



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **51085** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕМОРОЮ I-III СТАДІЇ

1

2

(21) u201002380

(22) 03.03.2010

(24) 25.06.2010

(46) 25.06.2010, Бюл.№ 12, 2010 р.

(72) МІШАЛОВ ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ, ЦЕ-
МА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, ЛУРІН ІГОР АНА-
ТОЛІЙОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб хірургічного лікування хронічного гемо-
рою I-III стадії, що включає введення склерозанту
у внутрішні гемороїдальні вузли, який **відрізня-**
ється тим, що ін'єкцію склерозуючої суміші прова-
дять вибірково, у місця залягання анально-
стовпових артерій, локалізацію яких визначають за
допомогою інтраопераційної трансректальної до-
плерометрії.

Корисна модель стосується медицини, а саме
проктології, і може бути використана для хірургіч-
ного лікування хворих на хронічний геморою I-III
стадії.

Геморою залишається найбільш частим захво-
рюванням людини. Його поширеність досить висо-
ка і складає 140-160 чоловік на 1000 дорослого
населення, а питома вага в структурі колопрокто-
логічних захворювань коливається від 34% до
41% [1].

Запропоновано більш як 400 способів хірургіч-
ного лікування геморою. Більшість способів хірур-
гічного лікування геморою по характеру і принципу
можна розділити на три групи. До першої, най-
більш розповсюдженій в усьому світі, варто відне-
сти операції, спрямовані на висічення трьох осно-
вних колекторів кавернозної тканини, що є
гемороїдальними вузлами. До другої групи відно-
сяться так звані пластичні операції, що виконують-
ся з зануренням кукси гемороїдального вузла в
підслизовий шар з ушиванням слизової оболонки
анального каналу. До третьої групи відносять ма-
лоінвазивні способи хірургічного втручання на ге-
мороїдальних вузлах, переважна більшість яких
виконується в амбулаторних умовах. Вони вклю-
чають: склеротерапію, лігування гемороїдальних
вузлів латексним кільцем, інфрачервону коагуля-
цію, кріодеструкцію, електрокоагуляцію, лігування
верхньої прямокишкової артерії під контролем
доплерографії, операція Лонго, тощо [2, 3].

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до
способу, що заявляється є спосіб хірургічного лі-
кування хронічного геморою I-III стадії обраний
нами у якості прототипу, що передбачає введення
1,0-2,0мл 2-3% розчину етоксисклеролу (полідока-
нол) в порожнину внутрішнього гемороїдального

вузла, ближче до його ніжки. Одночасно вводять
препарат не більш ніж у 2 вузли. Через 12-14 днів
виконують повторний сеанс лікування [4].

Недоліком способу-прототипу є:

- необхідність виконання повторних етапів лі-
кування;

- значний больовий синдром в післяоперацій-
ному періоді, обумовлений введенням великої
кількості склерозуючої речовини;

- не враховується індивідуальний характер ро-
зподілу анально-стовпових артерій в нижньоампу-
лярному відділі прямої кишки, що є причиною ре-
цидивів захворювання.

Задача корисної моделі, що заявляється, є ро-
зробка такого способу хірургічного лікування хро-
нічного геморою I-III стадії, який забезпечує змен-
шення частоти післяопераційних ускладнень та
рецидивів захворювання, забезпечує проведення
лікування в один етап.

Технічний результат, що досягається від вирі-
шення задачі, полягає у можливості проведення
хірургічного лікування в один етап, зменшенні піс-
ляопераційного больового синдрому та середньої
дозі спожитого анальгетика, зниженні частоти
післяопераційних ускладнень та рецидивів захво-
рювання.

Поставлена задача вирішується тим, що у ві-
домому способі хірургічного лікування, що перед-
бачає введення склерозуючого препарату в внут-
рішні гемороїдальні вузли, згідно корисної моделі
ін'єкції склерозуючої суміші проводять вибірково, у
місця залягання анально-стовпових артерій, лока-
лізацію яких визначають за допомогою інтраопе-
раційної трансректальної доплерометрії.

Суть корисної моделі полягає у тому, що за-
вдяки інтраопераційній трансректальній доплеро-

(19) **UA** (11) **51085** (13) **U**

метрії визначають локалізацію анально-стовпових артерій, в місця залягання яких прицільно вводять склерозуючу суміш, що дозволяє провести максимально повну хімічну дезартеризацію верхньої прямокишкової артерії та досягти зменшення частоти післяопераційних ускладнень і рецидивів захворювання при проведенні лікування в один етап.

