

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ИССЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА**Карташёв А.А., Валька Е.Н., Морозов В.С.**

УДК: 616.711.8-089.8716.94

ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет,
Институт медицины, экологии и физической культуры**Резюме**

Проведена сравнительная оценка результатов лечения 62 больных эпителиальным копчиковым ходом, оперированных с использованием традиционной (контрольная группа – 32 пациента) и предлагаемой авторами методики (исследуемая группа – 30 пациентов) иссечения эпителиального копчикового хода. Срок полного заживления раны в исследуемой группе составил $13,13 \pm 4,07$ дня по сравнению с контрольной группой $33,44 \pm 17,83$ дня ($p < 0,05$). Частота послеоперационных осложнений в исследуемой группе составила 3,33%, в контрольной – 25,00% ($p < 0,05$). К моменту полного заживления раны глубина межъягодичной складки в исследуемой группе уменьшилась на $1,58 \pm 0,39$ см, тогда как в контрольной группе она практически не изменилась $0,44 \pm 0,33$ см ($p < 0,05$). В основной группе рецидива заболевания в течение 12 месяцев не наблюдалось, а в контрольной группе она составила 15,63% ($p < 0,05$). Сделан вывод о значительном преимуществе предложенной методики операции.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, асимметричное иссечение, межъягодичная складка.

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) является распространенным проктологическим заболеванием [1, 2, 3, 5]. В подавляющем большинстве случаев первым его проявлением является возникновение нагноения ЭКХ с последующим формированием свищей.

Результаты хирургического лечения хронической формы этого заболевания остаются неудовлетворительными в связи с длительным сроком заживления ран крестцово-копчиковой области, составляющим по данным литературы от 14 до 63 суток [2, 4, 9], высокой частотой рецидивов заболевания, составляющей от 2 до 11% [2, 4, 9] и послеоперационных осложнений от 2,5 до 25% [2, 4, 9].

По литературным данным, лучшие сроки заживления ран наблюдаются при «закрытом» способе операции с наложением глухого шва [8, 9], однако при этом отмечается несколько большая частота гнойно-септических осложнений, по сравнению с «открытым» способом, в связи с чем предложено множество различных методик операций по иссечению ЭКХ, которые, к сожалению, не всегда характеризуются приемлемыми результатами.

В последнее время всё чаще стали применяться способы асимметричного иссечения ЭКХ [6, 7], позволяющие несколько улучшить результаты лечения, но и они не лишены недостатков [6, 7].

Нами разработана методика операции иссечения ЭКХ с латеральным смещением кожного лоскута и уменьшением глубины межъягодичной складки путем пересечения соединительнотканых перегородок между кожей и крестцовой фасцией.

Для сравнительной оценки эффективности и безопасности предложенной методики проведено проспективное исследование.

MODIFIED TECHNIQUE OF PILONIDAL FISTULA EXCISION**Kartashev A.A., Valika E.N., Morozov V.S.**

The article introduces a comparative analysis of treatment results of 62 patients with pilonidal fistula: traditional excision technique cohort (control group) – 32 patients, authors' technique cohort (study group) – 30 patients. Complete wound healing time in the study cohort was $13,13 \pm 4,07$ days compared to $33,44 \pm 17,83$ days in the control group ($p < 0,05$). Postoperative complications rate in the study cohort was 3,33%; in the control group – 25, 00% ($p < 0,05$). By the moment of complete wound healing gluteal fold depth has decreased by $1,58 \pm 0,39$ cm in the study group, while in the control group it has barely changed – $0,44 \pm 0,33$ cm ($p < 0,05$). In the long-term outcomes within 12 months no recurrences were reported in the study cohort, whereas recurrence rate in the control group was 15,63% ($p < 0,05$). Thus the introduced excision technique proves to have significant advantages over traditional technique.

Keywords: pilonidal fistula, asymmetric excision, gluteal fold.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку иссечения ЭКХ с использованием традиционной и предлагаемой методики.

