

УДК 616.3/-003./-72

© С. С. ПОДПРЯТОВ, Г. С. МАРИНСЬКИЙ, О. І. УМАНЕЦЬ

Київська міська клінічна лікарня № 1, Інститут електрозварювання імені Є. О. Патона НАН України

Електрозварювання і нестандартні ситуації в проктології

S. S. PODPRYATOV, H. S. MARYNSKY, O. I. UMANETS

Kyiv City Clinical Hospital № 1, Electric Welding Institute by Ye. O. Paton of NAS of Ukraine

ELECTRIC WELDING AND UNUSUAL SITUATIONS IN PROCTOLOGY

Жива тканина під впливом електрозварювального імпульсу зберігає життєздатність, тому після заварювання загоєння відбувається швидше, оминаючи фази альтерації та відторгнення струпу, що визначає швидше відновлення функційного спокою сфінктера відхідника (СВ) після втручання.

Здійснення часткової сфінктеротомії призводить до порушення тримання СВ у віддаленому періоді, яке, однак, нерідко перебуває на субклінічному рівні.

Мета роботи: оцінити ефективність одночасного здійснення гемороїдектомії та пластичної корекції анальної тріщини, дефекту СВ, ректовагінальної перетинки.

Із застосуванням електрозварювання в лікарні оперували 30 хворих на хронічний гемороїд II–IV стадій та супутню наявність транссфінктерної анальної нориці (3 хворих), витончення передньої порції СВ (8 хворих) на тлі натужування під час випорожнення. Натужування було зумовлено існуванням анальної тріщини зі спазмом СВ, та додатково у 6 хворих – пролабуванням нижньої частини ректовагінальної перетинки (випадання тазових органів 2Ar за класифікацією POP-Q). Чоловіків було 11, жінок – 19, у віці від 32 до 65 років.

Для перекриття патологічного кровотоку варикозно розширені вени відхідника, гемороїдальних вузлів та випалих сегментів прямої кишки заварювали, використовуючи електрозварювальний затискач та спеціально розроблені параметри режимів “електрозварювання” чи “коагуляція” в апараті “Патонмед” ЕКВ3-300.

Вимір тонусу та реакції СВ, чутливості прямої кишки з тестом на вигнання здійснювали з використанням балона та цифрового манометра. На теннограмі, знятій зі СВ, вирізняли 2 типи його реактивності: гіперестезивну та гіпертонічно-гіперестезивну. Гіпертонічно-гіперестезивна реактивність СВ клінічно відповідна його стійкому спазму та характеризувалася східцеподібним, а не лінійним розслабленням СВ після введення балона у відхідник.

Вивчали стан і межі порушення м'язів СВ й тазового дна, кровопостачання, наявності чи відсутності нориці з використанням інтраректально введених 2D та 3D ректальних датчиків ультразвукового сканера HAWK 2102 BK-Medical. Натужування під час випорожнення оцінювали за опитувальником SF-36.

Трьом жінкам основної групи перед корекцією ректоцеле здійснили попереднє стійке розслаблення СВ введенням 90 ОД препарату ботулотоксину “Диспорт”.

Трьом хворим на хронічний гемороїд, ускладнений передньою анальною тріщиною та підвищеним тонусом сфінктера, поєднаний з післяпологовим витонченням передньої порції сфінктера та ректоцеле, здійснили одномоментне втручання після підготовчого введення ботулотоксину. Виконали одночасне підслизове електрозварювання гемороїдальних вузлів, пластичне закриття тріщини, висічення передньої транссфінктерної нориці, сфінктеропластику та леваторопластику (1 хвора) або алопластику сіткою ProSeed ректовагінальної перетинки (2 хворих). У післяопераційному періоді хворі не потребували ручної допомоги випорожненню, акт дефекації довільний і без тривалого натужування, збережено функцію тримання. Рецидиву тріщини, неспроможності швів не було. У товщі ректовагінальної перетинки в обох хворих утворилась серома, у 1 – прорізування швів на дистальному краю через вигин сітки. Повернення скоригованого порушення вигнання при цьому не відбулося. Після обрізування сітки і проростання її грануляціями (7 міс.) рана закрилася.

При спостереженні протягом 2 років функції тримання та вигнання повноцінні, рецидиву тріщини та геморою немає.

У 12 хворих без дефекту СВ та/чи ректовагінальної перетинки після електрозварювання гемороїдальних вен здійснювали висічення рубцево змінених країв тріщини та пластичне закриття рани

анодерми. Дивульсії чи сфінктеротомії при цьому не здійснювали. Гіперестезивна реакція СВ зберігалась до 11–12 діб, спазму не було.

Рецидив тріщини на тлі відсутності натужування, спазму СВ виявили у 2 хворих, вилікування було досягнуто вишкрібанням країв тріщини в умовах наркозу.

У групі порівняння 3 хворим із дефектом СВ та ректовагінальної перетинки першим етапом здійснювали висічення гемороїдальних вузлів із пластикою тріщини. Всі хворі в післяопераційному періоді внаслідок існування ректоцеле були змушені тривало і значно натужуватись під час випорожнення, що призвело до неспроможності пластичних швів у всіх, та у 2 – швів на гемороїдальних вузлах. У 1 хворої при спробі здійснити пластичне зашивання СВ після висічення нориці відзначено неспроможність швів на СВ. Яскравість болю, гіперестезивна реакція СВ у них зберігались до 16–18-ї доби.

При одночасному здійсненні 12 хворим гемороїдектомії традиційним способом, з висіченням тріщини та здійсненням алопластики, інтраопераційна дивульсія у межах фізіологічного розтягнення м'яза СВ була неефективною: для нормалізації випорожнення та запобігання рубцевому стенозу всім здійснювали бужування у період з 12 до 25-ї післяопераційної доби – до моменту зникнення яскравого болю та зменшення гіперестезії.

Висновки. 1. Застосування спеціально розроблених режимів електрозварювання для здійснення гемороїдектомії (апарат “Патонмед” ЕКВЗ-300) створює можливість нестандартної симультанної пластичної корекції дефекту СВ, ректовагінальної перетинки, анальної тріщини.

2. Сприяє успіху симультанної пластики СВ і тазового дна, за наявності хронічного геморою II–IV стадій та вимушеного натужування під час випорожнення, подовжене розслаблення СВ ін'єкцією препарату ботулотоксину.

Отримано 14.03.13