

Н. Д. Маслакова, В. П. Василевский,
А. А. Новицкий, Т. С. Жотковская,
А. О. Флёров, В. В. Макарович, Ю. А. Новицкая, П. И. Табола

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ В СТАДИИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ

ГУ «1134 Военный клинический медицинский центр ВС РБ»,
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В статье представлены результаты лечения 120 больных с эпителиальным копчиковым ходом в стадии воспаления. Целью настоящего исследования являлась оценка результатов хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов собственной модификации в отличие от существующих методик.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, двухуровневый шов, шов Донати.

The article presents the results of treatment of 120 patients with epithelial coccygeal fistula in stages of inflammation. The purpose of this study was to assess the results of surgical treatment of epithelial coccygeal fistula own modifications, unlike existing techniques.

Key words: epithelial coccygeal fistula, two-level seam, Donati seam.

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) – заболевание, которым страдают 5-7% взрослого населения. Актуальность проблемы обусловлено не вполне удовлетворительными результатами хирургического лечения больных с копчиковыми ходами, что связано относительно большим числом послеоперационных осложнений. В связи с большой площадью разветвления ходов рецидивы после иссечения ЭКХ возникают в 7-10,1% наблюдений. Причиной возникновения заболевания служат нарушения развития эмбриона. Существует теория о неравномерном развитии клетчатки у копчика, когда кожа, фиксированная к крестцу, погружается в глубину, образуя ямки и ходы. Боли, постоянные патологические выделения из свищей и частые рецидивы абсцессов у этих больных – лиц преимущественно молодого, работоспособного возраста – приводят к частой, иногда длительной потере трудоспособности и требуют тщательной постоянной санации кожи и подкожной клетчатки крестцово-копчиковой зоны.

Недостатком известных способов являются: возникновение хронических болей при втяжении крестцово-копчиковой фасции в рубец, возможность образования полости с последующим ее инфицированием при обширных иссечениях ткани, значительное натяжение сопоставляемых краев раны. В связи с этим нами предложен метод двухуровневой нефиксированной пластики при иссечении ЭКХ.

Материал и методы

На базе ГУ «1134 Военный клинический медицинский центр ВС РБ» г. Гродно было проведено исследование по результату лечения больных с ЭКХ в стадии острого воспаления, применяя собственную методику. С 2000 года по 2010 год было пролечено 120 больных с острым воспалением ЭКХ из них 118 мужчин, 2 женщины. Возраст – 19-25 лет. Койко-день составил 14-17 дней.

Первым этапом производится хирургическая обработка гнойника, санация, ежедневные перевязки в течении 7-8 суток, после очищения раны выполняется радикальная операция. Способ осуществляем следующим образом. Под эпидуральной анестезией в положении больного на животе выполняют прокрашивание копчиковых ходов раствором бриллиантовой зелени. Затем производим тщательное иссечение в пределах здоровых тканей подкожно-жировой клетчатки до крестцово-копчиковой фасции, не затрагивая последнюю. После тщательного гемостаза осуществляем ушивание раны в два или три этажа без захвата дна раны. Первый шов, П-образный, скользит по фасции, закрывая дно дефекта, создавая первый слой, для того чтобы максимально сблизить дно раны без формирования полости, что является профилактикой скопления трансудата. Кожу прокалываем большой режущей иглой на расстоянии 1,5-2,0 см от края и выкалываем на противоположной стороне на том же расстоянии от края раны, затем проводим лигатуру в обратном направлении, прокалываем кожу в 1,2-1,8 см от края раны сначала с одной, а затем с другой стороны. Второй этаж: наложение швов по Донати с захватом кожи, на расстоянии 1-1,2 см от края, чем уменьшаем и выравниваем межъягодичное углубление для создания оптимальных условий заживления раны и предупреждения рецидивов. Возможно также наложение третьего ряда швов – простые узловые швы для оптимальной адаптации краев раны. Между швами вводим резиновые выпускники, для хорошего оттока трансудата из раны.

Пример 1. Пациент Х., 19 лет, поступил в хирургическое отделение ГУ «1134 ВКМЦ ВС РБ» клиники хирургических болезней № 1 УО «ГрГМУ» 13.03.09 г. с диагнозом: нагноившиеся эпителиальные копчиковые ходы. Считает себя больным с 02.03.09 г., когда повысилась температура тела, и появились боли в области копчика.

