



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **70103** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2011 13812	(72) Винахідник(и): Шевчук Ігор Михайлович (UA), Садовий Ігор Яремович (UA), Петрина Олег Миронович (UA), Кіндракевич Юрій Богданович (UA)
(22) Дата подання заявки: 24.11.2011	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.05.2012	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.05.2012, Бюл.№ 10	(73) Власник(и): Шевчук Ігор Михайлович, вул. Матейка, 24-а, кв. 17, м. Івано- Франківськ, 76000 (UA), Садовий Ігор Яремович, вул. Надвірнянська, 14, кв. 2, м. Івано- Франківськ, 76002 (UA), Петрина Олег Миронович, вул. Будівельників, 8, кв. 8, м. Івано- Франківськ, 76000 (UA), Кіндракевич Юрій Богданович, вул. Чорновола, 138, кв. 43, м. Івано- Франківськ, 76008 (UA)

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СТРИКТУРИ АНАЛЬНОГО КАНАЛУ

(57) Реферат:

Спосіб лікування стриктури анального каналу включає висічення рубцево змінених тканин, та підшивання незміненої слизової оболонки до перианальної шкіри, причому мобілізують незмінену слизову оболонку прямої кишки в проксимальному напрямі на 0,5-0,8 см більше, ніж протяжність самого рубця, зводять її вниз і підшивають до перианальної шкіри без натягу безперервним обвивним швом атравматичною голкою.

UA 70103 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургічного лікування і може бути використана для хірургічного лікування низьких і середніх стриктур анального каналу.

Відомий спосіб лікування стриктур анального каналу за Пікусом, який включає розсічення і висічення зони звуження анального каналу в межах рубцево змінених тканин перпендикулярно до стінки кишки на висоту до 3-4 см від краю заднього проходу і підшивання слизової оболонки прямої кишки до перианальної шкіри окремими вузловими швами [Клиническая оперативная колопроктология: Руководство для врачей / Под ред. В.Д. Федорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина. - М.: ГНЦ Проктологии, 1994.-432 с. - С. 384].

Недоліком цього способу є тривалі терміни лікування, частий рецидив стриктури через натяг слизової оболонки, недостатність швів, нагноєння рани та загоєння її вторинним натягом.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу лікування стриктур анального каналу, який за рахунок мобілізації незміненої слизової оболонки прямої кишки в проксимальному напрямі і підшивання проксимальної частини незміненої слизової оболонки до перианальної шкіри без натягу безперервним обвивним швом дозволив би скоротити терміни лікування хворих та число ускладнень після операції.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування стриктури анального каналу, який включає висічення рубцевозмінених тканин і підшивання проксимальної частини незміненої слизової оболонки до перианальної шкіри, згідно з корисною моделлю, мобілізують незмінену слизову оболонку прямої кишки в проксимальному напрямі на 0,5-0,8 см більше, ніж протяжність самого рубця, зводять її вниз і підшивають до перианальної шкіри без натягу безперервним обвивним швом атравматичною голкою.

Виконання мобілізації незміненої слизової оболонки прямої кишки в проксимальному напрямі на 0,5-0,8 см більше, ніж протяжність рубця дозволяє попередити натяг слизової оболонки; недостатність швів, нагноєння рани і загоєння її вторинним натягом з рецидивом стриктури. Зведення і фіксація слизової оболонки прямої кишки до перианальної шкіри без натягу безперервним обвивним швом атравматичною голкою дозволяє прицизійно співставляти тканини при пластиці рани.

Вказані у формулі корисної моделі числові значення 0,5-0,8 см вибрані за результатами клінічних досліджень у 12 хворих.

