



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **681**
(51) **МПК А 61 В 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 1500913

(22) 26.01.2015

(46) Бюл. 104, 2015

(71) Гулов М.К.(ТJ); Иброхимов Ю.Х. (ТJ).

(72) Гулов М.К.(ТJ); Иброхимов Ю.Х. (ТJ);
Мавлонова С.Н. (ТJ).

(73) Гулов М.К.(ТJ); Иброхимов Ю.Х. (ТJ).

(54) **МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМ ХОДОМ**

(56) 1. Аминев А.М. Руководство по проктологии. – Куйбышев, 1973. – т. 3. – с. 163-376.

2. Блинничев Н.М., Архипова З.И. Хронический парапроктит и недостаточность функции анального сфинктера. Актуальные вопросы проктологии, тез. докл. – Уфа, 1987. – с. 78-79.

3. Абуладзе Т.В. Профилактика анального недержания при хирургической коррекции хронического парапроктита. Актуальные проблемы колопроктологии: материалы конф., 3-4 окт. – Н. Новгород, 1995. – с. 224-225.

4. Масляк В.М., Мандзюк В.П. К вопросу хирургического лечения внесфинктерных свищей прямой кишки. Клиническая хирургия. – 1978. – № 6. – с. 58.

(57) Изобретение относится к медицине и может быть применено в колопроктологии.

По данному способу производят пальпацию перианальной области и анального канала и обнаруживают свищевое отверстие. Затем производят зондирование и вводят раствор красителя, содержащего 3% H_2O_2 . Далее выполняют полулунный разрез на границе слизистой оболочки анального канала и перианальной кожи (по переходной складке). Под эпителиальную выстилку до верхнего края анального канала с переходом на нижнее

2

ампулярный отдел прямой кишки вводят раствор Декасан и 0,9% раствор NaCl. Отсепаровывают эпителиальную выстилку анального канала до свищевого отверстия по всей ширине полулунного разреза и образуют рану. Мобилизуют низведенный участок вместе со свищевым отверстием на 2-3 см выше зубчатой линии с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки. Продольными разрезами с двух сторон свищевого отверстия образуют трансплантат шириной 2-3 см. Затем производят предварительное низведение трансплантата, который захватывают за дистальную часть, представленную эпителиальной выстилкой анального канала. Для чего сначала свищевой ход выскабливают острой ложечкой Фолькмана, обрабатывают растворами Люголя и Декасаном и высушивают. Свищевой ход заполняют раствором Тиссукол Кит, который также накладывают и под низведенный участок. Легко подтягивают трансплантат и накладывают два отдельных узловых «направляющих» шва, фиксирующих основание трансплантата к проксимальной части анального канала в месте окончания послабляющих разрезов. Трансплантат фиксируют отдельными узловыми швами, располагающимися между «направляющими» швами и формируют первый ряд фиксирующих швов (3-4 шва). Избыток перемещенного трансплантата отсекают выше свищевого отверстия на уровне перианальной кожи. Накладывают второй ряд отдельных узловых фиксирующих швов с интервалом 3-4 мм и края перемещенного трансплантата фиксируют к перианальной коже. Рану орошают раствором Декасан, накладывают асептическую повязку и вводят газотводную трубку.

При свищах III-IV степеней гнойные затеки в параректальной области дополнительно дренируют резиновым выпускником.

Изобретение относится к медицине, в частности к колопроктологии и может быть применено при хирургическом лечении неполных внутренних свищей (НВС) прямой кишки с экстрасфинктерным ходом I-IV степени сложности.

Актуальность проблемы обусловлена неудовлетворительными результатами лечения НВС прямой кишки с экстрасфинктерным ходом, заключающаяся в высоком риске развития анальной инконтиненции, а также высокой частоте рецидива заболевания.

По имеющимся сведениям частота рецидивов у больных после операции по поводу НВС достигает от 0,8% до 68%. Одним из частых осложнений в послеоперационном периоде у больных с НВС является недостаточность анального жома (до 17% случаев).

Известен способ, включающий выкраивание трапециевидного лоскута с дальнейшим закрытием внутреннего отверстия свищевого хода в мышечной стенке без натяжения с целью улучшения кровоснабжения низводимого участка слизистой оболочки прямой кишки (1).

Другим аналогом является способ, который включает разрез слизистой оболочки и боковое смещение слизисто-подслизистого слоя анального канала для лечения больных со сложными формами прямокишечных свищей. Данный способ основан на смещении слоев стенки прямой кишки относительно друг-друга и разобщении дефекта в подвижном слизисто-подслизистом и неподвижном мышечном слоях (2).

