



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **59808** (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 ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТРОФІЧНОГО АНАЛЬНОГО ПАПІЛІТУ

1

2

(21) u201015611

(22) 24.12.2010

(24) 25.05.2011

(46) 25.05.2011, Бюл.№ 10, 2011 р.

(72) ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, МІШАЛОВ
ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ

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

(57) Спосіб лікування гіпертрофічного анального папіліту, що передбачає видалення гіпертрофованих анальних сосочків, який **відрізняється** тим, що проводять деструкцію гіпертрофованих анальних сосочків шляхом їх інфрачервоної фотокоагуляції з утворенням ділянки коагуляційного некрозу анодерми, наступним її відторгненням та епітелізацією.

Корисна модель належить до медицини, а саме проктології, і може бути використана для хірургічного лікування хворих на гіпертрофічний анальний папіліт.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється є спосіб хірургічного лікування гіпертрофічного анального папіліту обраний нами у якості прототипу, що передбачає висічення гіпертрофованих анальних сосочків з відновленням цілісності анодерми вузловими швами [1].

Недоліком способу-прототипу є:

- порушення цілісності анодерми, що може стати вхідними воротами для інфекції (розвиток криптити, парапроктиту);

- після ушивання слизової оболонки в ній залишається шовний матеріал, який може спричинити утворення навколо нього гранульоми, що проявляється пізніми арозивними анальними кровотечами;

- недостатнє прошивання дефекту анодерми після видалення гіпертрофованих анальних сосочків може стати причиною ранніх післяопераційних анальних кровотеч;

- для виконання операції необхідна повна релаксація анального сфінктеру, що передбачає госпіталізацію пацієнта та застосування спинальної анестезії або загального знеболення;

- спосіб є травматичним, оскільки передбачає розсічення та з'єднання тканин.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування гіпертрофічного анального папіліту, який можливо виконати малоінвазивно, без порушення цілісності анодерми, під

місцевим знеболенням, без загрози виникнення післяопераційних кровотеч.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в зменшенні кількості післяопераційних кровотеч, гнійно-запальних ускладнень, можливість застосування способу в амбулаторних умовах.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі висічення гіпертрофованих анальних сосочків, який передбачає видалення гіпертрофованих анальних сосочків, згідно корисної моделі, проводять деструкцію гіпертрофованих анальних сосочків шляхом їх інфрачервоної фотокоагуляції з утворенням ділянки коагуляційного некрозу анодерми, наступним її відторгненням та епітелізацією.

Суть корисної моделі полягає у тому, що за допомогою дії на ділянку анодерми, на якій розташований гіпертрофований анальний сосочок, інфрачервоного світлового потоку відбувається локальне нагрівання поверхневих тканин з утворенням ділянки обмеженого коагуляційного некрозу, яка з часом відторгається та відновлюється за рахунок крайової епітелізації.

Спосіб виконують наступним чином:

Після обробки операційного поля в положенні хворого, як для літотрипсії, вводять в анальний канал аноскоп. Виконують місцеву інфільтраційну анестезію під гіпертрофовані анальні сосочки 0,5% розчином лідокаїну по 0,5-0,8 мл під кожний сосочок. З допомогою інфрачервоного фотокоагулятора "Lumatec" (Німеччина) виконують коагуляцію гіпертрофованих анальних сосочків шляхом аплікації на них робочої частини світловоду приладу з експозицією 1,5-3 секунди, в залежності від розмі-

(19) **UA** (11) **59808** (13) **U**

рів сосочку. При цьому на місці сосочків утворюється локальна ділянка коагуляційного некрозу білесуватого кольору розмірами 0,3-0,4 см. Після фотокоагуляції всіх анальних сосочків в анальний канал вводять мазь Левомеколь. Анальний канал не тампують.

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

- не відбувається порушення цілісності анодерми, що запобігає післяопераційним гнійно-запальним ускладненням;

- після оперативного втручання не залишається чужорідного шовного матеріалу, який може спричинити утворення гранульоми слизової оболонки з розвитком пізніх арозивних анальних кровотеч;

- зменшується загроза ранніх післяопераційних кровотеч, оскільки за рахунок утворення шару поверхневого коагуляційного некрозу досягається надійний гемостаз;

- для виконання операції не потрібна релаксація анального сфінктеру, тому спосіб може використовуватися під місцевим знеболенням;

- спосіб виконується безкровно, без розсічення та з'єднання тканин, а тому є малоінвазивним і може використовуватися в амбулаторних умовах.

Приклад: хворий Г., звернувся на амбулаторний прийом до проктолога 06.09.2009 року зі скаргами на дискомфорт в ділянці анусу, відчуття стороннього тіла під час дефекації. При проктологічному огляді хворому встановлено діагноз гіпертрофічного анального папіліту. На наступний день після підготовки (очисна клізма ввечері та зранку) хворому під місцевим знеболенням 0,5% розчином лідокаїну 3,0 мл виконано інфрачервону фотокоагуляцію гіпертрофованих анальних сосочків згідно корисної моделі. Операція пройшла безкровно, безболісно. Оперативне

втручання проводилося амбулаторно. Післяопераційний період протікав сприятливо, протягом двох днів після втручання хворих відмічав дискомфорт в ділянці анусу, який самостійно пройшов. За період спостереження до одного року рецидиву захворювання не було, післяопераційних ускладнень у вигляді анальних кровотеч, вираженого больового синдрому, гнійно-запальних процесів не виявлено.

Запропонований спосіб застосовувався у лікуванні 15 пацієнтів. В усіх пацієнтів вдалося отримати добрий результат - відсутність післяопераційних кровотеч, вираженого больового синдрому, гнійно-запальних ускладнень. Всім хворим оперативне лікування проводилося в амбулаторних умовах. В строки спостереження до одного року рецидиву захворювання не було. Згідно способу аналогу прооперовано 29 пацієнтів. У 6 виникли післяопераційні ускладнення: рання післяопераційна кровотеча, внаслідок недостатнього прошивання дефекту анодерми, після висічення анального сосочка (1), утворення гранульоми слизової оболонки навколо накладеної лігатури, що проявлялася пізніми ерозивними кровотечами (2), рецидив анального папіліту, що потребував повторного втручання (1), гострий криптит (2).

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. Шелыгин, Л. А. Благодарный. - М: из-во «Митра-Пресс», 2002. - 192 с.