Спосіб здійснюють таким чином. Положення хворого на операційному столі на спині, нижні кінцівки зігнуті в колінних і кульшових суглобах, приведені до живота, розведені в сторони і поміщені на підставки. Знеболення - спінальна анестезія. Операційне поле обробляють двічі йодонатом і сухим тупфером, а потім спиртом, починаючи з прямої кишки. Потім широко обробляють шкіру промежини, сідниць та медіальних поверхонь стегон. Операційна бригада складається з хірурга, асистента та операційної медичної сестри. Хірург розташовується в центрі, асистент - зліва від хірурга, операційна медична сестра - справа від нього. Проводять пальцеву дивульсію анального каналу. Оцінюють ступінь поширеності рубцевого процесу. Починаючи від краю заднього проходу, вздовж осі прямої кишки висікають рубцево змінену слизову оболонку, незмінену слизову оболонку прямої кишки мобілізують в проксимальному напрямі на 0,5-0,8 см більше, ніж протяжність самого рубця. Проксимальну частину незміненої слизової оболонки прямої кишки зводять вниз і без натягу підшивають її до перианальної шкіри безперервним обвивним швом атравматичною голкою. Рану на перианальній шкірі закривають марлевою салфеткою з перекисом водню. В просвіт анального каналу вводять мазевий тампон.

Приклад 1. Хвора Г., 1962 року народження, карта стаціонарного хворого № 15535, була прийнята у проктологічне відділення обласної клінічної лікарні 21.05.2009р. Провели діагностику низької стриктури анального каналу і встановили показання до операції. Після укладки хворої в операційній в положенні „на спині“, провели знеболення методом спінальної анестезії. Згідно із запропонованим способом, лікування у хворої після обробки операційного поля провели висічення рубцево змінених тканин, мобілізували незмінену слизову оболонку прямої кишки в проксимальному напрямі приблизно на 0,6 см більше, ніж протяжність самого рубця, потім звели її вниз і підшили до перианальної шкіри без натягу безперервним обвивним швом атравматичною голкою. Рану на перианальній шкірі закрили марлевою салфеткою з перекисом водню. В просвіт анального каналу ввели мазевий тампон.

На 7 день хворій зняли шви. На 8 день провели рентгенологічне дослідження прямої кишки за допомогою контрасту, яке підтвердило відсутність стриктури анального каналу. Хвора виписана через 9 днів в задовільному стані без післяопераційних ускладнень.

Приклад 2. Хворий П., 1951 року народження, карта стаціонарного хворого № 6092, був прийнятий у проктологічне відділення обласної клінічної лікарні 28.02.09р. Провели діагностику середньої стриктури анального каналу і встановили показання до операції. Після укладки хворого в операційній в положенні „на спині“, провели знеболення методом спінальної анестезії.

Згідно із запропонованим способом лікування у хворої після обробки операційного поля провели висічення рубцево змінених тканин, мобілізували незмінену слизову оболонку прямої кишки в проксимальному напрямі приблизно на 0,8 см більше, ніж протяжність самого рубця, потім звели її вниз і підшили до перианальної шкіри без натягу безперервним обвивним швом атравматичною голкою. Рану на перианальній шкірі закрили марлевою салфеткою з перекисом водню. В просвіт анального каналу ввели мазевий тампон.

На 8 день хворому зняли шви. На 9 день провели рентгенологічне дослідження прямої кишки за допомогою контрасту, яке підтвердило відсутність стриктури анального каналу. Хворого виписано через 10 днів в задовільному стані без післяопераційних ускладнень.

За таким способом стриктура анального каналу пролікована у 12 хворих без ускладнень, термін загоєння ран становив в середньому 7,66 дня, терміни перебування хворого в стаціонарі становили в середньому 9,33 дня. В той час, як із 12 хворих, які були проліковані за аналогом, термін загоєння ран становив в середньому 14,66 дня, терміни перебування хворих в стаціонарі становили в середньому 16,66 дня. В 2-ох хворих спостерігали ускладнення у вигляді нагноєння рани та нетримання швів.

Таким чином, порівняння з аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє скоротити терміни лікування хворого в стаціонарі і число ускладнень після операції.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування стриктури анального каналу, який включає висічення рубцево змінених тканин, та підшивання незміненої слизової оболонки до перианальної шкіри, який **відрізняється** тим, що мобілізують незмінену слизову оболонку прямої кишки в проксимальному напрямі на 0,5-0,8 см більше, ніж протяжність самого рубця, зводять її вниз і підшивають до перианальної шкіри без натягу безперервним обвивним швом атравматичною голкою.

Комп'ютерна верстка Л. Купенко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601