



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **85679** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 07238	(72) Винахідник(и): Кериничний Віталій Володимирович (UA)
(22) Дата подання заявки: 07.06.2013	(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА,
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.11.2013	вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.11.2013, Бюл.№ 22	

(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ ВНУТРІШНЬОГО ОТВОРУ ПРИ ЕКСТРАСФІНКТЕРНИХ ПАРАРЕКТАЛЬНИХ НОРИЦЯХ

(57) Реферат:

Спосіб пластики внутрішнього отвору при екстрасфінктерних параректальних норицях включає ліквідацію внутрішнього отвору нориці шляхом його висічення та фіксації слизово-м'язового лоскута над рановою поверхнею. Накладання вузлових швів проводиться шляхом поетапного фіксування латеральних країв рани та слизово-м'язового лоскута з поетапним відсіченням дистального слизово-м'язового фрагмента разом із внутрішнім отвором нориці.

UA 85679 U

Спосіб належить до медицини, а саме до проктології, та може бути використаний при виконанні оперативних втручань з приводу екстрасфінктерних параректальних нориць.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб низведення фрагмента слизової оболонки прямої кишки за методом Judd-Robles (1924) [А.М.Аминев. Руководство по проктологии. - Куйбышев, 1973, т.3, С. 288-294]. В основі методу є формування П-подібного лоскута слизової оболонки основою в краніальному напрямку з включенням в лоскут внутрішнього отвору нориці, який відсікають, а фрагмент лоскута, що залишився, низводять і прикривають ранову поверхню анального каналу та отвір нориці в стінці кишки, підшиваючи його до періанальної шкіри.

Також близьким до запропонованого є спосіб низведення "товстого" трапецієподібного лоскута слизової, підслизової та м'язової оболонок прямої кишки для закриття внутрішнього отвору нориці з подальшим підшиванням лоскута до періанальної шкіри запропонований В.М.Масляком (1965) [А.М.Аминев. Руководство по проктологии. - Куйбышев, 1973, т.3, с. 293].

Недоліками даних способів є ризик виникнення інфекційних ускладнень, пов'язаних з неспроможністю швів, які фіксують лоскут, з подальшим нагноєнням післяопераційної рани, розвитком рецидиву нориці, та деформуючого рубцевого процесу в анальному каналі. Однією з причини неспроможності швів є постійна травматизація слизово-м'язового лоскута в ділянці накладання швів. Оскільки для того, щоб мобілізувати, низвести та фіксувати слизово-м'язовий лоскут його потрібно захоплювати хірургічним пінцетами, затискачами Аліса, Люєра і т.д., що є травматичним чинником.

В основу корисної моделі поставлена задача створити спосіб фіксації слизово-м'язового лоскута для пластики анального каналу та отвору нориці в стінці кишки шляхом поетапного накладання латеральних (крайових) швів на слизово-м'язовий лоскут та поетапного відсічення слизово-м'язового фрагменту разом із внутрішнім отвором нориці, що забезпечує фіксацію лоскута без його механічної травматизації, за рахунок чого підвищиться надійність швів, які його фіксують, забезпечується радикальність операції, а також спрощується методика операції.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі фіксації слизово-м'язового лоскута при пластичній внутрішнього отвору екстрасфінктерних параректальних нориць, що включає фіксацію слизово-м'язового лоскута над раневою поверхнею вузловим біодеструктивними шовним матеріалом, згідно з корисною моделлю, шляхом поетапного накладання латеральних (крайових) швів на слизово-м'язовий лоскут та поетапного відсічення дистального слизово-м'язового фрагмента разом із внутрішнім отвором нориці.

Запропонований спосіб здійснюється наступним чином. Після висічення нориці (фіг. 1) проводять ліквідацію внутрішнього отвору шляхом висічення його у вигляді П-подібної чи трапецієподібної форми (фіг. 2). Висічення проводять на рівні м'язової оболонки для формування "товстого" лоскута, що забезпечує його хороше кровопостачання. Після висічення внутрішнього отвору на отвір в кишковій стінці накладають 1-2 вузлові шви із застосуванням біодеструктивного шовного матеріалу (фіг. 3). Захопивши пінцетом (затискачами Аліса, Люєра) дистальний фрагмент лоскута, в якому розташований внутрішній норицевий отвір, проводять мобілізацію слизово-м'язового трансплантата для досягнення відповідної довжини та форми (фіг. 4). Фіксацію проводять поетапно у відповідному порядку. Першочергово накладають вузлові шви на латеральні краї рани і одночасно по краях фіксують слизово-м'язовий лоскут (фіг. 5). Наступним етапом проводять часткове (1/4 ширини) відсічення дистального фрагмента лоскута разом із внутрішнім отвором з подальшим накладанням латеральних (крайових) вузлових швів. Даний етап проводять до повного відсічення та пластичного закриття рани анального каналу. Відстань між швами буде становити 3-5 мм.