Материал и методы исследования

В исследование включены результаты лечения 62 пациентов с хронической формой ЭКХ, прооперированных в хирургическом отделении ГУЗ Ульяновской областной больницы №2 в период с 2006 по 2009 год. Всем пациентам в прошлом проводилось вскрытие абсцесса ЭКХ. Перед госпитализацией всем больным проведено общее обследование согласно стандартам оказания медицинской помощи.

По методу проведения операции все пациенты разделены на 2 группы.

В исследуемую группу включены 30 пациентов в возрасте от 18 до 62 лет, средний возраст $30,24 \pm 13,75$ лет, прооперированных по предложенной методике.

Из них мужчин 23 (76,7%), женщин 7 (23,3%).

В 18 (60,0%) случаях операция проводилась под местной инфильтрационной анестезией (0,5% раствором новокаина), в 1 (3,3%) случае под внутривенным наркозом, в 11 (36,7%) случаях под спинномозговой анестезией.

В контрольную группу включены 32 пациента в возрасте от 19 до 46 лет, средний возраст $26,22 \pm 6,95$ лет, которым выполнено симметричное иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей с наложением глухого шва по Донати.

Из них мужчин 27 (84,4%), женщин 5 (15,6%).

В 9 (28,1%) случаях операция проводилась под местной инфильтрационной анестезией (0,5% раствором новокаина), в 7 (21,9%) случаях под внутривенным наркозом, в 16 (50,0%) случаях под спинномозговой анестезией.

Обе группы пациентов были сравнимы по полу, возрастному составу и наличию сопутствующей патологии.

Всем больным проводилась профилактика гнойно-септических (внутримышечное введение цефазолина или цефуроксима в дозе 1 за 30 мин. до операции и каждые 6 часов в течение первых суток после операции) и тромбозных (эластическое бинтование нижних конечностей) осложнений.

Операция во всех случаях проводилась в положении по Депажу.

Всем пациентам непосредственно перед разрезом проводилось измерение глубины межъягодичной складки в области предполагаемого нижнего угла раны.

Методика операции иссечения ЭКХ с латеральным смещением кожного лоскута и уменьшением глубины межъягодичной складки путем пересечения соединительнотканых перегородок между кожей и крестцовой фасцией включает 6 этапов, осуществляемых после анестезии и обработки операционного поля по стандартной методике:

1. Зондирование и прокрашивание ЭКХ через его первичные и вторичные отверстия биологически безвредным красителем (раствор метиленового синего или бриллиантового зеленого, смешанного с 3% раствором перекиси водорода). При этом определяются предполагаемые внешние границы иссечения хода, которые отмечаются на коже. Границы предполагаемых разрезов располагают асимметрично (относительно межъягодичной складки) в виде латинской буквы D, обращенной выпуклостью в сторону большего распространения хода (рис. 1а).
2. Производится иссечение кожи и подкожной клетчатки с ходом и, по возможности, всеми его ответвлениями до уровня крестцовой фасции с использованием электроножа или скальпеля, при этом один край раны формируется значительно более пологим (рис. 1б). После иссечения макропрепарата производится тщательный гемостаз путём электрокоагуляции.
3. В нижнем углу раны в поперечном направлении производится пересечение соединительно-тканых волокон, соединяющих крестцовую фасцию с кожей на глубину 2,0–2,5 см (рис. 1в, область отсепаровки лоскута обозначена цветом), что в последующем способствует легкой мобилизации лоскутов, уменьшению глубины вновь сформированной межъягодичной складки и препятствует формированию воронкообразного втяжения в нижнем углу раны. Проводится гемостаз. После чего рана промывается раствором антисептика.
4. Через контрапертуру в верхнем углу раны до самой нижней его части устанавливается силиконовый дренаж с боковыми отверстиями, который фиксируется к коже (рис. 1г).

