



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **140**

(51) **МПК(2006) A61B 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 0800180

(22) 03.03.2005

(46) Бюл.50 (2), 2008

(71) Курбонов К. М. (TJ); Мухаббатов Дж. К. (TJ);
Пулотов К. Дж. (TJ).

(72) Курбонов К. М. (TJ); Мухаббатов Дж. К. (TJ);
Пулотов К. Дж. (TJ).

(73) Курбонов К. М. (TJ); Мухаббатов Дж. К. (TJ);
Пулотов К. Дж. (TJ).

(56) Аминев А.М. Лекции по проктологии -1969,
стр. 303-318.

2. Аминев А.М. Руководство по проктологии -
1971, т. 2.

3. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л.
Клиническая оперативная колопроктология - М:
ГНЦ проктологии, 1994, стр. 384-385.

4. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Фаин С.П.
Руководство по проктологии - 2001, стр. 3.

5. Проблемы колопроктологии, 2001-2005 г.

(54) **СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТЕПЕНИ
СУЖЕНИЯ АНУСА**

(57) Изобретение относится к области медицины, а
именно к колопроктологии и может быть исполь-
зовано для лечения декомпенсированной степени
сужения ануса.

В предлагаемом способе дополнительно про-
изводят клиновидное иссечение рубцово-
измененных тканей, выкраивают «трапециевид-
ной» формы лоскута слизистой оболочки, произ-
водят его низведение и фиксируют двумя кетгуто-
выми швами к перианальной коже.

Изобретения относиться к области медицины, а именно к колопроктологии для лечения декомпенсированной степени сужения ануса.

Известны многочисленные хирургические способы лечения декомпенсированной степени сужения ануса, таких как, бужирование ануса, операция Гартмана рассечение сужения ануса по Пеану, рассечение сужения ануса с низведением слизистой.

Известен способ лечения сужения ануса (1), заключающийся в применение бужирования ануса.

Недостатком известного способа является проведение процедуры бужирования ануса в нескольких этапах. В отдаленном периоде неизбежен образование рубцов и возникновение рецидивов заболевания (до 34,2%) и развитие анальной недостаточности, так как источник не удаляется.

Известен способ лечения сужения ануса (2), заключающийся в применение операции Гартмана. Недостатком метода является то, что вместе с суживающимся кольцом удаляется сфинктер прямой кишки, что приводит к развитию анальной недостаточности.

Известен способ хирургического лечения сужения ануса (3) по Пеану, заключающийся в рассечение суженного участка в продольном направлении со стороны просвета кишки. Рассечение производится в одном или нескольких местах в пределах рубцово-измененных тканей, строго перпендикулярно к стенке кишки с последующим наложением швов в поперечном направлении. Недостатком метода является: вероятность развития гнойных осложнений (парапроктит, флегмона) из-за неконтролируемого глубины разреза, а также сохраняется возможность несостоятельности швов и повторного формирования рубца, что в отдаленном периоде приведет к рецидиву заболевания.

Прототипом изобретения сходным по некоторыми существенными признаками нашей работы, является, способ хирургического лечения сужения ануса, заключающийся только в иссечение сфинктера -стриктуротомии в глубине до 1,5 см с низведением слизистой к периаанальной коже (4,5).

Недостатком способа является, во-первых, недержание анального сфинктера и, во-вторых, источник развития патологического очага, рубцово-измененные ткани не удаляются. Также возможны, повторные образования рубцов, ухудшающие функциональные способности анального сфинктера аппарата прямой кишки.

Это обстоятельство побудило нас применить другую методику модификацию операции, целью которого, прежде всего, являются:

а) одномоментно удаляется источник основного заболевания (рубцово-измененные ткани);

б) освобождается края анального сфинктера от патологического очага, что это в свою очередь, способствует к увеличению растяжимости аналь-

ного сфинктера за счет механических и функциональных факторов;

в) способствует к улучшению функциональной способности запирающего аппарата прямой кишки;

г) профилактику рецидива заболевания.

Указанная цель достигается тем, что используется операция клиновидное иссечение рубцово-измененных тканей, выкраивают «трапецевидной» формы лоскута слизистой оболочки, производят его низведение и фиксируют двумя кетгутовыми швами к периаанальной коже.

Цель изобретения является повышение эффективности хирургического лечения декомпенсированной степени сужения ануса, улучшения функциональной способности запирающего аппарата прямой кишки за счет механических и функциональных факторов и профилактика рецидива заболевания.

Предложенный способ лечения апробирован у 14 больных с декомпенсированной степени сужения ануса. Способ разработан в эксперименте, где подтверждено патогенетическая обоснованность применения разработанного способа для хирургического лечения декомпенсированной степени сужения ануса.

Подготовка больного к предстоящей операции. Она отличается от обычно принятой для проктологических больных с патологией в прямой кишке. Основную роль здесь играет тяжесть состояния больного, во многом обусловленная степенью болевого синдрома в анальном канале.

После установления диагноза, больным назначаются слабительные средства 33 % раствор сернокислой магнезии по 50 миллилитров в течение 3-5 дней, или вазелиновое масло по 1 столовой ложке на ночь. В те же сроки, больному назначают очистительные клизмы емкостью в 1 литр (проточная вода без каких-либо добавлений) утром и вечером ежедневно во время всего периода подготовки больного к операции. Касторовое масло не назначается из-за опасения вызвать толстокишечную непроходимость у больных с длительным стажем кишечного содержимого.

Одновременно, после всех манипуляций на прямой кишке, производится механическая очистка кожи вокруг заднепроходного отверстия любым антисептическим раствором и обработка периаанальной кожи 1% спиртовым раствором йода.

