



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК
A61B 17/00 (2019.05)

(21)(22) Заявка: 2019100661, 10.01.2019

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
10.01.2019

Дата регистрации:
02.03.2020

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 10.01.2019

(45) Опубликовано: 02.03.2020 Бюл. № 7

Адрес для переписки:

367000, РД, г. Махачкала, пл. Ленина, 1,
Патентный отдел Даггосмедуниверситета

(72) Автор(ы):

Джанмурзаев Уллубий Ибрагимович (RU),
Алиев Магомед Алиевич (RU),
Сафаров Сахрудин Юсупович (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Федеральное Государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования Дагестанский государственный
медицинский университет Министерства
здравоохранения Российской Федерации
(RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете
о поиске: RU 2564086 C1, 27.09.2015. RU
2328983 C1, 20.07.2008. RU 2491024 C1,
27.08.2013. RU 2579629 C1, 10.04.2016. С.Е.
КАТОРКИН и др. Современные
сфинктеросохраняющие методы лечения чрес-
и экстрасфинктерных параректальных
свищей. Новости хирургии. 2018, Т. 26 (2), С.
204-212. WILHELM A. A New technique for
sphincter-preserving anal fistula repair (см.
прод.)

(54) Способ лечения трансфинктерных свищей прямой кишки

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и колопроктологии. Переводят транс-в интрасфинктерный свищ. Поперечным разрезом длиной 1,5 см у медиального края свищевого хода, на расстоянии 1,5 см от края анального кольца. Рассекают кожу с подкожной клетчаткой, выделяют свищевой ход на протяжении до 1,0 см без вскрытия его просвета. Двумя лигатурами завязывают свищевой ход, между лигатурами свищевой ход рассекают, в области внутреннего отверстия свищевого хода у пораженной крипты анального канала иссекают рубцово-измененные ткани в виде треугольного лоскута. Далее поперечным разрезом на 0,2 см выше внутреннего свищевого хода выкраивают лоскут слизистой на

ножке длиной 1,5 см и шириной 0,8 см, который без натяжения укладывают на внутреннее отверстие свищевого хода и фиксируют 3-мя швами к краям лоскута, а оставшийся после перемещения дефект слизистой ушивают 2-мя узловыми швами. Рану закрывают медицинским клеем "Сульфакрилат», область раны дополнительно укрывают гемостатической губкой. Наружное отверстие свищевого хода санируют ежедневно антисептиками в течение 3-х дней, в просвет вводят 3% спиртовой раствор йода или 70% этиловый спирт. Способ позволяет сократить сроки лечения и реабилитации больных на 50%, свести к минимуму гнойные осложнения и недостаточность анального сфинктера. 1 пр., 1

ил.

(56) (продолжение):

using a novel radial emitting laser probe. Tech Coloproctol. 2011,5(4), P.445-449. MEINERO P. e t al. Video-assisted anal fistula treatment: a new concept of treating anal fistulas. Dis Colon Rectum. 2014, 57(3), P. 354-359.

R U 2 7 1 5 6 8 1 C 1

R U 2 7 1 5 6 8 1 C 1



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC
A61B 17/00 (2019.05)

(21)(22) Application: **2019100661, 10.01.2019**

(24) Effective date for property rights:
10.01.2019

Registration date:
02.03.2020

Priority:

(22) Date of filing: **10.01.2019**

(45) Date of publication: **02.03.2020** Bull. № 7

Mail address:

**367000, RD, g. Makhachkala, pl. Lenina, 1,
Patentnyj otdel Daggosmeduniversiteta**

(72) Inventor(s):

**Dzhanmurzaev Ullubij Ibragimovich (RU),
Aliev Magomed Alievich (RU),
Safarov Sakhrudin Yusupovich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Federalnoe Gosudarstvennoe byudzhethnoe
obrazovatelnoe uchrezhdenie vysshego
obrazovaniya Dagestanskij gosudarstvennyj
meditsinskij universitet Ministerstva
zdravookhraneniya Rossijskoj Federatsii (RU)**