5. Над дренажом накладываются узловые швы из рассасывающегося шовного материала (кетгут, ПГА, викрил) на подкожную клетчатку.

Сначала в области нижнего угла раны над пересеченными на 3 этапе соединительноткаными волокнами во фронтальной плоскости на расстоянии 5 мм один над другим накладываются 2–3 шва, при натягивании которых происходит увеличение толщины отсепарованного лоскута.

Затем по направлению снизу вверх производится сшивание оставшейся раны, так что полость раны над дренажом полностью заполняется жировой клетчаткой (рис. 1д).

6. Кожа ушивается узловыми швами из нерассасывающегося материала. На дренаж надевается резиновая груша для создания разрежения, затем на рану накладывается асептическая повязка (рис. 1е). Симметричное иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей с ушиванием раны наглухо швами по Донати проводилось по известной методике [4].

В послеоперационном периоде больным проводились ежедневные перевязки с растворами антисептиков (йодонат, спиртовой хлоргексидин).

Дренаж удалялся по мере уменьшения количества отделяемого.

Швы снимались на 8–12 сутки.

Результаты оценивались по следующим показателям: – сроки полного заживления раны, сроки удаления дренажа, наличие осложнений, сроки госпитализации, изменение глубины межъягодичной складки к моменту полного заживления раны, возникновение рецидива заболевания в течение 12 месяцев после операции.

Для статистической оценки достоверности разницы показателей использовался t-тест Стьюдента, при этом достоверными считались результаты с $p \leq 0,05$.

Для статистической обработки результатов использовалась программа Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждение

ЭКХ является распространенным заболеванием, встречающимся преимущественно у лиц мужского пола молодого возраста, и является важной медицинской проблемой, так как значительно снижает качество жизни больных.

Результаты хирургического лечения хронической формы этого заболевания остаются неудовлетворительными в связи с длительным сроком заживления ран крестцово-копчиковой области, высокой частотой рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений.

Представленный метод иссечения ЭКХ с латеральным смещением кожного лоскута и уменьшением глубины межъягодичной складки путем пересечения соединительнотканых перегородок между кожей и крестцовой фасцией по сравнению с традиционным методом иссечения ЭКХ с наложением глухого шва [4] и

