



Выбор способа хирургического лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом

М.К. Гулов, Т.Н. Зубайдов

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 106 больных с эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ). Авторы предлагают усовершенствованные способы оперативного лечения больных с ЭКХ.

Пациенты были разделены на 2 группы: основную группу (n=52) – в которой хирургическое лечение осуществлялось по разработанной авторами методике с первичным восстановлением непрерывности межъягодичной ткани и контрольную группу (n=54) – с применением традиционных методик.

Предложенная модификация позволила эффективно выравнять межъягодичную складку, улучшить условия заживления раны с удовлетворительным косметическим результатом, что в конечном итоге снизило частоту развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений от 14,8% до 7,7% и рецидив патологии по сравнению с традиционными методами.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, крестцово-копчиковая область

Актуальность. Выбор метода хирургического лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) должен быть дифференцированным и зависеть как от распространённости патологического процесса, так и от анатомических особенностей крестцово-копчиковой области. Хирургическое лечение с иссечением копчикового хода и первичным закрытием раневого дефекта наиболее предпочтительно для уменьшения времени заживления раны и быстрой реабилитации. Недостатками данной методики являются большое количество раневых осложнений, достигающих 40%, а также высокий риск рецидива заболевания, как правило, превышающий 10% [1-3].

Наибольшее удовлетворение, как с точки зрения радикальности лечения, так и при оценке его исхода, получила методика, при которой после удаления ЭКХ, всех патологически изменённых тканей, края раны подшиваются к её дну [1,4-6]. Некоторые авторы считают, что выбор метода операции сугубо индивидуален. Объём и характер оперативного пособия зависят от количества свищей, размеров поражённой поверхности, состояния кожи, расстояния между свищами и первичным отверстием хода, количества и срока предыдущих вмешательств.

Несмотря на то, что для лечения копчикового хода предложено большое количество операций [2,5,7,8], ни одна из них не является совершенной и не нашла всеобщего признания. Однако, несмотря на апробацию разработанных оригинальных способов хирургического лечения, отсутствует единое мнение о хирургической тактике при сложных формах эпителиального копчикового хода. Всё вышеизложенное указывает на целесообразность и необходимость дальнейшего изучения патогенетически обоснованного метода лечения.

Целью исследования является усовершенствование способа хирургического лечения больных с ЭКХ.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 106 больных, страдающих хроническими формами ЭКХ, которые находились на реабилитации в ГКБ №5 на базе кафедры общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период с 2008 по 2012г. Обследовавшиеся больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 52 больных, которым хирургическое лечение производилось по разработанной методике с первичным восстановлением непрерывности межъягодичной ткани. В контрольную группу были включены 54 больных, которым хирур-

гическое лечение проводилось с применением традиционных методик.

По особенностям клинического течения заболевания, локализации и стадиям патологического процесса, полу, возрасту, наличию сопутствующих заболеваний, основная и контрольная группы больных были сопоставимы. Мужчин было 78 (60%), женщин – 28 (40%).

Больные были в возрасте от 16 до 40 лет и более. Средний возраст больных составил 25 лет. Все больные были в трудоспособном возрасте.

У 48 (89%) больных основной группы первичный источник локализовался в средней линии. У 3 (36,1%) больных – первичный источник локализовался больше на стороне левой ягодицы, у 1 (16,7%) больного – в правой ягодичной области. Больные были также распределены по длительности заболевания и числу свищевых ходов.

Результаты и их обсуждение. При выборе метода хирургического лечения больных со сложными формами эпителиального копчикового хода в основном использовали данные об отношении свищевого хода к первичному очагу, степени развития рубцового процесса с уточнением локализации гнойных полостей и разветвлений свищевых ходов.

По клиническим проявлениям заболевания больные были разделены на 2 группы. У 5 из 52 больных основной группы наблюдались гнойничковые по-

ражения кожи на фоне эпителиального копчикового хода. У этих больных по межъягодичной складке определялись одно или несколько первичных отверстий эпителиального копчикового хода, слева и справа от которых отмечались дополнительные (от 1 до 3) свищевые отверстия, сообщающиеся с первичным ходом. Кроме того, в области крестца и в более отдалённых зонах, а иногда и на передней промежности, были инфильтраты разных размеров. У некоторых больных они располагались изолированно, у других, сливаясь, образовывали обширные регионы поражения. Кожа над ними буровато-коричневой окраски, местами плотной консистенции, испещрённая множественными короткими свищами. Часть свищей сообщались между собой, образуя подкожные полости со значительным гнойным отделяемым, другие, наоборот, располагались изолированно и имели скудные выделения. Гной по характеру густой, светло-жёлтой окраски, количество его после лечения уменьшилось.

