



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **141**

(51) **МПК(2006) A61B 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 0800181

(22) 03.03.2005

(46) Бюл.50 (2), 2008

(71) Курбонов К. М. (TJ); Мухаббатов Дж. К. (TJ);
Муродов У.К.(TJ).

(72) Курбонов К. М. (TJ); Мухаббатов Дж. К. (TJ);
Муродов У.К.(TJ).

(73) Курбонов К. М. (TJ); Мухаббатов Дж. К. (TJ);
Муродов У.К.(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.

2

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
СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТЕПЕНИ
СУЖЕНИЯ АНУСА**

(57) Изобретение относится к области меди-
цине, а именно к колопроктологии и может быть
использовано для лечения субкомпенсированной
степени сужения ануса.

В предлагаемом способе дополнительно про-
изводят клиновидное иссечение рубцово-
измененных тканей на глубину до 1,5 см., проводят
мобилизацию слизистой оболочки вверх до обес-
печения ее подвижности, с низведением и подши-
ванием ко дну раны двумя косо наложенными
кетгутовыми швами с каждой стороны.

Изобретение относится к медицине, а именно к колопроктологии и может быть использовано для лечения субкомпенсированной степени сужения ануса.

Известны способы: бужирования ануса (1), рассечение сужения ануса - операция Гартмана, рассечение сужения ануса по Диффенбаху, рассечение сужения ануса с низведением слизистой. Однако известные способы не позволяют полностью удалять источник сужения - рубцово-измененные ткани и его последствия на анальном сфинктере.

Известен способ лечения сужения ануса (2), заключающийся в применении бужирования ануса. Недостатком 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 патологический источник не удаляется.

Известен способ лечения сужения ануса (3), заключающийся в применении операции Гартмана. Недостатком способа является то, что вместе с суживающимся кольцом удаляется сфинктер прямой кишки, что приводит к развитию анальной недостаточности.

Наиболее простым способом ликвидации сужения ануса (4), является рассечение суженного участка в продольном направлении со стороны просвета кишки - по Диффенбаху. Рассечение производится в одном или нескольких местах в пределах рубцово-измененных тканей, строго перпендикулярно к стенке кишки. Заживление должно происходить вторичным натяжением с образованием широкого плоского рубца, обеспечивающего достаточный просвет. Однако вследствие неконтролируемого процесса образования рубцов, несмотря на применение физиотерапевтических мероприятий, а также возникновения гнойных осложнений ожидаемый эффект может не быть достигнут.

Недостатком способа является то, что рассечение проводят только суженных участков в продольном направлении со стороны просвета кишки в одном или нескольких местах в пределах рубцово-измененных тканей, с сохранением (оставлением) источника основного заболевания (рубцово-измененных тканей).

Прототипом изобретения сходным по некоторым существенным признакам, является способ хирургического лечения сужения ануса (5), заключающийся только в иссечении сфинктера, с низведением слизистой оболочки анального канала к периаанальной коже. Сущность способа заключается в том, что после подготовки операционного поля производят стриктуротомию в глубине до 1,5 см и слизистая прямой кишки низводят к периаанальной коже. Накладывают асептическую повязку. Недостатком метода является, во-первых, недержание анального сфинктера и, во-вторых, источник развития сужения - рубцовые ткани не удаляются. Также воз-

можны, повторные образования рубцов, ухудшающие функциональные способности анального сфинктера аппарата прямой кишки.

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

- одномоментно удалять источник основного заболевания; повышение эффективности хирургического лечения субкомпенсированной степени сужения ануса;

- улучшение функциональных способностей запирающего аппарата прямой кишки;

- профилактику недостаточности анального сфинктера и рецидива заболевания.

Указанная цель достигается тем, что операции применяют: клиновидное иссечение патологического очага в пределах волокон анального сфинктера с последующим низведением слизистой оболочки анального канала ко дну раны.

