



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **112799** (13) **U**  
(51) МПК (2016.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2016 07592</b>	(72) Винахідник(и): <b>Саволюк Сергій Іванович (UA), Сіряченко Валерій Гаврилович (UA), Шуляренко Олег Володимирович (UA), Ігнатов Ігор Миколайович (UA), Зуєнко Вікторія Вікторівна (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>11.07.2016</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>26.12.2016</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>26.12.2016, Бюл.№ 24</b>	(73) Власник(и): <b>НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112 (UA)</b>

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КОМБІНОВАНОГО ГЕМОРОЮ III-IV СТАДІЙ

### (57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III-IV стадій включає проведення операції по методу Лонго (PPH). Операцію виконують під спінальною анестезією. При накладанні кисетного шва аноскоп витягують і потім знову вводять, це роблять для того, щоб слизова не перекручувалась і шов утворювався симетричним. При кровоточивості в ділянці лінії танталових швів або відсутності співставлення гемостаз або співставлення виконують шляхом зварювання м'яких тканин між браншами затискача, з'єднаного з біполярним електрозварювальним апаратом "Патонмед". Операцію завершують введенням в анальний канал марлевої пов'язки, вкритої маззю, пов'язка огортає газовідвідну трубку, яку залишають на добу.

UA 112799 U



Корисна модель належить до хірургії, а саме до проктології, і може бути застосована для лікування хронічного комбінованого геморою. Таке лікування може бути виконано стаціонарно з наступним спостереженням за станом пацієнта, медикаментозною антибактеріальною профілактикою.

Актуальність розробки нових способів хірургічного лікування геморою III-IV стадій визначається не завжди задовільними результатами операції, тому що не повністю вирішені питання профілактики післяопераційних ускладнень: кровотеч, рубцевих структур анального каналу, інфекційних ускладнень, рецидиву захворювання, що є передумовою до поліпшення операційних методик.

Найбільш застосовуваним є спосіб гемороїдектомії Міліган-Моргана в 2-й модифікації НДІ колопроктології [1]. Спосіб включає накладання затискача Більрот на основу внутрішнього гемороїдального вузла з захопленням судинної ніжки і відсікання гемороїдального вузла над затискачем. Судинну ніжку відсіченого гемороїдального вузла перев'язують з утворенням її кукси. Знімають затискач і зашивають рану окремими швами.

Наявність кукси судинної ніжки внутрішнього гемороїдального вузла, яка не ховається під слизову, викликає больовий синдром при дефекації. Є небезпека кровотечі з кукси при зісковзуванні з неї лігатури. Незважаючи на попереднє лігування судинної ніжки, імовірна крововтрата з ложа видаленого вузла до ушивання рани.

Найбільш близьким до способу, що заявляється і тому взятий нами за прототип, є спосіб циркулярної резекції слизової прямої кишки і відновлення цілісності степлером (операція Лонго, RPH) [2].

Втручання виконують в операційній в положенні хворого на спині з ногами, підведеними до живота і укладеними на пристосовані підставки під загальною анестезією.

Для виконання операції використовується спеціальний набір одноразових інструментів, який містить прозорий аноскоп 36 міліметрів в діаметрі і довжиною 30 міліметрів з обтуратором. Аноскоп містить прорізи, що дозволяють фіксувати його до періанальної шкіри. Також є напівовальний ретрактор, провідник і крючок для підтягування і затягування шва. Набір містить спеціально сконструйований прямий циркулярний зшиваючий апарат діаметром 33 міліметра з двома каналами по бічних поверхнях головки апарата для проведення крючка і виведення за його допомогою назовні кінці кисетного шва.

