

## ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

ДЕНИСЕНКО В.Л., ВОРОБЕЙ А.В.

*Больница на ст. Витебск,  
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

**Резюме.** Одной из важнейших проблем современной проктологии является лечение эпителиального копчикового абсцесса. Несмотря на достигнутые успехи в лечении данного заболевания, остается высоким процент послеоперационных осложнений (рецидивы заболевания).

Ромбовидное иссечение патологического очага в пределах заведомо неинфицированных тканей позволило нам независимо от размеров абсцесса, протяженности свищевых ходов, типа оволосения и глубины межъягодичной складки применить в 20 случаях перемещенный кожно-подкожный ягодичный лоскут. Кроме того ромбовидная пластика в столь сложной анатомической области не влияет на анатомию и функцию вблизи расположенного ануса. Активная аспирация раневого содержимого после пластики препятствует образованию под лоскутом сером и гематом. Пластика перемещенным ягодичным кожно-подкожным лоскутом более эффективна по сравнению с применением глухого матрачного шва и подшивания краев раны к ее дну. Результаты лечения показали, что применение ромбовидной кожной пластики позволили уменьшить число рецидивов заболевания.

**Ключевые слова:** эпителиальный копчиковый ход, эпителиально-копчиковый абсцесс, пластика.

**Abstract.** One of the most important problems of the modern proctology is the treatment of coccyx epithelial abscess. In spite of the reached successes the high level of post –operation complications are stayed (recurrent disease). The diamond – shaped section of pathological focus in the field of non-infectious tissues lets us independence on the sizes of abscess , fistula channels extent , type of hairing to use the cutaneous-subcutaneous implantant. More over the diamond – shaped plastics in the very complex anatomic field does not influence on anatomy and function of anus. After plastics the active aspiration of wound content prevents hematoma forming . Plastics of implantant is more effective in comparison with the using of suture and sewing of wound to its fundus. The results of treatment showed that the using of diamond –shaht skin plastic lets to reduce the number of recurrent diseases.

**Адрес для корреспонденции:** Республика Беларусь, 210032, г. Витебск, ул. Чкалова, д. 38, к. 2, кв. 46. – Денисенко В.Л.

## Вводная часть

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) представляет собой врожденную аномалию кожи, связанную с неполной редукцией мышечных и соединительнотканых структур каудального отдела позвоночника эмбриона [4, 11]. На долю больных с ЭКХ, осложненным абсцессом и постоянно рецидивирующими свищами крестцово-копчиковой области, приходится до 12,5 % пациентов проктологических отделений. ЭКХ встречается чаще всего у лиц молодого трудоспособного возраста и, в большинстве случаев, склонен к инфицированию и хроническому течению воспалительного процесса, а безуспешность многократного хирургического лечения приводит к частой и длительной потере трудоспособности [4]. Vascom J.[7] отмечает, что несмотря на то, что после первого сообщения (Mayo, 1833) о клинической картине ЭКХ прошло около 170 лет, до настоящего времени вопросы выбора метода оперативного вмешательства являются дискуссионными в связи с высокой частотой возникающих осложнений и рецидивов. При двухэтапных методах лечения частота развития гнойно-септических осложнений в раннем послеоперационном периоде достигает 16%, рецидивов - 20% [12]. При открытом способе оперативного лечения число рецидивов меньше, однако сроки временной нетрудоспособности наиболее продолжительны и достигают 45 суток, в связи с чем высоки затраты на лечение.

Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л.[4] в лечении эпителиального копчикового абсцесса применяли двухэтапное лечение [4]. Первый этап состоял в 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. [9].

В лечении обширных ран применяется их закрытие с использованием различных способов пластики мягкими тканями. Одним из таких способов является пластика перемещенным кожным лоскутом [2]. Лаврешин П.М. [5] после иссечения ЭКХ производил для улучшения мобилизации краев раны дополнительные послабляющие разрезы обеих ягодич. Мобилизованный лоскут без натяжения низводил ко дну раны и подшивал к крестцово-копчиковым связкам. Дополнительные разрезы на ягодичах ушивал отдельными швами. Предложенная автором схема лечения ЭКХ дала возможность уменьшить количество ранних и поздних послеоперационных осложнений с 30,5 до 4,2 % [5].

Энфенджян А.К.[2] предложил и применил в 1987 году крестообразную пластику при наличии эпителиально-копчикового свища с затеками, суть которой заключалась в иссечении крестообразным разрезом свища с гнойными затеками. При этом получалась рана в виде 4-угольной звезды, боковые разрезы ушивались матрачными швами, а центральная рана ушивалась с подшиванием краев к ее дну. Уровень рецидивов после операции составил 3% [2].