Также известен способ, предусматривающий применение биосовместимых материалов и клеевых композиций для пластики внутреннего отверстия свищевого хода (3).

В качестве прототипа принят способ операции (4), при котором производят пальпацию перианальной области и анального канала. С помощью ректального зеркала обнаруживают свищевое отверстие и производят зондирование. При помощи специального катетера вводят раствор красителя содержащегося 3% H_2O_2 . Далее выполняют разрез слизистой оболочки анального канала. Острым путем, при помощи ножниц, без повреждения подлежащих структур анального жома, отсепааровывают слизистую оболочку анального канала до свищевого отверстия по всей ширине разреза. Затем мобилизуют низведенный участок вместе со свищевым отверстием. Двумя вертикальными расходящимися разрезами от двух сторон свищевого отверстия образуют трансплантат в виде лоскута. По окончании мобилизации производят низведение трансплантата. Окончатым захватом захватывают перемещаемый трансплантат за дистальную часть и накладывают узловые швы с интервалом 3-4 мм, которыми края перемещенного трансплантата фиксируют к перианальной коже.

По окончании, на линии швов в анальном канале, накладывают асептическую повязку и вводят газотондующую трубку.

Существенными недостатками приведенных способов являются ранения слизистой оболочки анального канала во время мобилизации и вскрытия просвета свищевого хода, угроза нарушения кровоснабжения перемещенного лоскута вплоть до некроза, что может привести к рецидиву свища. Диапазон неудовлетворительных результатов операций достаточно широк (число рецидивов доходят до 20 %).

Целью является разработка более эффективного способа, улучшающего результаты лечения НВС прямой кишки с экстрасфинктерным ходом.

Технический результат достигается путем низведения сегмента стенки прямой кишки в анальный канал (проктопластика) и введения двухкомпонентного фибринового клея «Тиссукол-Кит».

Реализация способа поясняется следующими графическими изображениями (Фиг. 1-), где на Фиг.1 изображено зондирование свищевого отверстия неполного внутреннего экстрасфинктерного свища, Фиг. 2 - Маркировка свищевого хода красителем, на Фиг. 3 - Мобилизация перемещаемого трансплантата. Выполнение полулунного разреза, на Фиг. 4 - Гидравлическая препаровка, Фиг. 5 - Мобилизация перемещаемого трансплантата, на Фиг. 6 - Использование свежеприготовленного раствора фибринового клея «Тиссукол Кит», на Фиг. 7 - Наложение первого ряда фиксирующих швов. Отсечение избытка перемещаемого трансплантата, несущего свищевое отверстие, на Фиг. 8 - Окончательный вид раны промежности после операции и на Фиг. 9 - Дополнительное дренирование раны.

Заявленное техническое решение осуществляется следующим образом.

В положение пациента на спине в гинекологическом кресле (положение при геморроидэктомии), сначала производится пальпация перианальной области и анального канала. Используя ректальное зеркало после обнаружения свищевого отверстия, производится его зондирование, которое дает необходимую информацию об отношении свищевого хода к волокнам анального жома (Фиг. 1). С целью своевременного вскрытия и дренирования затеков и гнойных полостей, с помощью специального катетера, который плотно закрывает свищевое отверстие, вводится раствор красителя содержащегося 3% H_2O_2 (Фиг. 2). Далее выполняют полулунный разрез на границе слизистой оболочки анального канала и перианальной кожи (по переходной складке), охватывающий около 1/3 части его окружности (Фиг. 3). Затем производится гидравлическая препаровка с раствором Декасана и 0,9% раствором NaCl в соотношении 1:1. Раствор вводится под эпителиальную выстилку аналь-

