



**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА  
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ**

**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ**(21)(22) Заявка: **2011127577/14, 05.07.2011**(24) Дата начала отсчета срока действия патента:  
**05.07.2011**

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: **05.07.2011**(45) Опубликовано: **10.08.2012** Бюл. № 22

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: **RU 2254817 С1, 27.06.2005. US 0007556628 В2, 07.07.2009. ШАЛИМОВ А.А. и др. Хирургия пищеварительного тракта. - Киев: Здоровья, 1987, с.485, 486. Gupta P.J. Radiofrequency coagulation: a new option for early grade bleeding hemorrhoids. Bratisl Lek Listy. 2006; 107(5): 192-6 (Abstract).**

Адрес для переписки:

**680051, г.Хабаровск, ул. Суворова, 32, кв.1,  
В.В. Убиенных**

(72) Автор(ы):

**Убиенных Валерий Владимирович (RU),  
Убиенных Николай Валерьевич (RU)**

(73) Патентообладатель(и):

**Убиенных Николай Валерьевич (RU)**

**(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ III-IV СТАДИИ**

(57) Реферат:

Изобретение относится к хирургии и может быть применимо для радикального лечения геморроя III-IV стадии. Производят круговое рассечение тканей на границе сращения кожи и слизистой прямой кишки электродом А8 или D7 в режиме 1 радиоволновым скальпелем «Сургитрон». Берут края слизистой на зажимы на 12, 6, 3 и 9 часах. Выделяют от окружающих тканей слизистый цилиндр прямой кишки

вместе с кавернозными геморроидальными тельцами и варикозными венозными узлами длиной не более 5 см. При помощи электродов А8 или D7 в режиме 2 резецируют выделенный слизистый цилиндр. Оставшуюся проксимальную часть слизистой прямой кишки сшивают с кожей ануса Z-образными узловатыми кетгутowymi швами. Способ позволяет уменьшить зону коагуляционного некроза, уменьшить риск рецидива. 3 пр., 1 ил.



FEDERAL SERVICE  
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

**(12) ABSTRACT OF INVENTION**(21)(22) Application: **2011127577/14, 05.07.2011**(24) Effective date for property rights:  
**05.07.2011**

Priority:

(22) Date of filing: **05.07.2011**(45) Date of publication: **10.08.2012 Bull. 22**

Mail address:

**680051, g.Khabarovsk, ul. Suvorova, 32, kv.1,  
V.V. Ubiennykh**

(72) Inventor(s):

**Ubiennykh Valerij Vladimirovich (RU),  
Ubiennykh Nikolaj Valer'evich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Ubiennykh Nikolaj Valer'evich (RU)****(54) METHOD OF SURGICAL RADICAL TREATMENT OF III-IV STAGE HEMORRHOID**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention relates to surgery and can be applied for radical treatment of III-IV stage hemorrhoid. Circular dissection of tissues on the border of fusion of skin and rectal mucosa is performed with electrode A8 or D7 in mode 1 by radiowave scalpel "Surgitron". Edges of mucosa are taken on clamps on 12, 6, 3 and 9 o'clock. Mucous cylinder of rectum is exposed from surrounding

tissues together with cavernous hemorrhoidal bodies and varicose venous nodes not more than 5 cm long. By means of electrodes A8 and D7 in mode 2 isolated mucous cylinder is resected. Remaining proximal part of rectum mucosa is sewn with skin of anus by Z-shaped interrupted catgut sutures.

EFFECT: method makes it possible to reduce zone of coagulation necrosis, reduce risk of recurrence.

3 ex, 2 dwg

Изобретение относится к медицине и, в частности, к проктологии, и может быть использовано как радикальный метод хирургического лечения геморроя III-IV стадии.

Геморрой относится к распространенным заболеванием, которым страдает от 10 до 25% населения во всем мире, а среди людей старше 50 лет заболеваемость геморроем близка к 50%.

Различают четыре стадии геморроя. Если при I-й и II-й стадиях геморроя применяется консервативная терапия, или мало инвазивные методы лечения, то при хроническом геморрое III и IV стадий многие хирурги испытывают особую трудность в выборе оперативного лечения, если учесть, что для этого заболевания предложено более 250 способов хирургических вмешательств. (Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое обоснование выбора способа лечения геморроя. / Автореферат док. Мед. наук. - М. - 1999 г.)

Вышеизложенные обстоятельства делают эту проблему весьма актуальной.

