



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59809 (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 ВИДАЛЕННЯ ПОЛІПІВ НИЖНЬОАМПУЛЯРНОГО ВІДДІЛУ ПРЯМОЇ КИШКИ

1

2

(21) u201015612

(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 видалення поліпів нижньоампулярного

відділу прямої кишки, що передбачає трансанальне відсічення поліпа нижньоампулярного відділу прямої кишки, який **відрізняється** тим, що видалення поліпа проводять за рахунок біполярної апаратно контрольованої електрокоагуляції його основи з наступним відсіченням поліпа в межах коагульованих тканин без ушивання слизової оболонки.

Корисна модель належить до медицини, а саме проктології, і може бути використана при видаленні доброякісних поліпів нижньоампулярного відділу прямої кишки (тубулярно-ворсинчастих аденом, аденоматозних поліпів).

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється є спосіб видалення поліпа нижньоампулярного відділу прямої кишки описаний нами у якості прототипу, що передбачає прошивання та перев'язку на затискачі судинної ніжки поліпа (основи поліпа), трансанальне відсічення поліпа за допомогою скальпеля з відновленням цілісності слизової оболонки вузловими швами [1].

Недоліком способу-прототипу є:

- метод трудомісткий, що обумовлено необхідністю прошивання та перев'язки судинної ніжки поліпа з наступним ушиванням дефекту слизової оболонки прямої кишки;

- спосіб не є стандартизованим, оскільки залежить від суб'єктивних чинників: кількості накладених швів, глибини прошивання тканин, адекватності затягування лігатури;

- під час висічення поліпа порушується захисний бар'єр слизової оболонки, що обумовлює інфікування підслизової основи стінки кишки;

- під час прошивання судинної ніжки поліпа та його ложа існує небезпека пошкодження голкою судин підслизової основи з розвитком підслизової гематоми стінки кишки (інтрамуральна кровотеча);

- після видалення поліпа можливі ранні післяопераційні кровотечі внаслідок недостатнього затягування лігатури на ніжці поліпа чи при ушиванні

його ложа;

- після видалення поліпа можливі пізні післяопераційні кровотечі внаслідок прорізання лігатури на ніжці поліпа чи після ушивання його ложа, або кровотечі арозивного генезу при виникненні вогнища хронічного запалення в ділянці ложа видаленого поліпа.

Задачею корисної моделі є розробка стандартизованого способу видалення поліпів нижньоампулярного відділу прямої кишки, який запобігає виникненню інтрамуральних підслизових гематом стінки прямої кишки, післяопераційних кровотеч та інфікування підслизового шару стінки кишки.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в зменшенні кількості інтраопераційних (утворення інтрамуральних підслизових гематом стінки кишки) та післяопераційних ускладнень (ранні та пізні післяопераційні кровотечі, інфікування ложа видаленого поліпа з розвитком арозивної кровотечі).

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі видалення поліпа нижньоампулярного відділу прямої кишки, що передбачає виконання трансанального прошивання та перев'язки судинної ніжки поліпа з наступним його відсіченням, згідно корисної моделі видалення поліпа проводять за рахунок біполярної апаратно контрольованої електрокоагуляції основи поліпа з наступним його відсіченням в межах коагульованих тканин без ушивання слизової оболонки.

Суть корисної моделі полягає у тому, що за рахунок проведення електрокоагуляції основи по-

(19) UA (11) 59809 (13) U

ліпа з наступним його відсіченням відпадає необхідність у прошиванні та перев'язці судинної ніжки поліпа, ушиванні ложа поліпа, що дозволяє уникнути притаманних способу-аналогу інтра- та післяопераційних ускладнень. Рана ложа поліпа закривається після відторгнення коагуляційного струпу за рахунок крайової епітелізації.

Спосіб виконують наступним чином:

Під спинальною або місцевою інфільтраційною анестезією в положенні хворого, як для літотрипсії, проводять дивульсію анального каналу. В анальний канал вводять аноскоп, в просвіт якого виводять поліп нижньоампулярного відділу прямої кишки. З допомогою електрохірургічної системи "Erbe" (ERBE Elektromedizin, Німеччина) проводять апаратно-контрольовану біполярну електрокоагуляцію основи поліпа. З цією метою клеми затискача "BICLAMP" заводять з обох боків від поліпа, таким чином, щоб між ними перетислася основа поліпа на межі зі здоровою слизовою оболонкою. Клеми затискача не повинні створювати надмірного тиску на прилеглі м'які тканини (не повинно бути перетиснення тканин). У випадку коли поліп має широку основу доцільно перед накладанням клем затискача "BICLAMP", попередньо на верхівку поліпа накласти затискач Люєра та з допомогою тракції за нього більш чітко контурувати основу поліпа. Проводять біполярну електрокоагуляцію затиснених між клемами тканин поліпа до появи сигналу приладу. При цьому електрокоагуляція проводиться контрольовано, оскільки прилад подає сигнал при досягненні заданого рівня електропровідності, який змінюється при коагуляції біологічних тканин (при коагуляції біологічних тканин їх опір збільшується, а електропровідність зменшується). Проведена електрокоагуляція затиснених між клемами затискача тканин достатня для досягнення надійного гемостазу, як з дрібних судин слизової оболонки та підслизової основи, так і з більш крупних за діаметром судин магістрального типу, які постачають кров'ю тканини поліпа (судинна ніжка поліпа). При широкій основі поліпа, більшої від довжини робочої частини клем затискача "BICLAMP" електрокоагуляцію основи поліпа проводять в декілька етапів, просуваючись у поздовжньому напрямку від прокоагульованих до некоагульованих тканин. Після проведення коагуляції основи поліпа його відсікають з допомогою ножів, при чому відсічення поліпа проводять на межі між коагульованими тканинами основи поліпа та інтактними тканинами поліпа, таким чином, щоб на місці ложа поліпа залишалася ділянка надійно коагульованих тканин завтовшки не менше 0,5 см. При недостатньому гемостазі проводять повторну біполярну апаратно-контрольовану електрокоагуляцію слизової оболонки в місці кровотечі.

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

- значно спрощується технічне виконання способу, оскільки відпадає необхідність у прошиванні, перев'язці судинної ніжки поліпа та ушиванні дефекту слизової оболонки ложа поліпа;

- спосіб є стандартизованим, оскільки адекватність коагуляції тканин, а, отже, і ефективності гемостазу, контролюється приладом автоматично,

і не за залежить від суб'єктивних чинників;

- за рахунок утворення міцної ділянки коагульованих тканин не порушується захисний бар'єр слизової оболонки, що запобігає інфікуванню підслизової основи стінки кишки;

- за рахунок відсутності необхідності прошивання слизової оболонки уникається можливість пошкодження голкою судин підслизової основи з розвитком інтрамуральної гематоми стінки прямої кишки;

- після видалення поліпа зменшується ризик ранніх та пізніх післяопераційних кровотеч, що досягається за рахунок відсутності швів рани.

Приклад: хворий Н., госпіталізований до проктологічного відділення 02.06.2008 року з діагнозом: тубулярно-ворсинчаста аденома нижньоампулярного відділу прямої кишки на широкій основі (3 см). Локалізація поліпа - по передньому півколу кишки на висоті 6 см від анусу. 03.06.2008 року хворому під спинальною анестезією виконано видалення поліпа за допомогою біполярної апаратно-контрольованої електрокоагуляції. Операція пройшла без ускладнень, основа поліпа коагульована в три етапи. Після відсічення поліпа кровотеча з ложа видаленого поліпа відсутня. 05.06.2008 року хворий в задовільному стані виписаний зі стаціонару. Післяопераційний період протікав гладко, післяопераційних ускладнень не було. На контрольному огляді через 1 рік місце видалення поліпа не візуалізувалося.

Запропонований спосіб застосовувався у лікуванні 9 пацієнтів. В усіх пацієнтів вдалося отримати добрий результат - операція протікала практично безкровно. Прооперовані хворі простежені в строки до 1 року - післяопераційних ускладнень у вигляді ранніх та пізніх післяопераційних кровотеч, гнійно-запального процесу в ложі поліпа не спостерігалося. У чотирьох з обстежених хворих протягом 1-4 днів після видалення поліпа спостерігалася субфебрильна температура тіла, обумовлена резорбційною реакцією організму на опік тканин в місці електрокоагуляції. Рецидивів захворювання не було. Згідно способу-аналогу прооперовано 14 пацієнтів. У одного хворого під час операції виникла інтрамуральна підслизова гематома стінки кишки, яка обумовлена пошкодженням судини підслизової основи при прошиванні ложа видаленого поліпа. Кровотеча зупинена шляхом повторного прошивання ложа поліпа Z-подібним швом. У 4 хворих виникли післяопераційні кровотечі: рання післяопераційна кровотеча внаслідок недостатнього затягування лігатури (1), пізня післяопераційна кровотеча внаслідок прорізання швів рани (1), пізня арозивна кровотеча обумовлена хронічним запаленням в ложі видаленого поліпа (2). В усіх випадках післяопераційних кровотеч хворі потребували повторного оперативного втручання. Рецидиву захворювання не було.

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

широку медичну практику.

Література:

1. Клиническая оперативная колопроктология:

Руководство для врачей / Под редакцией Федорова В.Д., Воробьева Г.И., Ривкина В.Л. - М.: ГНЦ проктологии, 1994. - 432.