Після помірної дивульсії анального каналу, яку проводять двома пальцями або ректальним дзеркалом, анальний канал розтягують чотирма затискачами Аліса. Такий маневр полегшує введення аноскопа з обтуратором, за допомогою якого відбувається вправлення внутрішніх гемороїдальних вузлів. Після видалення обтуратора слизова оболонка, що випадає, виступає в порожнину аноскопа. Прозорість пристрою дозволяє контролювати розташування зубчастої лінії. Для більшої надійності аноскоп фіксують до шкіри промежини чотирма швами. Через аноскоп в порожнину кишки вводять ретрактор, що захищає і фіксує слизову оболонку прямої кишки при накладанні кисетного шва (Prolene 2.0). Цей шов захоплює лише слизову оболонку прямої кишки і накладається на 4-5 сантиметрів вище зубчастої лінії. Чим більший ступінь випадіння внутрішніх вузлів, тим вище слід накладати кисетний шов. Його накладають, акуратно обертаючи ретрактор по колу. Після видалення ретрактора степлер у відкритому стані вводять в пряму кишку так, щоб головка апарата розташовувалась вище кисетного шва. За допомогою провідника зав'язують кисетний шов і крючком кінці ниток виводять назовні через бічні канали в голівці апарата. Ззовні кінці ниток зв'язують між собою, утворюючи петлю. Внаслідок помірного натягу кисета слизова, що випала, затягується в апарат, котрий закривається. Потім виконується резекція слизової оболонки і її прошивання танталовими скріпками. Для покращення гемостазу інструмент залишають в закритому положенні до і після прошивання протягом 20 секунд. Потім апарат відкривають і видаляють із прямої кишки разом з її резектованою слизовою оболонкою. Через аноскоп контролюють гемостаз і за необхідності прошивають ділянки, що кровоточать, застосовуючи Vicryl 3.0. Завершується операція введенням в анальний канал гемостатичної губки.

Однак цей спосіб утруднений внаслідок застосування загальної анестезії, тому що при накладанні кисетного шва під час обертання ретрактора слизова може перекутитись і шов може бути несиметричним, при ліквідації кровоточивості лінії танталових швів застосовується нитка Vicryl 3.0., при цьому виникає необхідність введення в анальний канал гемостатичної губки.

Таким чином, за наявності незадовільних результатів застосування способу циркулярної резекції слизової прямої кишки і відновлення цілісності степлером (операція Лонго, RPH) доцільно удосконалити спосіб циркулярної резекції слизової прямої кишки і відновлення цілісності степлером, що дозволить зменшити тривалість операції, забезпечити більш надійний

гемостаз, покращить медичні та соціальні показники хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III-IV стадій.

Задача корисної моделі полягає в підвищенні ефективності операції і скороченні тривалості операції, що повинно усунути згадані вище недоліки.

5 Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III-IV стадій, що включає оперативне втручання по методу Лонго (РРН), згідно з рішенням, що заявляється, операцію виконують під спінальною анестезією, при накладанні кисетного шва аноскоп витягують і потім знову вводять, це роблять для того, щоб слизова не перекручувалась і шов утворювався симетричним, при кровоточивості  
10 в ділянці лінії танталових швів або відсутності співставлення гемостаз або співставлення виконують шляхом зварювання м'яких тканин між браншами затискача, під'єданого до біполярного електрозварювального апарата "Патонмед", операцію завершують введенням в анальний канал марлевої пов'язки, вкритої маззю, пов'язка огортає газовідвідну трубку, яку залишають на добу.

15 Застосування затискача, з'єданого з біполярним електрозварювальним апаратом "Патонмед", дозволяє створити надійний гемостаз, а також зварювання м'яких тканин, які не співставились при накладанні апаратного танталового шва, і мінімізувати вірогідність розвитку таких післяопераційних ускладнень, як рубцювання, стриктури анального каналу, кровотеча.

Запропонований спосіб передбачає радикальність хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III-IV стадій.

20 Перед прийняттям рішення щодо оперативного втручання хворих на геморої обстежують з обов'язковим включенням ректороманоскопії.

Застосування запропонованого способу показане при хронічному комбінованому геморої III-IV стадій.

25 Протипоказаннями є декомпенсована кардіологічна, ниркова патологія. Тимчасовими перешкодами для хірургічного втручання є інфекційні захворювання, які повинні бути виліковані до операції.

Запропонований спосіб виконують наступним чином.

Операцію виконують під спінальною анестезією.

