

**ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З
ЕПІТЕЛІАЛЬНИМИ КУПРИКОВИМИ ХОДАМИ****Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)**

Дана робота є фрагментом НДР «Морфологічні та функціональні порушення органів та систем організму при гострій та хронічній хірургічній патології, оптимізація діагностики та лікувальної тактики, прогнозування, профілактика та лікування післяопераційних ускладнень», № держ. реєстрації 0111U006302.

Вступ. Епітеліальні куприкові ходи (ЕКХ) – розповсюджене проктологічне захворювання без тенденції до зменшення. У структурі колопроктологічних захворювань ЕКХ з гнійним запаленням займають 4 місце [4,5]. Причиною захворювання, за думкою багатьох дослідників, є порушення ембріонального розвитку з утворенням ямок та нориць у підшкірній клітковині в ділянці куприка [1,5]. Ці нориці можуть бути розгалуженими чи поодинокими, а заглиблення можуть мати ямкоподібну або воронкоподібну форму [1]. За літературними даними [2,3] у 3-7% працездатного населення зустрічаються різноманітні форми ЕКХ, але за медичною допомогою, зазвичай, звертаються пацієнти у випадках приєднання запалення чи нагноєння.

Актуальність проблеми лікування ЕКХ зумовлена ще й тим, що захворювання зустрічається переважно у людей молодого працездатного віку, а тривале чи неодноразове стаціонарне лікування призводить до тривалої втрати працездатності [1,4]. Оперативне втручання залишається єдиним радикальним методом лікування ЕКХ, але, не дивлячись на таке просте, на перший погляд, захворювання, результати лікування не можна вважати задовільними через велику кількість рецидивів, що досягають у спеціалізованих стаціонарах 5%, а у загально хірургічних – до 20% [2,3,4].

Мета дослідження. Визначення оптимальної хірургічної тактики у хворих з епітеліальними куприковими ходами шляхом проведення аналізу результатів оперативного лікування цієї патології.

Об'єкт і методи дослідження. Проведено аналіз хірургічного лікування 188 хворих на ЕКХ, що знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні №1 міської клінічної лікарні №2 м. Полтави протягом 2003-2012 років. Вік хворих коливався від 16 до 64 років, чоловіків було 149 (79,3%), жінок – 39 (20,7%). Більшість хворих – 139 (74%) були у віці до 30 років. Перебіг ЕКХ поділявся на неускладнений (без клінічних проявів) та ускладнений запаленням

з нагноєнням (гострим або хронічним). Більшість з 188 хворих, що звернулись за медичною допомогою, госпіталізовані в ургентному порядку на стадії гострого запалення з нагноєнням – 141 (75%). У плановому порядку поступили 47 пацієнтів, серед яких з ознаками хронічного запалення було 39 (21%) та ще 8 (4%) – з неускладненим перебігом. Повторно з рецидивом захворювання на лікуванні в клініці було 5 (2,6%) пацієнтів у термін від 6 місяців до 3 років з першої операції. Анамнез захворювання у хворих з гострим запаленням через виражений больовий синдром, гіпертермію та прогресивне погіршення стану не перевищував 3 днів. У хворих з хронічним запаленням тривалість захворювання становила від 6 місяців до 10 років з рецидивним перебігом, що було пов'язано з недисциплінованістю хворих та невиконанням ними попередніх рекомендацій лікаря. Обстеження пацієнтів, що госпіталізувались у плановому порядку, проводилось амбулаторно, а ургентних – у відділенні і включало традиційні лабораторно-інструментальні методи дослідження. Всім хворим обов'язково виконували зондове дослідження ходів через зовнішній отвір, за показаннями – ультрасонографію, аноскопію, фістулографію. У випадках гнійного запалення проводилось мікробіологічне дослідження вмісту порожнини абсцесу. Усі хворі були оперовані, але обсяг та термін виконання хірургічного втручання різнились. Так, одноетапне радикальне висічення ЕКХ було виконано у 76 вперше госпіталізованих, а у 5 – з приводу рецидиву. Розкриття та санація гнійної порожнини з послідовним висіченням ЕКХ (у два етапи) без повторної госпіталізації – у 112 (60%) випадках. У післяопераційному періоді хворі отримували протимікробну, протизапальну, місцеву та симптоматичну терапію. Антибіотикотерапія хворим розпочиналась з емпіричного призначення цефалоспоринів 2-3 покоління або фторхінолонів з переходом, у разі потреби, на інші препарати у відповідності до чутливості висіяних з рани мікробів. У структурі мікрофлори ран хворих на ЕКХ з гнійним запаленням переважали грампозитивні штами (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*) – 86,5%, грамнегативна мікрофлора (*Escherichia coli*, *Enterobacter faecalis*) виявлена у 13,5% пацієнтів.

