

Пути повышения эффективности лечения эпителиального копчикового хода

П.М.ЛАВРЕШИН, В.К.ГОБЕДЖИШВИЛИ, Д.Ю.НИКУЛИН, С.С.КОРАБЛИНА

Ways to improve treatment of epithelized pilonidal sinus

P.M.LAVRESHIN, V.K.GOBELISHVILI, D.Yu.NIKULIN, S.S.KORABLINA

Ставропольская государственная медицинская академия

В структуре болезней проктологических стационаров эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) занимает четвертое место. Выбор неправильной лечебной тактики и метода операции приводят к осложнениям и рецидивам заболевания у 6-30%, нагноению и переходу заболевания в хроническую форму течения у 10-30% оперированных. С целью улучшения результатов хирургического лечения больных ЭКХ в различные стадии заболевания предложен дифференцированный подход к выбору метода лечения. Под наблюдением находилось 230 больных ЭКХ в возрасте от 17 до 53 лет. Контрольную группу (I) составили 102 пациента, прооперированные по традиционной методике. В основную группу (II) вошли 128 больных. В этой группе выбор метода оперативного лечения и варианта закрытия раны зависел от распространенности воспалительного процесса и топографо-анатомических особенностей ягодично-копчиковой области. Закрытие раны осуществлялось внутрикожным швом. В I группе 19 (18,6%) больных имели послеоперационные осложнения, во II группе осложненное течение отмечалось только у 6 (4,7%) больных. Рецидивы заболевания возникли у 11 (10,8%) больных контрольной группы и у 1 (0,8%) больного основной группы.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, хирургическое лечение, профилактика послеоперационных осложнений

In structure of proctological diseases the epithelized pilonidal sinus (EP) took fourth place. Choosing the wrong medical tactics and method of operation lead to complications and associated diseases in 6-30%, suppuration and diseases in chronic form of the 10-30% operated. To improve the results of surgical treatment in patients with different stages of disease EP proposed the differential approach to a choice of method of treatment. Under supervision were 230 patient at the age from 17 to 53 years. The control group (I) was made by 102 patient operated by a traditional technique. The basic group included 128 patients. In this group the method of a choice of operative treatment and a variant of closing of a wound depended on prevalence of inflammatory process and topografo-anatomical features cluneal-coccygeal area. Wound closing was carried out intracutaneous sutures. In the first group of 19 (18.6%) patients had postoperative complications. In the second group the complicated current was marked only at 6 (4.7%) patients. Disease relapses have arisen at 11 (10.8%) patients control group and 1(0.8%) patient of the basic group.

Keywords: epithelized pilonidal sinus, surgical treatment, prevention of postoperative complications

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) при массовых обследованиях практически здоровых людей выявляется в 0,5-1% случаев [1, 6]. В проктологических стационарах ЭКХ и его осложнения занимают четвертое место в структуре всех заболеваний после геморроя, парапроктита и анальной трещины [2]. Более половины всех больных, оперированных по поводу ЭКХ, - пациенты в возрасте до 30 лет [2-4]. Многие из них не получают своевременной и адекватной хирургической помощи. Это, как правило, связано с недостаточным знакомством врачей хирургов с исследованиями по данной патологии, что приводит к выбору неправильной лечебной тактики и метода операции и, как следствие, к осложнениям и рецидивам заболевания у 6-30% [2, 5, 7].

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных ЭКХ путем оптимизации лечебной тактики и методик операций.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 230 больных с различными клиническими формами ЭКХ.

Подавляющее большинство – 165 (71,7%) составляли лица мужского пола. Соотношение больных мужского и женского пола составило 1:3. Преимущественно заболевание встречалось в наиболее активном трудоспособном возрасте до 50 лет (97,4% больных). Продолжительность анамнеза до 3-х лет имели 146 (63,4%) пациентов. У 84 больных (36,5%) заболевание характеризовалось упорно текущим воспалением ЭКХ. В момент госпитализации не имели признаков воспаления 46 (20%) больных. Самую многочисленную группу составили 118 (51,3%) пациентов с признаками хронического воспаления ЭКХ.

В зависимости от применяемых методов исследований, особенностей лечебной тактики и выбранного метода хирургического лечения наблюдаемые нами больные ЭКХ разделены на 2 группы (табл. 1).

Первую группу составили 102 (44,3%) пациента, вторую – 128 (55,6%), оперированных с различными клиническими формами ЭКХ. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту и клиническим вариантам заболевания. Больным второй группы осуществляли дифференцированный подход к выбору метода хи-

Соотношение клинических форм ЭКХ и примененных методов лечения

Клиническая форма ЭКХ	Методы лечения			
	Традиционный	%	Дифференцированный	%
Без воспаления	20	19,6	26	20,3
Ремиссия	29	28,4	37	28,9
В стадии хронического воспаления	53	52,0	65	50,8
Всего	102	100,0	128	100,0

Таблица 2

Средние показатели топографо-анатомических параметров ягодично-крестцово-копчиковой области

Конфигурация ягодич	Длина межъягодичной складки, см	Максимальная высота межъягодичного углубления, см			Угол межъягодичного углубления	Расстояние от края ануса до первичного отверстия хода, см	Число больных (%)
		над краем ануса	над проксимальным первичным отверстием	над крестцово-копчиковым сочленением			
Высокая	12,1	8,9	6,5	4,5	13°	3,6	28 (21,9)
Средняя	10,1	5,2	4,3	3,0	27,3°	6,3	66 (51,6)
Низкая (плоская)	8,4	4,1	2,2	1,8	36,2°	8,6	34 (26,5)
Всего 128 (100)							

рургического вмешательства с учетом не только интенсивности, распространенности воспалительного процесса, но и топографо-анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области.

