



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **85678** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2013 07237</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Керничний Віталій Володимирович (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>07.06.2013</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА,</b>
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.11.2013</b>	<b>вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)</b>
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.11.2013, Бюл.№ 22</b>	

**(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ АНОДЕРМИ ПІСЛЯ ВИСІЧЕННЯ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ**

**(57)** Реферат:

Спосіб пластики анодерми після висічення анальної тріщини включає фіксацію клаптика над рановою поверхнею вузловими біодеструктивними швами. Накладання вузлових швів на низведений слизово-підслизовий фрагмент проводиться шляхом поетапного фіксування латеральних країв рани та слизово-м'язового клаптика з поетапним відсіченням дистального слизово-шкірного фрагмента разом із анальною тріщиною.

**UA 85678 U**



Спосіб належить до медицини, а саме до проктології, та може бути використаний при оперативному лікуванні хворих з хронічною анальною тріщиною.

Найбільш близькі до запропонованого є реконструктивно-пластичні способи, які відновлюють цілісність анодерми та виконуються після висічення хронічної анальної тріщини (сфінктеротомії за показаннями) і передбачають V, Y-пластику, накладання адаптуючих швів на краї рани анального каналу, низведення клаптика слизової. Однією із найбільш поширених методів пластики є низведення клаптика слизової за Масляком [А.М. Аминев. Руководство по проктологии. - Куйбишев, 1973. - т. 3. - С. 293.]

Недоліками даного способу є ризик виникнення інфекційних ускладнень, пов'язаних з неспроможністю (прорізання) швів, які фіксують низведений клаптик, з подальшим нагноєнням післяопераційної рани, розвитком нориці та деформуючого рубцевого процесу(стриктури) в анальному каналі.

Однією із передумов неспроможності швів є постійна травматизація країв післяопераційної рани або слизово-підслизового клаптика в ділянці накладання швів. Оскільки для того, щоб мобілізувати, низвести та фіксувати слизово-підслизовий клаптик, його потрібно захоплювати хірургічним пінцетами, затискачами Аліса, Люєра і т.д., що є травматичним чинником.

В основу корисної моделі поставлена задача створити спосіб нетравматичної фіксації слизово-підслизового клаптика для пластики анального каналу після висічення анальної тріщини шляхом поетапного накладання латеральних (крайових) швів па слизово-підслизовий клаптик та поетапного відсічення слизово-підслизового фрагмента разом із анальною тріщиною, що забезпечує фіксацію клаптика без його механічної травматизації за рахунок чого підвищиться надійність швів, які його фіксують, відновлюється цілісність анодерми, а також спрощується методика операції.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі фіксації слизово-підслизового клаптика при пластичній анодермі, що включає фіксацію клаптика над рановою поверхнею вузловим біодеструктивним швом, згідно з корисною моделлю, накладання вузлових швів на низведений слизо-підслизовий фрагмент проводиться шляхом поетапного фіксування латеральних країв рани та слизово-м'язового клаптика з поетапним відсіченням дистального слизово-шкірного фрагмента разом із анальною тріщиною.

Запропонований спосіб здійснюється наступним чином. Висічення анальної тріщини проводять на рівні підслизової і м'язової оболонки та формують П-подібний слизово-підслизовий клаптик (фіг. 1). Захопивши пінцетом (затискачами Аліса, Люєра) дистальний фрагмент клаптика, в якому розташована анальна тріщина, проводять мобілізацію слизово-підслизового трансплантата для досягнення відповідної довжини та форми (фіг. 2).

Фіксацію проводять поетапно у відповідному порядку. Першочергово накладають вузлові шви на латеральні краї рани і одночасно по краях фіксують слизово-підслизовий клаптик (фіг. 3). Наступним етапом проводять часткове (1/4 ширини) відсічення дистального фрагмента клаптика разом із анальною тріщиною з подальшим накладанням латеральних (крайових) вузлових швів (фіг. 4). Даний етап проводять до повного відсічення та закриття рани анального каналу. Відстань між швами буде становити 3-5 мм.

