

ТАЗОВЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Ломоносов Д.А., Ломоносов А.Л.,
Еремеев А.Г., Лисин И.Е.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь,
Россия

Тазовый болевой синдром (ТБС) распространенное, но недостаточно изученное заболевание.

ЦЕЛЬ. Изучить этиологию, особенности болевого синдрома, состояние анального канала и структур тазового дна у больных ТБС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследовано 55 человек в возрасте $46 \pm 2,8$ лет, из них 29 (52,7%) женщин. Всем больным выполнено пальцевое ректальное исследование, ректороманоскопия или аноскопия, по показаниям КТ пояснично-крестцового и крестцово-копчикового отделов позвоночника, МРТ, УЗИ органов малого таза, колоноскопия, проводились консультации уролога, гинеколога. Органической патологии в прямой кишке не выявлено.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Патология позвоночника выявлена у 50 (90,9%) больных, у 37 (67,3%) пациентов в анамнезе была травма копчика, операции на прямой кишке, синдром раздражённого кишечника, дивертикулярная болезнь, у 14 (25,5%) больных диагностированы гинекологические заболевания. При обращении в 27,3% случаев (15 больных) болей отмечено не было. На умеренную боль жаловались 21 (38,2%) пациент, на боли средней интенсивности – 17 (30,9%), на сильные – 2 (3,6%) больных. Диагноз анусалгия установлен у 22 (40,0%) пациентов, у 19 (34,5%) – проктология, у 14 (25,5%) – кокцигодения. Боли локализовались заднем проходе, прямой кишке, копчике в 43,6% случаев (у 24 больных). При этом в 7,3% случаев (у 4 больных) отмечена иррадиация болей в другие зоны иннервации пуборектального нерва. Боли в промежности сочетались с болями в ягодицах, внизу живота, нижних конечностях в 49,1% случаев (у 27 больных). При пальцевом ректальном исследовании боли отметили 36 (65,5%) больных. При пальцевом ректальном исследовании и одновременной пальпации в области копчика у пациентов были выявлены боли в различных сочетаниях: на коже над основанием копчика – у 2 (3,6%); при надавливании на верхушку копчика – у 10 (18,2%); боли в анальном канале – у 9 (16,4%); в мышцах таза и крестцово-остистой связке – у 24 (46,3%).

ВЫВОДЫ. Больные ТБС – это пациенты трудоспособного возраста, лечение которых является социально значимой задачей. Возможными причинами болей является патология позвоночника, женской половой сферы, мочевыделительной системы. Представляется обоснованным лечение больных данной группы проктологом совместно с врачами смежных специальностей.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА СПОСОБА ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДАХ И КИСТАХ

Магомедова З.К., Грошин В.С.,
Чернышова Е.В., Воронова О.В.

Ростовский государственный медицинский
университет, кафедра хирургических болезней № 2,
Ростов-на-Дону, Россия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ) относится к одной из

актуальных и до конца нерешенных проблем колопроктологии. По данным литературы, частота рецидивов этой патологии достигает 30%. Неудовлетворенность существующими способами хирургического лечения рецидивных ЭКХ требует разработки новых высокоэффективных способов их хирургического лечения с учетом особенностей патологического процесса и причин рецидивов.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов радикального хирургического лечения рецидивных ЭКХ и кист за счет обоснования применения нового способа оперативного лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Проведен анализ результатов лечения 80 пациентов с ЭКХ, оперированных повторно. Сроки послеоперационного мониторинга составили от 6 до 12 месяцев. Применены три категории оперативных вмешательств. Обязательным компонентом оперативного вмешательства являлось радикальное иссечение копчиковых ходов и кист. В исследуемой группе 22 (27,5%) пациентам применен «Способ хирургического лечения рецидивных эпителиальных копчиковых ходов» (патент РФ № 2556617). Способ включает в себя нанесение двух окаймляющих волнообразных разрезов, радикальное иссечение копчиковых ходов, нанесение Г-образных послабляющих разрезов с последующей пластикой встречными кожно-подкожно-фасциальными лоскутами. В I контрольную группу включены 30 (37,5%) больных, оперированных радикально с ушиванием раны наглухо по МакМиллан-Донати. Во II контрольную группу вошли 28 (35%) пациентов, которым выполнено иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну и ликвидацией остаточной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Анализ результатов применения разработанного способа показал отсутствие послеоперационных рецидивов у пациентов основной группы. В одном наблюдении возникло нагноение раны, которое потребовало снятия 2-3 швов, рана зажила вторичным натяжением без рецидива заболевания. Сроки заживления послеоперационной раны составляли от 9 до 15 суток. Среди пациентов I контрольной группы (сроки заживления ран составили от 10 до 25 суток) зарегистрировано 3 (10%) рецидива, возникших через 1-1,5 месяца, а также 2 (7,1%) рецидива заболевания во II контрольной группе, развившихся в течение 2 месяцев.

ВЫВОДЫ. Разработанный «Способ хирургического лечения рецидивных эпителиальных копчиковых ходов» позволяет повысить эффективность хирургического лечения рецидивных ЭКХ за счет радикального иссечения копчиковых ходов и пластического закрытия операционной раны, что уменьшает натяжение краев раны, препятствует прорезыванию швов у дна, формированию и нагноению остаточных полостей, тем самым, уменьшая вероятность возникновения рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений. Сохранение кровоснабжения перемещенных лоскутов препятствует развитию их ишемии и некроза и способствует формированию эластичного рубца без деформации, что обеспечивает качественный косметический результат.

Уменьшение средней продолжительности госпитализации больных за счет сроков заживления и ранней реабилитации делает предложенный способ социаль-но значимым и экономически эффективным.