

Способ одномоментного хирургического лечения гнойно-свищевых форм эпителиально-копчикового хода

И.В.ТРЕСОРОКОВ, К.А.КОРЕЙБА, С.Л.ДЕМЬЯНОВ

The way of the single-step surgical treatment of the pyogenic-fistulous forms of the epithelial-coccygeal path

I.V.TRESUROKOV, K.A.KOREIBA, S.L.DEMIYANOV

Казанский государственный медицинский университет

Центр гнойно-септической хирургии, г. Казань

Городская клиническая больница №5, г. Казань

Среди пациентов хирурга и, тем более, проктолога часто встречаются больные с постоянно функционирующими или рецидивирующими гнойными свищами крестцово-копчиковой области. Причинами таких свищей в большинстве случаев являются инфицирование и хроническое воспаление узкого, выстланного обычным кожным эпителием канала (хода) в дистальной части межъягодичной складки, открывающегося наружу одним или реже несколькими точечными отверстиями вблизи края заднего прохода, между ним и верхушкой копчика [1–7].

Этот ход представляет собой врожденную аномалию кожи, связанную, вероятнее всего, с неполной редукцией мышечных и соединительных структур каудального отдела позвоночника эмбриона. Хроническое рецидивирующее гнойное воспаление копчикового хода, боли, постоянные патологические выделения из свищей у больных – лиц преимущественно молодого, работоспособного возраста – приводят к частой, иногда длительной потере трудоспособности и требуют тщательной постоянной санации кожи крестцово-копчиковой зоны и оперативного лечения.

Известен способ хирургического лечения гнойного воспаления эпителиального копчикового хода, включающий предоперационную санацию, иссечение гнойных свищей и инфильтратов очага воспаления фигурными разрезами кожи, гемостаз и подшивание краёв кожи к дну полости иссечения. Главным недостатком известного способа является сложность хирургического лечения очага гнойного воспаления эпителиального копчикового хода, связанная с выкраиванием с обеих боковых сторон полости треугольных лоскутов подкожной жировой клетчатки, с образованием ниши для подшивания краёв кожи каждой из сторон ко дну полости с перехлёстом нитей швов. Другим недостатком является потребность в дополнительных разрезах кожи для удаления скрытых инфильтратов, требующих ушивания наглухо возвратными швами или наложения контрапертуры, которые оставляют

после операции лишние рубцы и неблагоприятно влияют на течение процесса выздоровления.

Мы предлагаем новый способ хирургического лечения гнойного воспаления эпителиального копчикового хода в межъягодичной складке путём одномоментной операции по полному удалению очага гнойного воспаления с первичной пластикой раневого послеоперационного дефекта местными тканями (патент на изобретение №2400156 от 27.09.2010 г.)

Методика заключается в следующем. Перед хирургической операцией проводим определение границы очага гнойного воспаления эпителиального копчикового хода при помощи ультразвуковой диагностики, а непосредственно во время операции путем контрастирования свищевых ходов растворами бриллиантового зеленого и перекиси водорода 3% в соотношении 1:1 (рис. 1 и 2).

По границе очага гнойного воспаления двумя дугообразными разрезами кожи вдоль межъягодичной складки выполняем иссечение гнойно-свищевых ходов единым массивом на глубину контрастирования в пределах здоровых тканей (рис. 3-5).

Проводим тщательный гемостаз. Подшиваем края кожи с захватом дна раневого дефекта монофиламентными атравматическими нерассасывающимися синтетическими лигатурами с шагом не более 1,5–1,8 см, при этом каждый шов выполняем последовательными выколами от края кожи на расстоянии 3–4 мм через подкожную жировую клетчатку одной из стенок полости иссечения с выходом иглы с лигатурой в полость и подкожной жировой клетчатки через край кожи противоположной стенки также на расстоянии 3–4 мм (рис. 6 и 7).

