



УКРАЇНА

(19) UA (11) 17236 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/295 (2006.01)
A61N 7/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ

1

(21) u200603272
(22) 27.03.2006
(24) 15.09.2006
(46) 15.09.2006, Бюл. № 9, 2006 р.
(72) Хворостов Євген Дмитрович, Цівенко Олексій
Іванович, Томін Михайло Сергійович
(73) Хворостов Євген Дмитрович, Цівенко Олексій
Іванович, Томін Михайло Сергійович

2

(57) Спосіб гемороїдектомії, що включає видалення гемороїдальних вузлів за допомогою фізичного методу, який **відрізняється** тим, що видалення вузлів виконують шляхом розсічення анодерми та періанальної шкіри ультразвуковим скальпелем з робочою насадкою у вигляді ножиць.

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії органів травлення.

Відомий класичний спосіб гемороїдектомії по Мілігану-Моргану шляхом видалення вузлів за допомогою скальпеля або ножиць. Недоліком цього способу є те що він супроводжується кровотечею [1].

У зв'язку з цим під час гемороїдектомії по Мілігану-Моргану є доцільним використання замість традиційних інструментів (ножиць та скальпеля) методів фізичного впливу на тканини, що забезпечують зупинку кровотечі.

Відомий спосіб гемороїдектомії по Мілігану-Моргану, що включає видалення гемороїдальних вузлів за допомогою високочастотних електрохірургічних інструментів [2].

Проте недоліками цього способу є неповний гемостаз, утворення великої зони коагуляційного некрозу, неспроможність контролювати глибину дії електрохірургічних інструментів. Крім того такий спосіб не є безпечним для пацієнта та медперсоналу.

Найбільш близьким до заявленого способу є спосіб гемороїдектомії по Мілігану-Моргану, в якому видалення гемороїдальних вузлів виконується за допомогою високочастотного монополярного електроду з прошиванням ніжок гемороїдальних вузлів та накладенням на рани вузлових швів [3].

Недоліками цього способу є те, що при використанні високочастотного монополярного електроду виникають такі ускладнення як утворення значної зони коагуляційного некрозу та вторинні кровотечі.

Крім того спосіб є небезпечним через ризик

електротравми пацієнта і медперсоналу.

В основу корисної моделі поставлено задачу створити такий спосіб гемороїдектомії, який забезпечив би можливість виключення кровотечі та зменшення зони коагуляційного некрозу, а також був би безпечним для пацієнта і медичного персоналу.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі гемороїдектомії, який включає видалення гемороїдальних вузлів за допомогою фізичного методу, згідно з корисною моделлю, видалення вузлів здійснюють шляхом розсічення анодерми та періанальної шкіри, яке виконують ультразвуковим скальпелем з робочою насадкою у вигляді ножиць.

Заявлений спосіб дозволяє запобігти ускладнень і є безпечним для пацієнта та медичного персоналу.

Спосіб здійснюють таким чином.

Під місцевою анестезією або під наркозом проводять дивульсію ануса ректальним дзеркалом. Проводиться ревізія анального каналу. На верхівку гемороїдального вузла на лівий боковий стінці ануса накладають тискач Люєра та підтягують кзовні. Потім в радіальному напрямку розсікають періанальну шкіру та анодерму ультразвуковим скальпелем з робочою насадкою у вигляді ножиць з чергуванням режиму коагуляції й розсічення. У верхньому куті рани на судинну ніжку гемороїдального вузла накладають плоску тупу кромку ультразвукового скальпеля в режимі коагуляції та відсікають її. Далі видаляють вузли на правій передньобоківій та задньобоківій стінці анального каналу. На рани накладають неперервні шви з розсмоктующоюся ниттю. В анальний канал вво-

(19) UA (11) 17236 (13) U

дять тампон с водорозчинною маззю.

Приклад. Хворий П., 37 років. Медична картка стаціонарного хворого №3125. Діагноз: комбінований геморой, ускладнений випаденням внутрішніх вузлів III ступеню. Надійшов у клініку зі скаргами на появу алої крові і випадіння вузлів з анального отвору під час кожної дефекації, які вправлялися за допомогою пальців. При огляді періанальної зони наявні зовнішні гемороїдальні вузли без ознак тромбозу та запалення. При пальцевої ревізії тонус сфінктеру в межах норми, слизова оболонка легко зміщується. На рукавички сліди слизу. При ректоромано- та аноскопії виявлені внутрішні гемороїдальні вузли. При іррігоскопії патології не виявлено. Операція. Після спінальної анестезії проведена дівульсія ануса за допомогою ректального дзеркала. Ідентифіковані внутрішні та наружні вузли. Вузол на лівій боковій стінці анального каналу взято стискачем Люера та підтягнуто кнаружи. За допомогою ультразвукового скальпеля з насадкою у вигляді ножиць в радіальному напрямку виконане розсічення періанальної шкіри та анодерми. Розсічення проводилося ультразвуковим скальпелем Ultracision (Ethicon) з робочою насадкою у вигляді ножиць, чергуючи режими коагуляції

та розсічення. При цьому досягнуто повного гемостазу по лінії розсічення. Судинна ніжка вузла пересічена за допомогою тупої бокової поверхні кромки ультразвукового скальпеля в режимі коагуляції. Подібним чином видалені два вузли, що залишилися на правій передньобоківій та задньобоківій стінці анального отвору. На рани накладено непереривний кетгутовий шов. В анальний канал введено тампон з водорозчинною маззю «Левосін». Післяопераційний період гладкий, на 7 добу хворого виписано зі стаціонару.

Всього було проведено 31 операція із застосуванням заявленого способу. У всіх випадках відмічалася відсутність ускладнень.

Джерела інформації:

1. Воробьев Г. И. Клиническая оперативная колопроктология. - М.: Медицина, 1994 - С.328-338.

2. Воробьев Г. И., Борисова Л. А., Куравлев Ю. Г., Ванин А. И. Лечение хронического геморроя методом электрокоагуляции аппаратом WD-2 // Клинический вестник. - 1995. - №4. - С.60.

3. Bassi R., Bergami G. The surgical treatment of haemorrhoids diathermocoagulation and traditional technics. A prospective randomized study // Minerva Chir. 1997. -N. 52(4). - P. 387-391.