

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЗАКРЫТИЮ РАНЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

П.М. Лаврешин, Д.Ю. Никулин
Ставропольская государственная медицинская академия

Вопросам хирургического лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) посвящено большое количество исследований, однако частота послеоперационных осложнений колеблется от 22 до 31% [1,8,12]. У 10–20% пациентов после различных операций возникают рецидивы заболевания [2,3,6,7,9]. Основными причинами неудовлетворительных исходов заболевания являются: заведомо не асептические условия проведения операции при наличии воспалительного процесса в копчиковом ходе и окружающих его тканях, оставление во время операции патологически измененных тканей, скопление крови и лимфы в остаточной недренированной полости, чрезмерное натяжение краев раны при ее закрытии [4,5, 10,11,13].

Целью нашей работы было улучшение результатов хирургического лечения больных ЭКХ в различные стадии заболевания с помощью дифференцированного подхода к выбору оперативного вмешательства и способа закрытия послеоперационной раны.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 230 больных с ЭКХ. Патологический процесс у оперированных больных локализовался в межъягодичной складке и не более 3 см в стороне от нее. Подавляющее большинство – 208 (90,4%) больных было в возрасте от 17 до 53 лет. Анализ половой и возрастной характеристик показал, что среди больных преобладали лица мужского пола и что подавляющее большинство пациентов находилось в активном, трудоспособном возрасте. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 3:1. Причем у мужчин ЭКХ диагностировали чаще в возрасте до 30 лет – 110 (66,3%); 91% пациентов был в возрасте до 40 лет. Среди женщин ЭКХ чаще встречался в возрасте до 30 лет – 47 больных (73,4%). Старше 59 лет в нашем исследовании больных женщин не было.

Больные были разделены на две группы. Контрольную (1) группу составили 102 больных, оперированных традиционно, в основную (2) группу вошли 128 пациентов. Соотношение клинических форм ЭКХ по группам представлено в таблице 1.

Все больные оперированы под спинно-мозговой анестезией. Первым этапом операции у больных обеих групп проводили иссечение ЭКХ, патологически измененных тканей в пределах здоровой кожи и подкожной клетчатки. Второй этап операции – закрытие операционной раны выполнялся по-разному.

У больных контрольной 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 ягодич. Во время операции у больных второй группы во всех вариантах операций применяли внутрикожный косметический шов синтетическим рассасывающимся материалом.

Распределение больных второй группы в зависимости от топографо-анатомических параметров ягодично-крестцово-копчиковой области представлено в таблице 2.

Плоская конфигурация ягодич 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%) с наличием 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 ягодич. 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.

Таблица 1
Соотношение клинических форм ЭКХ и примененных методов лечения

Клиническая форма ЭКХ	Методы лечения			
	традиционный	%	дифференцированный	%
Без воспаления	20	11,8	26	20,3
Ремиссия	29	28,4	37	28,9
В стадии хронического воспаления	53	52,0	65	50,8
Итого:	102	100,0	128	100,0

Лаврешин Петр Михайлович, доктор медицинских наук, профессор заведующий кафедрой общей хирургии СтГМА, тел.: (8652) 34-49-72.

Никулин Дмитрий Юрьевич, аспирант кафедры общей хирургии СтГМА, тел.: 29187813726, e-mail: m935469@bk.ru.

Высокое стояние ягодич 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 ушиваются 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.

В послеоперационном периоде для ускорения сроков заживления раны и формирования мягкого эластичного рубца применяли средне-частотный ультразвук, КВЧ-терапию.

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 обсуждение. Анализ полученных данных показал, что среди больных молодого возраста у мужчин заболевание в большинстве случаев проявляется в возрасте 20-29 лет – 86 больных (51,8%), а у женщин – в возрасте до 20 лет – 29 больных (45,3%). Таким образом, можно сделать заключение, что если воспаления ЭКХ в раннем возрасте не произошло, то по мере увеличения возраста вероятность его снижа-

ется. В научной литературе [3,4], посвященной данной проблеме, приводятся данные о том, что с возрастом происходит облитерация узкого кожного канала.

