



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59761 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЇДАЛЬНОЇ ХВОРОБИ

1

2

(21) u201014209

(22) 29.11.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) ГЮЛЬМАМЕДОВ ВАЛЕНТИН АРТУРОВИЧ,  
ПОЛУНІН ГЕРМАН ЄВГЕНОВИЧ, ГЮЛЬМАМЕДОВ  
ФЕРМАН ІБРАГІМОВИЧ(73) ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб хірургічного лікування гемороїдальної хвороби, що включає видалення гемороїдальних вузлів шляхом розтину і одночасної коагуляції тканин анального каналу, який **відрізняється** тим, що розтин тканин і одночасну їх коагуляцію виконують за допомогою радіохвильового скальпеля.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до проктології, і може бути використана для хірургічного лікування гемороїдальної хвороби II-IV стадії.

Способи хірургічного лікування гемороїдальної хвороби щодо характеру і принципу виконання можна розділити на дві групи. До першої групи відносять мініінвазивні методи хірургічного лікування гемороїдальної хвороби, більшість з яких виконується в амбулаторних умовах. До них відносять склеротерапію, лікування гемороїдальних вузлів латексними кільцями, інфрачервону фотокоагуляцію, кріодеструкцію, електрокоагуляцію, шовне лікування кінцевих гілок верхньої ректальної артерії під контролем доплерографії, операція Лонго. До другої, найбільш поширеної у всьому світі, слід віднести радикальні операції, спрямовані на видалення трьох основних колекторів кавернозної тканини з перев'язкою судинних ніжок гемороїдальних вузлів [1, 2].

Відомий спосіб хірургічного лікування гемороїдальної хвороби за Міліганом-Морганом, який передбачає видалення трьох основних вузлів, розташованих переважно на лівій бічній, правій передньо-бічній і правій задньо-бічній стінках анального каналу, що відповідає 3, 7 і 11 годинам умовного циферблату (в положенні хворого на спині) [3]. При цьому після дивульсії анального каналу ректальним дзеркалом один з внутрішніх гемороїдальних вузлів захоплюють вікончастим затискачем Люера, контурують його ніжку і вище за зубчасту лінію накладають на неї зігнутий затискач Більбота. Далі вузол облямовують скальпелем, розтинаючи слизову оболонку прямої кишки і періанальну шкіру, препаруючи його у напрямку ніжки. Ніжку вузла прошивають і перев'язують шо-

вковою або кетгутною ниткою. Після цього видаляють вузол. Поетапно вузловими кетгутними швами відновлюють цілісність слизової оболонки анального каналу й анодерми, підшиваючи шкірно-слизовий край до дна рани або ушиваючи її наглухо. Зовнішні гемороїдальні вузли розсікають у вигляді пелюсток окремо, а шкіру зшивають кетгутною ниткою.

Однак способу властиві недоліки: біль у ділянці післяопераційної рани, кровотечі, порушення сечовипускання, стриктури анального каналу, недостатність сфінктера анального каналу, періанальний набряк.

Найбільш близьким способом до того, що заявляється, і обраним як найближчий аналог, є спосіб гемороїдектомії, за якого роз'єднання і водночас коагуляцію тканин анального каналу здійснюють, використовуючи ультразвуковий гармонійний скальпель (Ultra Cision Harmonic Scalpel System фірми «Ethicon» Jonson & Jonson USA) [4].

Недоліком найближчого аналога є негативна дія тиску на тканини анального каналу, що супроводжується механічним руйнуванням клітин навколишніх і підлягаючих тканин, їх некрозом, періанальним набряком, який тривалий час зберігається в післяопераційному періоді, що може служити причиною подовження терміну загоєння післяопераційних ран і виникнення ранніх (порушення функції) і пізніх (рубцеві стриктури) післяопераційних ускладнень [5].

Завданням корисної моделі є удосконалення способу хірургічного лікування гемороїдальної хвороби, який забезпечує попередження післяопераційних ускладнень.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі хірургічного лікування гемороїдальної хво-

(13) U

(11) 59761

(19) UA

роби, що включає видалення гемороїдальних вузлів шляхом розтину і одночасної коагуляції тканин анального каналу, згідно з корисною моделлю, розтин тканин і одночасну їх коагуляцію виконують за допомогою радіохвильового скальпеля.

Спосіб здійснюють таким чином.

