



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **54190** (13) **U**
(51) **МПК (2009)**
A61B 17/12
A61N 5/00
A61P 9/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ МАЛОТРАВМАТИЧНОГО КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ

1

(21) u201006303
(22) 25.05.2010
(24) 25.10.2010
(46) 25.10.2010, Бюл. № 20, 2010 р.
(72) ПАВЛОВСЬКИЙ МИХАЙЛО ПЕТРОВИЧ, ЛУ-
РІН ІГОР АНАТОЛІЙОВИЧ, ТРАЧ СЕРГІЙ ВОЛО-
ДИМИРОВИЧ, ВОЛОШИН БОГДАН ДМИТРОВИЧ
(73) ЛУРІН ІГОР АНАТОЛІЙОВИЧ, ТРАЧ СЕРГІЙ
ВОЛОДИМИРОВИЧ
(57) Спосіб малотравматичного комбінованого
лікування хронічної анальної тріщини, що включає

2

висічення хронічної анальної тріщини в межах
здорових тканин, який **відрізняється** тим, що уль-
тразвуковим скальпелем відпрепаровують краї
тріщини (уражену періанальну шкіру та слизову
оболонку з підслизовою основою) від дна тріщини
в режимі різання, відсікають їх в межах здорових
тканин в режимі коагуляції та проводять медика-
ментозну сфінктеротомію шляхом нанесення на
періанальну шкіру 0,3% ніфедипінової мазі двічі на
добу протягом 4 тижнів, починаючи з 1 доби після
операції.

Корисна модель стосується медицини, зокре-
ма хірургії, і може бути використана для вибору
способу лікування хронічної анальної тріщини.

Відомий спосіб, який є найближчим аналогом,
включає висічення хронічної анальної тріщини в
межах здорових тканин з дозованою задньою сфін-
ктеротомією: в положенні хворого для «каменесі-
чення» в радіальному напрямку двома півоваль-
ними розрізами одним блоком видаляють
гіпертрофований сосочок, тріщину та «сторожо-
вий» горбик. Рана формується у вигляді трикутни-
ка або пелюстки широкою основою до шкіри. У
верхній частині рани нижній потовщений край вну-
трішнього сфінктера надсікають [1]. Однак опера-
ція висічення хронічної анальної тріщини є достат-
ньо травматичною, інколи відмічається
крововтрата до 50мл, яка, до того ж, погіршує візу-
алізацію операційного поля. Частота розвитку не-
достатності анального сфінктера після сфінктеро-
томії може сягати 25%, що суттєво впливає на
якість життя пацієнтів.

В основу корисної моделі поставлено завдан-
ня створити спосіб малотравматичного комбінова-
ного лікування хронічної анальної тріщини, який
зменшить інтраопераційну крововтрату та поліп-
шить візуалізацію операційної рани задля чіткої
ідентифікації уражених тканин та дозволить лікві-
дувати спазм анального сфінктера за допомогою

медикаментозної (хімічної) сфінктеротомії, що ви-
ключить можливість розвитку недостатності ана-
льного жому в післяопераційному періоді і при
цьому не продовжить термінів загоєння післяопера-
ційної рани.

Поставлене завдання вирішується тим, що у
способі малотравматичного комбінованого ліку-
вання хронічної анальної тріщини, який включає
висічення хронічної анальної тріщини в межах
здорових тканин, згідно з корисною моделлю, уль-
тразвуковим скальпелем відпрепаровують краї
тріщини (уражену перианальну шкіру та слизову
оболонку з підслизовою основою) від дна тріщини
в режимі різання, відсікають їх в межах здорових
тканин в режимі коагуляції та проводять медика-
ментозну сфінктеротомію шляхом нанесення на
перианальну шкіру 0,3% ніфедипінової мазі двічі
на добу протягом 4 тижнів, починаючи з 1 доби
після операції.

Запропонований спосіб дає змогу практично
уникнути інтраопераційної крововтрати та ліквіду-
вати спазм анального сфінктера без органічного
пошкодження м'язових волокон сфінктера прямої
кишки, що дозволяє забезпечити швидке загоєння
післяопераційної рани в умовах ліквідованого спа-
зму анального сфінктера без ймовірності розвитку
анального нетримання в післяопераційному періо-
ді.

(13) **U**
(11) **54190**
(19) **UA**

Принцип дії ультразвукового скальпеля заснований на коливанні титанового леза з частотою 55000Гц. Коагуляція та розсічення тканин здійснюється за допомогою трьох механізмів: механічного розрізання, кавітації та температурного впливу. Ультразвуковий скальпель дозволяє виконувати коагуляцію судин до 5мм в діаметрі, а глибина термічного впливу не перевищує 1,5мм [2]. Принцип дії ніфедипіну заснований на блокуванні кальцієвих каналів мембрани гладком'язевої клітини, що блокує проведення нервового імпульсу, а, отже, запобігає скороченню гладком'язевої тканини.