(54) **METHOD OF TREATING TRANSSPHINCTERIC FISTULAS OF RECTUM**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention refers to medicine, namely to surgery and coloproctology. Transsphincteric fistula is transferred into intrafistular fistula. Transverse incision 1.5 cm long in a medial edge of the fistulous passage at distance of 1.5 cm from the edge of the anal ring. Skin is dissected with subcutaneous fat, fistulous passage is separated within 1.0 cm without exposing its lumen. Two ligatures are used to tie a fistulous passage; a fistulous passage is dissected between the ligatures; a fistiform altered tissue in the form of a triangular flap is excised in the area of the internal opening of the fistulous passage in the involved crypt of the anal canal. Then, transverse incision 0.2 cm above an internal fistulous passage is used to cut out a mucous membrane on pedicle 1.5 cm long and 0.8 cm

wide, which is laid without tension on the inner opening of the fistulous passage and fixed with 3 sutures to the flap edges, and the mucous defect remaining after movement is closed with 2 interrupted sutures. Wound is closed with medical glue "Sulphacrylate", the wound area is additionally covered with haemostatic sponge. Outer opening of the fistulous passage is sanitized daily with antiseptics for 3 days; 3 % alcohol solution of iodine or 70 % ethyl alcohol is introduced into the lumen.

EFFECT: method enables reducing length of treatment and rehabilitation of patients by 50 %, minimizing purulent complications and anal sphincter failure.

1 cl, 1 ex, 1 dwg

Изобретение относится к хирургии, а именно к колопроктологии и может быть применено для лечения трансфинктерных свищей прямой кишки.

Лечение трансфинктерных свищей до сих пор остается актуальной проблемой, так как предложенные методы имеют высокий процент рецидивов и послеоперационных осложнений. В литературе описываются различные методы лечения и часто встречаются противоречивые данные относительно целесообразности и эффективности применения той или иной методики.

Аналоги:

Иссечение свища с проведением лигатуры

Известный метод основан на том, что из промежностной раны через внутреннее свищевое отверстие проводят лигатуру, которая охватывает порции анального сфинктера в виде кольца и лигатуру затягивают до пересечения определенной порции мышц. По мере заживления промежностной раны производится поэтапное затягивание лигатуры, которая постепенно пересекает захваченные волокна сфинктера и свищевой ход (Воробьев, Г.И., Камаева Д.К., Коплатадзе А.М., Ким С.Д. Результаты лечения больных острым парапроктитом лигатурным методом. *Анналы хир.* 2001. - №1. - С. 54-58).

Недостатками метода являются:

- постепенное, поэтапное пересечение волокон анального сфинктера лигатурой с полным пересечением мышечного кольца и формированием деформирующего рубца, что у части больных приводит к развитию недостаточности анального сфинктера, проявляющейся вплоть до недержания стула;

каждое затягивание нити сопровождается сильными болями, поэтому возникает необходимость в многократном выполнении местной или проводниковой анестезии;

- Средние сроки лечения доходят до 2 -х месяцев.

Также известен способ иссечения свища с ушиванием концов пересеченных порций анального сфинктера - метод, позволяющий полностью иссечь свищевой ход в просвет прямой кишки, с последующим ушиванием краев пересеченных порций мышцы анального сфинктера ((Рыбкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. - М.: Медицина, 2001.- С. 64-81). Недостатками метода являются:

- при данном способе происходит полное пересечение волокон сфинктера, захваченных свищем, возникает риск развития недостаточности анального сфинктера. Нередки и гнойно-септические осложнения и рецидив заболевания.

- при этом методе требуется постельный режим и задержка стула на срок 4-6 суток, что отрицательно сказывается на психологическом состоянии пациента.

Иссечение свища с ушиванием внутреннего свищевого отверстия - способ, заключающийся в иссечении свищевого хода до стенки кишки с иссечением внутреннего свищевого отверстия со стороны просвета прямой кишки и последующим ушиванием внутреннего свищевого отверстия. При данном способе отсутствует повреждающее воздействие на анальный сфинктер, что значительно уменьшает риск развития анальной инконтиненции в послеоперационном периоде (Капитонов, А.С, Нарцисов Т.В., Брежнев В.П. лечение свищей прямой кишки. *Обзор. // Клини. хир.* - 1991. - №2.- С. 35-38).

Недостатками метода являются:

- имеется высокий риск рецидива свища в связи с прорезыванием швов в области ушитого внутреннего свищевого отверстия и его открытием за счет того, что при повышении давления в прямой кишке нагрузка на линию швов значительно повышает риск их расхождения;

- герметично ушить внутреннее отверстие свищевого хода затруднено из-за рубцового

процесса.