ного канала (Фиг. 4). Введение раствора производится до верхнего края анального канала с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки. Эта манипуляция облегчает дальнейшее выделение эпителиальной выстилки анального канала, отделение ее от подлежащих структур анального сфинктера. Острым путем, при помощи ножниц, без повреждения подлежащих структур анального жома, отсепааровывают эпителиальную выстилку анального канала до свищевого отверстия по всей ширине полулунного разреза. Таким образом, в анальном канале образуется рана, дном которой являются волокна внутреннего сфинктера. Далее продолжают мобилизацию низведенного участка вместе с свищевым отверстием с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки (Фиг. 5). Мобилизация производится на 2-3 см выше зубчатой линии. Двумя продольными разрезами от двух сторон свищевого отверстия образуется трансплантат шириной 2-3 см. Длина этих разрезов выше зубчатой линии должна позволить без натяжения переместить мобилизованный сегмент прямой кишки до уровня переходной складки кожи и анального канала таким образом, чтобы свищевое отверстие располагалось вне зоны анального канала. При этом сам трансплантат в проксимальном отделе представляет собой полнослойный сегмент стенки нижеампулярного отдела прямой кишки. Мобилизация перемещаемого трансплантата производится визуально только острым путем (при помощи ножниц). При этом применение электрокоагуляции необходимо ограничить во избежание образования обширных очагов некроза на раневых поверхностях. По окончании мобилизации сегмента стенки прямой кишки вместе с свищевым отверстием производят предварительное низведение трансплантата. Свищевое отверстие должно находиться вне анального канала, а сам трансплантат должен перемещаться без натяжения. В противном случае следует продолжить мобилизацию. Окончательным зажимом захватывается перемещаемый трансплантат за дистальную часть, представленную эпителиальной выстилкой анального канала (дистальнее свищевого отверстия). Сначала свищевой ход выскабливают острой ложечкой Фолькмана, затем обрабатывают растворами Люголя и Декасаном. После высушивания свищевой ход заполняют свежеприготовленным раствором Тиссукол Кит (Фиг. 6). Потом производится легкое подтягивание трансплантата. После чего накладываются два отдельных узловых «направляющих» шва, фиксирующих основание трансплантата к проксимальной части анального канала в месте окончания послабляющих разрезов. Далее, трансплантат фиксируют отдельными узловыми швами с интервалом 0,3-0,4 см, располагающимися между «направляющими» швами (Фиг. 7). Эти швы, как и «направляющие», фиксируют раневую поверхность мобилизованного сегмента стенки прямой

кишки в проксимальной его части к проксимальной части раневой поверхности анального канала (к скелетизированной порции анального сфинктера) и формируют первый ряд фиксирующих швов (3-4 шва).

В процессе низведения и фиксации перемещаемого трансплантата используются длительно рассасывающиеся материалы на атравматической игле (викрил 3-0, 4-0). Все швы, накладываемые при фиксации перемещенного трансплантата - отдельные, узловые, т.к. любые другие швы могут вызвать нарушение кровоснабжения низведенного сегмента стенки прямой кишки, приводящее в дальнейшем к прорезыванию швов и ретракции трансплантата.

Перед наложением второго ряда фиксирующих швов избыток перемещенного трансплантата, содержащейся свищевое отверстие, отсекается на уровне перианальной кожи, но выше свищевого отверстия. Затем производится наложение второго ряда отдельных узловых фиксирующих швов с интервалом 3-4 мм. Последние фиксируют края перемещенного трансплантата к перианальной коже (Фиг. 8). Таким образом, рана промежности, образовавшаяся вследствие иссечения свищевого хода, изолируется от просвета прямой кишки перемещенным трансплантатом, представленным полнослойным сегментом стенки нижеампулярного отдела прямой кишки.

При свищах III-IV степеней гнойные затеки в параректальной области дополнительно дренируют резиновым выпускником (Фиг. 9).

По окончании операции рана орошается раствором Декасана. На линии швов в анальном канале накладывается асептическая повязка и вводится газоотводная трубка.

Пример. Больной И.Н. 1960 г.р. История болезни № 423. Больным себя считает в течение 5 лет. Причину заболевания связывает с острым парaproктитом в 2007 и 2008 годы, 2009 и 2011 г.г., прооперированного по поводу неполного внутреннего экстрасфинктерного свища прямой кишки. Пациенту было проведено пальцевое исследование прямой кишки. При аноскопии установлено, что на расстоянии 2,5 см от края кожи ануса на 6 часах в анальном канале имелось свищевое отверстие размером 0,3х0,4 см. При фистулографии была получена достаточная информация о характере свища. В результате обследования поставлен диагноз: Неполный внутренний рецидивный экстрасфинктерный свищ сзади III степени сложности, недостаточность анального сфинктера I степени. Под спинальной анестезией произведена следующая операция: иссечение свища заявляемым способом. Обезболивание проводилось в 1-е сутки после операции 1 мл 2% раствора промедола. Проводили медикаментозную задержку стула на весь срок постельного режима (имодиум по 2 таб. х 1 раз в сутки). Первые 5 суток после операции паци-

енту был назначен стол 0, далее беспшлаковая диета. перевязки производили утром и вечером. На 8 сутки после операции произвели пальцевое исследование прямой кишки для оценки фиксации и приживления перемещенного сегмента стенки прямой кишки. На 9 сутки больному назначили вазелиновое масло по 30 мл х 3 раза в сутки. После первой дефекации пациенту отменили постельный режим и расширили диету. Швы с перианальной

кожи были сняты на 14 сутки после операции. Осмотр был осуществлен через 3 мес. после операции и рецидив свища не был выявлен.