Реалізуючи мету роботи нами було виділено дві групи хворих на ЕКХ, під час хірургічного лікування котрих застосовували різні тактичні підходи.

Першу групу склали 76 пацієнтів, яким була виконана одноетапна операція – радикальне висічення ЕКХ з накладанням первинних швів на рану. Серед них було 8 хворих з неускладненим перебігом та відсутністю клінічних проявів, у яких діагноз був встановлений випадково під час амбулаторного обстеження. Ще 39 хворих були госпіталізовані у плановому порядку у стадії хронічного запалення через 2-6 місяців від попереднього оперативного лікування (розкриття гнояка з вторинним загоєнням рани). Інші 29 пацієнтів, яким була виконана первинно радикальна операція висічення ЕКХ, були у стадії гострого гнійного запалення, але розміри запального інфільтрату не перевищували 3 см. Крім того, до цієї групи віднесено 5 хворих з рецидивом ЕКХ, які оперувались двічі, через відсутність принципової різниці у технічних підходах до проведення операції. Попередньо з метою візуалізації всіх відгалужень ЕКХ через зовнішній отвір у порожнину вводився барвник. Хірургічне втручання виконувалося під внутрішньовенним наркозом і полягало у висіченні запального інфільтрату у межах здорових тканин з накладанням первинних швів на рану. Перевага надавалась пошаровим швам. У випадках значного дефекту рани для запобігання виникненню неспроможності швів через надмірне натягнення тканин, виконувалося підшивання країв рани до фасції куприку.

Другу групу з 112 хворих оперували у два етапи. При поступленні виконували розкриття гнояка під місцевою анестезією. Важливими моментами операції, що впливають на подальший перебіг захворювання, вважали: проведення розрізу у вертикальному напрямку відповідно розмірам гнійної порожнини; некректомію та гемостаз; адекватне дренивання. Обов'язково робили посів мікрофлори з рани для призначення адекватної антибіотикотерапії. У подальшому активно проводили санацію гнійної порожнини з застосуванням всього сучасного спектру медикаментозно-фізіотерапевтичних методів лікування гнійних ран. У 99 (88,4%) хворих через 4-6 діб від першої операції складались умови до проведення відстроченої радикальної операції (зменшення розмірів порожнини абсцесу, зменшення запальних явищ навколишніх тканин, очищення рани тощо). У інших 13 (11,6%) пацієнтів такі умови для виконання другого етапу оперативного лікування створювались на 7-9 добу і були обумовлені, перед усім, їх поліморбінністю. Висічення ЕКХ виконували під внутрішньовенним наркозом з візуальним контролем радикальності операції. Операційну рану зашивали пошарово. У 10 хворих на рану накладені шви за Донаті.

Результати досліджень та їх обговорення. Одноетапна радикальна операція висічення ЕКХ виконана 76 хворим першої групи у випадках гострого гнійного запалення при розмірах інфільтрату менше 3 см та у випадках неускладненого й хронічного перебігу. і мала безумовні позитивні ефекти. Так,

одразу досягалась радикальність втручання, антибіотикотерапія та протизапальна терапія мали високу ефективність, чим утворювались умови до первинного загоєння рани. Тривалість стаціонарного лікування, зазвичай, становила 8-10 діб, шви знімали у цей же термін в залежності від стану рани. Але, через особливість анатомічної будови ЕКХ, їх розгалуженість, різноманітність, що не завжди можливо візуалізувати у стані гострого гнійного запалення, залишалась вірогідність виникнення рецидивів, що спостерігались у 4 (5,2%) хворих з першої групи.