После этого концы лигатур двух соседних швов с одной стороны завязываем попарно, при этом края кожи низводятся в середину полости и прижимаются к дну раны. Так, конец лигатуры I шва, выступающий из края кожи на одной из сторон полости иссечения, завязываем с аналогичным концом лигатуры соседне-



Рис. 1. Зондирование ЭКХ.



Рис. 2. Контрастирование ЭКХ.



Рис. 3. Кожные разрезы в пределах здоровых тканей.

го II шва, выступающим на той же стороне полости, при этом одновременно край кожи вместе с подкожной жировой клетчаткой прижимаем ко дну раны. Затем конец лигатуры I шва, выступающий из края кожи на противоположной стороне полости, аналогичным образом связываем с концом лигатуры соседнего II шва, выступающим на этой же стороне полости. При этом одновременно боковые стороны полости вместе с кожей низводятся в середину полости, прижимаясь ко дну раны и окончательно закрепляются узлом лигатур пары соседних швов с образованием между краями полости открытого канала шириной не более 5 мм для

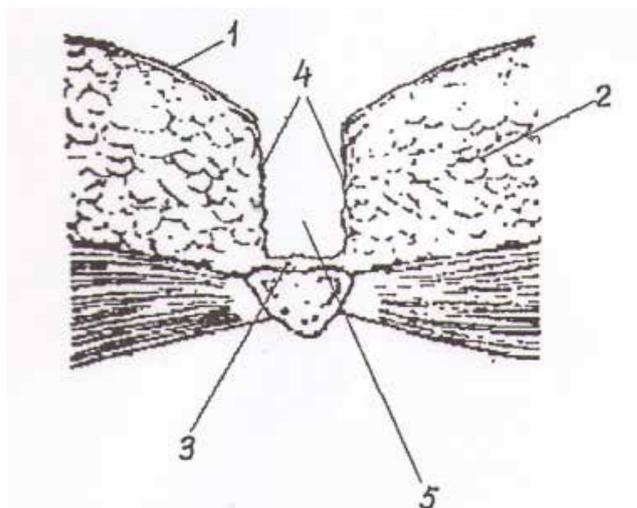


Рис. 4. Схема. 1 – кожа, 2 – подкожная клетчатка, 3 – крестцовая фасция, 4 – стенки полости, 5 – раневая полость.



Рис. 5. Иссечение гнойно-свищевой полости.



Рис. 6. Наложенные швы на раневой дефект.

оттока экссудата. Аналогичным образом завязываем попарно концы лигатур III и IV швов, V и VI и других пар швов, как с одной стороны полости, так и с другой, формируя ягодичную складку (рис. 8 и 9).

Данный метод оперативного лечения применен нами у 64 пациентов (мужчин – 23, женщин – 41) в возрасте от 18 до 56 лет. Только у 2-х больных была

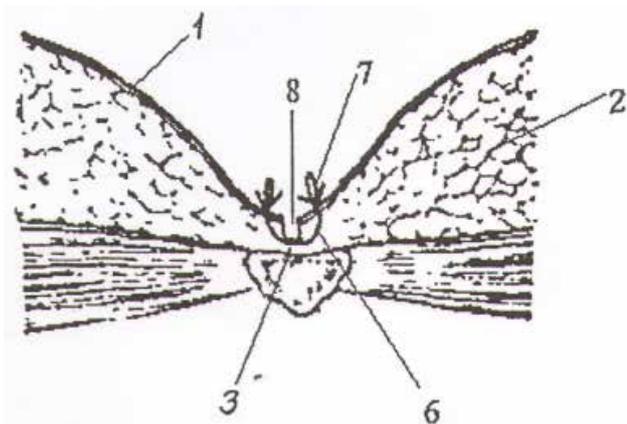


Рис. 7. Схема. 1 – кожа, 2 – подкожная клетчатка, 3 – крестцовая фасция, 6 – лигатура, 7 – узлы, 8 – открытый раневой канал.