Предложенный нами способ лечения апробирован у 18 больных с субкомпенсированной степенью сужения ануса. Способ разработан в эксперименте, где подтверждено патогенетическая обоснованность применения разработанного способа для лечения субкомпенсированной степени сужения ануса.

Подготовке больного к предстоящей операции отличается от обычно принятой для проктологических больных с патологией ей 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 объемом до 1 литра (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.

Больным с резко нарушенным режимом сна назначаются индивидуально для каждого больного препараты, регулирующие сон. Электрокардиограмма и рентгенологическое обследование органов грудной клетки обязательно. Проводится биохимическое исследование крови. 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 тримекаин или лидокаина. Этот препарат дает значительно меньше осложнений, чем раствор новокаина в той же концентрации.

Положение больного на операционном столе как для промежностного камнесечения. После обработки перианальной кожи и прямой кишки 1% спиртовым раствором йода и обкладывания операционного поля стерильными простынями, под контролем ректального черкала, производится клиновидное иссечение рубцовой стриктуры по задней стенке анального канала на глубину до 1,5 см с захватом рубцовых образований в перианальной области. Затем под стенку прямой кишки вводят 10-15 мл 0,5% раствора новокаина наполовину с раствором диоксида и мобилизуют ее вверх до обеспечения подвижности, позволяющий подшить слизистой оболочке ко дну раны. Анальный канал расширяется зажимами Алиса, наложенными на перианальную кожу вблизи ануса, края рассеченной слизистой отсепаровываются по всей окружности раны на глубину до 1 см и подшиваются к дну раны двумя косо наложенными кетгутовыми швами с каждой стороны. Гемостаз. В прямую кишку вводится тампон, пропитанный мазью Вишневского. Т-образная повязка.

Приводим выписку из истории болезни.

Больной Ч., 34 года (и\б 36581), поступил в отделение 23.V. 1999 г. с диагнозом рубцовое сужение прямой кишки. Из анамнеза выяснено, что около двух лет тому назад по месту жительства в хирургическом отделении городской больницы произведена геморроидэктомия по поводу геморроя с выпадением узлов и частыми кровотечениями. При осмотре в отделении установлено, что через суженный рубцами анальный канал с неко-

торым трудом можно провести расширитель Гега-ра номер 12,5. В рубцовый процесс частично вовлечена перианальная кожа. Соматически - здоров. Больному произведена операция по названному методу. Послеоперационное течение гладкое. Выписан больной на амбулаторное лечение на 7-е сутки после операции. При выписке жалоб не предъявляет. Стул самостоятельный, безболезненный. Осмотрен через 6 лет. Состояние больного вполне удовлетворительное. Газы и каловые массы удерживает хорошо.

Применение предлагаемого способа позволяет увеличить эффективность лечения, уменьшить количество послеоперационных осложнений, улучшить функциональных результатов анального сфинктера прямой кишки и уменьшить количество рецидивов заболевания следующими путями:

- появляются потенциальные возможности анального сфинктера выполнять свою роль, будучи освобожденными, от стягивающей рубцовой ткани, что предупреждает возможность повторного рубцевания.

- придерживать принцип максимального сохранения волокон анального жома, вовлеченных в процесс рубцевания и меры по предупреждению возможности повторного образования рубцовой ткани.

- замещение дефекта слизистой в анальном канале возникающего после удаления рубцов собственным лоскутом представляется весьма сложным, по оправданному мероприятием.

Таким образом, разработанный способ операции является патогенетически обоснованным, направленным для лечения субкомпенсированной степени сужения ануса.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ хирургического лечения субкомпенсированной степени сужения ануса, включающий иссечение рубцов сфинктера - стриктуротомии на глубине до 1,5 см с низведением слизистой к перианальной коже, **отличающийся тем, что** после клиновидного иссечения рубцово-измененных

тканей, проводят мобилизацию слизистой оболочки вверх до обеспечения ее подвижности, с низведением и подшиванием ко дну раны двумя косо наложенными кетгутовыми швами с каждой стороны.

Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

Подписное

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