Також ще у 3 (4%) випадках спостерігався дискомфорт в ділянці операції, а один хворий скаржився на стійкі больові відчуття в ділянці тазового дна, що підсилювались при торканні до післяопераційного рубця. Це пов'язано з формуванням тригерних зон через грубий гіпертрофічний рубець. Причинами, на наш погляд, були асиметричність розрізу та деформація підшкірної клітковини у зоні оперативного втручання

Нагноєння рани діагностовано у 6 (7,9%) спостереженнях: у 5 випадках після проведення первинно радикальної операції у хворих з гострим гнійним запаленням та у 1 – після операції з приводу хронічного. Закриття рани у цих пацієнтів відбувалось вторинним загоєнням.

У 112 випадках гострого гнійного запалення ЕКХ розміри запального інфільтрату не дозволили виконати одноетапну радикальну операцію. Цим хворим другої групи проводили двохетапне хірургічне лікування: після розкриття та санації гнійного вогнища на 4-6 добу (у 11,6% – на 7-9 добу) робили радикальне висічення ЕКХ. Перевагами такої тактики були: менша травматичність операції; більш адекватна, ніж при вираженому гнійному запаленні, візуалізація ходів. Зменшення розмірів інфільтрату дозволило робити невеликих розмірів симетричний розріз по задній серединній лінії та запобігти виникненню надмірного дефіциту тканин, що призводить до їх натягнення і, як наслідок, до неспроможності швів, некрозу країв рани, нагноєнню та вторинному загоєнню.

Так у другій групі хворих діагностовано 1 (0,9%) рецидив захворювання, а нагноєння рани з вторинним загоєнням спостерігалось у 5 випадках, що становить 4,5%.

Висновки.

1. Первинно радикальне одноетапне висічення ЕКХ доцільно виконувати при неускладненому та хронічному перебігу захворювання, при розмірах запального інфільтрату не більше 3 см.

2. Застосування при гострому гнійному запаленні ЕКХ двохетапного хірургічного лікування у порівнянні з одноетапним дозволяє знизити кількість рецидивів з 5,2% до 0,9%, випадків нагноєння рани з 7,9% до 4,5%.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці нових радикальних методів оперативного лікування хворих на епітеліальні куприкові ходи.

Література.

1. Дульцев Ю. В. Эпителиальный копчиковый ход / Ю. В. Дульцев, В. Л. Ривкин. – М.: Медицина, 1989. – 125 с.
2. Коплатадзе А. М. Хирургическая тактика у больных с острым нагноением эпителиального копчикового хода / А. М. Коплатадзе, В. М. Проценко, Э. Э. Болквадзе // Колопроктология. – 2003. – №4 (6). – С. 6-9.
3. Скобелкин О. К. Радикальное лечение нагноившихся эпителиальных кист копчика / О. К. Скобелкин, А. И. Эфендиев, В. А. Дербенёв // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1989. – №6. – С. 123-124.
4. Тренин С. О. Лечение эпителиального копчикового хода / С. О. Тренин, Л. С. Гельфенбейн, А. В. Шишков, В. А. Масленников // Хирургия. – 2005. – №2. – С. 58-64.
5. Morell V. Surgical treatment of pilonidal disease: comparison of three different methods in fifty-nine cases / V. Morell, B. Charlton, N. Deshmukh // Mil. Med. – 1991. – Vol. 156, №3. – P. 144-146.

УДК 617. 59-007. 253-089

ХИРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЕПІТЕЛІАЛЬНИМИ КУПРИКОВИМИ ХОДАМИ

Люлька О. М.

Резюме. Проведено аналіз хірургічного лікування 188 хворих на епітеліальні куприкові ходи. При хронічному чи неускладненому перебігу захворювання операцією вибору вважали одноетапне висічення ходів з накладанням первинних швів на рану. У випадках, коли розміри запального інфільтрату не дозволяли виконати одноетапне втручання, проводили оперативне лікування у два етапи. Спочатку виконували розкриття гнояка та санацію гнійної порожнини, а через 4-6 діб – радикальне висічення ходів. При застосуванні такої лікувальної тактики нагноєння рани з вторинним загоєнням відбулось у 4,5% спостережень, а рецидиви спостерігались у 0,9% випадків.

Ключові слова: епітеліальні куприкові ходи, оперативне лікування.

УДК 617. 59-007. 253-089

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ КОПЧИКОВЫМИ ХОДАМИ

Люлька А. Н.