Після дивульсії сфінктера в анальний канал вводять ректальне дзеркало. Верхівку вузла захоплюють затискачем Люєра, а сам вузол дещо відтягають вниз. При цьому судинна ніжка й основа вузла чітко контурують. Вікриловою ниткою (2-0) на атравматичній голці судинну ніжку прошивають і перев'язують двічі, затягаючи вузол у просвіті анального каналу. Посмикають за лігатуру і відводять верхівку вузла затискачем Люєра, відступивши на 0,3-0,5 см від судинної ніжки, дротиним електродом в режимі "розріз" і в положенні регулятора потужності "2" розсікають слизову оболонку довкола всього вузла, маркуючи межі його висічення. Регулятор потужності приладу переводять у положення "3-4" і в режимі "розріз+коагуляція" видаляють внутрішній гемороїдальний вузол. При цьому одночасно здійснюють поверхневу коагуляцію дрібних судин, що забезпечує практично сухе операційне поле. Далі петлевим електродом, не міняючи режиму і потужності радіохвилі, видаляють залишкову кавернозну тканину на дні рани, не зачіпаючи волокон внутрішнього анального сфінктера. Після цього затискач Люєра перекладають на верхівку зовнішнього гемороїдального вузла, що відповідав видаленому внутрішньому вузлу, і, продовжуючи розріз від внутрішнього вузла, дротиним електродом в режимі "розріз" і в положенні регулятора потужності "4" розтинають періанальну шкіру довкола зовнішнього вузла. Не міняючи потужності, але вже в режимі "розріз+коагуляція" висікають зовнішній вузол на кшталт пелюстки, не ушкоджуючи при цьому волокон сфінктера заднього проходу. Рану, що утворилася, ушивають кетгуттом (№ 2-0). Аналогічно видаляють інші вузли.

Приклад. Хворий А., 43 років, історія хвороби № 12029, госпіталізований в клініку 07.06.2010 року з діагнозом хронічний геморой, змішана форма, III стадія, ускладнений випаданням внутрішніх гемороїдальних вузлів і ректальною кровотечею. Вважає себе хворим більше 10 років. Йому виконано операцію геморойдектомію з використанням радіохвильового скальпеля "Сургітрон™". При цьому після дивульсії сфінктера прямої кишки поетапно в положенні 3, 7 і 11 годин умовного циферблату після підтягування затискачем Люєра гемороїдального вузла ніжку гемороїдального вузла прошило вікриловою ниткою (№ 2-0) двічі. Після цього гемороїдальний вузол відрізано дротиним електродом радіохвильового скальпеля "Сургітрон™". Цілісність слизової оболонки анального каналу і періанальної шкіри відновлено шляхом

ушивання утвореної рани вузловими кетгуттовими швами. Тривалість оперативного втручання склала 20 хвилин. Оперативне втручання виконано без крововтрати. При контрольному огляді на 3, 5, 7 і 9 добу після операції хворий скарг не пред'являв. Слизова оболонка анального каналу без набряку і запальної інфільтрації. Рани загоюються первинним натягом без виникнення гнійно-запального процесу. Акт дефекації 1 раз протягом доби, безболісний.

З використанням наведеного способу в клініці прооперовано 73 хворих з аналогічними функціональними результатами.

Перевагами способу, що заявляється, є скорочення часу операції, робота в умовах мінімальної кровоточивості розсічених тканин, мінімальна травматизація тканин навколо гемороїдальних вузлів у порівнянні з використанням електрокоагулятора, механічного і ультразвукового скальпеля, завдяки чому знижується ризик виникнення ранніх (порушення функції) і пізніх (рубцеві стриктури) післяопераційних ускладнень, зменшується вираженість больового синдрому в післяопераційному періоді, скорочується термін перебування в стаціонарі, прискорюється трудова реабілітація пацієнтів [6, 7].

Джерела інформації:

1. Ананко А.А. Геморрой - старая проблема и новые пути ее решения (обзор современных подходов к лечению геморроя) / А. А. Ананко // Укр. мед. часопис. - 2007. - Т. 58, № 2. - С. 117-122.
2. Pigot F. Haemorrhoidal disease / F. Pigot // La Revue du Praticien. - 2008. - Vol. 58, № 16.-P. 1763-1768.
3. Атлас практической колоректальной хирургии / В.Л. Ривкин, О.Э. Луцевич, С.Н. Файн [и др.] - М.: Медпрактика-М, 2006. - С. 21-23.
4. Пат. 51087 Україна, МПК А61В17/00 Спосіб хірургічного лікування хронічного геморою III-IV стадії / Мішалов В.Г., Цема Є.В., Лурін І.А.; заявник і патентовласник Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; заявл. 03.03.2010; опубл. 25.06.2010, Бюл. № 12.
5. Завада Н.В. Современные методы местного гемостаза в абдоминальной хирургии / Н.В. Завада, А.Ч. Часнойть // Медицина. - 2010. - № 3. - С. 63-67.
6. Благодарный Л.А. Применение радиоволновой хирургии при лечении неопухолевых заболеваний анального канала и прямой кишки у больных пожилого и старческого возраста / Л.А. Благодарный, А.М. Кузьминов, И.А. Абдулаев // Колопроктология. - 2003. - Т. 5, № 3. - С. 13-17.
7. Radiofrequency Milligan-Morgan haemorrhoidectomy in the outpatient setting / D. Capizzi, P. Patrizi, S. Boschi [et al] // Chirurgia italiana. - 2008. - Vol. 60, № 3.-P. 425-431.