Приклад клінічного застосування способу

Хворий Б, 47 років, медична карта амбулаторного хворого № 1372. Діагноз: Хронічний парапроктит. Передня повна екстрасфінктерна нориця II ст. складності.

Операція 21.01.2013: висічення нориці з ліквідацією внутрішнього отвору та пластикою низведеним слизово-м'язовим лоскутом.

Після ревізії норицевого ходу з'ясовано, що він має екстрасфінктерний напрямок та додаткове норицеве розгалуження в лівий ішеоректальний простір, а внутрішній отвір відкривається по задній стінці за зубчастою лінією анального каналу. Проведено висічення нориці до стінки прямої кишки та видалено. Внутрішній отвір нориці висічений з боку анального каналу шляхом висічення трапецієподібного лоскута, який не відсікався. Отвір в стінці прямої кишки зашитий двома вікриловими швами. Захопивши пінцетом висічений лоскут із внутрішнім отвором, 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-м'язовий лоскут. Після чого лоскут на 1/4 надсічено з лівого та правого країв. На відсічені фрагменти лоскута накладено вузлові вікрилові шви. Фрагмент лоскута із

внутрішнім отвором відсічено. Посередині рани накладено ще один вузловий шов після чого слизово-м'язовий лоскут був повністю фіксований за допомогою 5-ти вузлових вікрилових швів.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. 30.01.2013 (9-та доба післяопераційного періоду) хворий в задовільному стані виписаний із стаціонару.

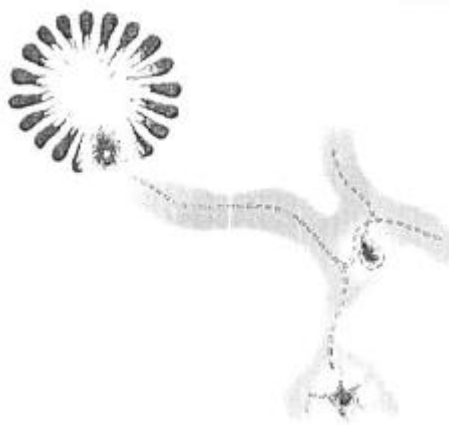
5 Таким чином, принципово відмінною ознакою способу у порівнянні із іншими аналогічними методами є його безтравматичність відносно до слизово-м'язового лоскута, що в свою чергу забезпечує його життєздатність, а відповідно і спроможність швів, які його фіксують. Це значно покращує результати хірургічного лікування та реабілітацію хворих з екстрасфінктерними параректальними норицями.

10

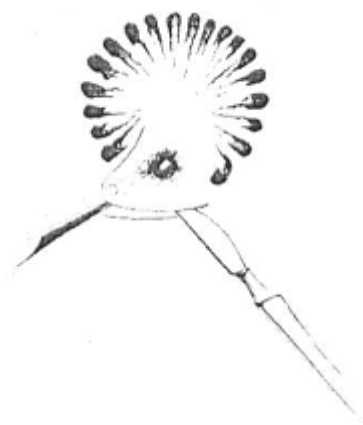
ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб пластики внутрішнього отвору при екстрасфінктерних параректальних норицях, що включає ліквідацію внутрішнього отвору нориці шляхом його висічення та фіксації слизово-м'язового лоскута над рановою поверхнею, який **відрізняється** тим, що накладання вузлових швів проводиться шляхом поетапного фіксування латеральних країв рани та слизово-м'язового лоскута з поетапним відсіченням дистального слизово-м'язового фрагмента разом із внутрішнім отвором нориці.

15



Фіг. 1



Фіг. 2



Fig. 3

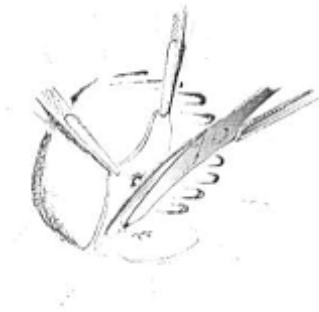


Fig. 4

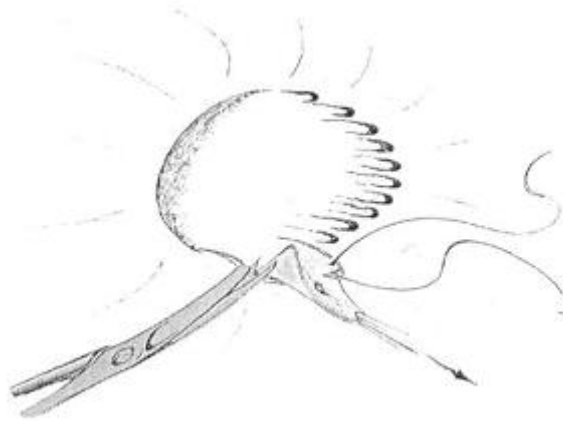


Fig. 5

Комп'ютерна верстка М. Ломалова

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