



(19) KG (11) 2038 (13) C1
(51) A61B 17/00 (2017.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И
ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20170094.1

(22) 21.08.2017

(46) 28.04.2018, Бюл. № 4

(71) Райымбеков О. Р. (KG)

(72) Райымбеков О. Р.; Жолболдуев Ж. М. (KG)

(73) Райымбеков О. Р. (KG)

(56) Воробьев Г. И., Шелыгин Ю. А., Благодарный Л. А. Геморрой: Руководство для врачей. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Литтерра, 2010. - С. 110-116

(54) Безаппаратная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных геморроидальных узлов

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к проктологии, и может применяться при хроническом геморрое 2-3 стадии и геморроидальных кровотечениях.

Задачей изобретения является разработка способа безаппаратной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных геморроидальных узлов, обеспечивающего менее травматичное и экономически доступное лечение хронического геморроя 2-3 стадии.

Поставленная задача решается в способе безаппаратной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных геморроидальных узлов, включающем лигирование ножки двумя восьмиобразными швами артерии на протяжении, лифтинг и мукопексию слизистой, наложение непрерывного шва, 3-5 стежков с интервалом 0,8-1,0 см, аналогично проводят лифтинг по всему периметру кишки, как правило, на 11, 7, 3 ч, характеризующемся тем, что после сакральной анестезии и расширения анального канала кольцом-расширителем приступают к дезартеризации внутренних геморроидальных узлов, начиная на 11 часах, сосудистую ножку геморроидального узла ушивают восьмиобразными швами викрилом 2/0, в дальнейшем зажим Люэра отпускают от захваченного увеличенного геморроидального узла, затем, гипертрофированный геморроидальный узел ушивают и фиксируют отдельными «Х» образными швами викрилом 2/0, снимают кольцо-расширитель и удаляют наружные геморроидальные узлы на 11, 7, 3 часах.

1 н. п. ф.

Изобретение относится к медицине, а именно к проктологии, и может применяться при хроническом геморрое 2-3 стадии и геморроидальных кровотечениях.

Известную подобную операцию проводят под внутривенной анестезией в сочетании с периаанальной анестезией 0,5 % раствором бупикаина. Для операции применяют аппарат компании А.М.И. («Feldkirch», Австрия) и специальную насадку RAR-2013 для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой, а также модифицированного аноскопа Moricorn - RAR-2011. Шовный материал Dexon - II 2/0 с иглой 5/8 круга, длиной 27 мм. После обработки периаанальной кожи и анального канала анестезирующей мазью Emla (AstraZeneca) вводят проктоскоп Moricorn - RAR-2011 с насадкой RAR-2013, проводят диагностическую доплерометрию. Изолированно лигируют артерии на 11 и 1 часах. Артерии на 3, 5 и 7-9 ч лигируют двумя восьмиобразными швами нитью Dexon - II 2/0. Двойными восьмиобразными швами лигируют артерию на протяжении, в то же время сдавливая увеличенную ткань внутреннего геморроидального узла. После контрольной доплерометрии выполняют лифтинг и мукопексию слизистой. Насадку RAR-2013 переводят в по-

ложение «рехіа», при этом боковое окно аноскопа пролабирует слизистую дистальной части прямой кишки. Накладывают непрерывный шов нитью Dexon - II 2/0 от проксимального участка до дистальной части, не доходя до уровня зубчатой линии на 5-6 мм. Как правило, требовалось наложение 3-5 стежков с интервалом 0,8-1,0 см. Нити связывают, подтягивая слизистую. Аналогично проводят лифтинг по всему периметру кишки, как правило, на 7, 5, 3 ч. (Воробьев Г. И., Шелыгин Ю. А., Благодарный Л. А. Геморрой: Руководство для врачей. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Литтерра, 2010. - С. 110-116).

Недостатком данного метода является то, что операция заканчивается без удаления наружных геморроидальных узлов и в узком операционном поле, т. е. прошивание и перевязка артерий производятся через окно аноскопа, введенного в анальный канал. Прошивание артерий геморроидальных узлов ориентируется только по определению пульсации сосудов, подобная пульсация артерий иногда определяется и после прошивания артерий. По данным литературы, после таких операций через 3-5 лет наружные геморроидальные узлы гипертрофируются, создавая неудобства для больного. Более того, больной через 3-5 лет повторно нуждается в оперативном удалении наружных геморроидальных узлов. Самое главное - подобная дорогостоящая аппаратура на сегодня для периферии просто не доступна.

Задачей изобретения является разработка способа безаппаратной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных геморроидальных узлов, обеспечивающего менее травматичное и экономически доступное лечение хронического геморроя 2-3 стадии.