отмечена несостоятельность швов в раннем послеоперационном периоде, связанная с нарушением ими врачебных рекомендаций по ограничению движений и правил гигиены. Все больные, оперированные по данной методике, были переведены на амбулаторное наблюдение на 12-е сутки после операции.

Выводы

1. При данной методике достигается тотальное иссечение эпителиально-копчикового хода со свищевыми образованиями; зона ишемии при наложении швов сведена до минимума; отсутствует необходимость в дополнительном дренировании раневой полости; производится пластическое формирование естественной межъягодичной складки собственными тканями.

2. Использование предложенного способа хирургического лечения эпителиального копчикового хода позволяет исключить рецидивы с повторными болезненными страданиями пациентов, тем самым улучшить качество их жизни. Ускоренное заживление сокращает время выздоровления и снижает затраты на лечение.

Информация об авторах

1. Корейба Константин Александрович – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Казанского государственного медицинского университета, заведующий Центром гнойно-септической хирургии г. Казани; e-mail: demy-sergej@yandex.ru
2. Тресоруков Игорь Витальевич – заведующий отделением колопроктологии городской клинической больницы №5 г. Казани; e-mail: demy-sergej@yandex.ru
3. Демьянов Сергей Леонидович – врач-хирург городской клинической больницы №5 г. Казани; e-mail: demy-sergej@yandex.ru



Рис. 8. Затягивание швов. Формирование межъягодичной складки.

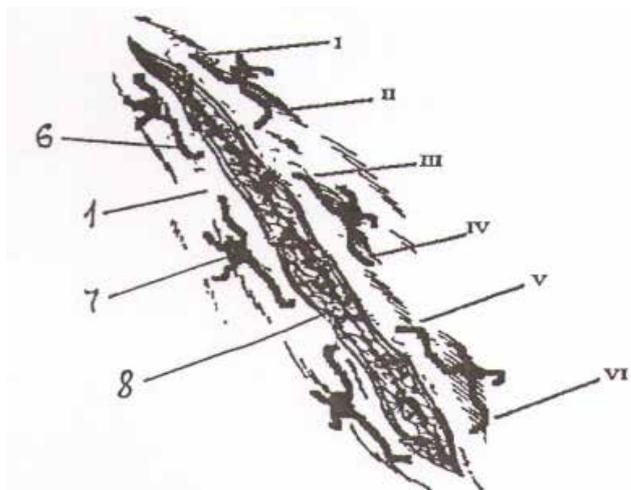


Рис. 9. Схема. 1 – кожа, 6 – лигатура, 7 – узлы, 8 – открытый раневой канал, I-VI – пары связываемых концов лигатур.

Список литературы

1. Денисенко В.Л. Оптимизация лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом. *Новости хирургии* 2008; 16; 1: 55-61.
2. Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Эпителиальный копчиковый ход. М.: Медицина 1988; 128.
3. Лаврешин П.М., Гобеджшвили В.К., Алиев М.М.О., Хутов А.Б., Муртазаев Т.С., Лаврешин М.П. Способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода, осложненного множественными свищами. *Вестник хирургии им. И.И.Грекова* 2007; 166; 4: 63–65.
4. Матвеев А.И., Матвеев И.А., Дроздецкий Н.И., Мазарак М.С. Модифицированный способ ушивания раны межъягодичной складки после иссечения нагноившегося эпителиально-копчикового хода. *Медицинская наука и образование Урала* 2008; 9; 5: 28–29.
5. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Выбор операции для лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом. *Вестник хирургии им. И.И.Грекова* 2008; 167; 1: 85–87.
6. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии. М.: Изд-во «Медпрактика» 2001; 300.
7. Хирургические инфекции: практическое руководство. Под ред. И.А.Ерьюхина, Б.Р.Гельфанда, С.А.Шляпникова. Издание 2-е, переработанное и дополненное. М.: Литера 2006; 736.