

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

*Ждонец С.В., Василевский В.П., Обухович А.Р., Дайнович В.А.*  
*УЗ «Гродненская университетская клиника»,*  
*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,*  
*г. Гродно, Республика Беларусь*

**Введение.** На сегодняшний день единого мнения об эффективном методе лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) в стадии хронического воспаления нет. Предложено множество вариантов хирургического вмешательства от иссечения с открытым ведением раны, до сложных пластических операций. У каждого известного способа имеются недостатки. Чаще всего это гнойно-воспалительные осложнения, что ведет к удлинению сроков госпитализации и последующего заживления раны. Рецидивы возникают от 2-10%, а по данным некоторых авторов до 40%. Клинические проявления чаще возникают в наиболее трудоспособном возрасте от 15 до 30 лет. Длительная нетрудоспособность пациентов в послеоперационном периоде является важной социально-экономической проблемой.

**Цель.** Улучшение результатов хирургического лечения пациентов со сложными формами ЭКХ.

**Материалы и методы.** В отделении гнойной хирургии Гродненской университетской клиники за период с 01.01.19 по 31.12.22 прооперировано 259 пациентов. В сумме проведено 3154 койко-дней. Средний койко-день составил 12,1. Из них мужчин 234 (90.4%), женщин 25 (9.6%).

Всем пациентам выполнено догоспитальное обследование: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, гемостазиограмма, ИФА на сифилис, группа крови, резус принадлежность, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки. Диагноз выставлялся на основании данных анамнеза, осмотра, зондирования свищевого хода. Дополнительно по показаниям выполнялось УЗИ межъягодичной области, МРТ малого таза, фистулография, посев отделяемого из раны на флору и чувствительность к антибиотикам. Всем пациентам интраоперационно выполнялась проба с красителем.

**Результаты и обсуждение.** Нами был проведен ретроспективный анализ 259 медицинских карт пациентов с хроническим воспалением ЭКХ. Применялись следующие оперативные вмешательства:

- Иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну – 194.
- Иссечение ЭКХ с различными вариантами кожной пластики – 24.
- Иссечение ЭКХ с кожной пластикой и дренированием по Редону – 10.
- Иссечение ЭКХ с ушиванием раны по Донати – 28.
- SiLaC – 3.

Следует отметить, что, несмотря на множество методов хирургического лечения, единого подхода нет. Сложность выбора оперативного вмешательства, а также оценка дальнейших результатов обусловлена

отсутствием общепринятой классификации. Наиболее распространенная в отечественной литературе классификация предложенная ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» основана на клинических проявлениях:

1. Неосложненный ЭКХ (без клинических проявлений).

2. Острое воспаление ЭКХ:

-инфильтративная стадия,

-абсцедирование.

3. Хроническое воспаление ЭКХ:

- инфилтративная стадия,

- рецидивирующий абсцесс,

- гнойный свищ.

4. Ремиссия воспаления ЭКХ.

На наш взгляд, данная классификация не учитывает топографо-анатомические особенности межъягодичной области, распространенность патологического процесса.

Выбор метода операции индивидуален и зависит от количества свищей, расстояния между свищами и межъягодичной складкой, наличия рубцов, инфильтратов и гнойных затеков, количества предыдущих вмешательств.

При выборе хирургического лечения мы учитывали индивидуальные анатомические особенности:

- высокая конфигурация ягодиц с глубокой межъягодичной складкой,

- средняя конфигурация с более «открытой» межъягодичной складкой,

- низкое, «плоское» расположение ягодиц с открытой по всей длине складкой.

Наибольшую сложность представляют пациенты с глубокой межъягодичной складкой и множественными свищами, так называемые сложные формы ЭКХ.

К сложной форме мы относили пациентов с повышенной массой тела (глубокой межъягодичной складкой), имеющих копчиковые ходы с наличием 2-х и более свищей на расстоянии более чем 2 см от межъягодичной складки. У всех пациентов в анамнезе имелись неоднократные обострения воспалительного процесса, длительность заболевания более 1 года.

При лечении данных пациентов хирург сталкивается с несколькими проблемами:

- ликвидация всех свищевых ходов, гнойных затеков, инфильтратов,

- закрытие обширного раневого дефекта,

- профилактика послеоперационных осложнений.

С целью снижения рисков послеоперационных осложнений нами применялось иссечение ЭКХ с кожной пластикой и дренированием раны по Редону. Дренаж устанавливался через контрапертуру в подкожно-жировой клетчатке, удалялся на 3-5 сутки. Швы снимались на 14 – 20 сутки. Средний койко-день составил 18,8. При осмотре через 3-6 месяцев раны зажили, признаков рецидива нет.

Использование низкодозированного отрицательного давления способствует снижению локального интерстициального отека тканей, усилению местного кровообращения, эвакуации раневого отделяемого и микробной деконтаминации, уменьшению площади раны за счет эффекта постоянного сближения краев. Данный метод позволяет сократить сроки заживления послеоперационной раны, уменьшить риск послеоперационных осложнений.

**Выводы.** При выборе тактики хирургического лечения пациентов с ЭКХ необходим дифференциальный подход с учетом локальных топографо-анатомических особенностей, а также степени выраженности и распространенности процесса. По нашему мнению, при лечении сложных форм ЭКХ оптимальным методом является иссечение с ликвидацией всех свищей и гнойных затеков с последующей кожной пластикой перемещенным мобилизованным кожным лоскутом. Использование вакуум-терапии при лечении пациентов со сложными формами ЭКХ снижает риск послеоперационных инфекционных осложнений.