Необходимо подчеркнуть, что вмешательство производили под общим обезболиванием. Для этого больного укладывали на правый бок с умеренно согнутыми в тазобедренных суставах нижними конечностями. Правую ногу умеренно сгибали в тазобедренном и коленном суставах, левая располагалась на правой ноге, а левое бедро приводилось к животу. В этом положении обеспечивается достаточный доступ крестцово-копчиковой области. Руки больного укладывали на подставку, что обеспечивало возможность измерения артериального давления и внутривенного введения растворов (рис.1).

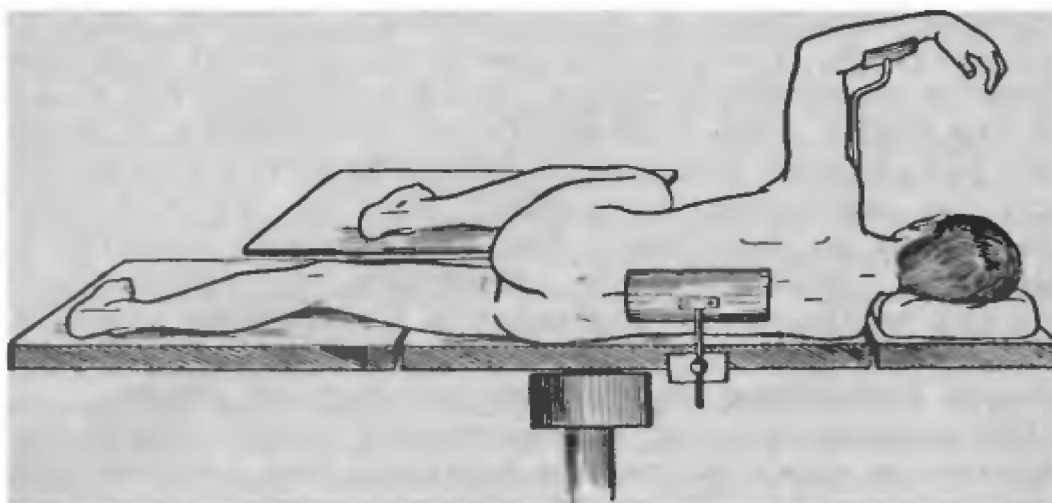


РИС. 1. ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ

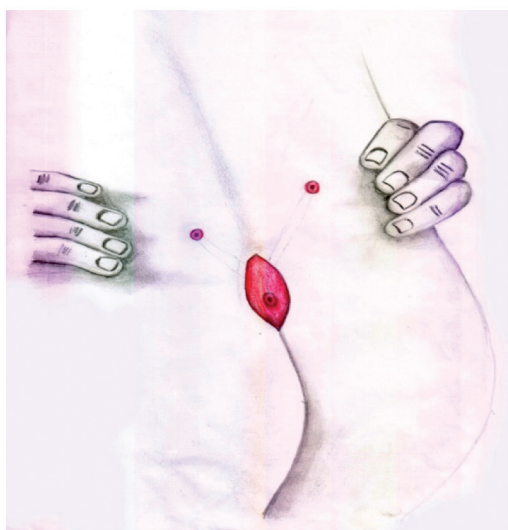


РИС. 2. СЛОЖНЫЕ ФОРМЫ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА

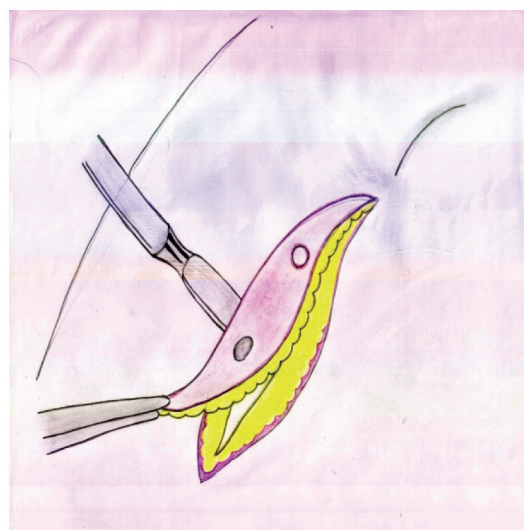


РИС. 3. ИССЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА

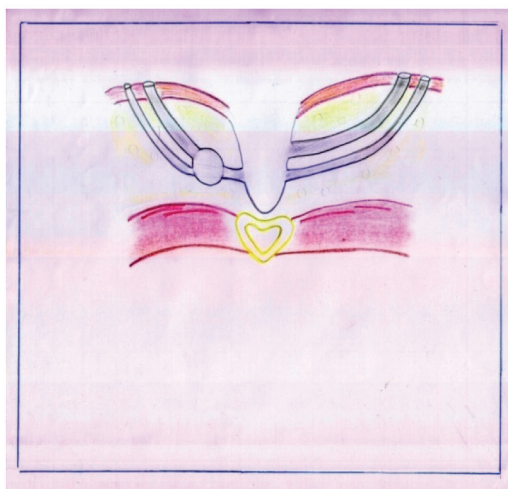


РИС. 4. ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЙ СВИЩЕВЫХ ОТВЕРСТИЙ

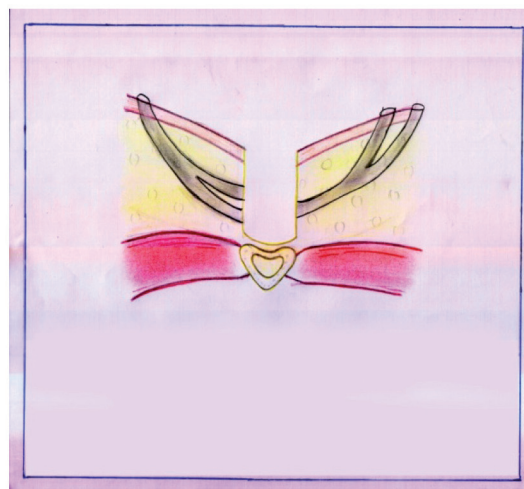


РИС. 5. ВАРИАНТЫ РАСПОЛОЖЕНИЙ СВИЩЕВЫХ ОТВЕРСТИЙ