Спосіб виконують наступним чином:

Руки хірурга та анальний канал обробляють розчином хлоргексидину. Виконують термінальну анестезію за допомогою місцево-анестезуючого гелю (Нефлуан, Катеджель, Луан). За допомогою проктоскопу з доплерометричним датчиком А.М.І. HAL-Doppler II (Agency for Medical Innovations, Austria) визначають розташування анально-стовпових артерій (дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії) в нижньоампулярному відділі прямої кишки. В місцях візуалізованих приток верхньої прямокишкової артерії за допомогою спеціальної голки з обмежувачем проводять ін'єкцію 0,3-0,5мл 3% розчину етоксисклеролу (полідоканол). Введення склерозанту проводять в усі визначені доплерометрично місця залягання анально-стовпових артерій в один етап.

Виконання оперативного втручання, згідно корисної моделі, має наступні переваги:

- лікування проводиться в один етап;
- за рахунок візуалізації всіх анально-стовпових артерій в нижньоампулярному відділі прямої кишки стає можливим виконання максимально повної хімічної дезартеризації верхньої прямокишкової артерії з урахуванням індивідуальних особливостей її ангіоархітекtonіки.
- повна одноетапна хімічна дезартеризація верхньої прямокишкової артерії дозволяє усунути основний патогенетичний чинник виникнення геморою - гемодинамічний фактор, а тому дозволяє запобігти появі рецидиву захворювання;
- за рахунок прицільного введення склерозанту досягається зменшення загального об'єму введеної склерозуючої суміші, що забезпечує зменшення післяопераційного больового синдрому та середньої кількості доз спожитого анальгетика.

Приклад:

Хворий Г., госпіталізований до відділення 10.09.2008 року з діагнозом: хронічний геморой III стадії в фазі ремісії. При клініко-інструментальному та лабораторному обстеженні хворого протипоказань до оперативного втручання не виявлено. 11.09.2008 року хворому виконано хірургічне втручання згідно корисної моделі. Під час трансректальної доплерометрії у хворого візуалізовано 7 анально-стовпових артерій (на 1, 3, 5, 7, 8, 9, 11 годинах умовного циферблата), в проекції яких, в один етап введено по 0,3мл 3% розчину етоксисклеролу. Післяопераційний період протікав гладко, ускладнень лікування не було. Після склеротерапії хворий відмічав помірний больовий

синдром, що купувався одноразовим введенням ненаркотичного анальгетика (2мл 50% розчину анальгіну). На наступний день після операції хворий в задовільному стані виписаний зі стаціонару. На контрольному огляді через 1 рік - рецидиву анальних кровотеч та випадіння вузлів хворий не відмічав.

Запропонований спосіб застосовувався у лікуванні 14 пацієнтів. Всім хворим лікування проводили в один етап. В одного пацієнта відмічався локальний некроз слизової оболонки в місці ін'єкції, що не потребувало додаткових лікувальних заходів. Інших післяопераційних ускладнень не спостерігалось. В терміни спостереження до 1 року в усіх хворих вдалося отримати добрий результат – рецидиву анальних кровотеч та випадіння вузлів не спостерігалось. Середня доза спожитого анальгетика (2мл 50% розчину анальгіну) склала 2,3 доз. В той же час, із 15 хворих, які лікувалися згідно способу-аналогу, у 13 пацієнтів проведено два етапи лікування, а у 2 хворих - 3 етапи з інтервалом 12-14 діб. В післяопераційному періоді у 5 пацієнтів відмічався некроз ділянки слизової оболонки в місцях ін'єкції склерозуючої суміші, що стало причиною тривалого інтенсивного післяопераційного больового синдрому; у одного пацієнта на другий день після операції виникли явища гострого аноректального тромбозу, що купувався консервативно. В терміни спостереження до 1 року в 12 хворих вдалося отримати добрий результат (зникнення анальних кровотеч та випадіння вузлів); у 2 пацієнтів - задовільний (значне зниження інтенсивності основних проявів геморою); у 1 хворого - незадовільний результат (рецидив захворювання). Середня доза спожитого анальгетика (2мл 50% розчину анальгіну) склала 5, 6 доз.

Спосіб, що заявляється апробований на базі кафедри хірургії №4 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця МОЗ України та проктологічного відділення Головного військово-медичного клінічного центру МО України. Отримані позитивні результати дають підстави рекомендувати цей спосіб в широку медичну практику.

Література:

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. - М.: «Медицинское информационное агенство», - 2006. - 432 с.
2. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. - М., Медицина.-1984, 176с.
3. Савченко Ю.Л., Половинкин В.В., Хмелин В.И. Современные технологии оперативного лечения геморроя.//Хирургия. Журнал имени Н.И.Пирогова. - 2002.- №8.- с.53-57.
4. Воробьев Г.И. Геморрой / Воробьев Г.И., Ю.А.Шельгин, Л.А.Благодарный.. - М.: из-во «Митра-Пресс», 2002. - 192с.