

В.Л. ДЕНИСЕНКО, А.В. ВОРОБЕЙ

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

Отделенческая клиническая
больница на ст. Витебск,
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,
Республика Беларусь

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) – часто встречающееся заболевание, которым страдает 5 – 7% взрослого населения. По поводу его этиологии продолжают споры, большинство авторов считают, что причиной возникновения заболевания служат нарушения развития эмбриона [4].

Fornero G. (1997 г.), работая над проблемой патогенеза эпителиально-копчикового хода, обследовал 1000 пациентов из числа военнослужащих. У 148 человек были ранее в анамнезе те или иные проявления ЭКХ. У 40 из 1000 пациентов выявлен ЭКХ вне воспаления или наблюдалось его бессимптомное течение. У 88 военнослужащих вышеописанная патология имела не только у них, но и у их родственников. По его мнению, причиной развития ЭКХ является наследственный фактор [8].

Гнойное воспаление кожного хода в крестцово-копчиковой области впервые описал Маю в 1833 г. [12]. Учитывая, что воспалительный процесс и гнойная деструкция тканей связаны с инфицированием гноеродными микроорганизмами, ряд исследователей занимались изучением этиологии нагноения. По данным Дульцева Ю.В. и других отечественных и зарубежных исследователей,

причиной воспаления ЭКХ являлись *S. aureus*, *Bacteroides species*, *E. Coli* [4, 7, 12, 13].

Bascom J. (1996 г.), изучая микрофлору ран перианальной области, установил наличие как патогенной, так и условно патогенной микрофлоры. В основном это были стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, кишечная палочка и др. В ряде случаев процесс был обусловлен анаэробными возбудителями, которые вызывают газовую флегмону подкожно-жировой клетчатки [7].

В то же время, детерминирующая роль отдельных видов микроорганизмов в этиологии нагноения ЭКХ, возможная диффузия их в перифокальные ткани, а также резистентность бактерий к применяемым антибиотикам изучены недостаточно, что сказывается на адекватности проводимой антибактериальной терапии и эффективности хирургического вмешательства в плане определения объема резекции инфицированных тканей.

В мире существуют три основных способа лечения ЭКХ (закрытый, полукрытый и открытый). Впервые открытый способ лечения эпителиально-копчикового свища предложил Габриель в начале XX века. Бэкон предложил закрытый способ лечения ЭКХ. Полукрытый способ лечения эпителиально-копчикового свища предложил Рыжих А.Н. в первой половине XX века.

Несмотря на кажущуюся простоту, радикальное лечение острого воспаления в крестцово-копчиковой области до сих пор вызывает споры среди хирургов, поскольку, как бы широко не вскрывался абсцесс, гарантии от перехода заболевания в хроническую форму или рецидива дать нельзя [4, 5, 15].

Радикальное лечение предусматривает широкое вскрытие гнойника в остром периоде заболевания с последующим открытым ведением раны и проведение повторной операции спустя 4 – 5 недель после купирования острых явлений воспаления.

Нагноение раны в раннем послеоперационном периоде после радикального иссечения эпителиального копчикового хода связано, в основном, с инфицированием гематомы в неликвидированной полости. После обширных иссечений устранить так называемое «мертвое пространство» наложением матрацных швов удается далеко не всегда, в результате в остающейся полости скапливается кровь и нагнаивается образовавшаяся гематома [4, 9]. По данным Rozato L. (1997 г.), частота гнойно-септических осложнений в раннем послеоперационном периоде колеблется от 8% до 13% [9]. По данным Spivak H. (1996 г.), при закрытом методе лечения нагноение раны отмечено у 11,4 %, при полукоткрытом - у 7,1 % и при открытом – у 2,3 % пациентов [18].

Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. (1988 г.) в лечении эпителиального копчикового абсцесса применяли двухэтапное лечение. Первый этап состоял из вскрытия абсцесса, второй - предусматривал выполнение одного из трех способов: а) иссечение свища с открытым ведением раны; б) иссечение свища с ушиванием краев раны наглухо; в) иссечение свища с подшиванием краев раны к ее дну. Частота нагноений составила, соответственно, 9,6; 30,4; 28 % [4]. Аналогичные данные приводят и другие авторы: Rosato L., Fornero C., Nahas S. [16, 18].