Kadaka M.[10] 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].

### Методы

Исследования проведены в двух группах больных в 1994-2004 гг. В первую (контрольную) группу вошли 75 пациентов (60 мужчин и 15 женщин), лечение которых проводилось по общепринятым методикам. На первом этапе абсцесс вскрывали типичным способом. После взятия материала для микробиологического исследования гнойную полость обильно промывали раствором 3-% перекиси водорода и 0,05% раствором хлоргексидина, дренировали резиновой полоской, накладывали асептическую повязку. В последующем ежедневно в течение 7 – 8 суток проводили санацию и промывание гнойной полости вышеуказанными растворами.

На втором этапе под сакральной анестезией производили иссечение свища и раневой полости двумя способами. При первом способе 32 пациентам (подгруппа А) двумя окаймляющими разрезами иссекали гнойную полость с затеками, производили гемостаз коагуляцией и накладывали матрачные швы, ушивая рану наглухо. При втором способе 43 пациентам (подгруппа Б) двумя окаймляющими разрезами иссекали гнойную полость, производили гемостаз коагуляцией и накладывали швы капроном № 5, подшивая края раны к ее дну.

Во вторую (основную) группу вошли 20 человек (19 мужчин и 1 женщина), которым на первом этапе одноразовым шприцем пунктировали полость абсцесса и содержимое помещали в пробирки для определения вида микроорганизмов, их количества на 1 г ткани и чувствительности к антибиотикам. Из края раны и на расстоянии 0,5 и 1,5 см от края раны брали участки подкожной клетчатки 0,3 x 0,3 см и погружали в пробирки для определения вида микроорганизма, частоты и массивности контаминации их микроорганизмами на 1 г ткани и чувствительности к антибиотикам. Ежедневно в течение 5-6 суток гнойную полость промывали растворами 3-% перекиси водорода и 0,05% хлоргексидина. Рану дренировали широкой резиновой полоской или марлевыми мазевыми турундами. Накладывали асептическую повязку.

На 5-е сутки 20 больным, у которых визуально имелась обширная гнойная полость (более 2 см) и гнойные затеки открывались на ягодичные области в виде свищей, производили фистулографию. В полость свища вводили контраст (60% урографина - 5 мл). Это исследование дало возможность судить о размерах гнойной полости и разветвлении затеков на ягодичной области.

Под сакральной анестезией соответствующим ромбовидным разрезом иссекали гнойную полость с затеками. Рану промывали раствором хлоргексидина 0,05 % и 3% раствором перекиси водорода. Из ягодичной области выкраивали кожно-подкожный лоскут, конгруэнтный данному дефекту. Производили гемостаз биполярной электрокоагуляцией. После перемещения ромбовидного лоскута на ромбовидную раневую поверхность в межягодичной складке подкожные края обеих поверхностей фиксировали узловыми швами викрилом № 4. Кожные края фиксировали узловыми атравматическими нитями № 3 по Донатти. Затем аналогично ушивали

образовавшуюся линейную рану на ягодиче после перемещения лоскута (рис.1-2).

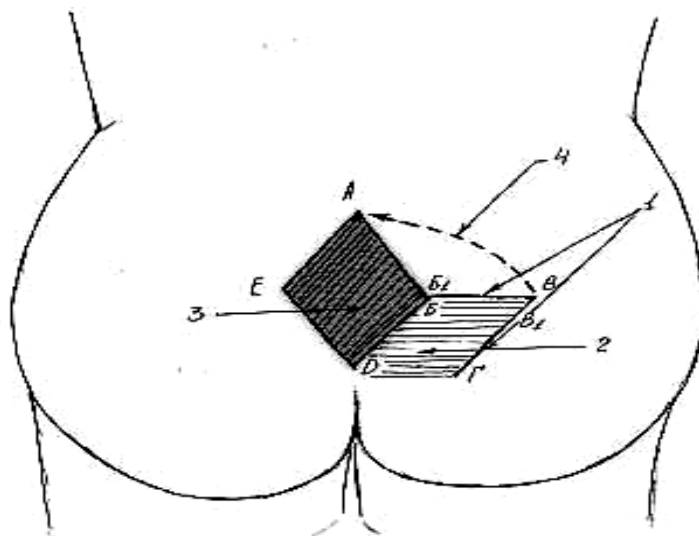


Рис.1. Схема ромбовидной кожной пластики в начале операции (1-два линейных разреза для выкраивания ягодичного кожно-подкожного лоскута; 2-ягодичный кожно-подкожный лоскут; А,Б,Д,Е – линии иссечения ромбовидной раны в межъягодичной складке; 3-ромбовидная рана после иссечения раневой полости и свищевых ходов в межъягодичной складке; Б,В,Г,Д – контуры ягодичного лоскута; 4-направление перемещения ягодичного лоскута; В - латеральный край будущей линейной раны ягодичной области после перемещения ягодичного лоскута.)