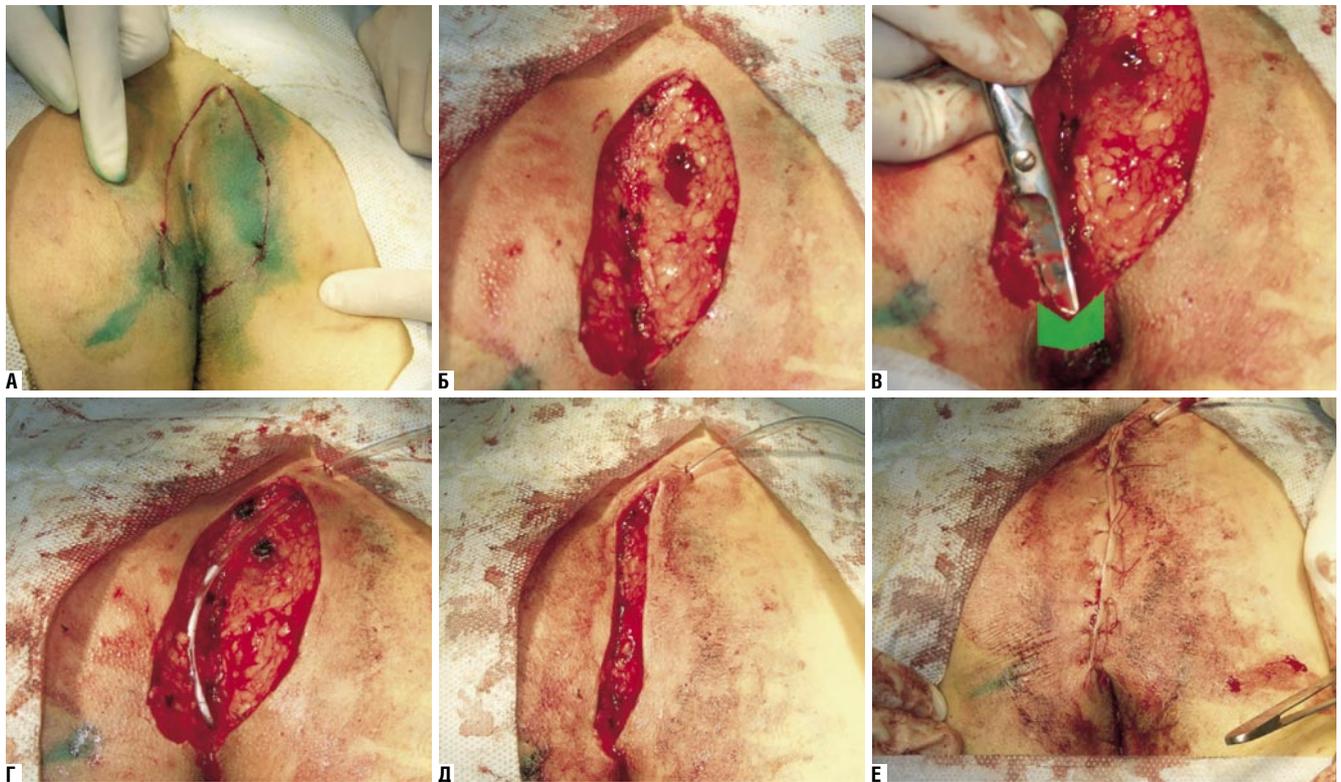


Рис. 1. Этапы операции. Цветом выделена область пересечения соединительнотканых перегородок между крестцовой фасцией и кожей

известными методиками с асимметричным иссечением ЭКХ по Karydajis [10] и Vascom [7] имеет следующие отличия:

1. При закрытии полости раны производится латеральное смещение полнослойного лоскута, что позволяет сохранить достаточное кровоснабжение (уменьшается вероятность некроза лоскута), обеспечить максимальное заполнение полости подкожной клетчаткой с меньшим (по сравнению с отмеченными выше способами) натяжением тканей.
2. Пересечение соединительнотканых перегородок между кожей и крестцовой фасцией в нижнем углу раны и наложение в этой области дополнительных швов во фронтальной плоскости способствует зна-

чительному уменьшению глубины межъягодичной складки, облегчает смещение лоскутов, снижает натяжение тканей и препятствует формированию воронкообразного втяжения в нижнем углу раны.

3. Дренажирование раны по всей длине, для обеспечения адекватного оттока раневого отделяемого, особенно из области нижнего угла раны, где с наибольшей вероятностью может формироваться скопление жидкости.

Описанные особенности предложенного метода позволяют значительно снизить частоту послеоперационных осложнений с 25,00% в контрольной группе до 3,33% в исследуемой группе (таблица 1).

Необходимо отметить, что в исследуемой группе не возникло ни одного случая некроза или расхождения кра-

Табл. 1. Результаты исследования

Показатель	Исследуемая группа. n=30	Контрольная группа. n=32	p (достоверно при p≤0,05)
Срок госпитализации, сутки	13,10±1,67	14,97±3,60	0,004
Срок полного заживления раны, сутки	13,13±4,07	33,44±17,83	0,005
Срок снятия швов, сутки	8,97±2,91	9,84±3,01	0,124
Частота осложнений, %	3,33	25,00	0,007
Изменение глубины межъягодичной складки1, см	-1,58±0,39	-0,44±0,33	0,013
Срок удаления дренажа, сутки	3,96±1,74	–	–
Рецидив в течение 12 месяцев после операции, %	0,00	15,63	0,011

Показатель вычислялся по формуле: глубина межъягодичной складки в области нижнего угла раны, измеренная к моменту полного заживления раны минус глубина межъягодичной складки в области намеченного нижнего угла раны, измеренная непосредственно перед разрезом.