При изучении топографо-анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области учитывается ряд параметров: длина межъягодичной складки, максимальная высота и угол межъягодичного углубления. Распределение больных второй группы в зависимости от топографо-анатомических параметров ягодично-крестцово-копчиковой области представлено в таблице 2.

Плоское стояние ягодич имели 26,5% оперированных второй группы. Самой распространенной была средняя конфигурация ягодич – 66 (51,6%) больных. Наиболее прогностически неблагоприятная высокая конфигурация уступала по частоте в сравнении с двумя другими и составила менее четверти наблюдений – 28 (21,9%) пациентов. Таким образом, 94 (73,5%) больных второй группы имели конфигурацию ягодич, которые, по мнению ряда авторов, относятся к категориям относительно неблагоприятных [4, 6].

Все больные оперированы под спинномозговой анестезией.

Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием статистического пакета программ STATISTICA 6,0. Рассчитывались средние

величины, их ошибки, достоверность различий определяли с помощью непараметрического теста методом Wilcoxon. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Первым этапом операции у больных ЭКХ в стадиях без клинических проявлений, ремиссии и хронического воспаления обеих групп проводили иссечение ЭКХ, патологически измененных тканей в пределах здоровой кожи и подкожной клетчатки. У больных 2 группы гемостаз осуществляли электрокоагуляцией сосудов. Второй этап операции – закрытие операционной раны – выполнялся по-разному.

У больных первой группы при выборе метода хирургического пособия учитывали интенсивность и распространенность воспалительного процесса, которые определяли клинически. Предоперационная подготовка включала бритье операционного поля, санацию свищей растворами антисептиков.

У больных первой группы в выборе способа закрытия раны учитывали интенсивность и распространенность воспалительного процесса. При отсутствии воспаления в области ЭКХ у 33 (32,3%) больных после его иссечения рану ушивали наглухо вертикальными матрасными швами Донати. При наличии воспаления в копчиковом ходе и межъягодичной складке у 62

(60,8%) больных края раны подшивали к ее дну. У 7 (6,9%) оперированных с выраженным воспалением в ЭКХ, межъягодичной складке и окружающих ее тканях рану оставляли открытой. В последующем она заживала вторичным натяжением.

Выбор метода закрытия раны у больных второй группы зависел не только от интенсивности и распространенности воспалительного процесса, но и от высоты стояния ягодиц. Во время операции у больных второй группы во всех вариантах операций применяли внутрикожный косметический шов синтетическим рассасывающимся материалом.

Плоская конфигурация ягодиц была у 34 (26,6%) больных. При отсутствии воспалительного процесса в тканях у 26 (20,3%) больных послеоперационная рана ушивалась наглухо путем внутрикожной фиксации краев с захватом дна. У 8 (6,3%), при наличии воспаления в ЭКХ и окружающих тканях, края раны подшивались к ее дну. Нить в области краев раны проводилась также внутрикожно, без захвата эпидермиса.

У 66 (51,6%) больных была средняя конфигурация ягодиц. Независимо от наличия или отсутствия воспаления в ЭКХ, после иссечения патологически измененных тканей клиновидно иссекали подкожную клетчатку по периметру раны. Затем, путем внутрикожного проведения, нити края раны низводили и фиксировали к ее дну.

Высокое стояние ягодиц наблюдали у 28 (21,8%) больных. У 15 (11,7%) больных с отсутствием воспалительного процесса в ЭКХ и окружающих тканях послеоперационная рана закрывалась по следующей методике: нитью на 2/3 глубины раны ушивается подкожная клетчатка, затем концами этой же нити с обеих сторон внутрикожно захватываются края раны, которые низводятся и фиксируются к дну частично ушитой раны. По окончании операции формируется вновь образованная межъягодичная складка. У 13 (10,1%) больных с воспалительным процессом в ЭКХ и окружающих его тканях, после иссечения копчикового хода в одном блоке с кожей и пораженной воспалительным процессом клетчаткой, мобилизовали края раны, затем без натяжения их низводили и подшивали к ее дну.

После хирургического вмешательства сроком на 1 сутки назначали постельный режим. Больным, имевшим осложненный ЭКХ в стадии хронического воспаления, для борьбы с инфекцией в течение 5-7 суток после операции назначали антибиотики с учетом чувствительности высеянной микрофлоры. Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений, ускорения процессов регенерации применяли средне-частотный ультразвук. На 2-е сутки после операции и в последующие дни пациентам во время перевязок производили чрезкожную ультразвуковую терапию тканей вокруг раны аппаратом УЗТ 301 Г, в непрерывном режиме, мощностью 0,4 Вт/см². Кавитацию тканей выполняли по лабильной методике через ланолин.