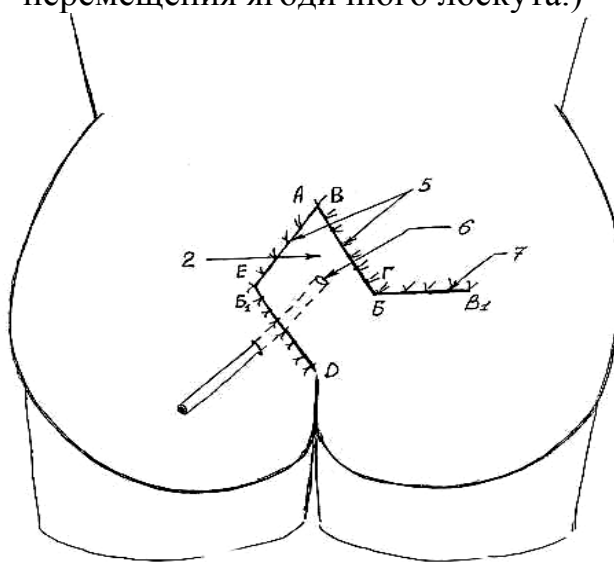


Рис.2. Схема ромбовидной кожной пластики на завершающем этапе (2-ягодичный лоскут, перемещенный в ромбовидную рану в межъягодичной складке; В,Г,Д,Б - контуры вновь перемещенного ягодичного лоскута; 5-узловые швы, фиксирующие края ромбовидной раны с краями перемещенного ягодичного лоскута; 6- перфорированная дренажная трубка для аспирации; Б,В - контуры линейной раны ягодичной области, образовавшейся после перемещения ягодичного лоскута; 7- узловые швы на ране ягодичной области.)

Предварительно рану дренировали перфорированной силиконовой трубкой диаметром 0,5 см, соединенной с вакуум-аспиратором. В первые сутки послеоперационного периода больной находился в положении лежа на животе. На вторые сутки оценивали состояние раны (наличие ишемии, отека, гиперемии, гематом), дренаж удаляли у всех больных. В течение 10-11 суток больных перевязывали ежедневно.

### **Результаты**

В контрольной группе у больных в раннем послеоперационном периоде количество гнойно-воспалительных осложнений составило в подгруппе А – 12,5+2,9% (у 3 мужчин и 1 женщины) и 6,7+2,7% в подгруппе Б (у 1 мужчины и 2 женщин). Нагноения послеоперационных ран в подгруппе А выявлены на 3-4 сутки, в подгруппе Б – на 5-6 сутки. В целом в контрольной группе послеоперационные осложнения составили 9,33+1,2%.

Рецидивы заболевания выявлены у 5 (8,6+3,2%) пациентов (у 2 мужчин и 3 женщин). У 3-х из них рецидивы возникали на втором, на третьем и четвертом месяцах после операции на фоне имевшихся ранних послеоперационных осложнений и длительно незаживавших ран. У 2-х – рецидивы возникли на 12 и 17 месяцах соответственно с момента выполненной двухэтапной операции.

Бактериологическими исследованиями было установлено, что уровень контаминации микрофлорой из абсцесса ЭКХ окружающих мягких тканей в 1,5 см от стенки последнего на 6-е сутки этиотропной антибактериальной терапии снижался до  $10^4$  на 1 гр ткани. Как известно, такая степень инфицированности не провоцирует местных послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

В основной группе состояние лоскута у всех 20 больных в течение 10-11 суток было нормальным, кожа была бледно-розовой окраски, ишемии не выявлено. Отека, гиперемии в зоне наложения швов также не было выявлено. Вакуум-дренаж играл роль аспиратора раневого содержимого в течение суток, тем самым, ликвидируя возможное скопление серозно-геморрагического отделяемого как субстрата для развития гнойно-септических осложнений и гематом. Швы снимали в среднем на 10 сутки через один, оставшиеся – на 11 сутки.

На основании анализа клинических наблюдений ромбовидная кожная пластика на втором этапе радикального лечения абсцедирующего ЭКХ показана при:

- диаметре абсцесса более 2 см;
- множественных свищевых затеках, увеличивающих площадь иссечения;
- сохраняющейся инфильтрации краев раневой полости на 6-7 сутки после вскрытия абсцесса;
- у тучных больных с глубокой межъягодичной складкой;
- выраженном оволосении ягодич и межъягодичной складки.

