

Лечение сочетанных проктологических заболеваний в амбулаторных условиях.

Мухин А.Г., Комарова М.Ю., Волкова О.В.,
Клиника Андрологии
г. Москва

Трещины прямой кишки, наиболее частые заболевания, встречающиеся в практике колопроктолога. По частоте встречаемости занимают третье место после геморроя и парапроктита и составляют 11,7% среди проктологических больных (Жуков Б.Н., 1999). По другим данным на долю общего числа больных анальной трещиной приходится до 15% пациентов проктологических стационаров (Воробьев Г.И., Благодарный Л.А., 2003).

Длительно существующие анальные трещины часто осложняются свищами прямой кишки. Полость образующаяся, особенно при хронической задней анальной трещине, является резервуаром и одновременно источником вторичной инфекции. Такая трещина при наличии чаще неполного заднего свища прямой кишки, реже чрезсфинктерного не заживает при упорном консервативном лечении.

Цель исследования.

Оценить эффективность комбинированного лечения хронической анальной трещины, используя консервативные методы лечения и оперативное иссечение анальных трещин радиоволновым аппаратом «Ellman surgitron».

Материалы и методы.

Клинический материал составил 57 больных с анальными трещинами : 21 (36,8%) женщины, 36 (63,2%) мужчины. Возраст больных от 27 до 69 лет. Пациенты были оперированы в 2008 и первой половине 2009 года. При первичном осмотре всем больным проведено комплексное обследование: гемостазиограмма, анализ крови на RW, ВИЧ, гепатит В и С. В ряде случаев взят мазок на урогенитальные инфекции. Исследование производилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). При выявлении микоплазменной, уреоплазменной, хламидийной инфекции проводилась специфическая антибактериальная терапия с последующим контролем анализов. Общее количество пациентов составляет 57.

У 26 из них диагностирован свищ прямой кишки, что составляет 45,6 % от общего количества больных.

У 15 больных свищ был неполным.

У 11 больных свищ был полным. При первичном обращении больных с хроническими анальными трещинами проводился консервативный курс лечения с целью снятия воспаления в анальном канале и прямой кишке.

Противовоспалительная терапия включала в себя флеботропные препараты, детралекс и эскузан, постеризан форте, свечи и мазь, ванночки с раствором марганцовки или ромазуланом.

Для восстановления функции кишечника применялся Мукофальк по 1 дозе 2 раза в день. Оперативное лечение проводилось радиоволновым скальпелем «Ellman surgitron», с длиной волны 3,8 МГц.

Под местным обезболиванием проводилась тщательная ревизия свищевого хода зондом и прокрашивание его 1% раствором бриллиантовой зелени.

Полный подкожный свищ, или чрезсфинктерный свищ, когда была частично затронута, наружная порция сфинктера

иссекался на зонде. После иссечения свища радиоволновым скальпелем по Габриелю, производился тщательный гемостаз шариковым электродом в режиме – коагуляция. При необходимости производили подшивание краев раны ко дну (9 случаев). Шовный материал – полисорб № 4. В течение суток в ране оставалась гемостатическая губка.

Для обезболивания и исключения послеоперационных осложнений ректально вводили местноанестезирующий препарат «Инстиллагель» и постеризан-форте 5,0 мл через катетер. Операцию заканчивали введением гемостатической губки в послеоперационную рану на 1 сутки. Первая перевязка производилась на следующий день. Гемостатическая губка удалялась, производилось промывание послеоперационной раны раствором хлоргексидина или мирамистина. По катетеру вводили постеризан – форте в количестве 5,0 мл и мазевую повязку на операционную рану. Дальнейшие перевязки производились амбулаторно. Осмотр оперирующего хирурга 2 раза в неделю. При болевом синдроме использовались таблетированные формы анальгетиков – спазган, баралгин, кетанов. В среднем проводили до 3 – 5 перевязок в удобное для пациентов время, амбулаторно.

При наличии хронической анальной трещины иссекались края. Применялся режим «резание – коагуляция», сила тока – 3-4. Обработка дна трещины производилась в режиме фульгурация. Проводился тщательный гемостаз, ректально вводили препарат «Инстиллагель» - 10,0 мл и мазь Постеризан-форте 5,0 через катетер. С целью обезболивания внутримышечно 2,0 мл кетанов или 5,0 мл баралгина. Таким образом было иссечено 27 задних хронических анальных трещин. В послеоперационном периоде производились перевязки, обезболивающие, ванночки с марганцевым калием в течение двух недель амбулаторно. Заживление происходило вторичным натяжением.

Результаты.

Типичная локализация хронических анальных трещин на 6 часах встречалась в 85% наблюдений. При наличии трещины с плотными краями, гипертрофированной кожи со «сторожевым» бугорком после обезболивания во время ревизии зондом чаще определялся задний подкожный свищ прямой кишки. Нужно отметить длительно не заживающие раны после иссечения в анальном канале. У пациентов сохраняется чувство дискомфорта в течение 1 – 1,5 месяцев после оперативного лечения.

Заживление послеоперационной раны вторичным натяжением. Во всех случаях при гистологическом исследовании образцов выявлено хроническое воспаление.

Полное заживление раны происходило через 4 – 5 недель. Из послеоперационных осложнений нужно отметить боли в области послеоперационных рубцов, после иссечения задних чрезсфинктерных свищей прямой кишки.

В трех случаях произведена фульгурация послеоперационного рубца.

Заключение.

Таким образом, при правильном отборе пациентов, после проведения консервативного курса лечения, возможно проведение малоинвазивных оперативных вмешательств в амбулаторных условиях с применением радиоволнового скальпеля, что значительно сокращает сроки оперативного лечения, позволяет снизить число послеоперационных осложнений и способствует ранней реабилитации оперированных больных.