



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61287 (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 ПРИПИНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ КРОВОТЕЧІ З АНОРЕКТАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

1

2

(21) u201100877

(22) 26.01.2011

(24) 11.07.2011

(46) 11.07.2011, Бюл.№ 13, 2011 р.

(72) ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, МІШАЛОВ
ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ

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

(57) Спосіб припинення післяопераційної кровотечі

з аноректальної ділянки, що передбачає прошивання ділянки слизової оболонки прямої кишки, що кровоточить, окремими вузловими швами, який **відрізняється** тим, що попередньо проводять тампонування прямої кишки тампоном з прив'язаною до нього лігатурою та додатково виконують прошивання судинних гемороїдальних ніжок окремими Z-подібними швами на 3, 7, 11 годинах умовного циферблата.

Корисна модель належить до медицини, а саме проктології, і може бути використана для припинення ранніх та пізніх післяопераційних кровотеч: після операцій на аноректальній ділянці (геморойдектомії, фістулектомії, видалення поліпів аноректальної ділянки, фісуруктомії).

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється, є спосіб шовного прошивання ділянки слизової оболонки, що кровоточить, до досягнення візуального гемостазу, вибраний нами як прототип, що передбачає накладання на дефект слизової оболонки аноректальної ділянки, з якого візуально визначається підтікання крові, окремих вузлових швів [1].

Недоліками способу-прототипу є:

- неадекватна візуалізація слизової оболонки аноректальної ділянки через велику кількість свіжої крові та згустків, що накопичилися в просвіті прямої кишки після виникнення кровотечі, до початку повторної операції;

- постійне підтікання крові, яка накопичилася до моменту операції з проксимальної ампули відділів прямої кишки, яка заважає ревізії післяопераційної рани та визначенню джерела кровотечі;

- не завжди вдається визначити джерело кровотечі, через те, що на фоні геморагічного шоку і зниження артеріального тиску дифузна арозивна кровотеча спонтанно припиняється;

- ризик виникнення повторної аноректальної кровотечі через прорізання накладених на рану додаткових гемостатичних швів;

- ризик виникнення рецидиву аноректальної кровотечі (у випадках, коли інтраопераційно не вдалося виявити джерело кровотечі) після виве-

дення хворого зі стану геморагічного шоку (підвищення артеріального тиску).

Задачею корисної моделі є розробка такого способу припинення післяопераційної кровотечі з аноректальної ділянки, який дозволяє запобігти технічним труднощам під час визначення джерела кровотечі, достовірно визначити джерело післяопераційної кровотечі та зменшити ризик рецидиву та повторної аноректальної кровотечі.

Технічний результат, що досягається від вирішення поставленої задачі, полягає у вдосконаленні методики припинення післяопераційної кровотечі з аноректальної ділянки, зменшенні кількості рецидивів та повторних післяопераційних кровотеч.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі припинення післяопераційної кровотечі з аноректальної ділянки, що передбачає прошивання ділянки слизової оболонки прямої кишки, що кровоточить, окремими вузловими швами, згідно з корисною моделлю, попередньо проводять тампонування прямої кишки тампоном з прив'язаною до нього лігатурою та виконують додаткове прошивання судинних гемороїдальних ніжок окремими Z-подібними швами на 3, 7, 11 годинах умовного циферблата.

Суть корисної моделі полягає у тому, що за рахунок попереднього тампонування прямої кишки тампоном операційне поле відмежовується від накопиченої в ампулі прямої кишки зміненої крові та згустків, що забезпечує проведення адекватної ревізії операційної рани та запобігає підтіканню залишків крові до операційного поля. Встановлений в пряму кишку тампон спричиняє компресію

(19) UA (11) 61287 (13) U

верхнього прямокишкового венозного сплетення, що викликає підвищення венозного тиску та забезпечує продовження дифузної арозивної кровотечі з дефекту слизової оболонки навіть при зниженні системного артеріального тиску на фоні геморагічного шоку. Додаткове прошивання судинних гемороїдальних ніжок в типових місцях створює більш надійний гемостаз та зменшує ризик рецидиву та повторної аноректальної кровотечі.

Спосіб виконують наступним чином:

Положення хворого на операційному столі на спині з укладеними на підставки та розведеними нижніми кінцівками. Виконують пальцеву дивульсію анального каналу за Рекомье-Суботіним. Не витрачаючи час на евакуацію великої кількості накопиченої в ампулі прямої кишки зміненої крові та згустків, відразу виконують тампонаду прямої кишки. З цієї метою попередньо готують стерильний марлевий тампон, до якого підшивають та зав'язують довгу шовкову лігатуру. За допомогою корнцанга вводять тампон в просвіт прямої кишки до досягнення тугої тампонади, при цьому підшиту лігатуру через анальний канал виводять назовні та фіксують затискачем-трималкою. В пряму кишку вводять анальне дзеркало і проводять ревізію післяопераційної рани. Після визначення джерела кровотечі на слизову оболонку накладають окремі вузлові гемостатичні шви (Z- або П-подібні шви, в залежності від розмірів та протяжності дефекту слизової оболонки, характеру кровотечі). Після досягнення остаточного шовного гемостазу в типових місцях (на 3, 7, 11 годинах умовного циферблата в положенні хворого на спині) додатково проводять прошивання Z-подібними швами судинних гемороїдальних ніжок. Повторно перевіряють адекватність гемостазу (при цьому бажано за допомогою інтенсивної внутрішньовенної інфузії чи інших медикаментозних засобів підняти до нормальних значень артеріальний тиск). За допомогою прив'язаної до тампона лігатури видаляють останній з прямої кишки. За допомогою шприца Жане та гумової трубки, заведеної в пряму кишку, відмивають з її просвіту залишки зміненої крові та згустки. Операцію завершують введенням в анальний канал тампона, змащеного маззю Вишневецького та обгорненого навколо двопросвітної газовідвідної трубки. Остання слугує для контролю гемостазу в післяопераційному періоді, відведення газів та промивання ампули прямої кишки (через другий просвіт) для відмивання залишків накопиченої крові та згустків. При неускладненому післяопераційному періоді тампон та газовідвідну трубку видаляють на третю добу після повторної операції та відмінюють постільний режим.

Виконання оперативного втручання, згідно з корисною моделлю, має наступні переваги:

- за рахунок тампонування прямої кишки запобігається підтікання зміненої крові та згустків з проксимальних відділів ампули прямої кишки, що дозволяє досягти адекватної візуалізації дефекту слизової оболонки, яка кровоточить, а також зекономити час оперативного втручання на евакуацію залишків зміненої крові та згустків;
- за рахунок компресії верхнього прямокишко-

вого венозного сплетення дифузна арозивна кровотеча не припиняється навіть при зменшенні системного артеріального тиску на фоні геморагічного шоку, що сприяє швидкому виявленню джерела кровотечі та його найшвидшому усуненню;

- за рахунок прошивання судинних гемороїдальних ніжок досягається дезартеризація дистальних гілок верхньої прямокишкової артерії, які забезпечують до 70 % кровопостачання аноректальної ділянки, що запобігає виникненню повторної післяопераційної кровотечі внаслідок прорізання накладених гемостатичних швів;

- за рахунок адекватної інтраопераційної візуалізації джерела дифузної венозної кровотечі, навіть на фоні геморагічного шоку, зменшується ризик рецидиву аноректальної кровотечі після стабілізації системної гемодинаміки.

Приклад: хворий К. госпіталізований до проктологічного відділення з діагнозом хронічний геморой III стадії, ускладнений частими анальними кровотечами. 14.07.2010 хворому виконано закрити гемороїдектомію за Фергюсоном. Післяопераційний період ускладнився виникненням аноректальної кровотечі на четвертий день після гемороїдектомії. Хворий в екстреному порядку повторно оперований. Джерелом кровотечі виявилася ділянка слизової оболонки в місці прорізання лігатури, якою на 11 годинах умовного циферблата ушитий дефект слизової оболонки після висічення внутрішнього гемороїдального вузла. Припинення кровотечі виконана згідно з корисною моделлю: після тампонування прямої кишки виявлене чітке підтікання венозної крові з-під накладеної на 11 годинах лігатури на місці ушивання дефекту анодерми. Гемостаз досягнутий за рахунок накладання Z-подібного шва на ділянку слизової оболонки, що кровоточить. Додатково за допомогою Z-подібних швів прошиті судинні гемороїдальні ніжки на 3, 7, 11 годинах. Контроль гемостазу - сухо. Видалений тампон з прямої кишки, евакуйовано близько 500 мл зміненої крові та згустків. Операцію завершено введенням в анальний канал мазевого тампона з газовідвідною трубкою. На третій день після повторної операції видалено тампон та газовідвідну трубку, відмінено постільний режим. Хворих в задовільному стані виписують на шостий день після повторної операції. На контрольних оглядах через 1 та 3 місяці рецидиву аноректальної кровотечі не виявлено.

Запропонований спосіб застосовувався при припиненні післяопераційних кровотеч з аноректальної ділянки у п'яти пацієнтів. В усіх випадках вдалося швидко виявити джерело післяопераційної кровотечі та досягти адекватного гемостазу. В післяопераційному періоді рецидиву чи повторної кровотечі не спостерігалось. Згідно зі способом-прототипом прооперовано вісім пацієнтів. У одного хворого під час повторного оперативного втручання джерело кровотечі не вдалося виявити, після виведення зі стану геморагічного шоку у хворого мав місце рецидив аноректальної кровотечі, що потребувало повторної операції. У одного пацієнта на п'яту добу після повторної операції виник рецидив кровотечі внаслідок прорізання накладених гемостатичних швів, що потребувало повторного

оперативного втручання.

Спосіб, що заявляється, апробований на базі відділення 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 резуль-

тати дають підстави рекомендувати цей спосіб в широку медичну практику.

Література:

1. Канделис Б.Л. Неотложная проктология (руководство для врачей) / Б.Л. Канделис. - М.: Здоровье, 1980. - 272 с.