Среди наблюдавшихся нами больных преобладали лица, занимавшиеся физическим трудом или имевшие сидячий характер работы. Они составили 71,2%. Средняя продолжительность заболевания составила 2,2 года, причем в течение первого года болезни обратились 51,4% пациентов.

В раннем послеоперационном периоде из 102 больных контрольной группы наблюдались осложнения у 19 (18,6%): нагноение раны у 8 (7,8%), развитие в ране воспалительного инфильтрата у 5 (4,9%), некроз кожи в области краев раны у 6 (5,9%) с последующим их отхождением от дна раны у 3 (2,9%) больных. У 11 (10,8%) наблюдалось формирование гипертрофических рубцов, сопровождавшихся явлениями дискомфорта в ягодично-крестцовой области. Из 128 больных основной группы осложнения отмечены у 6 (4,7%) больных: нагноение раны у 2 (1,6%), развитие в ране инфильтрата у 4 (3,1%).

Отдаленные результаты лечения больных от 1 года до 8 лет прослежены у 92 (90,2%) больных контрольной и у 125 (97,6%) основной группы. В контрольной группе рецидивы заболевания возникли у 11 (10,8%) оперированных. В основной рецидив возник у 1 (0,8%) больного.

Средние сроки пребывания больных в стационаре в зависимости от клинической формы заболевания и способов хирургического лечения представлены в таблице 3.

Анализ длительности пребывания в стационаре (табл. 3) показал, что больные 2 группы достоверно раньше выписывались из стационара. Наиболее

Таблица 2

Средние показатели топографо-анатомических параметров ягодично-крестцово-копчиковой области у больных ЭКХ

Анатомические варианты (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	130	3,6	28 (21,9)
Средняя	10,1	5,2	4,3	3,0	27,30	6,3	66 (51,6)
Низкая (плоская)	8,4	4,1	2,2	1,8	36,20	8,6	34 (26,5)
Итого: 128 (100)							

Таблица 3

Сроки пребывания в стационаре больных ЭКХ в зависимости от применяемых методов лечения

Клиническая форма	Группа больных	Число больных	Койко-день		
			до операции	после операции	общий
Без воспаления	1	20	2,9±0,03	11,6±0,4	14,6±0,36
	2	26	1,8±0,1	8,7±0,3	10,4±0,16*
Ремиссия	1	29	1,8±0,05	10,8±0,67	12,7±0,42
	2	37	1,3±0,1	8,4±0,8	9,8±0,65*
Хроническое воспаление	1	53	4,5±0,31	15,2±0,43	19,3±0,31
	2	65	4,1±0,25	9,1±0,37	13,4±0,19*

Примечание. * $p \leq 0,05$ в сравниваемых группах.

существенно этот показатель сократился у больных с хроническими формами ЭКХ. Уменьшение койко-дней происходило за счет сокращения сроков заживления раны и уменьшения количества осложнений в послеоперационном периоде. Изменение тактики оперативного вмешательства с использованием внутрикожного шва позволяет снизить тканевое давление в области операционной раны, способствует улучшению процессов репарации и дает возможность сократить сроки пребывания больных в стационаре. Предложенные способы хирургического лечения ЭКХ имеют ряд преимуществ: не нарушается кровообращение в области краев раны при завязывании швов, отсутствуют фитильные свойства шовного материала, предупреждается отхождение краев раны от ее дна, после операции образуется вновь созданная межъягодичная складка с формированием мягкого, эластичного рубца.

Заключение. Дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства с учетом стадии заболевания, особенностей топографо-анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области и применение внутрикожного шва с использованием рассасывающегося шовного материала позволяет значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных эпителиальным копчиковым ходом.