Приклад клінічного застосування способу.

Хвора Л., 29 років, медична карта амбулаторного хворого № 5954. Діагноз: Хронічна задня анальна тріщина.

Операція 19.03.2013: Висічення анальної тріщини та пластикою низведеним слизово-підслизовим клаптиком. Закрита латеральна підшкірно-підслизова сфінктеротомія за Парксом.

Після дивульсії анального сфінктера під спінальною анестезією проведено висічення анальної тріщини в просвіт прямої кишки без відсічення анодерми з анальною тріщиною. Захопивши пінцетом висічений клаптик із анальною тріщиною проведено його додаткову мобілізацію для досягнення достатньої довжини та форми. Перші вузлові вікрилові шви накладено на правий та лівий латеральні краї рани і одночасно по краях фіксовано слизово-підслизовий лоскут. Після чого лоскут на 14 надсічено з лівого та правого країв. На відсічені фрагменти клаптика накладено вузлові вікрилові шви. Фрагмент клаптика із анальною тріщиною відсічено. Посередині рани накладено ще один вузловий шов, після чого слизово-підслизовий трансплантат був повністю фіксований за допомогою 5-ти вузлових вікрилових швів.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. 22.03.2013 (3-та доба післяопераційного періоду) хвора в задовільному стані виписана із стаціонару.

Таким чином, принципово відмінною ознакою способу у порівнянні із іншими аналогічними методами пластики є його безтравматичність відносно до слизово-підслизового клаптика, що в свою чергу забезпечує його життєздатність, а відповідно і спроможність швів, які його фіксують.

Це значно покращує результати хірургічного лікування та реабілітацію хворих з хронічною анальною тріщиною.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

5

Спосіб пластики анодерми після висічення анальної тріщини, що включає фіксацію клаптика над рановою поверхнею вузловими біодеструктивними швами, який **відрізняється** тим, що накладання вузлових швів на низведений слизово-підслизовий фрагмент проводиться шляхом поетапного фіксування латеральних країв рани та слизово-м'язового клаптика з поетапним відсіченням дистального слизово-шкірного фрагмента разом із анальною тріщиною.