Таким образом, большинство хирургов в лечении эпителиального копчикового абсцесса применяли двухэтапное оперативное лечение. На первом этапе абсцесс вскрывали типичным способом, на втором этапе применяли закрытый, полукоткрытый или открытый способы лечения.

В лечении обширных ран применяется их закрытие с использованием различных способов пластики мягкими тканями. Одним из таких способов является пластика перемещенным кожно-подкожным лоскутом [1, 12]. Лаврешин П.М. (2001 г.) производил для улучшения мобилизации краев

раны дополнительные разрезы на обеих ягодичах. Мобилизованный край раны с подкожной клетчаткой отворачивали, удаляли свищевые ходы с патологически измененными тканями, низводили его без натяжения и подшивали к крестцово-копчиковым связкам. Аналогичные действия выполнялись с противоположной стороны. Край раны фиксировали к ее дну с учетом топографо-анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области. Большую по площади рану закрывали смещенным лоскутом: в верхнем и нижнем углах раны по ходу эластических волокон, латеральнее основной раны, производили дополнительные разрезы в области ягодич. Мобилизованный лоскут без натяжения низводили ко дну раны и подшивал к крестцово-копчиковым связкам. Дополнительные разрезы на ягодичах ушивали отдельными швами. Предложенная автором схема лечения ЭКХ дала возможность уменьшить количество ранних и поздних послеоперационных осложнений с 30,5 до 4,2 % [5].

Бхимани Исмаат Кассам (1997) применила свободную кожную пластику раневых поверхностей после радикального иссечения ЭКХ у 25 больных с различными формами ЭКХ, кроме кист. Применено 2 способа: дерматомным перфорированным лоскутом, взятым с бедра, который накладывали на рану и подшивали ко дну иногда теми же нитями, которыми подшивался край раны. Мелкие марлевые шарики хорошо фиксировали лоскут к раневой поверхности. Такие шарики легко меняли на вторые сутки без опасности отслойки кожного лоскута. В другом варианте применяли островковую пластику на образовавшиеся на дне раны грануляции. Во всех 25 наблюдениях кожные лоскуты прижились и наступило выздоровление в течение месяца без рецидивов. Использование такой методики сокращает сроки лечения почти в 3 раза, а число рецидивов уменьшает до 1 % [2].

Kudaka M. (1998) приводит данные, согласно которым после W-образной пластики среднее пребывание в стационаре составило 26,5 дней (при выполнении закрытого метода – 18,8 дней), а частота рецидивов, соответственно, 1 % и 6 % [10].

Одним из реальных подходов при выборе метода лечения дефектов мягких тканей в условиях инфицированной раны является сочетание целенаправленной антибактериальной терапии с оптимальным способом пластики [1]. Известно, что критическим уровнем для возникновения местных послеоперационных гнойных осложнений или генерализации инфекции является содержание в одном грамме ткани больного более 10^5 микробов, а при иммунодефиците нагноение ран развивается при обсемененности микробами от 10^1 до 10^2 на 1 г ткани раны.

Одной из причин гнойных осложнений при одноэтапном хирургическом лечении, не осложненного ЭКХ и двухэтапном лечении абсцедирующего ЭКХ может служить недостаточно широкое иссечение прилежащих к ЭКХ мягких тканей, которые могут быть инфицированы гноеродными бактериями. В то же время, вопросы обсемененности окружающих ЭКХ мягких тканей до и после вскрытия абсцесса в зависимости от удаления от краев раневой полости в литературе освещены не достаточно полно.