Литература

- Алиев, С. А. Альтернативные подходы к хирургическому лечению эпителиального копчикового хода / С.А. Алиев, К. Г. Ибишов, Э.С. Алиев // Материалы второго съезда колопроктологов России «Актуальные вопросы колопроктологии». – Уфа, 2007. – С. 14-15.
- Денисенко, В.Л. Оптимизация лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом / В. Л. Денисенко // Новости хирургии. – 2008. – Т.16, №1. – С. 55-61.
- Дульцев, Ю.В. Эпителиальный копчиковый ход / Ю.В. Дульцев, В.Л. Ривкин. – М.: Медицина, 1988. – 125 с.
- Матвеев, А.И. Модифицированный способ ушивания раны межъягодичной складки после иссечения нагноившегося эпителиального-копчикового хода / А.И. Матвеев, И.А. Матвеев, Н.И. Дроздецкий, М.С. Мазарак // Медицинская наука и образование Урала. – 2008. – №5. – С. 28-29.
- Оганесян, С.З. Эпителиальные ходы и кисты копчиковой области / С.З. Оганесян. – Ереван, 1970. – 182 с.
- Помазкин, В.И. Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода / В.И. Помазкин // Вестник хирургии. – 2007. – №4. – С. 123-125.
- Помазкин, В.И. Выбор операции для лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом / В. И. Помазкин, Ю. В. Мансуров // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2008. – Т.167, №1. – С. 85-87.
- Cihan, A. Modified Limberg flap reconstruction compares favourably with primary repair for pilonidal sinus surgery / A. Cihan, B. Menten, E. Tatlicioglu // Aust. N.Z.J. Surg. – 2004. – Vol.74. – P. 238-242.
- Gencosmanoglu, R. Modified lay-open versus total excision with primary closure in the treatment of chronic sacrococcygeal pilonidal sinus / R. Gencosmanoglu, R. Inceoglu // Int. J. Colorectal Dis.-2005.-Vol. 20. – P. 415-422.
- Oncel, M. Excision and marsupialization versus sinus excision for the treatment of limited chronic pilonidal disease: a prospective, randomized trial / M. Oncel, N. Kurt, M. Kement // Tech. Coloproctol. – 2002. – №6. – P. 165-169.
- Petersen, S. Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus: a survey of the results of different surgical approaches / S. Petersen, R. Koch, S. Stelzner // Dis. Col. Rect. – 2002. – Vol. 45. – P. 1458-1467.
- Sondenaa, K. Influence of failure of primary wound healing on subsequent recurrence of pilonidal sinus. Combined prospective study and randomized controlled trial / K. Sondenaa, R. Diab, I. Nesvik, F.P Gullaksen, R.M. Kristiansen, A. Saebo, H. Komer // Eur. J. Surg. – 2002. – Vol. 168, №11. – P. 614-618.
- Yilmaz, S. Role of simple V-Y advancement flap in the treatment of complicated pilonidal sinus / S. Yilmaz, V. Kirimlioglu, D. Katz // Eur J.Surg. – 2000. – Vol. 166. – P. 269-272.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЗАКРЫТИЮ РАНЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

П.М. ЛАВРЕШИН, Д.Ю. НИКУЛИН

В структуре болезней проктологических стационаров эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) занимает четвертое место. Частота послеоперационных осложнений колеблется от 22 до 31%. У 10-20% пациентов возникают рецидивы. 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) со-

ставили 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

DIFFERENTIAL APPROACH TO WOUND CLOSING AFTER SURGICAL TREATMENT OF PILONIDAL SINUS

LAVRESHIN P.M., NIKULIN D.Y.

Pilonidal sinus (PS) ranks the 4-th place among the diseases treated in coloproctological department. The rate of postoperative complications varies from 22% to 31%. PS recurs in 10-20% of patients. To improve the surgical treatment of various stages PS the differential therapeutic approach was proposed. 230 patients with PS aged from 17 to 53 years were observed. The control

group (I) consisted of 102 patients treated traditionally. The other group (II) included 128 patients. The selected surgical technique in these patients depended on the severity of the topographic and anatomical peculiarities of coccygeal-gluteal area. Intraskin absorbable suture was performed. The postoperative complications occurred in 19 patients (19,6%) of the group I and in 6 patients (4,7%) of the group II. The relapses of the disease occurred in 11(10,8%) controls and in 1 (0,8%) patients of the group II.