Прокрашивали все свищевые ходы одним из красителей, разведённым 3% раствором перекиси водорода в соотношении 1:1. Независимо от количества и направления свищевых ходов (рис.2), формы и величины их наружных отверстий мы иссекали эпителиальный копчиковый ход. Первым этапом хирургического лечения у всех больных основной группы было радикальное иссечение первичного очага в месте близком к свищевому единому блоку до крестцовой фасции (рис.3). Затем на подкожной клетчатке иссекали все свищевые ходы (варианты расположений свищевых отверстий показаны на рисунках 4 и 5), а также вовлечённые в воспалительный процесс ткани в этой области. Свищевые отверстия на коже иссекали лепесткообразными разрезами (рис.6), длиной в зависимости от патологического

процесса, которые в последующем оставались для дренирования (рис.7).

Основные моменты предлагаемой нами операции и основные отличия её от других методик заключаются в следующем: после разработанного в клинике метода иссечения сложных форм эпителиального копчикового хода, проводят тщательный гемостаз, коагуляцию сосудов. С обеих сторон раны подкожно-жировую клетчатку соответствующей толщины вырезают. В отличие от других методов, мы полностью иссекали все свищевые ходы, выстланные грануляционной тканью, сохраняя при этом максимальное количество здоровой подкожно-жировой клетчатки для облегчения выравнивания межъягодичной складки. Вместо кожного лоскута, отде-