Существуют хирургические способы лечения геморроя, а одним из аналогов является операция Миллигана-Моргана и, как альтернатива, это - стэпл-геморроидэктомия (Ривкин В.Л., Капулер Л.Л., Дульцев Ю.В. Мон. «Геморрой». - М. Медицина - 1994 г.; Савельев В.С. «Геморрой» 50 лекций по хирургии. - М.: Медиа медика 2003. - 310 с.; Longo A. Treatment of haemorrhoidal disease by reduction of mucosa and haemorrhoidal prolapsed with a circular stapling device: a new procedure -6<sup>th</sup> World Congress of endoscopic Sugery. / Mundozzi Editore 1988 777-841). Недостатками этих способов является невозможность полностью удалить наружные геморроидальные узлы и частично выпавшую слизистую прямой кишки, в связи с чем они не могут претендовать на роль радикальных операций. Необходимо также отметить, что у вышеперечисленных оперативных вмешательств наблюдаются рецидивы заболевания от 3,5 до 31,8% (Диденко В.В., Петров В.П. и др. // Актуальные вопросы колопроктологии. Материалы V Всероссийской конференции с международным участием. Ростов на-Дону, 2001 г.).

Наиболее близким аналогом - прототипом является операция по способу УАЙТХЕДА, которая заключалась в круговом рассечении слизистой по границе ее сращения с кожей ануса, после чего слизистый цилиндр прямой кишки выделялся от окружающих тканей на протяжении 5-8 см от ануса. Далее, этот участок резецировался, а края оставшейся слизистой подшивались к коже заднего прохода (Whitehead W. The surgical treatment of hemorrhoids. Br Med J I: 148-150, 1982). В зону иссечения попадают не только венозные варикозные узлы, но и кавернозные геморроидальные тельца прямой кишки, что является профилактикой рецидива заболевания. Недостатком прототипа является значительный травматизм, иногда болевой шок, а также появление осложнений, например, недержание кала и газов, а также стриктура анального канала (Жуков Б.Н., Исаев В.Р. и др. Самарский государственный медицинский университет. Научно-исследовательский институт. «Неионизирующие излучения в медицине», г. Самара, 2001 г.).

Возможно хирургическое лечение геморроя III-IV стадии с помощью ультразвука или лазера, но недостатком таких технологий является значительная зона коагуляционного некроза 1,09 или 1,40 мм соответственно.

Задача - предложить способ, который сокращает количество послеоперационных осложнений и повышает качество операционного вмешательства.

Технический результат - достижение поставленных задач путем применения радиоволнового скальпеля «Сургитрон».

Технический результат достигается тем, что радиоволновым скальпелем

«Сургитрон» при помощи игольчатого электрода серии А8, или серии D7 в режиме - 1, выполняют разрез и коагуляцию по линии срастания кожи и слизистой прямой кишки, циркулярно рассекая ткани. Края отсеченной слизистой прямой кишки берут на зажимы Алиса в четырех точках соответственно циферблату на 12, 6, 3, 9 часах. После этого выделяют варикозные венозные узлы и кавернозные геморроидальные тельца электродом А8 в режиме 2, одновременно коагулируя кавернозные геморроидальные тельца, так как ректальные кровотечения возникают из этих образований (Peter A. Cataldo, M.D.: Гастроэнтерология, проктология, М. 2005 г.). Мобилизованный цилиндр слизистой прямой кишки не более 5 см длиной иссекают этим же электродом А8 или D7, устанавливая режим 2 - это одновременно разрез, коагуляция и гемостаз. Длина мобилизованного цилиндра слизистой прямой кишки размером не более 5 см была определена эмпирическим путем, так как после такой мобилизации не возникло рецидивов, и, как показали проктологические исследования, кавернозные геморроидальные тельца не возникают. Оставшуюся, проксимальную часть слизистой прямой кишки по всему периметру сшивают с кожей ануса Z-образными узловатыми кетгутовыми швами, применяя для этой цели атравматическую иглу. В прямую кишку вводят газоотводную трубку с марлевой турундой, обработанную мазью, для отхождения газов и катетеризируют мочевого пузыря, с целью профилактики задержки мочи. На швы накладывают пращевидную марлевую повязку. Швы не снимают, т.к. они самостоятельно отторгаются через 3-4 недели после операции.

Преимущества предлагаемого способа:

- минимальная травматизация тканей, что способствует предупреждению болевого шока;

- уменьшение краевой зоны некроза до 0,13 мм, что способствует значительному уменьшению количества осложнений, которые заключаются в недержании кала и газов, стриктуры заднего прохода;

- практическое отсутствие рецидивов.

Пролечено 24 пациента с III и IV стадиями геморроя. В раннем послеоперационном периоде возникло 2 осложнения: у женщин старше 60-ти лет. У больной Г., 62 года, через неделю после операции возникло осложнение: недержание жидкого кала. Этой пациентке проведена комплексная консервативная терапия, включающая физиопроцедуры, ЛФК, иглорефлексотерапию. Через 10 дней функция сфинктера восстановилась и больная в удовлетворительном состоянии выписана из отделения. Наблюдается в течение последних 4-х лет, жалоб не предъявляет. Стул регулярный оформленный, спокойно удерживает кал и газы. Качество жизни удовлетворительное.