30 Після помірної дивульсії анального каналу, яку проводять двома пальцями або ректальним дзеркалом, анальний канал розтягують чотирма затискачами Аліса, такий маневр полегшує введення аноскопа з обтуратором, за допомогою якого відбувається вправлення внутрішніх гемороїдальних вузлів, після видалення обтуратора слизова оболонка, що випадає, виступає в порожнину аноскопа, прозорість пристрою дозволяє контролювати розташування зубчастої  
35 лінії, для більшої надійності аноскоп фіксують до шкіри промежини чотирма швами, через аноскоп в порожнину кишки вводять ретрактор, що захищає і фіксує слизову оболонку прямої кишки при накладанні кисетного шва (Prolene 2.0), цей шов захоплює лише слизову оболонку прямої кишки і накладається на 4-5 сантиметрів вище зубчастої лінії, чим більший ступінь випадіння внутрішніх вузлів, тим вище слід накладати кисетний шов, при накладанні кисетного  
40 шва аноскоп витягують і потім знову вводять, це роблять для того, щоб слизова не перекручувалась і шов утворювався симетричним, після видалення ретрактора степлер у відкритому стані вводять в пряму кишку так, щоб головка апарата розташовувалась вище кисетного шва, за допомогою провідника зав'язують кисетний шов і крючком кінці ниток виводять назовні через бічні канали в головці апарата, ззовні кінці ниток зв'язують між собою,  
45 утворюючи петлю, внаслідок помірного натягу кисета слизова, що випала, затягується в апарат, котрий закривається, потім виконується резекція слизової оболонки і її прошивання танталовими скріпками, для покращення гемостазу інструмент залишають в закритому положенні до і після прошивання протягом 20 секунд, потім апарат відкривають і видаляють із прямої кишки разом з її резектованою слизовою оболонкою, через аноскоп контролюють  
50 гемостаз, при кровоточивості в ділянці лінії танталових швів або відсутності співставлення гемостаз або співставлення виконують застосуванням зварювання м'яких тканин між браншами затискача, під'єданого до біполярного електрозварювального апарату "Патонмед", операція завершується введенням в анальний канал марлевої пов'язки, вкритої маззю, пов'язка огортає газовідвідну трубку, яку залишають на добу.

55 Приклад

Хворий С., госпіталізований з діагнозом: хронічний комбінований геморої IV стадії, ускладнений кровотечами легкого ступеня, циркулярним випадінням внутрішніх гемороїдальних вузлів III стадії. Хворий обстежений. Протипоказань до операції не було. 09.06.2016 виконали операцію: циркулярну резекцію слизової прямої кишки і відновлення цілісності степлером  
60 запропонованим способом. В післяопераційному періоді проводили антибіотикопрофілактику

цефалоспорином II покоління двічі на добу протягом 3 діб, знеболення протягом 3 діб, Детралекс 500 по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 60 діб під час їжі, свічки ректальні Проктозан 1 свічка 2 рази на добу протягом 10 діб, перев'язки, обстежували під візуальним контролем. Больовий синдром помірно виражений, субфебрильна температура тіла нормалізувалась на другий день. Дефекація у хворого відбулась на третю добу. 12.06.2016 хворий виписаний в задовільному стані на амбулаторне лікування під спостереження дільничного хірурга. На восьму добу після операції відмічена епітелізація рани. Термін непрацездатності - 15 діб після операції.

Запропонований спосіб може бути здійснений в стаціонарних умовах із використанням відповідного інструментарію. Цей спосіб попереджає післяопераційні ускладнення (кровотечу, інфікування ран, виникнення стриктур анусу), скорочує терміни загоєння рани та перебування в стаціонарі.

Джерела інформації:

1. Ривкін В.Л., Дульцев Ю.В, Капуллер Л.Л. Геморой і інші захворювання задньопроходного каналу. - М: Медицина, 1994. - С. 96-100.

2. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. - М.: Издательство "Митра-Пресс", 2002-192 с.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III-IV стадій, що включає проведення операції по методу Лонго (РРН), який **відрізняється** тим, що операцію виконують під спінальною анестезією, при накладанні кисетного шва аноскоп витягують і потім знову вводять, це роблять для того, щоб слизова не перекручувалась і шов утворювався симетричним, при кровоточивості в ділянці лінії танталових швів або відсутності співставлення, гемостаз або співставлення виконують шляхом зварювання м'яких тканин між браншами затискача, з'єднаного з біполярним електрозварювальним апаратом "Патонмед", операцію завершують введенням в анальний канал марлевої пов'язки, вкритої маззю, пов'язка огортає газовідвідну трубку, яку залишають на добу.

---

Комп'ютерна верстка Д. Шеверун

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

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