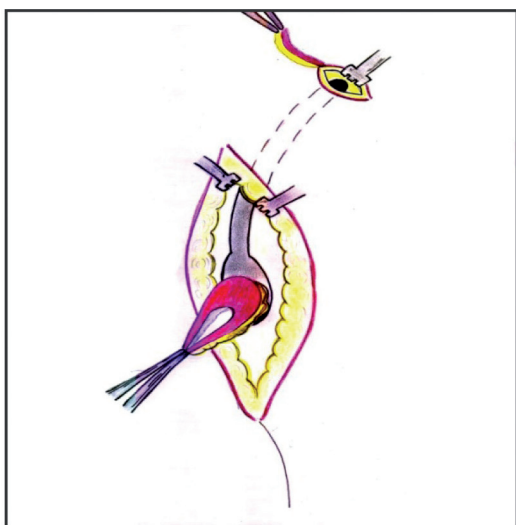


РИС. 6. ИССЕЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СВИЩЕВЫХ ХОДОВ ЛЕПЕСТКООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ

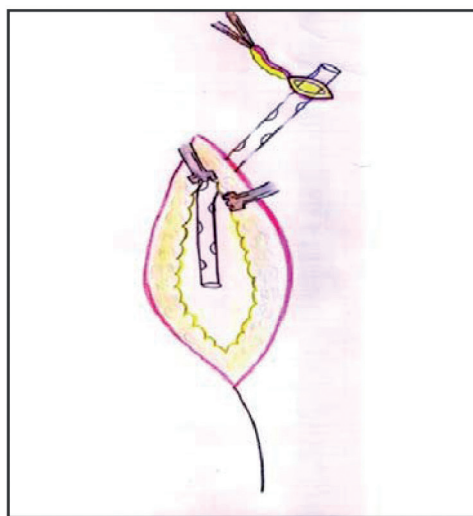


РИС. 7. ДРЕНИРОВАНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПО ХОДУ ИССЕЧЕННОЙ СВИЩЕВОГО ХОДА

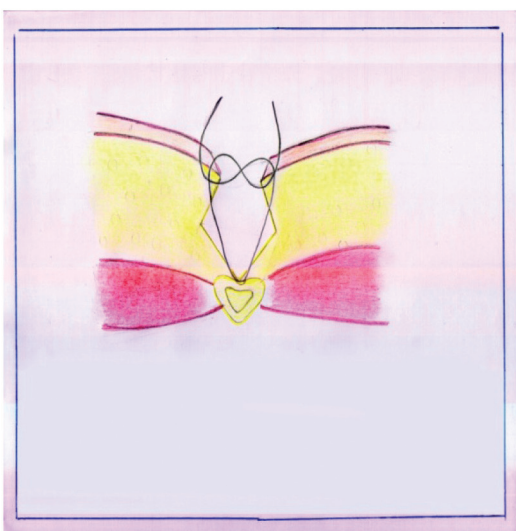


РИС. 8. НАКЛАДЫВАНИЕ ШВОВ НА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ РАНУ

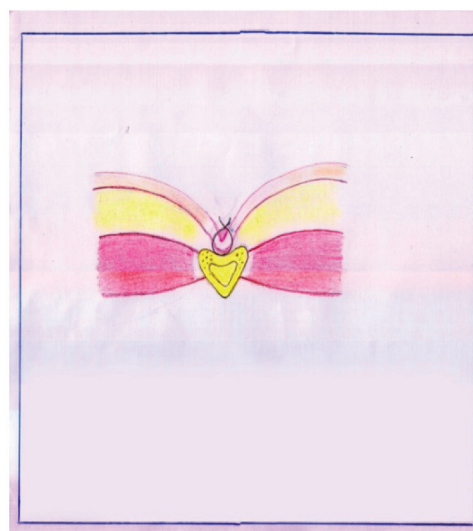


РИС. 9. УШИВАНИЕ РАНЫ КО ДНУ

лётного от подкожной клетчатки, мы использовали мобилизацию края раны на всю её толщю с сохранением подкожно-жирового слоя. Такая модификация позволяла эффективно выравнить межъягодичную складку, улучшить условия заживления раны с удовлетворительным косметическим результатом. Данная манипуляция направлена на создание условий для более адекватного прилегания кожных краёв раны во время их подшивания к дну. Затем производился повторный тщательный гемостаз.

Рану, образовавшуюся после иссечения эпителиального копчикового хода, ушивали по-разному, в зависимости от показателей тканевого давления и с учётом топографоанатомической конфигурации ягодиц, а также от распространённости патоло-

гического процесса (рис. 8). Края кожной раны нерассасывающимися нитями подшивают кодну раны (рис. 9).