09.03.09 произведена хирургическая обработка гнойника в условиях медицинской роты.

Пациент обследован:

Общий анализ крови – Эр-3,84x10¹²/л, Нв – 124 г/л, Тр – 343x10⁹/л, Л – 4,7x10⁹/л, Э-2, П-3, С-64, Лимф-27, М – 4, СОЭ – 11 мм/ч.

Общий анализ мочи – желт., реакция кислая, уд. вес 1026, лейкоц. – 2-4 в п/зр.

Биохимический анализ крови – К – 4,44 ммоль/л, Na – 137,7 ммоль/л, Са – 1,16 ммоль/л, общий белок – 81 г/л, мочевины 5,3 ммоль/л, креатинин – 99 мкмоль/л, глюкоза – 4,02 ммоль/л, общий билирубин – 13,2 мкмоль/л, АСаТ – 12,2 ЕД/ч, АЛаТ – 14,0 ЕД/ч.

13.03.09. г. операция-хирургическая обработка нагноившихся эпителиальных копчиковых ходов. Под внутривенным наркозом после обработки операционного поля рассечены копчиковые ходы, удален гной и некротические ткани, взят бактериологический посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Рана промыта антисептиками, дренирована турундой с мазью Вишневского.

17.03.09. г. операция – иссечение эпителиальных копчиковых ходов.

Под эпидуральной анестезией после обработки операционного поля выполнено прокрашивание эпителиального копчикового хода раствором бриллиантового зеленого. Окаймляющим разрезом иссечены копчиковые ходы с иссечением фиброзно-измененных тканей до копчиковой фасции. Контроль гемостаза с дополнительным коагулированием мелких сосудов. Рана послойно ушита тремя рядами швов без захвата копчиковой фасции:

П – образными, по Донати, узловыми. Рана дренирована резиновым выпускником. Повязка с септоцидом.

Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на десятые сутки. Заживление раны первичным натяжением. При выписке беспокоили лишь незначительные боли в области послеоперационного рубца. Выписан из отделения 31.03.09.

Койко-день составил 14-17 суток. Послеоперационные осложнения: частичное нагноение раны чаще в периалярной области 6 случаев, частично краевой некроз-5 случаев, инфильтрат послеоперационной раны – 3. Рецидивов заболевания не наблюдалось.

Выводы

1. Данная методика исключает возможность образования полости в послеоперационной ране с последующим ее инфицированием при обширных иссечениях ткани.

2. Отсутствует значительное натяжение сопоставляемых краев раны, что приводит к заживлению последней первичным натяжением.

3. Не производится захват крестцово-копчиковой фасции в шов, что предупреждает развитие хронических болей в послеоперационном периоде при вовлечении ее в рубец.

4. После снятия швов в ране не остается шовного материала, что предотвращает развитие лигатурных свищей.

Литература

1. Тренин, С. О. Лечение эпителиального копчикового хода / С. О. Тренин [и др.] // Хирургия. 2005; 2: 43 – 48.
2. Бхимани, И. К. Выбор хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. К. Бхимани. Минск 1997.
3. Mosguere, D. A. Dascomis operation for pilonidal sinus / D. A. Mosguere, J. B. Quyle // J R Soc Med 1995; 88: 1: 45 – 46.
4. Анискевич, В. Ф. К методике хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов. В кн.: Первый Белорусский

международный конгресс хирургов / В. Ф. Анискевич, В. В. Коновков, С. И. Слизько. Витебск, 1996. С. 145 – 146.

5. Berkem, H. V-Y advancement flap closures for complicated pilonidal sinus disease / H. Berkem [et al.] // Int. J. Colorectal Dis. 2005. Vol. 20. P. 343 – 348.

6. Petersen, S. Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus: a survey of the results of different surgical approaches / S. Petersen [et al.] // Dis. Col. Rect. 2002. Vol. 45. P. 1458 – 1467.

7. Silva, J. H. Pilonidal cyst: cause and treatment / J. H. Silva // Dis. Col. Rect. 2000. Vol. 43. P. 1146 – 1156.

Поступила 20.06.2011 г.