

Таким чином, сукупність істотних ознак способу, що пропонується, дає можливість зберігати цілісність анального сфінктера, повністю ліквідувати норицевий хід, надійно фіксувати зведений клапоть з повним збереженням його кровозабезпечення, запобігти гнотового ефекту, пов'язаного з проникненням мікрофлори через слизову оболонку по лігатурному каналу, відмежувати просвіт кишки від періанальної рани, зменшити кількість рецидивів.

Спосіб здійснюється таким чином: виділяють рубцеву норицеву трубку до стінки прямої кишки. Роблять поперечний розріз довжиною 2-3 см, на межі переходу періанальної шкіри в анальну слизову, розтинають кишку на всю товщину її стінки, від країв розрізу вгору роблять два, що розходяться, розрізи, відпрепаровують від сфінктера трапецієподібний клапоть, звернений своєю основою до проксимальної частини кишки, відтинають частину клаптя, разом з внутрішнім отвором, клапоть зводять і підшивають з боків до стінки прямої кишки, а внизу - до краю поперечного розрізу, при фіксації зведеного клаптя вколювання голки здійснюють із зовнішнього боку м'язової оболонки на відстані 2-3 см від краю, а виколуювання - в підслизовому шарі прямої кишки.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу.

Хвора П., 1940 р. н. надійшла в клініку зі скаргами на болі в ділянці заднього проходу, що посилюються під час акту дефекації, гнійні виділення в ділянці прямої кишки. Раніше оперована з приводу гострого парапроктиту і в подальшому - тричі в зв'язку із загостренням хронічної форми парапроктиту. При огляді в 3 см від анального краю, на 6 ч. у. ц., визначається крапковий отвір, до 0,5 см в

діаметрі з гнійним віддільним. При ректальному дослідженні тонус сфінктера збережений. Внутрішній отвір розташований в ділянці задньої крипти, до 0,3 см в діаметрі. Хід нориці екстра-сфінктерний. Під час операції розтином, навколо зовнішнього отвору норицевого ходу розітнено шкіру, виділено рубцеву норицеву трубку до стінки прямої кишки. Поперечним розрізом довжиною 2-3 см на межі переходу періанальної шкіри в анальну слизову розітнено кишку на всю товщину її стінки, від країв розрізу вгору продовжені два розрізи, що розходяться, відпрепаровано від сфінктера трапецієподібний клапоть, звернений своєю основою до проксимальної частини кишки, відігнуто частину клаптя, разом з внутрішнім отвором, клапоть зведено і підшито з боків до стінки прямої кишки, а внизу - до краю поперечного розрізу окремими кетгутівими швами, при цьому вколювання голки проводили із зовнішнього боку м'язової оболонки на відстані 2-3 см від краю, а виколуювання - у підслизовому шарі прямої кишки. Післяопераційний період перебігав гладко. Хвора отримувала знеболюючі засоби, їй робилися перев'язки, проводилася симптоматична терапія. Виписана на 7 добу в задовільному стані. Температура тіла нормальна. Фізіологічні відправлення не порушені. Періанального набряку, інфільтрації немає. Функція анального сфінктера задовільна. Оглянута через рік - ознак рецидиву не виявлено.

Застосування способу ліквідації внутрішнього отвору, що пропонується, при екстра-сфінктерних прямокишкових норицях, дозволило знизити кількість післяопераційних ускладнень і рецидивів, скоротивши тим самим терміни хірургічної реабілітації хворих.

Переваги способу ліквідації внутрішнього отвору при екстра-сфінктерних прямокишкових норицях, що пропонується, полягає в можливості збереження цілісності анального сфінктера, повної ліквідації всіх відділів норицевого ходу, надійної фіксації зведеного клаптя з повним збереженням його кровозабезпечення, запобіганні гнотового ефекту, пов'язаного з проникненням мікрофлори через слизову оболонку по лігатурному каналу, відмежуванні просвіту кишки від періанальної рани, зменшенні кількості рецидивів.

Джерела інформації:

1. А.Н. Рыжих Наш опыт оперативного лечения свищей прямой кишки // Актуальные вопросы проктологии. - Уфа, 1959. - С. 52-54.
2. В.А. Хараберюш, Ф.Э. Элин, И.С. Кобец, Я.Ф. Рогалин. Модификация операции при экстра-сфінктерных прямокишковых норицях // Вестник хирургии им. Грекова. - 1986. - № 10. - С. 63-64.
3. И.Ф. Матюшин. Операции на прямой кишке. - Горький, 1975. - 42 с.
4. В.М. Масляк, М.П. Павловский, Ю.С. Лозинский, И.М. Варивода. Практическая колопроктология. - Львов: Свит, 1990. - 184 с.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2002 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
