

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ АНОКОПЧИКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Литовченко Г. О., студ. 6-го курса

Научный руководитель – доц. В. И. Бугаев

СумГУ, кафедра хирургии с детской хирургией и курсом онкологии

Анокопчиковый болевой синдром характеризуется проявлением длительных острых, реже тупых болей в области копчика, которые не связаны с актом дефекации, половым актом и иррадиируют в промежность, ягодицы, бедра. В данном случае боли можно характеризовать не как симптом, а как диагноз, так как они не обусловлены какими-либо органическими поражениями прямой кишки, крестца или копчика, гениталий у женщин, мочевыводящих путей. Травматические механизмы развития болей анамнестически отсутствуют. Боли длятся годами, не поддаются никакому лечению. Такие больные длительное время наблюдаются психиатрами, различными экстрасенсами, порой доходят до суицидальных попыток.

Этиология данного страдания до сих пор не изучена. Прежде чем говорить о первичной форме анокопчикового болевого синдрома врач проктолог самым детальным образом должен исключить какую-либо другую причину возникновения болевого синдрома в этой области.

Лечение этой группы больных, как правило, представляет собой невероятно трудную задачу несмотря на предпринятые максимальные усилия в борьбе с болью. Именно сами боли часто инвалидизируют таких больных, заставляют бросать привычную работу. Не много можно назвать заболеваний, при которых было предложено столько методов лечения. Вместе с тем, применение самых современных методов физиотерапевтического воздействия, мазевых основ, блокад, грязелечения и.т.п. эффекта от проводимой терапии либо не получали вообще, либо он оставался кратковременным. Среди большинства врачей-проктологов отношение к хирургическим методам лечения анокопчикового болевого синдрома остаются весьма сдержанными. Традиционным методом хирургического лечения этой патологии считалась резекция копчика. Отдаленные функциональные результаты этих операций, по мнению большинства исследователей, оставались неудовлетворительными. В свое время, А.Н. Рыжих предложил методику пересечения чувствительных нервов анокопчиковой зоны на стороне преимущественного поражения болевым синдромом. Суть операции заключалась в рассечении мягких тканей на глубину 3 см справа или слева от анального кольца в соответствии с локализацией источника болей, отступив на 1,5-2 см от ануса. Нами модифицирована методика А.Н. Рыжих за счет инфильтрации краев раневого дефекта, препаратом Депо-медрол. Процедура повторялась в течении пяти дней после операции до выписки больного из стационара.

По предложенной методике нами оперировано 5 больныхс первичным анокопчиковым болевым синдромом. Сроки послеоперационного наблюдения составили от 7 месяцев до 1,5 лет. В одном наблюдении болевой синдром купировался полностью, у 4 – значительно уменьшился.