



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **137081** (13) **U**
(51) МПК (2019.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО РОЗВИТКУ
ЕКОНОМІКИ, ТОРГІВЛІ ТА
СІЛЬСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2019 04326</p> <p>(22) Дата подання заявки: 22.04.2019</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.09.2019</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.09.2019, Бюл.№ 18</p>	<p>(72) Винахідник(и): Каніковський Олег Євгенович (UA), Осадчий Андрій Васильович (UA), Коцюра Олександр Андрійович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</p>
--	---

(54) СПОСІБ СФІНКТЕРОПЛАСТИКИ ПРИ АНАЛЬНІЙ ІНКОНТИНЕНЦІЇ

(57) Реферат:

Спосіб сфінктеропластики при анальній інконтиненції полягає в тому, що під місцевою або спінальною анестезією на 6 та 12 годинах в 2 см від анального каналу виконують поперечні розрізи до 0,5 см на глибину до 0,5-0,7 см. Потім металевим провідником по міжсфінтерному простору між m.sphincter ani interni та m. sphincter ani externus проводять смужку сітчатого макропористого монофіламентного алотрансплантату шириною 1,0 см навколо анального каналу. Затягують сітчасту смужку з попереднім введенням в анальний канал пальця. Краї трансплантату зшивають поліпропіленовим шовним матеріалом № 3.0 на 6 годинах і занурюють в міжсфінктерний простір.

UA 137081 U

Корисна модель належить до медицини, а саме колопроктології, і може бути використана при лікуванні хворих на недостатність сфінктера прямої кишки. Нетримання калу є незручним та соціально паралізуючим станом, який вражає до 18 % населення та до 50 % мешканців будинку для людей похилого віку [Bleier J.I.S., Kann B.R. Surgical Management of Fecal Incontinence // Gastroenterol Clin N Am. - 2013. - № 42. - Р. 815-836.]. В структурі колоректальних захворювань цей відсоток складає 3-7 % [Аминев А.М. Лекции по проктологии. - М.: Медицина. - 1969. - С. 8-9.]. Нетримання кишкового вмісту є тяжким захворюванням, яке доставляє пацієнтам сильні душевні та психологічні переживання, що ведуть до соціальної самоізоляції, профнепридатності та інвалідизації населення. [Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Сторожилов Д.А., Наумов А.В. Метод биологической обратной связи для лечения анального недержания// Современные проблемы науки и образования. - 2013. - № 1.] Актуальність підтверджена аналізом наукових досліджень, які вказують, що більше 30 % операцій колопроктологічного профілю, в тій чи іншій мірі, ускладнюються недостатністю сфінктерного апарату і приводять до анальної інконтиненції [Алиев Э.А. Лечение послеоперационной недостаточности анального сфинктера // Международный журнал. - 2011. - № 3. - С. 90-4.]. Аналіз даних Е.А. Алієва (2011) та ряду авторів показали, що найбільша частота післяопераційної недостатності анального каналу була відзначена після операції при парапроктиті і параректальних норицях і склала 61,7-72,3 %

Причинами інконтиненції служать багато патологічних факторів:

- дисморфоз центральної нервової системи,
- Spina bifida,
- поперечний мієліт,
- діабетичний мієліт,
- патологія тазового дна внаслідок вроджених пошкоджень,
- випадіння прямої кишки.
- рак прямої кишки,
- наслідки оперативних втручань на дистальному відділі прямої кишки та промежині.

Якщо частою причиною виникнення інконтиненції у жінок є наявність травматичних положів в анамнезі, то у чоловіків - це операції загально-проктологічного профілю. [Недозимованый А.И. Лечение пациентов с инконтиненцией кала методом биологической обратной связи: Дис. канд. мед.наук. - СПб., 2003. - С. 11-46.]

Серед існуючих відомих способів операція Тірша (Tiersch, 1891), який запропонував зміцнювати сфінктер шляхом проведення під шкірою заднього проходу кільця з дроту. [М.И. Кузин. Хирургические болезни // М.: "Медицина", 2002. - С. 601-608].

Цей спосіб має безліч ускладнень: больові відчуття, нагноєння, прорізування і інші, тому не використовується.

З часом спосіб пройшов безліч модифікацій, де замінено було дріт на фасціальну смужку, шовкову лігатуру, вузьку смужку деєпітелізованої шкіри.

В основу корисної моделі "Спосіб сфінктеропластики при анальній інконтиненції" поставлена задача підвищити ефективність лікування недостатності сфінктера прямої кишки як при пошкодженні волокон сфінктера гнійно-некротичним враженням, так і на фоні випадіння прямої кишки, травматичному пошкодженні сфінктера, що досягається оперативним втручанням.

Поставлена задача вирішується в способі сфінктеропластики при анальній інконтиненції, який полягає в тому, що під місцевою або спінальною анестезією на 6 та 12 годинах (згідно з годинниковим циферблатом) в 2 см від анального каналу виконують поперечні розрізи до 0,5 см на глибину до 0,5-0,7 см, потім металевим провідником по міжсфінктерному простору між m.sphincter ani internus та m.sphincter ani externus проводять смужку сітчастого макропористого монофіламентного алотрансплантату шириною 1,0 см навколо анального каналу, далі зтягують сітчасту смужку з попереднім введенням в анальний канал пальця, а краї трансплантату зшивають поліпропіленовим шовним матеріалом № 3.0 на 6 годинах і занурюють в міжсфінктерний простір.

Така модель звуження анального каналу є малотравматичною, проводиться може в амбулаторних умовах та стаціонарах одного дня. За рахунок ширини трансплантату відсутні больові відчуття під час акту дефекації та відсутність прорізування через м'які тканини. За рахунок кільцевого формування рубця навколо сітчастого монофіламенту анальний канал не зіяє, а функціональні можливості враженого м'язового волокна підвищуються. Хворі після операції самостійно утримують гази та каловий вміст.

