



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59441 (13) U
(51) МПК (2011.01)
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 КОМБІНОВАНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ ТА ХРОНІЧНОГО ГЕМОРОЮ I-II СТАДІЇ

1

2

(21) u201014699

(22) 08.12.2010

(24) 10.05.2011

(46) 10.05.2011, Бюл.№ 9, 2011 р.

(72) ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, МІШАЛОВ
ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб комбінованого хірургічного лікування
хронічної анальної тріщини та хронічного геморою

I-II стадії, що передбачає висічення всіх елементів хронічної анальної тріщини та відновлення цілісності дефекту анодерми шляхом накладання вузлових швів, який **відрізняється** тим, що проводять прошивання і перев'язку судинних гемороїдальних ніжок під пальпаторним контролем, з наступним висіченням всіх елементів хронічної анальної тріщини та ушиванням дефекту анодерми в поперечному до осі анального каналу напрямку.

Корисна модель належить до медицини, а саме проктології, і може бути використана для хірургічного лікування хворих на хронічну анальну тріщину та хронічний геморою I-II стадії.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється є спосіб хірургічного лікування хронічної анальної тріщини та хронічного геморою I-II стадії обраний нами як прототип, що передбачає виконання закритої гемороїдектомії: висічення трьох основних груп внутрішніх та зовнішніх гемороїдальних вузлів на 3, 7, 11 годинах умовного циферблату з перев'язкою судинних гемороїдальних ніжок та відновленням цілісності анодерми вузловими швами. Другим етапом виконують висічення хронічної анальної тріщини з ушиванням рани вузловими швами в поздовжньому до осі анального каналу напрямку [1].

Недоліком способу-аналогу є:

- значне звуження кола анального каналу, що обумовлене видаленням чотирьох секторів тканин анального каналу: три групи гемороїдальних вузлів та елементів хронічної анальної тріщини;

- утворення чотирьох поздовжніх ран анального каналу, що створює передумови до появи післяопераційної стриктури анального каналу;

- значний натяг тканин, який виникає після ушивання чотирьох поздовжніх ран анального каналу створює передумови до розходження швів післяопераційної рани та рецидиву анальної тріщини;

- виражений післяопераційний больовий синдром, обумовлений наявністю чотирьох ран в анальному каналі.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування хронічної анальної тріщини та хронічного геморою I-II стадії, який не створює звуження кола анального каналу та значний натяг тканин після висічення елементів хронічної анальної тріщини.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в зменшенні кількості післяопераційних стриктур анального каналу, рецидивів хронічної анальної тріщини, зменшенні післяопераційного больового синдрому.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі закритої гемороїдектомії та висічення анальної тріщини, що передбачає висічення основних груп зовнішніх та внутрішніх гемороїдальних вузлів, висічення всіх елементів хронічної анальної тріщини та відновлення цілісності ран анодерми шляхом накладання вузлових швів на рану в поздовжньому до осі анального каналу напрямку, згідно корисної моделі гемороїдальні вузли не висікають, а під пальпаторним контролем прошивають і перев'язують судинні гемороїдальні ніжки, які постачають кров'ю внутрішні гемороїдальні вузли; другим етапом проводять висічення всіх елементів хронічної анальної тріщини з відновленням цілісності анодерми в поперечному до осі анального каналу напрямку.

(13) U
(11) 59441
(19) UA

Суть корисної моделі полягає у тому, що першим етапом проводять визначення судинних гемороїдальних ніжок під пальпаторним контролем з наступним їх прошиванням та перев'язкою (перев'язка судинних гемороїдальних ніжок достатня для зменшення кровопостачання внутрішніх гемороїдальних вузлів та розвитку в них склеротичних процесів при хронічному геморої I-II стадії); другим етапом операції виконують висічення всіх елементів хронічної анальної тріщини з відновленням цілісності анодерми в поперечному до осі анального каналу напрямку.