Курс лечения составлял 5-7 сеансов. Выписку из стационара производили на 10-11 сутки.

Непосредственные результаты лечения ЭКХ и его осложнений изучены у всех пациентов.

После операций по поводу ЭКХ при нормальном течении послеоперационного периода у 205 (88,9%) пациентов к концу 3-х суток исчезали боли в ране, улучшалось общее состояние, температура тела нормализовалась, они переводились на общий больничный режим.

В раннем послеоперационном периоде из 102 больных первой группы осложнения наблюдались у 19 (18,6%) пациентов: нагноение раны развилось у 8 (7,8%); краевой некроз у 6 (5,9%); воспалительный инфильтрат у 5 (4,9%) пациентов. У 11 (10,8%) пациентов в позднем послеоперационном периоде наблюдалось формирование гипертрофических рубцов, сопровождавшихся явлениями дискомфорта в ягодично-крестцово-копчиковой области.

Следует отметить, что из 128 пациентов, которым применяли дифференцированный метод лечения, осложнения возникли у 6 (4,8%) оперированных: нагноение раны в 2 (2,6%) случаях, развитие в ране воспалительного инфильтрата – у 4 (3,2%) больных. Подводя итоги анализа ранних послеоперационных осложнений у больных ЭКХ, следует отметить, что применяемая тактика лечения позволила снизить их количество с 31,4% у больных первой группы до 4,7% у больных второй группы.

Дифференцированный выбор метода оперативного вмешательства и использование интрадермального шва для закрытия послеоперационной раны, позволили не только уменьшить количество послеоперационных осложнений, но и достоверно сократить сроки пребывания больных в стационаре: в стадии хронического воспаления с 19,3±0,31 до 13,4±0,19 суток, в стадии ремиссии – с 12,7±0,42 до 9,8±0,65 (на 2,9 суток), в стадии без клинических проявлений - с 14,6±0,36 до 10,4±0,16 (на 4,2 суток).

Отдаленные результаты лечения больных ЭКХ в сроки от 1 года до 5 лет прослежены у 214 (93%) из 230 оперированных: у 91 (89,2%) пациента, пролеченного традиционным методом и у 123 (96,1%) больных, к которым применен дифференцированный подход к выбору метода лечения.

В первой группе рецидив заболевания возник у 11 (10,8%) оперированных. Во второй группе заболевание рецидивировало лишь у 1 (0,8%) оперированного.

Жалобы на дискомфорт в области оперативного вмешательства за счет грубой рубцовой деформации тканей (периодически возникающий зуд, боли) предъявляли 14 (10,2%) больных первой группы. У больных второй группы дискомфорт в ягодично-крестцово-копчиковой области наблюдали лишь у 3 (2,3%) больных. В послеоперационном периоде у 2 оперированных имело место частичное нагноение раны с формирова-

нием грубого рубца, 1 больной имел рецидивирующее течение заболевания.

Следовательно, при сравнении первой группы больных с пациентами второй группы, выявлено, что стойкое выздоровление наступило, соответственно, у 87,9 и 99,2%, количество рецидивов заболевания снизилось с 10,8 до 0,8%, то есть более чем в 10 раз, уменьшились явления дискомфорта в крестцово-копчиковой области с 13,7 до 2,3%.

Список литературы

1. Денисенко В.Л., Воробей А.В. Лечение эпителиального копчикового хода. Медицинская панорама: рецензируемый научно-практический журнал для врачей и деловых кругов медицины. ООО «Медицинская панорама». 2006; 1: 65-66.
2. Ермолаев В.Л., Шурыгина Е.П., Столин А.В., Барышев В.Е. Тактика лечения больных с осложненными формами эпителиального копчикового хода. Уральский медицинский журнал. 2010; 4: 35-38.
3. Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К., Алиев М.М. Способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода, осложненного множественными свищами. Вестник хирургии. 2007; 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 эпителиального копчикового хода. Медицинская наука и образование Урала. 2008; 5: 28-29.
5. Помазкин В.И. Анализ результатов лечения эпителиального копчикового хода при дифференцированном выборе операции. Уральский медицинский журнал. 2010; 4: 36-39.
6. Chintapatla S., Safarani N., Kumar S. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review: pathological insight and surgical options. Tech. Coloproctol. 2003; 7: 3-8.
7. Gencosmanoglu R., Inceoglu R. Modified lay – open versus total excision with primary closure in the treatment of chronic sacrococcygeal pilonidal sinus. Int. J. Colorectal Dis. 2005; 20: 415-422.

Поступила 06.11.2011 г.

Информация об авторах

1. Лаврешин Петр Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; e-mail: Walker87@list.ru
2. Гобеджишвили Владимир Кишвардиевич – к.м.н., доц. кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; e-mail: Walker87@list.ru
3. Никулин Дмитрий Юрьевич – асс. кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; e-mail: Walker87@list.ru
4. Кораблина Софья Сергеевна – асс. кафедры общей хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; e-mail: Walker87@list.ru