Key words: pilonidal sinus, surgical treatment, prevention of postoperative complications

© П.В. Корой, 2010

УДК 616-06:611.018.74:616.36-004.4

ВЗАИМОСВЯЗЬ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ С ИСХОДАМИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

П.В. Корой

Ставропольская государственная медицинская академия

Оптимизация прогноза у больных циррозом печени (ЦП) сохраняет высокую актуальность, так как удельный вес лиц трудоспособного возраста среди умерших пациентов с циррозом печени составляет 70%, что свидетельствует, в том числе, о социально-экономической значимости проблемы. При циррозе печени по сравнению с другой соматической патологией отмечена сравнительно высокая госпитальная летальность, связанная с развитием печеночной недостаточности, пищеводного кровотечения, режы – инфекционных осложнений [1].

У 16-28% больных вирусным циррозом печени класса А по Child-Pugh наблюдается декомпенсация заболевания в течение пяти лет, выживаемость составляет 84-86%, а развитие гепатоцеллюлярной карциномы отмечается у 9-10% пациентов с высокой предикторной значимостью возраста, мужского пола, активности процесса и коинфекции в отношении риска появления рака печени [11, 12]. При декомпенсированном циррозе печени (класс С) однолетняя выживаемость не превышает 50%, особенно в случаях рефрактерного асцита, гипотальбемии и эпизодов спонтанного бактериального перитонита. По другим данным, постстационарная летальность в течение 18 месяцев в этой группе больных достигает 6,5%, что связано с развитием печеночной комы, кровотечения из вен пищевода и гепаторенального синдрома – преимущественно в случаях алкогольной и алкогольно-вирусной природы заболевания [2]. Кумулятивная смертность у

больных алкогольным циррозом печени через 1, 3, 6 и 12 месяцев наблюдения равняется 18%, 28%, 36% и 40% соответственно, а кумулятивная смертность через 5, 10 и 15 лет составляет 71%, 84% и 90% [6].

Традиционной шкалой оценки тяжести цирроза печени и определения его прогноза является индекс Child-Pugh [3], хотя имеются сомнения в адекватности его предикторной способности для прогнозирования летальности [6]. В настоящее время предлагаются различные шкалы и показатели неблагоприятного прогноза заболевания с более высокой предсказательной точностью в отношении смертности, такие как шкала MELD, оценка степени гипонатриемии [3], комбинация показателей активности щелочной фосфатазы, возраста и употребления алкоголя [6], тогда как данные об эффективности применения количественных тестов функции печени (тесты GEC и MEGX) в качестве прогностических инструментов выживаемости крайне противоречивы [3].

Хронические заболевания печени сопровождаются патологией сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза, изменениями систем физиологических антикоагулянтов и фибринолиза, ускоренным внутрисосудистым свертыванием крови [4, 8]. Микроциркуляторные нарушения и дисфункция эндотелия являются важнейшей составной частью патогенеза хронической патологии печени, влияя на характер ее течения, гистологическую картину и, в конечном итоге, – на прогноз [10, 18, 23, 24]. Дисбаланс в системе эндотелиальных медиаторов при циррозе печени коррелирует с его тяжестью, наличием асцита, что предполагает важную роль печеночноклеточной недостаточности и портальной гипертензии в возникновении дисфункции эндотелия [8, 10, 18, 24]. С другой стороны, прогностическое значение имеет клиническая манифестация отклонений гемостатиче-

Корой Павел Владимирович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней №1 СтГМА; тел.: (8652) 32-35-37, 89282938068; e-mail: paule75@yandex.ru.