10

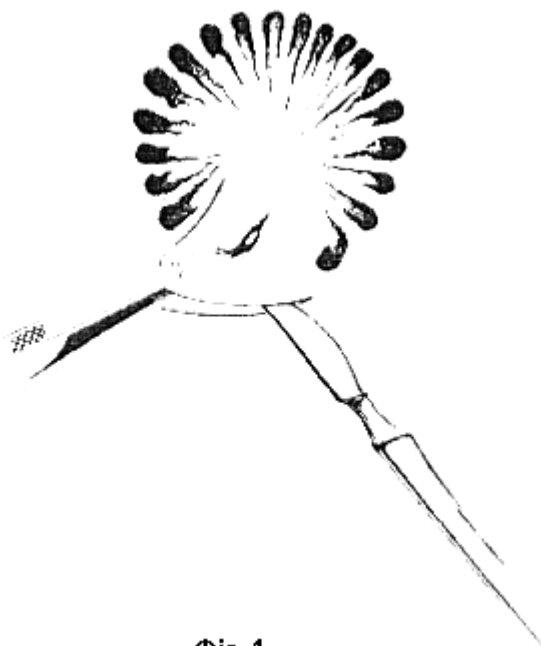


Fig. 1

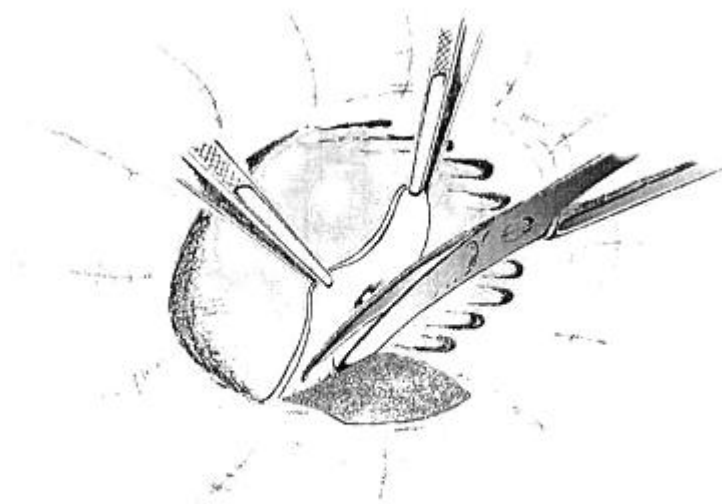
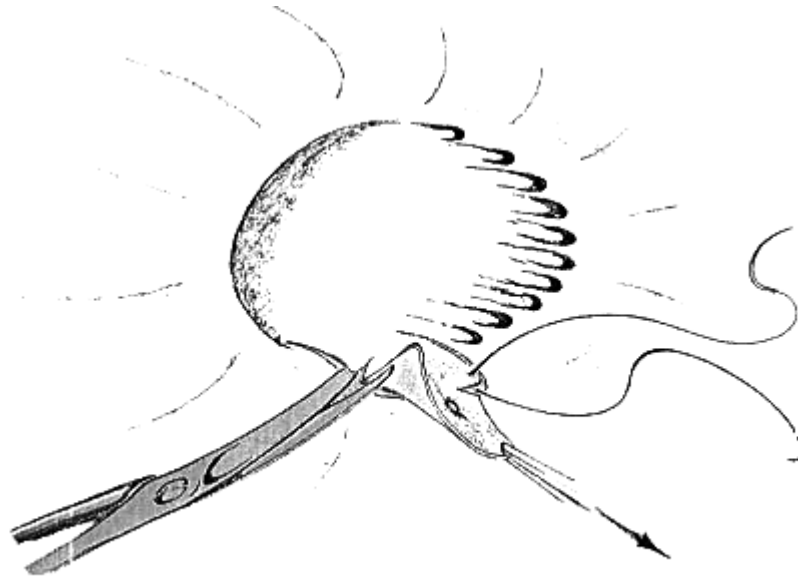
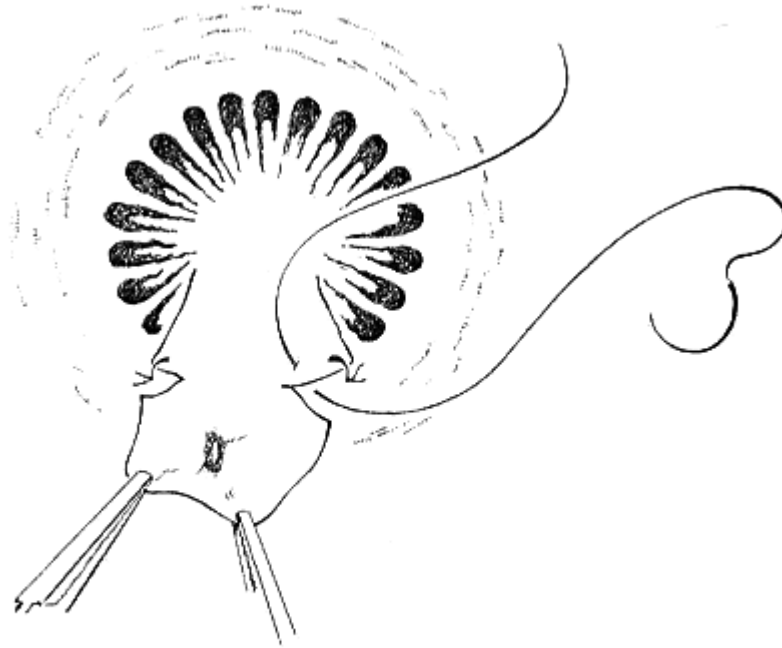


Fig. 2



Фиг. 3



Фиг. 4

---

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

---

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