ёв раны, тогда как в контрольной группе они составили 3,13% и 6,25% соответственно (таблица 2).

Единственный случай (3,33%) возникновения серомы в исследуемой группе диагностирован на 3 сутки послеоперационного периода и был связан с нарушением проходимости дренажной трубки. После выявления серомы швы были сняты, и рана заживала вторичным натяжением.

В контрольной группе частота нагноения раны и возникновения сером составила 12,49% (таблица 2).

Срок полного заживления раны в исследуемой группе меньше в два раза $13,13 \pm 4,07$ дня по сравнению с контрольной группой $33,44 \pm 17,83$ дня (таблица 1).

Глубина межъягодичной складки в исследуемой группе уменьшилась на $1,58 \pm 0,39$ см, тогда как в контрольной группе она практически не изменилась $0,44 \pm 0,33$ см (таблица 1).

Уменьшение глубины межъягодичной складки и её «сглаживание» способствует заживлению раны и препятствует формированию воронкообразного втяжения в нижней части раны, которое часто является одной из основных причин рецидива заболевания.

В течение 12 месяцев после операции в исследуемой группе не возникло случаев рецидива заболевания, тогда как в контрольной группе он возник в 15,63% случаев (таблица 1).

Выводы

Модифицированный метод иссечения ЭКХ даёт возможность:

1. Сократить сроки полного заживления раны.
2. Уменьшить число послеоперационных осложнений.
3. Позволяет уменьшить глубину межъягодичной складки, что оказывает благоприятное влияние на заживление раны и препятствует формированию воронкообразного втяжения в нижней части раны, которое часто является одной из основных причин рецидива заболевания.
4. Снизить риск рецидива заболевания.

Табл. 2. Структура послеоперационных осложнений

Показатель	Исследуемая группа. n=30	Контрольная группа. n=32
Частота осложнений (общая), %	3,33	25,00
Нагноение и серомы, %	3,33	12,49
Гематома, %	0,00	3,13
Расхождение краёв раны, %	0,00	6,25
Некроз краёв раны, %	0,00	3,13

Литература

1. Основы колопроктологии /Под ред. Г.И. Воробьева. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 432 с.
2. Дульцев Ю.В. Эпителиальный копчиковый ход./ Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. – М.: Медицина, 1988.
3. Ривкин В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. – М., 2001. – 298 с.
4. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология: Рук. для врачей / В.Д. Федоров, Г.И. Воробьев, В.Л. Ривкин. – М., 1994. – 450 с.
5. Федоров В. Д. Проктология/ Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. – М.: Медицина, 1984.
6. Williams A. Karydak's operation for sacrococcygeal pilonidal sinus disease: experience in a district general hospital / A.Williams, S.Hossain, A.C. Montgomery // Ann R Coll Surg Engl 1998; 80: 197–199.
7. Bascom J. Pilonidal sinus: experience with Karydak's flap // Bascom J. Br J Surg 1998; 85: 874.
8. Khaira H.S. Excision and primary suture of pilonidal sinus / H.S.Khaira, J.H.Brown, //Ann R Coll Surg Engl 1995; 77: 242–244.
9. McCallum Iain J D Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus: systematic review and meta-analysis / Iain J D McCallum, Peter M King, Julie Bruce // BMJ Apr 2008; 336: 868–871.
10. Karydak's G.E. New approach to the problem of the pilonidal sinus / Karydak's G.E. // Lancet 1973; 2:11 \ 414–1420.

Контактная информация

Карташев Александр Александрович

ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет. Институт медицины экологии и физической культуры. Кафедра факультетской хирургии
432063 г.Ульяновск, ул. К. Либкнехта, д. 1

Тел.: 8 (902) 588-14-30

e-mail: alexandermd@yandex.ru