

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН*Областная клиническая больница (г. Чита)*

Хроническая анальная трещина встречается довольно часто в структуре болезней толстой кишки. Консервативное лечение при наличии пектеноза и сторожевых бугорков является невозможным, а хирургическое — приводит к длительной нетрудоспособности пациента. Использование малоинвазивных вмешательств, таких как подслизистая сфинктеротомия, блокады по Аминеvu и др., не устраивает современных хирургов наличием большого числа неудовлетворительных результатов.

Мы имеем опыт хирургического лечения пациентов с хроническими анальными трещинами в амбулаторных условиях низкочастотным ультразвуком.

Методика операции. Для анестезии было достаточно блокады анальной трещины по Аминеvu. После этого свободно вводили ректальное зеркало, что позволяло визуализировать трещину на всем протяжении. Генератором низкочастотного ультразвука служил аппарат «Проктон — 1». Обработку трещины выполняли с помощью входящих в комплектацию аппарата наконечников. Начинали с удаления пектеноза с краев раны ультразвуком. При этом визуально и тактильно наблюдали удаление рубцовых наростов, размягчение краев трещины. Кровоточивость при этих манипуляциях была минимальная. При наличии фиброзных полипов, их удаляли с помощью хирургических ножниц. Рану обрабатывали ультразвуком. Затем озвучивали дно трещины. Операцию заканчивали общим озвучиванием анального канала. Кровопотери при этих манипуляциях не было. Операцию заканчивали установкой в анальный канал тампона с Левосином.

Послеоперационное ведение. Больной находился на амбулаторном лечении. На следующий день после операции мог выходить на работу. Тампон удалял самостоятельно на следующий день после операции, при этом жалоб на кровоточивость или выраженные болевые ощущения не было. Для повязок использовались мази с анальгезирующим и ранозаживляющим компонентом. Контрольное посещение врача на 3, 6 и 14 сутки после операции.

МАТЕРИАЛЫ

Описанным выше способом пролечено 22 пациента с неспецифическими хроническими анальными трещинами. У всех больных трещины были одиночными (100 %). Женщин оперировано 15 (68,1 %), мужчин 7 (31,7 %), в возрасте от 21 до 52 лет. Трещины имели локализацию «на 6 часах» у 20 (91 %) пациентов, «на 12 часах» — у 2 (9 %). Фиброзный полип на проксимальном конце трещины наблюдался у 7 (31,7 %) пациентов, на дистальном — у 3 (13,7 %), сочетанная локализация — у 1 (4,6 %). Болевой синдром превалировал у всех больных (100 %). Выделение крови после дефекации наблюдалась у 20 (91 %). Стойкий спазм сфинктера обнаружен у 18 (81,7 %). Возраст трещин колебался от 3 недель, до 3 лет. У 14 пациентов фоновым заболеванием являлся геморрой (у 7 — первой степени, у 6 — второй, у 1 — третьей).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все больные отметили снижение болевого синдрома на следующий день после операции и после первого стула. Дискомфорт после стула проходил в течение 3 — 5 дней. На третий день трещина имела вид линейной раны с налетом фибрина. На седьмой — происходила эпителизация дистальных двух третей раны. На 14 сутки проходила полная эпителизация трещины, которая выглядела в виде линейного мягкого рубца.

У одной пациентки отмечен рецидив трещины через 3 месяца — лечение консервативное с добавлением одной блокады трещины по Аминеvu дало положительный эффект.

Повторного лечения не потребовалось ни в одном случае.

Всем пациентам с сопутствующей патологией рекомендовано его лечение, однако, учитывая ликвидацию болевого синдрома и улучшение качества жизни — во всех случаях получен отказ.

ВЫВОДЫ

Способ лечения неспецифических анальных трещин с помощью низкочастотного ультразвука является эффективным методом лечения и может быть применен в амбулаторных условиях. Данный метод лечения является нетрудоемким для врача и практически безболезненным для пациента. Временная нетрудоспособность при данном методе лечения отсутствует.