Спосіб малотравматичного комбінованого лікування хронічної анальної тріщини здійснюють таким чином.

При показах до оперативного лікування хронічної анальної тріщини проводять її висічення в межах здорових тканин. Краї тріщини (уражену перианальну шкіру та слизову оболонку з підслизовою основою) відпрепаровують від дна тріщини ультразвуковим скальпелем («UltraCision», фірма «Ethicon Endo Surgery», США) в режимі різання. Краї тріщини відсікають ультразвуковим скальпелем в режимі коагуляції. Після завершення основного етапу операції - висічення анальної тріщини - на перианальну шкіру та анодерму наносять 0,3% ніфедипінову мазь в кількості 0,5мл. Операцію закінчують введенням газовивідної трубки. Першу перев'язку здійснюють наступного дня після операції: з прямої кишки забирають газовивідну трубку, післяопераційну рану промивають 3% розчином перекису водню та розчином фурациліну. На висушену марлевою кулькою перианальну шкіру та анодерму проводять аплікацію 0,3% ніфедипінової мазі в кількості 0,5мл (дозування мазі здійснюють за допомогою шприца об'ємом 5мл) протягом 4 тижнів, починаючи з 1 доби після операції. В анальний канал вводять 2мл мазі «Левомеколь» і накладають асептичну пов'язку. Повторне нанесення ніфедипінової мазі здійснюють ввечері, перед сном. Аналогічні перев'язки проводять до моменту виписки пацієнта зі стаціонару. Після виписки зі стаціонару хворі самостійно проводять аплікації ніфедипінової мазі двічі на добу з інтервалом 12 годин. Нанесення 0,3% ніфедипінової мазі проводять протягом 4 тижнів, починаючи з 1 доби після операції.

Способом малотравматичного комбінованого лікування хронічної анальної тріщини проліковані пацієнти з хронічною анальною тріщиною, які перебували на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні Військово-медичного клінічного центру Західного регіону. Показами до оперативного лікування хронічної анальної тріщини слугували: неефективність консервативної терапії протягом 2-х місяців лікування, наявність рубцево змінених країв анальної тріщини, «сторожового» горбика та елементів сфінктера на дні тріщини. Використання запропонованого способу зменшило інтенсивність больового синдрому в післяопераційному періоді, що дозволило знизити післяопераційну потребу в наркотичних та ненаркотичних

анальгетиках, не подовжило тривалість загоєння післяопераційної рани, дозволило знизити післяопераційний ліжко-день та частоту післяопераційних ускладнень (кровотечі, недостатність анального сфінктера).

Клінічний приклад.

Хворий М., 35р., поступив в проктологічне відділення Військово-медичного клінічного центру Західного регіону із скаргами на інтенсивні болі в ділянці анального отвору, що виникали під час дефекації та тривали протягом 2-х годин. Вказані скарги відмічав близько 10 місяців. Лікувався самостійно, без видимого поліпшення. Суб'єктивно відчував наростання симптомів протягом останнього місяця. Об'єктивне обстеження: при огляді перианальної ділянки на 6-й годині умовного циферблату в положенні хворого на спині визначався дефект слизової оболонки розміром 7х4мм із щільними рубцево зміненими краями, визначався зовнішній «сторожовий» горбик розміром до 0,4см. Тонус сфінктера підвищений. Під місцевим знеболенням проведена ректороманоскопія - інших патологічних змін не виявлено. Хворому проведено висічення хронічної анальної тріщини з використанням ультразвукового скальпеля. На завершальному етапі операції на перианальну шкіру та анодерму нанесено 0,3% ніфедипінову мазь в кількості 0,5мл. Нанесення 0,3% ніфедипінової мазі на перианальну шкіру та анодерму здійснювали двічі на добу протягом усього терміну загоєння післяопераційної рани. В післяопераційному періоді хворий не потребував використання наркотичних анальгетиків. На 4-у добу після операції хворий в задовільному стані виписаний зі стаціонару. Післяопераційна рана загоювалась від дна. М'який рубець сформувався на 4-5 тижні післяопераційного періоду.

Таким чином, спосіб малотравматичного комбінованого лікування хронічної анальної тріщини дозволяє мінімізувати крововтрату в часі операції, забезпечити достатню релаксацію анального сфінктера без органічного ушкодження м'язевих волокон сфінктера прямої кишки і цим знизити частоту розвитку анального нетримання в ранньому та пізньому післяопераційному періоді, знизити потребу в анальгетиках в післяопераційному періоді, не подовжує тривалість загоєння післяопераційної рани, а, відтак, може знайти застосування в медичній практиці як метод комбінованого лікування хворих на хронічну анальну тріщину.

Джерела інформації:

1. Литманн И. Оперативная хирургия / И. Литманн. - Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1982. - С. 544.

2. Характер заживления ран после геморроидэктомии, выполненной ультразвуковым скальпелем и традиционными способами / Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А., Титов А.Ю. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2005. - №1. - С. 59-64.