Поставленная задача решается в способе безаппаратной дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных геморроидальных узлов, включающем лигирование ножки двумя восьмиобразными швами артерии на протяжении, лифтинг и мукопексию слизистой, наложение непрерывного шва, 3-5 стежков с интервалом 0,8-1,0 см, аналогично проводят лифтинг по всему периметру кишки, как правило, на 11, 7, 3 ч, характеризующемся тем, что после сакральной анестезии и расширения анального канала кольцом-расширителем приступают к дезартеризации внутренних геморроидальных узлов, начиная на 11 часах, сосудистую ножку геморроидального узла ушивают восьмиобразными швами викрилом 2/0, в дальнейшем зажим Люэра отпускают от захваченного увеличенного геморроидального узла, затем гипертрофированный геморроидальный узел ушивают и фиксируют отдельными «Х» образными швами викрилом 2/0, снимают кольцо-расширитель и удаляют наружные геморроидальные узлы на 11, 7, 3 часах.

Способ осуществляют следующим образом.

Операцию начинают с осторожной, но тщательной, дивульсии мышц анального сфинктера с помощью бранш ректального зеркала, постепенно по обеим косым линиям в горизонтальном направлении под сакральной анестезией. Задний проход в четырех симметричных точках (12, 3, 6, 9 часах) растягивают кольцом-расширителем при помощи шелковых нитей. На внутренний геморроидальный узел, расположенный на 11 часах, накладывают зажим Люэра и слегка подтягивают его наружу, по направлению к противоположной стенке так, чтобы обозначить сосудистую ножку геморроидального узла, располагающуюся несколько выше зубчатой линии. Основания сосудистой ножки внутреннего геморроидального узла ушиваются восьмиобразным викриловым швом 2/0. После этого отпускается зажим Люэра. Мукопексию увеличенного внутреннего геморроидального узла проводят «Х» образными швами нитями викрила 2/0. В данном случае мукопексия гипертрофированного внутреннего геморроидального узла проводится под визуальным контролем. Аналогичным путем проводят дезартеризацию и мукопексию внутренних геморроидальных узлов на 7 и 3 часах, иногда на 1, 5, 9 часах.

После этого снимают кольцо-расширитель, удаляют соответствующие наружные геморроидальные узлы, обычно как продолжение внутренних узлов. После обработки ушитых ран в анальный канал вводят тонкую турунду, пропитанную линиментом Вишневского.

На базе хирургического отделения Ошской городской клинической больницы с 2015 по 2016 годы находились 145 больных с диагнозом хронический геморрой, при этом у 13 (9 %) больных диагностирован хронический геморрой и постгеморрагическая анемия, у 54 (37,2 %) больных диагностирован геморрой 3 степени с кровотечением, у 78 (53,8 %) диагностирован хронический геморрой 3-4 степени. Из них мужчин было 97 (66 %), женщин - 49 (34 %), в возрастном аспекте до 30 лет были 32 (22 %), до 40 лет - 39 (27 %), до 50 лет - 35 (24 %), до 60 лет - 24 (16 %) больных. У 81 (56 %) больного одновременно выпадали все внутренние узлы, а у 9 (6,2 %) больных выпадали внутренние узлы только на 11 и 7 часах. Закрытая геморроидэктомия произведена 90

(62 %) больным, 55 (38 %) больным произведена операция дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и совместным удалением наружных геморроидальных узлов.

В послеоперационном периоде у больных, перенесших дезартеризацию геморроидальных узлов с мукопексией, болевой синдром был менее выраженным, больные вели себя сравнительно активно, рефлексорная задержка мочеиспускания не отмечена, и отсутствовал риск развития послеоперационного кровотечения и послеоперационной стриктуры анального канала. Средние сроки пребывания больных в стационаре составили 6,8 койко-дней. А у больных с закрытой геморроидэктомией болевой синдром был более выраженным, у 7 (12,7 %) больных отмечена задержка мочеиспускания, и у 3 (5,5 %) больных развилась послеоперационная стриктура анального канала. Средние сроки пребывания данных больных в стационаре составили 8,3 койко-дней.

Дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией сопровождается мало-выраженным болевым синдромом. Совместное удаление наружных геморроидальных узлов при дезартеризации внутренних геморроидальных узлов исключает гипертрофию наружных геморроидальных узлов в перспективе.

Формула изобретения

Безаппаратная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных геморроидальных узлов, включающая лигирование ножки двумя восьмиобразными швами, артерии на протяжении, лифтинг и мукопексию слизистой, наложение непрерывного шва, 3-5 стежков с интервалом 0,8-1,0 см, аналогично проводят лифтинг по всему периметру кишки, как правило, на 11, 6, 3 ч, отличающаяся тем, что после са크ральной анестезии и расширения анального канала кольцом-расширителем приступают к дезартеризации внутренних геморроидальных узлов, начиная на 11 часах, сосудистую ножку геморроидального узла ушивают восьмиобразными швами викрилом 2/0, в дальнейшем зажим Люэра отпускают от захваченного увеличенного геморроидального узла, затем гипертрофированный геморроидальный узел ушивают и фиксируют отдельными "Х" образными швами викрилом 2/0, снимают кольцо-расширитель и удаляют наружные геморроидальные узлы на 11, 7, 3 часах.

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03