Резюме. Произведён анализ хирургического лечения 188 больных с эпителиальными копчиковыми ходами. При хроническом или неосложнённом течении заболевания операцией выбора считали одноэтапное иссечение ходов с наложением первичных швов на рану. В случаях, когда размеры воспалительного инфильтрата не позволяли выполнить одноэтапное вмешательство, проводили оперативное лечение в два этапа. Сначала выполняли раскрытие гнойника и санацию гнойной полости, а через 4-6 суток – радикальное иссечение ходов. При такой лечебной тактике нагноение раны с вторичным заживлением наблюдалось у 4,5% случаев, а рецидивы возникли у 0,9% пациентов.

Ключевые слова: эпителиальные копчиковые ходы, оперативное лечение.

UDC 617. 59-007. 253-089

Surgical Aspects of Operative Treatment of Patients With Epithelial Coccygeal Courses

Lul'ka A. N.

Abstract. Analysis of surgical treatment of 188 patients with ECC that were hospitalized in the surgical ward number 1 city hospital №2 of Poltava during 2003-2012 has been performed. The age of patients ranged from 16 to 64 years, males were 149 (79. 3%), women – 39 (20. 7%). Most patients – 139 (74%) were under 30 years old. The course of disease was divided into uncomplicated ECC (without clinical manifestations) and complicated by inflammation of suppuration (acute or chronic). The majority of the 188 patients who applied for medical assistance, hospitalized in urgent procedure on the stage of acute inflammation with suppuration – 141 (75%). Routinely received 47 patients, including those with signs of chronic inflammation – 39 (21%) and 8 (4%) – with uncomplicated course. Recurrence of the disease being treated in hospital has been met in 5 (2. 6%) patients in the period from 6 months to 3 years from the first operation. All patients must perform research probe of the ECC through the outer hole, on the indications – ultrasonography, anoscopy, fistulography. In cases of purulent inflammation research conducted microbiological content of the abscess cavity. The structure of the microflora of wounds in patients with purulent inflammation of ECC dominated by Gram-positive strains (Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis) – 86,5%, Gram-negative microflora (Escherichia coli, Enterobacter faecalis) was found in 13. 5% of patients.

All patients were operated. Postoperatively received antimicrobial, anti-inflammatory, local and symptomatic therapy. Antibiotic therapy for patients started with empirical course of 2-3 generations cephalosporins or fluoroquinolones with transition, as appropriate, to other medications in accordance with the sensitivity of cultured bacteria from the wound.

One-stage radical ECC excision surgery performed to 76 patients in cases of acute purulent inflammation with infiltration size less than 3 cm and in cases of uncomplicated and chronic course and had positive effects. So, once

achieved radical surgery, antibiotic and anti-inflammatory therapy had a high efficiency, the conditions were formed for initial wound healing. Duration of hospitalization usually made 8-10 days, stitches removed at the same time depending on the condition of the wound. Disease recurrence was observed in 4 (5.2%) patients.

Also, in 3 (4%) cases, there was discomfort, but at one – persistent pain in the area of operations. This is due to the formation of trigger points through rough hypertrophic scar. The reasons were asymmetric cut and subcutaneous tissue deformation in the area of surgery.

Suppurating wounds was diagnosed in 6 (7.9%) observations: in 5 cases after primary radical surgery in patients with acute purulent inflammation and 1 – after surgery for chronic inflammation. Closure of wounds in these patients has been performed by secondary healing.

In 112 cases of acute purulent ECC inflammation size of the inflammatory infiltrate was not allowed to perform one-stage radical operation. These patients underwent two-stage surgery: after opening and rehabilitation of purulent foci in 4-6 day (11.6% – 7-9 days) radical ECC excision has been performed. The advantages of such tactics were: less traumatic surgery, more adequate than when expressed purulent inflammation, ECC visualization. Reducing the size of infiltration allowed to make small symmetrical incision and prevent excessive deficit of tissues that leads to tension and the consequent inability of seams, edges of necrotic wounds fester and secondary healing.

So in the second group of patients was diagnosed 1 (0.9%) recurrence case, and suppurating wounds with secondary healing was observed in 5 cases (4.5%).

Key words: epithelial coccygeal courses, surgical treatment.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 3. 02. 2014 р.