При рубцевих змінах анального каналу після гнійно-некротичного враження параректальної ділянки виконували висічення рубця, мобілізація країв сфінктера, імплантація алотрансплантату

та сфінктеропластика. Хочеться відмітити, що використання монофіламентної сітки тільки в холодний період.

Операція також використовується як доповнення до ректопексії при випадінні прямої кишки.

Відмінність від проведення шовкової лігатури та дроту - це відсутність прорізування, 5 більшового синдрому та вірогідність нагноєння. Трансплантат проводиться не підшкірно а інтересфінктерно, що забезпечує рубцеву каркасність навколо м'яза.

Клінічний приклад виконання запропонованого способу звуження анального каналу при 10 недостатності сфінктера прямої кишки після гнійно-некротичного враження параректальної ділянки при глибоких формах гострого парапроктиту. Хворий І., № 2551, 41 рік госпіталізований в хірургічне відділення Вінницької центральної клінічної лікарні 17.04.18 з діагнозом Хронічний парапроктит, недостатність сфінктера прямої кишки II ст. (Стан після операції розкриття та дренивання гнілісно-некротичного ішіоректального, ретроректального парапроктиту). Скарги на наявність ран в періанальній ділянці, виділення з ран, порушення утримання газів та стільця. З анамнезу відомо що хворіє протягом місяця, близько 3 тижнів тому операція розкриття та 15 дренивання гнілісно-некротичного ішіоректального, ретроректального парапроктиту. Післяопераційний період без особливостей. Ведення ран проводилось активною аспірацією ВАК системою KCI протягом 4-х днів. Госпіталізований в хірургічне відділення для видалення екстрасфінктерної нориці та сфінктеропластики анального каналу.

Лабораторні обстеження: Група крові A(II) Rh(+), гемоглобін 141 г/л, лейкоцити $7,5 \times 10^9$ /л, 20 ШОЕ 30 мм/г., цукор 4,4мм/л., білок крові 78,5г/л., сечовина - 4,9, креатинін - 0,08. (від 17.04.18).

В плановому порядку взятий в операційну. Об'єктивно на 5 годинах гранулююча рана розмірами 3 × 4 см з норицевим ходом, який проходить екстрафінктерно в задню крипту. Девульсія сфінктера прямої кишки. Прокрашено норицевий хід перекисом водню з зеленкою. По зонду проведено висічення норицевого ходу та враженої крипти. Санація рани антисептиками. 25 Мобілізовано пересічені краї внутрішнього сфінктера. Виконано імплантацію сітчатого монофіламентного трасплантату в міжсфінктерний простір циркулярно з ушиванням країв на 6 годинах поліпропіленовою ниткою 3.0., мобілізовані краї внутрішнього сфінктера ушиті полігліколідом 0. Контроль на гемостаз. Тампон гемостатичний в пряму кишку з газовідвідною трубкою. Тампон в рану. Асептична пов'язка.

Післяопераційний діагноз: Хронічний задній екстрасфінктерний парапроктит. Ускладнення: Недостатність сфінктера прямої кишки II ст.

Операція: Висічення екстрасфінктерної нориці. Сфінктеропластика.

Післяопераційний період без особливостей. Отримав антибактеріальну, протизапальну терапія. Гази та калові маси утримує. 35

Клінічний приклад хворої А., 46 років, госпіталізована в хірургічне відділення ВЦРК 20.08.18 № 5154 зі скаргами на випадіння прямої кишки при натужуванні, порушення утримання газів та калових мас. З анамнезу відомо що хворіє протягом 4 років, коли вперше з'явилися вище зазначені скарги. Дома виконувала вправи Кегеля, стан хворої погіршувався.

23.08.18 в плановому порядку після проведеної передопераційної підготовки хвора взята в операційну. Проведена під СМА нижньо-серединна лапаротомія. Ректопексія за Кюмелем-Зереніним пройшла без особливостей. Другим етапом на 6 та 12 годинах розріз до 0,5 см. в 2 см. від анального каналу. Тупим шляхом проведено сітчастий трансплантат шириною 1 см. циркулярно в міжсфінктерному просторі та звужено анальний канал до розміру вказівного пальця. Краї ушиті поліпропіленовою ниткою 3,0 та занурено в міжсфінктерний простір. Рани ушиті. 45

Післяопераційний період без особливостей, отримала антибактеріальну та протизапальну терапію. Тонус сфінктера збережений. Гази та калові маси утримує. Виписана додому з поліпшенням на 15 добу.

Запропонований спосіб звуження анального каналу та відновлення роботи сфінктера анального каналу забезпечує малоінвазивність проведення оперативного втручання, легкий післяопераційний період, профілактика нагноєння та прорізування м'яких тканин, а також є можливість виконання в амбулаторних умовах. 50

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

55

Спосіб сфінктеропластики при анальній інконтиненції, який полягає в тому, що під місцевою або спінальною анестезією на 6 та 12 годинах в 2 см від анального каналу виконують поперечні розрізи до 0,5 см на глибину до 0,5-0,7 см, потім металевим провідником по міжсфінктерному простору між m.sphincter ani interni та m. sphincter ani externus проводять смужку сітчатого макропористого монофіламентного алотрансплантату шириною 1,0 см навколо анального 60

каналу, далі затягують сітчасту смужку з попереднім введенням в анальний канал пальця, а краї трансплантату зшивають поліпропіленовим шовним матеріалом № 3.0 на 6 годинах і занурюють в міжсфінктерний простір.

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України,
вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

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