Спосіб виконують наступним чином:

Після обробки операційного поля виконують пальцеву дивульсію анального каналу за Рекомье-Суботіним та вводять аноскоп або ректальне дзеркало. З допомогою пальпації вказівним пальцем над внутрішніми гемороїдальними вузлами визначають пульсацію дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії. Останні прошивають та перев'язують атравматичним шовним матеріалом (вікріл 3/0). Гострим шляхом проводять висічення всіх елементів хронічної анальної тріщини. Як правило, при цьому не буває вираженої кровотечі, оскільки основні судини, що постачають кров'ю цю ділянку анального каналу попередньо перев'язані. Дефект анодерми ушивають в поперечному до осі анального каналу напрямку з допомогою окремих вузлових швів атравматичним шовним матеріалом (вікріл 3/0). При цьому слизова оболонка нижньоампулярного відділу прямої кишки низводиться й прикриває оголені після висічення хронічної анальної тріщини волокна внутрішнього анального сфінктеру. Операцію завершують введенням в анальний канал марлевої турунди з маззю Вишневського. Турунда з маззю видаляється через 18-24 години після операції.

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

- за рахунок відсутності необхідності у висіченні внутрішніх гемороїдальних вузлів зменшується кількість післяопераційних ран з чотирьох до однієї, що запобігає значному звуженню кола анального каналу;
- відсутність поздовжніх ран після поперечного ушивання дефекту анодерми від висічення хронічної анальної тріщини значно зменшує ризик виникнення післяопераційної стриктури анального каналу;
- зменшується натяг тканин анального каналу за рахунок поперечного ушивання дефекту анодерми після висічення хронічної анальної тріщини запобігає розходженню швів післяопераційної рани та рецидиву анальної тріщини.
- зменшення кількості розрізів забезпечує зменшення інтенсивності та тривалості

післяопераційного больового синдрому та, відповідно, дози спожитих анальгетиків.

Приклад: хворий Ш., госпіталізований до відділення 13.07.2009 року з діагнозом: хронічний геморої II стадії, хронічна задня анальна тріщина, ускладнені анальними кровотечами. При клініко-інструментальному та лабораторному обстеженні хворого протипоказань до оперативного втручання не виявлено. 17.07.2009 року під спинномозковою анестезією хворому виконано комбіновану операцію згідно корисної моделі: прошивання судинних гемороїдальних ніжок на 3, 7, 11 годинах з висіченням хронічної анальної тріщини та ушивання дефекту анодерми в поперечному до осі анального каналу напрямку. Післяопераційний період протікав без ускладнень, для купування післяопераційного болю хворому в день операції довелося ввести 2 дози наркотичного анальгетику (2 % розчин промедолу 1 мл) та 1 дозу наркотичного анальгетику на наступний день (після дефекації). 20.07.2009 року хворий в задовільному стані виписаний зі стаціонару. За період спостереження на контрольних оглядах через 14 днів, 1 місяць, 3 місяці, 6 місяців та 1 рік післяопераційних ускладнень у вигляді стриктур анального каналу, прорізання швів післяопераційної рани, рецидиву анальної тріщини чи проявів геморою не виявлено.

Запропонований спосіб застосовувався у лікуванні 27 пацієнтів. В усіх пацієнтів вдалося отримати добрий результат – відсутність післяопераційних стриктур, прорізання швів післяопераційної рани, рецидиву захворювання не було. Середня доза спожитого наркотичного анальгетику (2 % розчин промедолу 1 мл) склала $3,1 \pm 0,3$ дози. Згідно способу-аналогу прооперований 21 пацієнт. У 4 виникли післяопераційні ускладнення: післяопераційна стриктура анального каналу (2), рецидив анальної тріщини внаслідок розходження швів післяопераційної рани (2). Середня доза спожитого наркотичного анальгетику склала $7,4 \pm 0,9$ дози.

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

Література.

1. Воробьев Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М.: из-во «Митра-Пресс», 2002. – 192 с.