Прототип

В качестве прототипа нами взят способ лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки, в котором авторы: Костарев И.В., Мудров А.А., Титов А.Ю. (Патент № RU 2564086) предлагают методику лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Метод заключается в том, что выделяют свищ от наружного свищевого отверстия на коже промежности до стенки прямой кишки, без повреждения элементов анального сфинктера. У стенки прямой кишки свищевой ход отсекают, сохраняя проксимальную его часть в толще анального сфинктера или экстрасфинктерно. Через внутреннее свищевое отверстие в рану проводят эластичную латексную лигатуру, охватывая в виде кольца слизисто-подслизистый слой и часть внутреннего сфинктера. Пересеченную часть наружного сфинктера ушивают, закрывая мышечной тканью сфинктера лигатуру. Лигатура проходит от внутреннего свищевого отверстия, оставляя полностью интактной линию швов на сфинктере. Предложенный способ позволяет ликвидировать свищ прямой кишки, с минимизацией риска расхождения швов на сфинктере, развития недостаточности анального сфинктера и рецидива заболевания за счет формирования интрасфинктерного свищевого хода при лечении трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки. Исходом операции является переведения транс- или экстрасфинктерного свища в интрасфинктерный свищ. В последующем, после заживления промежностной раны, выполняется второй этап хирургического лечения - рассечение слизистой оболочки, подслизистого и гладкомышечного слоев над лигатурой в просвет кишки.

Способ-прототип имеет ряд недостатков:

1. Длительность лечения - около месяца на первом этапе и около 2-х недель- на 2м этапе.
2. Частичное пересечение волокон внутреннего сфинктера и полное пересечение наружного сфинктера может привести к слабости анального сфинктера и инконтиненции у определенного процента больных
3. Довольно высок и риск послеоперационных нагноений раны промежности.

Учитывая высокий послеоперационный процент инконтиненции, большое количество гнойно-септических осложнений и рецидивов, предложен миниинвазивный сфинктеросохраняющий способ хирургического лечения чрезсфинктерных свищей.

Цель изобретения

Целью изобретения является улучшение результатов хирургического лечения больных, уменьшение послеоперационных осложнений с трансфинктерными свищами прямой кишки. Поставленная цель достигается путем использования миниинвазивного сфинктеросохраняющего способа.

Сущность способа

Предлагаемый способ иллюстрирован на фиг. 1, где поз. 1 - внутреннее отверстие свищевого хода, поз. 2 - поперечный разрез на коже, поз. 3 - наружное отверстие свищевого хода, поз. 4 - треугольный лоскут слизистой прямой кишки. Поз. 5 - Две лигатуры поз. 6 - Выделенный треугольный лоскут слизистой на ножке

Сущность предлагаемого способа заключается в том, что после визуализации и введения в просвет наружного свищевого хода (поз. 3) пуговчатого зонда, производится его санация.

Поперечным разрезом (поз. 2) длиной 1,5 см у медиального края свищевого хода, на расстоянии 1-1,5 см от края прямой кишки, рассекают кожу с подкожной клетчаткой,

выделяют свищевой ход на протяжении до 1,0 см, без вскрытия его просвета, и завязывают двумя лигатурами на расстоянии до 0,5 см друг от друга, (поз. 5) и между ними свищевой ход рассекается. В области внутреннего отверстия свищевого хода, у пораженной крипты (поз. 1), рубцово-измененные ткани иссекаются в виде треугольного лоскута (поз. 4). Для закрытия внутреннего отверстия свищевого хода, со стороны просвета прямой кишки, при диаметре внутреннего отверстия свищевого хода до 0,4 см, используется метод сегментарного перемещения слизистой прямой кишки (поз. 6), а при диаметре свищевого хода более 0,5 см, перемещается слизисто-мышечный лоскут прямой кишки на ножке, (поз. 6) После гидравлической препаровки, поперечным разрезом на 0,2 см выше внутреннего свищевого хода, выкраивают треугольный лоскут слизистой на ножке, который должен свободно, без натяжения закрывать внутреннее отверстие свищевого хода. Его фиксируют 3-мя швами викрилом №3 к краям свищевого хода и слизистой прямой кишки, а рану от попадания кишечного содержимого и нагноения, закрывают медицинским клеем «Сульфакрилат», обладающий антибактериальным, гемостатическим эффектом. Клей наносится тонким слоем. Для укрепления шва, после нанесения клея, выдерживают в соединенном состоянии края перемещенной слизистой в течение 2-3 минут. В течение указанного времени на соединенных раневых поверхностях образуется прочный клеевой шов. Образующаяся клеевая пленка эластична, не ломается в течение 10-15 суток. Этого срока хватает для первичного заживления раны, воспаление тканей не происходит. На рану накладывают гемостатическую губку. Наружное отверстие свищевого хода saniруется ежедневно антисептиками, в течение 3-х дней, в просвет вводят 3% спиртовой раствор йода или 70% этиловый спирт. Это приводит к склерозированию и ликвидации наружного отверстия свища в течение 3-5 дней.