Пациентка С., 70 лет, оперирована по предлагаемому способу. Через 3 недели после операции поступила в отделение с жалобами на задержку отхождения кала в области заднего прохода. При обследовании выявлено, что в области наложения швов образовалась стриктура, создававшая узкий проход, что частично препятствовало опорожнению каловых масс. После всего лишь одного пальцевого исследования прямой кишки выше указанные явления купированы. Тем не менее, больной было дважды проведено бужирование стриктуры ректальным зеркалом, после чего акт дефекации нормализовался. В удовлетворительном состоянии больная выписана из отделения. Наблюдается в течение 3-х лет. Жалоб не предъявляет. Стул оформленный, регулярный, запора не отмечает. Рецидива геморроя не выявлено. Качество жизни удовлетворительное.

У перенесших операцию пациентов, которые наблюдались от года до 5-ти лет, результаты оперативного лечения оценены как удовлетворительные. Жалоб в

отдаленном периоде они не предъявляли, нарушения акта дефекации и рецидива заболевания ни у кого не выявлено, все пациенты отметили, что у них значительно улучшилось качество жизни.

5 Пример 1. Больная Д., 63 года, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли и наличие выпадающих кавернозных геморроидальных телец после акта дефекации, примесь крови в кале. Больной считает себя более 25 лет. Свое заболевание связывает с родами и тяжелой физической работой. Длительное время лечилась в поликлинике, иногда в стационаре, но особого эффекта не отмечала. Более того, 10 последние 2 года отметила увеличение кавернозных геморроидальных телец и постоянное их выпадение из прямой кишки после акта дефекации.

При поступлении состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, повышенного питания. Пульс 76 уд/мин, АД 124/90 мм рт.ст.

15 При осмотре *per rectum* в области ануса определяются наружные, а при натуживании, почти по всему периметру - внутренние кавернозные геморроидальные тельца и венозные варикозные узлы размером от 1,5 до 2,0 см вместе с небольшим участком слизистой оболочки прямой кишки. *Per rectum*: тонус сфинктера ослаблен, слизистая мягкоэластической консистенции. Ампула пустая, на перчатке следы алой 20 крови. Выставлен диагноз: «Хронический геморрой III стадии». В связи с наличием запущенного геморроя, безуспешностью консервативной терапии и низким качеством жизни больной решено выполнить операцию-геморроидэктомию под перидуральной анестезией. После подготовки раствором Фортранса больной произведена операция 25 геморроидэктомия с применением радиоволнового скальпеля «Сургитрон» по предлагаемому способу. В прямую кишку на одни сутки поставлена газоотводная трубка и произведена катетеризация мочевого пузыря. Послеоперационный период без осложнений. На 5-е сутки больной разрешено вставать с постели. Ежедневно производились перевязки, в дальнейшем геморроидальные свечи, марганцовые 30 ванночки, мазевые повязки. На 10-е сутки больная выписана из отделения, рекомендовано лечение и наблюдение у хирурга поликлиники. Осмотрена через полгода. Отмечала незначительные покальывания в прямой кишке после акта дефикации. Выделений из прямой кишки нет. При осмотре ануса в области срастания 35 кожи со слизистой определяется нежный рубец. Задержки стула и выпадения узлов не отмечает. Повторные осмотры через один год и 5 лет после операции: жалоб не предъявляет. Стул оформленный регулярный. *Per rectum*: тонус сфинктера сохранен. Потери стула и газов не отмечает. Рецидива кавернозных геморроидальных телец и венозных варикозных узлов не выявлено. Отмечает хорошее качество жизни.

40 Пример 2. Больной Е., 30 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на наличие опухолевидных образований в области ануса, которые не вправляются в прямую кишку, боли и частые кровотечения из прямой кишки после акта дефикации. Больным считает себя около 7 лет, когда отметил наличие кавернозных 45 геморроидальных телец и венозных варикозных узлов после акта дефекации, боли и незначительные кровянистые выделения. Свое заболевание связывает с тяжелой физической работой. Длительное время лечился в поликлинике, но особого эффекта не отмечал, в связи с чем хирург направил больного на оперативное лечение.

50 При поступлении состояние удовлетворительное. АД 130/80 мм рт.ст, пульс 68 уд/мин. Какой-либо патологии со стороны органов брюшной полости не выявлено. При осмотре ануса выявлено наличие 3-х наружных кавернозных геморроидальных телец, которые слегка отечны. По всему периметру анальной области определяется выпадение небольшого участка слизистой вместе с кавернозными геморроидальными

тельцами и внутренними венозными геморроидальными узлами. Ручное вправление эффекта не дает. Per rectum: Тонус сфинктера несколько ослаблен, на перчатке следы крови. Выставлен диагноз: «Хронический геморрой IV стадии». В последующем выполнена фиброколоноскопия.