Однако, бывает случаи, когда из-за тяжести состояния больного, при явлениях выраженной интоксикации и резкого болевого синдрома в анальном канале, как при дефекации, так и вне ее, период подготовки сокращается до 1-2 дней. Это учитывается при ведении больного в послеоперационном периоде.

Больным с резко нарушенным режимом сна назначаются индивидуально для каждого больного препараты, регулирующие сон. По необходимости

проводится дезинтоксикационная терапия, и назначаются сердечно-сосудистые препараты.

5

Электрокардиограмма и рентгенологическое обследование органов грудной клетки обязательно. Проводится биохимическое исследование крови. За день до операции назначаются гигиенические ванны. В операционную больной подается на каталке. Его укладывают на операционный стол или гинекологическое кресло в положении как при промежностном камнесечении. Желательно проведение операции под наркозом. В отдельных случаях, при невозможности проведения наркоза, больного можно оперировать и под местной или сакрально-эпидуральной анестезией. Для этой цели чаще всего используется 0,25%, 1 или 2% раствор тримекаина. Этот препарат дает значительно меньше осложнений, чем раствор новокаина в той же концентрации.

Клиновидное иссечение рубцов анального канала с последующим низведением лоскута слизистой прямой кишки к периаанальной области применяется, как правило, при сужения ануса III (декомпенсированной) степени. Положение больного на операционном столе как для промежностного камнесечения. После обработки периаанальной кожи и прямой кишки 1% спиртовым раствором йода и обкладывания операционного поля стерильными простынями, под контролем ректального зеркала, производится клиновидное иссечение рубцовой стриктуры по задней стенке анального канала на глубину до 1,5 см с захватом рубцовых образований в периаанальной области.

Клиновидное иссечение рубцов с низведением слизистого лоскута прямой кишки к периаанальной области применяется в случае выраженной рубцовой стриктуры анального канала. Положение больного на операционном столе и подготовка операционного поля такие же, как и в первом варианте. По задней стенке прямой кишки и анального канала в подслизистый слой вводятся до 15-20 мл 0,5% раствора новокаина для облегчения последующей отсепаровки слизистой оболочки. Затем, под контролем ректального зеркала по задней стенке анального канала в продольном направлении на глубину до 1,5 см иссекается клиновидным разрезом рубцовая стриктура. Анальный канал расширяется зажимами Алиса. Выше места иссечения из слизистой оболочки выкраивается «трапециевидной» формы лоскут широким основанием обращенный вверх. Протяженность этой стороны трапеции равна 3-4 сантиметрам. Длина противоположной стороны фигуры 2-3 сантиметра, размеры боковых сторон равны 3-4 см. Основание трапеции от общей слизистой оболочки прямой кишки не отделяется. Размеры трапеции даны с учетом сократительной способности слизистой оболочки. Лоскут отсепаровывается на высоту до 4-5 см с таким расчетом, чтобы расправить имеющиеся здесь складки слизистой прямой кишки, что дает

140

возможность свободно низвести лоскут и, в то же время, сохранить питающие его артерии, идущие

6

здесь сверху вниз и широко анастомозирующие как между собой, так и через артериовенозные анастомозы с венами прямой кишки. Отсепарованный лоскут низводится на 1,5-2 см за переходную линию между слизистой анального канала и периаанальной кожей и фиксируется двумя кетгутowymi швами с тыльной стороны лоскута к периаанальной коже. Между подшитым лоскутом и раной по задней стенке кишки вводится турунда с мазью Вишневского, которая удаляется на следующий день. В прямую кишку вводится тампон, пропитанный мазью Вишневского. Накладывается «Т» - образная повязка.

Приводим выписку из истории болезни.

Больная Т., 55 лет (и/б 984), поступила в проктологическое отделение Городской клинической больницы №5 15/V1 - 2000г. с диагнозом «сужения ануса». При опросе установлено, что 3 года тому назад ей была произведена операция по поводу хронической анальной трещины с выраженным болевым синдромом. При обследовании больной обнаружена стриктура анального канала с трудом пропускающая девятый номер расширителя Гегара. Имеются выраженные рубцовые изменения периаанальной кожи. Было решено больную оперировать по второму методу. Послеоперационное течение гладкое. При выписке на 14 сутки после операции состояние больной удовлетворительное. Жалоб нет. Стул самостоятельный, безболезненный. При пальцевом исследовании наружный сфинктер свободно пропускает указательный палец. Исследование безболезненно. Осмотрена больная через 2 года. Жалоб больная не предъявляет. Газы практически самопроизвольно не отходят.

Применение предлагаемого способа позволяет:

- увеличить эффективность лечения до 92% наблюдений;
- уменьшить количество послеоперационных осложнений до 10-12%;
- уменьшить количество рецидивов заболевания;
- предупреждать развития повторных сужений ануса;
- одновременное удаление источника сужения ануса;
- улучшению функциональных результатов анального сфинктера прямой кишки.

Таким образом, разработанный нами способ операции, позволяет одновременное удаление патологического источника сужения ануса, освобождение краев волокон анального сфинктера от рубцово-измененных тканей, улучшая, таким образом, его растяжимости, которое является патогенетический обоснованной для лечения больных с декомпенсированной степени сужения ануса.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ хирургического лечения декомпенсированной степени сужения ануса, включающий иссечение рубцов сфинктера - стриктуротомии на глубине до 1,5 см с низведением слизистой к периаанальной коже, отличающийся тем, что после кли-

новидного иссечения рубцово-измененных тканей, выкраивают «трапецевидной» формы лоскут слизистой оболочки, производят его низведение и фиксируют двумя кетгутовыми швами к периаанальной коже.

Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.