### **Обсуждение**

При наличии гнойной полости более 2 см или множественных затеков в ягодичную область, а также инфильтрированных воспаленных мягких тканей,

окружающих рану, иссечение обширного патологического очага в межъягодичной складке окаймляющими полулунными разрезами создает обширную по площади раневую поверхность. Ушить такую рану не только наглухо, но и даже стандартно подшить её кожные края ко дну невозможно. В таких ситуациях нужны нестандартные и одновременно надежные и радикальные подходы. Выход может быть найден только в одном из вариантов кожной пластики. Последняя для успешного исхода операции должна выполняться в неинфицированных тканях.

Применение кожной пластики перемещенным кожным лоскутом позволяет укрыть достаточно большие раневые поверхности. Таким образом, при двухэтапном радикальном лечении абсцедирующего ЭКХ имеется возможность иссечь патологический очаг в пределах заведомо неинфицированных тканей.

### **Выводы**

1. На фоне проводимого лечения уровень микробной контаминации перифокальных мягких тканей в 1,5 см от края раны снижается на 2-3 порядка.

2. Широкое ромбовидное иссечение патологического очага (раневой полости и свищевых затеков) в пределах заведомо здоровых тканей и закрытие раневого дефекта перемещенным кожно-подкожным лоскутом эффективно по сравнению с применением глухого матрацного шва и подшиванием краев раны к ее дну.

3. Ромбовидная кожная пластика эффективна при любой площади поражения абсцедирующим ЭКХ и необычных анатомических вариантах межъягодичной области, не нарушает анатомических взаимоотношений в зоне ануса.

### **Заключение**

Широкое ромбовидное иссечение патологического очага в пределах заведомо неинфицированных тканей и ромбовидная пластика перемещенным ягодичным кожно-подкожным лоскутом на втором этапе лечения показана: при диаметре абсцесса более 2 см; множественных свищевых затеках, увеличивающих площадь иссечения; сохраняющейся инфильтрации краев раневой полости на 6-7 сутки после вскрытия абсцесса; глубокой межъягодичной складке; выраженном оволосении ягодиц и межъягодичной складки и у тучных

### **Литература**

1. Абрамов, Н.Л. Кожная пластика в гнойной хирургии / Н.Л. Абрамов, С.А. Жидков, Кузьмин Ю.В. // Медицинские новости. – 2000. – № 6. – С. 53-56.

2. Агавелян, А.М. Тактика лечения острых неопухолевых проктологических заболеваний / А.М. Агавелян., А.К. Энфенджян // Вестн. хир. Армении. – 2001. – № 3. – С. 193-197.

3. Басков, А.А. Подготовка гнойных ран к кожной пластике / А.А. Басков, Н.Ф. Якушева // Кожная пластика в гнойной хирургии. М., 1990. – С. 11-12.

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. Свободная кожная пластика в комплексном лечении и профилактике генерализации раневой инфекции / Е.М. Матчин, В.А. Огольцова, С.В. Кондратьев [и др.] // Кожная пластика в гнойной хирургии – М., 1990. – С.48-50.

7. Bascom, J. Pilonidal sinus: experience with the Karydakis flap [letter] / J. Bascom // Br. J. Surg. – 1998. – Vol. 85 (6). – P. 874.

8. Bascom, J. Skin flaps for pilonidal disease [letter] / J.Bascom // Ann. Plast. Surg. – 1998. – Vol. 41 (3). – P. 33.

9. Il trattamento radicale della cisti pilonidale sacrococcigea / L. Rosato, G. Fornero, A. Luc, G. Clerico // Minerva-Chir. – 1997. – Vol. 52 (10). – P. 1277-1279.

10. Kadaka, M. // Surgical treatment for pilonidal sinus : a fourteen year experience / M. Kadaka // Ceneral Surgery. – Tokyo. – 1999. – P 1-6.

11. Pilonidal sinus: experience with the Karydakis flap [letter, comment] / T. Shocller, G. Wechselberger, A. Otto [et al.] // Br. J. Surg. – 1997. – Vol. 84 (6). – P. 890-891.

12. Pilonidal disease: 25 cases treated by the Dufourmentel technique / C. Manterola, M. Barroso, J. Araya [et al.] // Dis-Colon-Rectum. – 1991. – Vol. 34(8). – P. 649-652.

13. Rosen, W. Gluteus maximus musculocutaneous flap for the treatment of recalcitrant pilonidal disease [see comments] / W. Rosen, J. Davidson // Comment in: Ann. Plast. Surg. – 1997. – Vol. 38 (3). – P.304-305.