Как показывают приведенные данные о числе осложнений при лечении абсцедирующего эпителиального копчикового хода, стандартные оперативные пособия у пациентов не уменьшают числа рецидивов. Необходимо поиск новых методов хирургического лечения абсцедирующего ЭКХ, основанных на определении площади иссечения патологического очага с закрытием раневой полости одним из вариантов кожной пластики на 2-м этапе радикального лечения. Для снижения числа послеоперационных

осложнений необходимы бактериологические исследования содержимого абсцесса и перифокальных мягких тканей, а также оценка иммунного статуса пациентов с абсцедирующим эпителиальным копчиковым ходом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басков, А.А. Подготовка гнойных ран к кожной пластике / А.А. Басков, Н.В. Якушева // Кожная пластика в гнойной хирургии. – М., 1990. – С. 11-12.
2. Бхимани, Исмаат Кассам. Выбор хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов: автореферат диссертации кандидата медицинских наук: 14.00.27 / Исмаат Кассам Бхимани; Белорусский институт усовершенствования врачей. – Мн., 1997. – 20с.
3. Комплексное лечение гнойно-воспалительных заболеваний крестцовой области / В.К. Гостищев, В.А. Вертьянов, Хуршудян А.Г. [и др.] // Клин.хир. – 1987. – №1. – С.20-22.
4. Дульцев, Ю.В. Эпителиальный копчиковый ход / Ю.В.Дульцев, В.Л. Ривкин. – Медицина, 1988. – 125 с.
5. Лечение эпителиально-копчикового хода в стадии острого воспаления / П.М. Лаврешин, В.К. Гобеджишвили, И.Н. Мудров. [и др.] // Актуальные проблемы колопроктологии. – Ростов- на- Дону, 2001. – С. 43-44.
6. Banerjee, D. The aetiology and management pilonidal sinus / D. Banerjee // J.Wound. – Care. – 1999. – Vol. 8 6. – P. 309-310.
7. Bascom, J. Pilonidal care : anaerobic as invisible villains letter / J. Bascom // Eur. J. Surg. – 1996. – Vol.162 (4). – P. 351.
8. Fornero G., Luc A., Clerico G. // Minerva-Chir. – 1997. – Vol. 52 (10). – P. 1277-1279.
9. Il trattamento radicale della cisti pilonidale sacrococcigea. / L. Rosato, G.Fornero, A. Luc [et al.] // Minerva Chir. – 1997. – Vol.52(10). – P.1277-1279.
10. Kadaka, M. Surgical treatment for pilonidal sinus : a fourteen year experience /

- M. Kadaka // General Surgery. – Tokyo, 1999. – P. 1-6.
11. Lundhus, E. Outcome at three to five years of primary closure of perianal and pilonidal abscess. A randomised, double-blind clinical trial with a complete three-year followup of one compared with four days' treatment with ampicillin and metronidazole / E. Lundhus, F. Gottrup // Eur. J. Surg. – 1993. – Vol. 159 (10). – P.555-558.
12. L'uso del collante biologico nel trattamento chirurgico delle fistole sacro-coccigee. / A. Vitale, G. Barberis, P. Maida [et al.] // G.Chir. – 1992. – Vol. 13 (4). – P. 271-272.
13. Manji, H. General anaesthetic for a pilonidal sinus excision in a patient with hereditary angio-oedema / H. Manji, W. Scott // Eur. J. Anaesthesiol. – 1998. – Vol. 15 (5). – P.607-609.
14. McVey, M. Pilonidal sinus: the bottom line/ M. McVey // Nurs.Times. – 1999. – Vol. 6-12; 95 (1). – P. 28-29.
15. Menzel, T. Exzision und offene Wundbehandlung des Sinus pilonidalis. Rezidivrate und Dauer der Arbeitsunfähigkeit / T. Menzel, A. Dorner, J. Cramer //Dtsch.Med.Wochenschr. – 1997.– Vol. 21; 122 (47).– P. 1447-1451.
16. Nahas, S. Resultados do tratamento cirurgico de cisto pilonidal nao-complicado / S. Nahas // Rev. Hops. Clin. Fac. Med.– 1997. – Vol. 52 (6). – P. 287-290.
17. Recurrent pilonidal sinus after excision with closed or open treatment: final result of a randomised trial / K. Sondena, I. Nesvik, E. Andersen [et al.] // Eur. J. Surg. – 1996. – Vol. 162 (3). – P. 237-240.
18. Treatment of chronic pilonidal disease/ H. Spivak, V. Brooks, M. Nussbaum//Dis. Colon. Rectum.-1996.-Vol. 39 (10)-P. 1136-1139.

Поступила 11.01.2006 г.