В раннем послеоперационном периоде сравнительный анализ показал, что количество гнойно-воспалительных осложнений в основной группе больных значительно меньше по сравнению с больными контрольной группы. В контрольной группе (54 больных), где оперативное вмешательство проводилось традиционным методом, а также без адекватного послеоперационного ведения, в ближайшем послеоперационном периоде у 8 (14,8%) больных наблюдались различные варианты гнойно-воспалительных осложнений.



Основную группу составили 52 (49,1%) пациента, которым применяли дифференцированный метод лечения. Следует отметить, что только у 4 оперированных больных возникли осложнения, частота которых составила 7,7% от общего количества больных.

Нагноение возникло лишь в 2 (3,8%) случаях. Следует отметить, что полного нагноения ран не было, частичное нагноение раны было отмечено у 2 больных после иссечения сложных форм ЭКХ в стадии хронического воспаления с подшиванием краёв раны к её дну с клиновидным иссечением подкожно-жировой клетчатки.

Таким образом, объём и выбор лечебных мероприятий, в основном, зависят от характера патологического процесса и наличия степени сложности данного заболевания.

Уменьшение числа гнойно-воспалительных осложнений в основной группе происходило за счёт более тщательной диагностики разветвлений свищевых ходов и гнойных полостей, что способствовало проведению комплексной предоперационной подготовки с адекватным дифференцированным ведением послеоперационного периода, а также выбором тканесохраняющих операций с пластическим укрытием раны без натяжения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Врублевский В.А. Выбор способа операции у больных эпителиальным копчиковым ходом: автореф. дис. ...канд. мед.наук / В.А. Врублевский.-М. -1976. - 18с.
2. Данзанов Б.С. Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода / Б.С. Данзанов, А. Н. Плеханов, В. М. Кузнецов // Актуал. пробл. колопроктологии. - Ростов н/Д. - 2001. - С.40 - 41
3. Borer A. Septic arthritis due to bacteroidesfragilis after pilonidal sinus resection in a patient with rheumatoid arthritis / Borer A., Weber G., Riesenberk K. // Clin. Rheumatol. -1997. - V.16,№6. - P.632-634
4. Алексеев М.С. Разработка и обоснование дифференцированной тактики хирургического лечения эпителиального копчикового хода: автореф. дис... канд. мед.наук / М. С. Алексеев. - М.- 1990. - 25 с.
5. Белиспаев Е.Н. Усовершенствованный метод лечения острого воспаления эпителиального копчикового хода / Е. Н. Белиспаев // Актуал. пробл. колопроктологии. - М. -2005. - С. 42 - 43
6. Abu Galala K.H. Treatment of pilonidal sinus by primary closure with a transposed rhomboid flap compared with deep suturing: a prospective randomised clinicfl trial / Abu Galala K.H., Salam I.M., Abu Samaan K.R. // J. Surg. - 1999. - V. 165. - №5. - P.468-472
7. Даценко Б.М. Оптимизация программы двухэтапного хирургического лечения острого нагноения эпителиального копчикового хода / Б.М.Даценко, А.Б.Даценко / Актуал. пробл. колопроктологии. - М. -2005. - С. 61 - 62
8. Карташев А.А. Способ хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом: автореф. дис...канд. мед. наук /А.А.Карташев.- Ульяновск. -2011. - 21с.



Summary

Choice of surgical treatment of patients with pilonidal fistula

M.K. Gulov, T.N. Zubaidov

Chair of General Surgery №1 Avicenna TSMU

The results of surgical treatment 106 patients with pilonidal fistula (PF) were analyzed in article. The authors proposed an improved method of surgical treatment of patients with PF.

Patients were divided into 2 groups: 52 patients in main group underwent to surgical treatment with method developed by authors with primary reconstruction of continuity of intergluteal tissue and a control group (54 patients) - with use of traditional methods.

Proposed modification allowed to smoothen of intergluteal fold, improve wound healing, with a satisfactory cosmetic result, which ultimately reduce the incidence of postoperative suppurative complications from 14.8% to 7,7% compared and recurrence of disease with traditional methods.

Key words: pilonidal fistula, sacrococcygeal area

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

М.К. Гулов – профессор кафедры общей хирургии №1 ТГМУ;
Республика Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: gulov_m@mail.ru