5 В показателях крови и мочи патологии не выявлено. После предварительной подготовки с применением Фортранса, под перидуральной анестезией, произведена операция геморроидэктомия с помощью радиоволнового скальпеля «Сургитрон» по предлагаемому способу. В прямую кишку поставлена газоотводная трубка, которая  
10 через сутки удалена. Произведена катетеризация мочевого пузыря. Постельный режим в течение 4-х суток. Послеоперационный период без осложнений. На 10-е сутки выписан из отделения с удовлетворительной сократительной функцией сфинктера.

Осмотрен через 1,5 года. В области наружного сфинктера, где были наложены швы, имеется нежный рубец. Тонус сфинктера сохранен, функциональных нарушений не  
15 отмечено. Стул регулярный, хорошо оформленный. Качество жизни вполне удовлетворительное.

Пример 3. Больная Ч., 32 года, поступила в хирургический стационар с жалобами на наличие выпавших венозных варикозных узлов и кавернозных геморроидальных  
20 телец в области заднего прохода, сильные боли при акте дефекации, примесь крови в кале. Из-за боязни ходить в туалет отмечала наличие запора в течение 3-4-х суток. Из-за выраженного болевого синдрома вынуждена была прекратить половые контакты. Все вместе взятое значительно ухудшало качество жизни.

Из анамнеза заболевания выяснено, что больная страдает геморроем с 1998 года.  
25 Свое заболевание связывает с ранее перенесенными родами и выполнением тяжелой физической работы. В 2000 году по поводу хронического геморроя оперирована в одной из хирургических клиник. Длительное время после операции испытывала болевой синдром. Из хирургического отделения выписана на 10-е сутки. По-прежнему  
30 отмечала боли в области заднего прохода после акта дефекации. Через год в области заднего прохода появились увеличенные болезненные кавернозные геморроидальные тельца и венозные варикозные узлы еще больших размеров, чем до операции. В кале всегда присутствовало незначительное количество алой крови. Из-за боязни, что  
35 больной повторно предложат операцию, за врачебной помощью не обращалась. В связи с тем, что узлы не вправлялись в прямую кишку и что имел место выраженный болевой синдром, больная обратилась за врачебной помощью и была направлена в стационар на оперативное лечение.

При поступлении состояние удовлетворительное. Правильного телосложения,  
40 повышенного питания. Пульс 68 уд/мин, АД 130/80 мм рт.ст. При осмотре выявлено: в области заднего прохода по всему периметру определяются отечные, увеличенные, резко болезненные как наружные, так и внутренние геморроидальные узлы размером от 0,5 до 1,5 см. Отмечается частичное выпадение слизистой прямой кишки. Выставлен  
45 диагноз: «Хронический геморрой IV стадии». После кратковременной предоперационной подготовки 07.07.2010 г. больной произведена операция - геморроидэктомия с применением радиоволнового скальпеля «Сургитрон» по  
предлагаемому способу. Послеоперационный период без осложнений (чертеж). Через 9  
суток после операции в удовлетворительном состоянии выписана из отделения. После  
50 операции осмотрена через 6 месяцев. Жалоб не предъявляет. Стул регулярный, оформленный, безболезненный. При осмотре заднего прохода, в области ранее наложенных швов, отмечается нежный рубец. Поверхность ануса ровная. Per rectum: тонус сфинктера сохранен, ампула прямой кишки пуста, каких либо опухолевидных

образований не выявлено. Следующий осмотр произведен через 10 месяцев после операции. Каких-либо жалоб не предъявляет. Стул регулярный, безболезненный. Живет полноценной жизнью, качеством которой вполне довольна. При осмотре rectum патологии не выявлено.

5

#### Формула изобретения

Способ хирургического радикального лечения геморроя III-IV стадии, включающий круговое рассечение тканей на границе сращения кожи и слизистой прямой кишки, отличающийся тем, что рассечение тканей производят электродом А8 или D7 в режиме 1 радиоволновым скальпелем «Сургитрон», затем берут края слизистой на зажимы на 12, 6, 3 и 9 часах, выделяют от окружающих тканей слизистый цилиндр прямой кишки вместе с кавернозными геморроидальными тельцами и варикозными венозными узлами длиной не более 5 см, далее при помощи электродов А8 или D7 в режиме 2 его резецируют, после чего оставшуюся проксимальную часть слизистой прямой кишки сшивают с кожей ануса Z-образными узловатыми кетгутовыми швами.

10

15

20

25

30

35

40

45

50



Пример 3. До операции.





Пример. 3. После операции