



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40122 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЗАДНЬОЇ БОКОВОЇ ВНУТРІШНЬОЇ СФІНКТЕРОТОМІЇ ВІДХІДНИКА

1

(21) u200812587

(22) 27.10.2008

(24) 25.03.2009

(46) 25.03.2009, Бюл.№ 6, 2009 р.

(72) КОНОПЛИЦЬКИЙ ВІКТОР СЕРПІЙОВИЧ, UA,
ЯКИМЕНКО ОЛЕКСАНДР ГРИГОРОВИЧ, UA,
КОНОПЛИЦЬКИЙ ДЕНИС ВІКТОРОВИЧ, UA

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ

2

УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, UA

(57) Спосіб задньої бокової внутрішньої сфінктеротомії відхідника, що передбачає виконання внутрішньої сфінктеротомії відхідника, який **відрізняється** тим, що виконують клиноподібне висічення м'язової оболонки внутрішнього сфінктера з заднього бокового доступу.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії і може бути використана для виконання реконструктивно-відновлювальних операцій на відхіднику.

Відомий спосіб розсічення внутрішнього сфінктера по задній внутрішній поверхні прямої кишки, а саме в напрямку заднього промежнинного шва, шляхом поперекового розрізу слизової оболонки з подальшим відшаруванням та висіченням м'язової оболонки кишки [Абдоминальная хирургия у детей: Руководство// Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, Т.В. Красовская; АМН СССР. - М.: Медицина, 1988. - с. 204].

Недоліком відомого способу є те, що внаслідок проходження лінії розтину через саму глибоку задню крипту прямої кишки, в післяопераційному періоді утворюється вузький поздовжній дефект, через який просочуються калові маси спричиняючи явища недостатності сфінктера відхідника. Наведений недолік не дозволяє проводити сфінктеротомію відомим способом, особливо у дітей з тривалими порушеннями товсто кишкового стазу.

В основу корисної моделі «Спосіб задньої бокової внутрішньої сфінктеротомії відхідника» поставлене завдання шляхом заднього бокового висічення м'язової оболонки внутрішнього сфінктера ліквідувати його звуження з профілактикою виникнення сфінктерної неспроможності.

Поставлене завдання досягається способом, що передбачає виконання внутрішньої сфінктеротомії відхідника, який відрізняється тим, що виконують клиновидне висічення м'язової оболонки внутрішнього сфінктера з заднього бокового доступу.

Спосіб здійснюється таким чином. Відступив-

ши на 2см від слизово-шкіряної складки, після попереднього розведення анальними дзеркалами заднього проходу, виконують поперековий розріз слизової оболонки між IV та V годинами за годинниковим циферблатом, довжиною 1,5см, з її відшаруванням догори на протязі 4см. На цьому рівні м'язову оболонку прямої кишки висікають у вигляді трикутника (Фіг., а), а краї слизової оболонки ушивають вузловими швами.

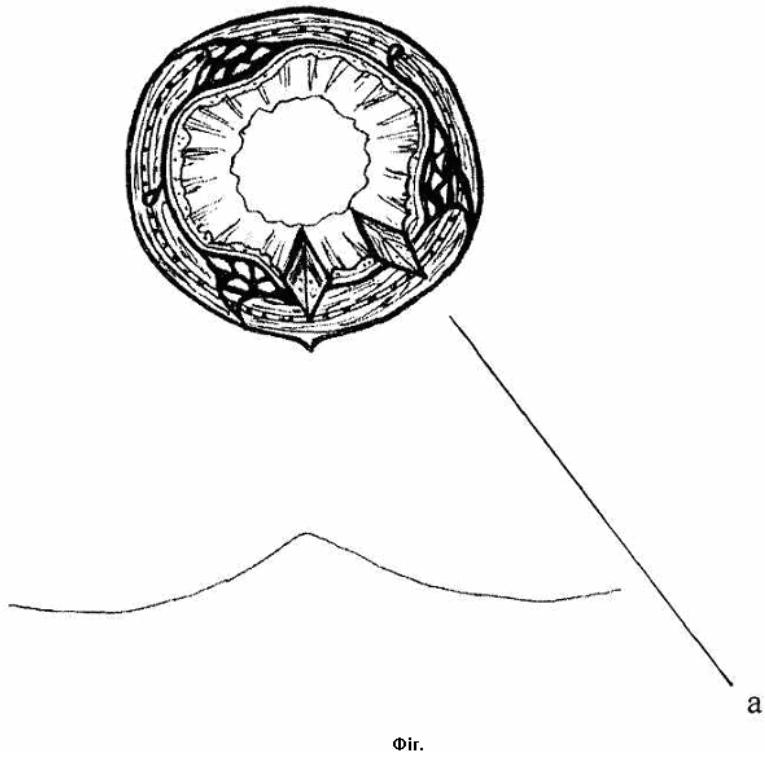
Приклад. Хворий Ц., 7 років, історія хвороби №11516, в плановій черзі 18.12.2007 року був госпіталізований в дитячий хірургічний стаціонар з діагнозом: Хвороба Гіршпрунга, хронічна форма. Анальна локалізація. Дитині 21.12.2007 проведено оперативне втручання - Сфінктеротомія внутрішнього сфінктеру прямої кишки. Відступивши на 2см від слизово-шкіряної складки, після попереднього розведення анальними дзеркалами заднього проходу, виконано поперековий розріз слизової оболонки між IV та V годинами за годинниковим циферблатом, довжиною 1,5см, з відшаруванням останньої догори на протязі 4см. На цьому рівні м'язова оболонка прямої кишки висічена у вигляді трикутника, а краї слизової оболонки ушиті окремими вузловими швами.

В анальний канал введений мазевий тампон, який було евакуйовано через дві доби після оперативного втручання.

Післяопераційний період мав задовільний перебіг. 29.12.2007 дитина в задовільному стані виписана з стаціонару на амбулаторне лікування.

19.5.2008 року на контрольному огляді у дитини скарги відсутні. Випорожнення щоденні самостійні. Явища закрепів відсутні.

(19) UA (11) 40122 (13) U



Фіг.