ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Алимов Д.З., Машкин А.М., Волчкова И.С., Миронюк Н.В., Преферансов А.Б.

Кафедра хирургии ФПК и ППС ГБОУ ВПО ТюмГМА МЗ РФ, г.Тюмень
Кафедра общей хирургии АО «Медицинский университет Астана», г.Астана

Актуальность: Операция геморроидэктомии – самое частое вмешательство в «малой проктологии» в частности, и в целом в практике хирурга-колопроктолога. Существующие основные методы операции сегодня являются различными вариантами классической операции иссечения геморроидальных узлов по Миллигану-Моргану. Неотъемлемой частью подобного хирургического лечения является прошивание сосудистой ножки геморроидального узла, и ушивание раны анального канала и слизистой после геморроидэктомии. Наличие шовного материала в зоне операции является существенным неблагоприятным фактором, проявляющимся после операции выраженным болевым синдромом, воспалением, а в последующем – рубцовыми деформациями и сужениями. Поэтому поиск технологии операции геморрондэктомии без использования шовного материала является важной задачей. Существенное подспорье оказывают в этом плане возможности современного электрохирургического оборудования.

Цель: Оценить результаты операции геморроидэктомии с использованием современных электрохирургических технологий.

Материалы и методы:

Использованы электрохирургические аппараты производства фирмы «ФОТЕК» моделей АВ-150 и Е-142М. Аппараты имеют режим «ТЕРМОШОВ». В отличие от традиционной биполярной коагуляции в режиме «ТЕРМОШОВ» при подачи тока на ткань и одновременном её сдавливании белки сосудистой стенки под автоматическим контролем расплавляются, и формируется прочная гомогенная рассасывающуюся пломба (коллагенат). Аппарат обеспечивает точно дозированную подачу энергии к тканям. Остановка воздействия происходит автоматически. Заваривание сосудов (артерий и вен) производится без их выделения. В ране не остается инородного материала (лигатур). Заживление проходит без отторжения коллагената. Были проанализированы результаты операции геморроидэктомии у 105 пациентов. Из них в 75 случаях была использована геморроидэктомия с использованием термошва (1 группа), и в 30 случаях

применялся традиционный способ геморроидэктомии по Миллигану-Моргану (2 группа).

Результаты: Все операции выполнялись под эпидуральной или спинномозговой анестезией. Средняя продолжительность операции в первой группе составила 19,6 ± 3,7 минут, во второй группе - 32,9 ± 5,4 минуты. Операции, выполняемые в первой группе, протекали практически бескровно. Несмотря на отсутствие шовного материала в ране у пациентов первой группы, гемостаз был надежным, и случаев послеоперационных кровотечений мы не наблюдали. Уровень послеоперационного болевого синдрома, оцененный по визуальной аналоговой шкале в сроки 3, 6, 12, 24 и 72 часа после операции, оказался существенно ниже в первой группе. Ни в одном случае у пациентов первой группы не отмечалось задержки мочи, и не было проблем с первой дефекацией в послеоперационном периоде. Средняя длительность стационарного лечения в первой группе составила 5,5 ± 0,6 суток, во второй группе - 7,5 ± 0,7 суток.

В 7 наблюдениях технология термошва была использована нами при удалении анальных полипов. Гемостаз оказался надежным, применения лигатурных материалов также не понадобилось.

Выводы:

1. Геморроидэктомия с использованием современных электрохирургических технологий (так называемый термошов) аппаратами фирмы «ФОТЕК» является высокоэффективным способом хирургического лечения геморроя.
2. Особенности термошва обеспечивают положительный клинический эффект: качественный гемостаз, отсутствие шовного материала в ране, минимальный болевой синдром, быстрое заживление.
3. При использовании технологии термошва отмечено уменьшение средней продолжительности операции, и сокращение средних сроков пребывания пациента в стационаре, что позволяет говорить и о экономической эффективности метода.