Применение данного способа способствует уменьшению рецидива и осложнений, улучшению непосредственных и отдаленных результатов в послеоперационном периоде, что приводит к сокращению пребывания пациентов в стационаре.

Формула изобретения

1. Модифицированный способ лечения неполных внутренних свищей прямой кишки с экстрасфинктерным ходом, включающий произведение пальпации перианальной области и анального канала, обнаружение свищевого отверстия с помощью ректального зеркала, произведение зондирования, введение раствора красителя с содержанием 3% H_2O_2 при помощи специального катетера, выполнение разреза в области анального канала, отсепаровывание слизистой оболочки анального канала до свищевого отверстия по всей ширине разреза, мобилизацию низведенного участка вместе со свищевым отверстием, образование трансплантата в виде лоскута путем разрезов с двух сторон свищевого отверстия, низведение трансплантата по окончании мобилизации, захватывание перемещаемого трансплантата за дистальную часть, наложение узловых швов с интервалом 3-4 мм с фиксацией краев перемещенного трансплантата к перианальной коже, наложение асептической повязки на линии швов в анальном канале и введение газоотводной трубки, **отличающийся тем, что** разрез выполняют полулунным на границе слизистой оболочки анального канала и перианальной кожи (по переходной складке), охватывающим около 1/3 части его окружности, под эпителиальную выстилку до верхнего края анального канала с переходом на нижеампулярный отдел прямой кишки вводят

раствор Декасан и 0,9% раствор NaCl в соотношении 1:1, образуют трансплантат шириной 2-3 см продольными разрезами, производят предварительное низведение трансплантата по окончании мобилизации сегмента стенки прямой кишки вместе со свищевым отверстием, перемещаемый трансплантат захватывают за дистальную часть, представленной эпителиальной выстилкой анального канала (дистальнее свищевого отверстия), для чего сначала свищевой ход выскабливают острой ложечкой Фолькмана, заполняют раствором Тиссукол Кит, который также накладывают и под низведенный участок, легко подтягивают трансплантат, накладывают два отдельных узловых «направляющих» шва, фиксирующих основание трансплантата к проксимальной части анального канала в месте окончания послабляющих разрезов, трансплантат фиксируют отдельными узловыми швами с интервалом 0,3-0,4 см, располагающимися между «направляющими» швами и формируют первый ряд фиксирующих швов (3-4 шва), избыток перемещенного трансплантата отсекают выше свищевого отверстия на уровне перианальной кожи и раствором Декасан орошают рану.

2. Способ по п. 1, **отличающийся тем, что** при свищах III-IV степеней гнойные затеки в параректальной области дополнительно дренируют резиновым выпускником.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

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

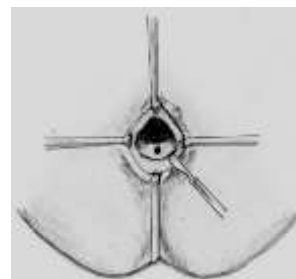
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕПОЛНЫХ ВНУТРЕННИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ С ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫМ ХОДОМ



Фиг. 1



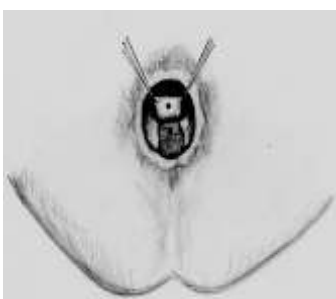
Фиг. 2



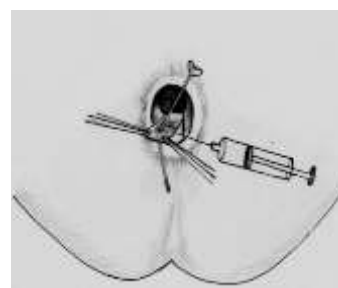
Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6



Фиг. 7



Фиг. 8



Фиг. 9