Пример использования данного метода:

Пациент К., 45 лет, поступил с жалобами на наличие свищевого отверстия в перианальной области с гнойным отделяемым. При визуальном осмотре - анус сомкнут, анальный рефлекс живой. На расстоянии 5 см от края ануса имеется наружное отверстие свищевого хода диаметром 0,3 см с гнойным отделяемым. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера сохранен, внутреннее свищевое отверстие диаметром 0,3 см с рубцовыми краями определяется на задней стенке. При введении пуговчатого зонда через наружное свищевое отверстие - зонд идет на глубину до 6 см и проникает в просвет кишки. Ход свища трансфинктерно.

УЗИ обследование показало наличие внутреннего свищевого отверстия, длиной 6 см, диаметром 0,3-0,4 см. По ходу свищевого хода полостей затеков не выявлено.

Фистулография: контрастируется свищевой ход длиной 6 см, идущий трансфинктерно. Пациенту был установлен диагноз - задний трансфинктерный свищ прямой кишки 3 степени сложности.

06.09.2018 г. было выполнено оперативное вмешательство по предложенному в качестве изобретения способу. Послеоперационный период протекал без осложнений. Болевой синдром незначительный. Регулярный стул с 3-х суток после операции. В течение 3-х дней ежедневные санации наружного свищевого отверстия по вышеописанной методике. При осмотре per rectum перемещенный лоскут состоятельный, признаков воспаления нет. На 5е сутки наружное отверстие свища закрылось. Выписан на 6 сутки. На 12 сутки осмотрен амбулаторно - свищ прямой кишки закрыт, перемещенный лоскут прижился полностью.

Сроки наблюдения за пациентом после операции составили 2.5 месяца. Жалоб нет, рецидива свища нет.

Положительный эффект от применения изобретения

- Сокращаются сроки лечения и реабилитации больных на 50%;
- К минимуму сводятся гнойные осложнения и недостаточность анального сфинктера;
- Послеоперационный период протекает гладко;
- 5 - метод позволяет радикально ликвидировать свищевой ход при транссфинктерных свищах 1-3 степени сложности.
- сокращаются материальные расходы;

Использование данного способа операции 15 больным с транссфинктерными свищами позволило сократить сроки лечения этих больных более чем в 2 раза.

- 10 Послеоперационный реабилитационный период составил 10-15 дней. Большинство пациентов приступали к работе на 10-15 сутки. Наблюдение за пациентами более 3-х месяцев показало эффективность данного метода. Ни одного случая рецидива заболевания, или послеоперационных осложнений не наблюдали.

15 (57) Формула изобретения

- Способ лечения транссфинктерных свищей прямой кишки, заключающийся в том, что переводят транс- в интрасфинктерный свищ, отличающийся тем, что поперечным разрезом длиной 1,5 см у медиального края свищевого хода на расстоянии 1,5 см от края анального кольца рассекают кожу с подкожной клетчаткой, выделяют свищевой
- 20 свищевой ход на протяжении до 1,0 см без вскрытия его просвета, двумя лигатурами завязывают свищевой ход, между лигатурами свищевой ход рассекают, в области внутреннего отверстия свищевого хода у пораженной крипты анального канала иссекают рубцово-измененные ткани в виде треугольного лоскута, далее поперечным разрезом на 0,2 см выше внутреннего свищевого хода выкраивают лоскут слизистой на ножке длиной 1,5
- 25 см и шириной 0,8 см, который без натяжения укладывают на внутреннее отверстие свищевого хода и фиксируют 3-мя швами к краям лоскута, а оставшийся после перемещения дефект слизистой ушивают 2-мя узловыми швами, рану закрывают медицинским клеем "Сульфакрилат», область раны дополнительно укрывают гемостатической губкой, наружное отверстие свищевого хода saniруют ежедневно
- 30 антисептиками в течение 3-х дней, в просвет вводят 3% спиртовой раствор йода или 70% этиловый спирт

35

40

45

