

5. Калинин, А. П. Современные аспекты тиреотоксикоза / А. П. Калинин, В. С. Лукьянчиков, Нгуен Кхань Вьет // Проблемы эндокринологии. – 2000. – Т. 46, № 4. – С. 23–26.
6. Курихара, Х. Оперативное лечение болезни Грейвса: суперсубтотальная резекция щитовидной железы / Х. Курихара // Вестник хирургии. – 2006. – Т. 165, № 3. – С. 28–30.
7. Фадеев, В.В. Йоддефицитные и аутоиммунные

заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита (эпидемиология, диагностика, лечение) : автореф. дис. ... докт. мед. наук / В. В. Фадеев. – М., 2004. – 32 с.

8. Цуркан, А. Ю. Спорные вопросы хирургического лечения болезни Грейвса / А. Ю. Цуркан, В. Э. Ванушко, Д.Г. Бельцевич // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 15–23.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО ТИРЕОТОКСИКОЗА А. С. АБДУЛХАЛИКОВ

Проведена сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов суперсубтотальной резекции щитовидной железы и тиреоидэктомии при рецидивном тиреотоксикозе.

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения рецидивного тиреотоксикоза изучены у 72 пациентов. Показания к суперсубтотальной резекции щитовидной железы определялись при рецидиве тиреотоксикоза, обусловленном избыточной массой тиреоидного остатка при отсутствии данных о гиперстимуляции железы и мерцательной аритмии.

После тиреоидэктомии специфические осложнения (кровотечение, повреждение возвратного гортанного и глоточного нервов, парашитовидных желез) развились у 8 (17,4 %) из 46 пациентов, а после суперсубтотальной резекции – у 5 (26,3 %) из 19 больных ($p=0,63$). Отдаленные результаты изучены у 42 и 16 пациентов соответственно после тиреоидэктомии и суперсубтотальной резекции. После тиреоидэктомии манифестный гипотиреоз является прогнозируемым, тогда как после суперсубтотальной резекции возможен субклинический гипотиреоз – у 6 (37,5 %) пациентов.

Таким образом, при рецидивном тиреотоксикозе, обусловленном оставлением избыточной массы тиреоидного остатка, могут быть сформированы относительные показания к суперсубтотальной резекции щитовидной железы

Ключевые слова: тиреотоксикоз, рецидив, хирургическое лечение, диффузный токсический зоб

SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT THYROTOXICOSIS ABDULKHALIKOV A. S.

Comparative assessment of short-term and also long-term results of the thyroid gland supersubtotal resection and thyroidectomy was performed in 72 patients with recurrent thyrotoxicosis. The main indication for the supersubtotal resection was recurrent thyrotoxicosis resulted from extra mass of the thyroid remnant in patients without hyperstimulation of the thyroid gland and cardiac fibrillation.

Specific complications of thyroidectomy (bleeding, damage of the parathyroid glands, recurrent and laryngeal nerves) developed in 8 (17,4%) patients and after supersubtotal resection – in 5 (26,3%) patients ($p=0,63$).

Long-term results were studied in 42 and 16 patients after thyroidectomy and supersubtotal resection accordingly. Subclinical hypothyroidism developed in 6 (37,5%) patients after supersubtotal resection while clinical hypothyroidism appeared to be an obligatory complication of thyroidectomy.

The data obtained allow to work out relative indications for supersubtotal resection of the thyroid gland in patients with recurrent thyrotoxicosis resulted from extra mass of the thyroid remnant.

Key words: thyrotoxicosis, surgical treatment, Basedow's disease

© В. К. Татьянченко, В. Л. Богданов, 2011
УДК 617.59-002.3-089

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТКАНЕВОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ АБСЦЕССЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

В. К. Татьянченко, В. Л. Богданов
Ростовский государственный медицинский университет

При анализе результатов двухэтапного хирургического лечения нагноившегося эпителиального копчикового хода (ЭКХ) на стадии

абсцесса установлено, что рецидив заболевания зарегистрирован в 6-8 % случаев, а у 20-25 % больных отмечаются удовлетворительные результаты [1, 3, 4, 5]. К их числу в первую очередь следует отнести хронический болевой синдром тазового дна и промежности (триггерные зоны). Общим недостатком всех предложенных способов хирургического лечения нагноившегося ЭКХ на стадии абсцесса является то, что при их выполнении не учитывается градиент тканевого давления (ТД), а также не осуществляется лечение острого тканевого гипертензионного синдрома

Татьянченко Владимир Константинович, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней № 4 ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета, тел.: (863) 2504188; e-mail: arttyrovskyannikov@mail.ru.

Богданов Валерий Леонидович, врач-хирург Областной клинической больницы № 2 г. Ростова-на-Дону, тел.: 89604605427; e-mail: valeribogdanov@yandex.ru.

(ОТГС), что не позволяет устранить отек тканей к моменту выполнения второго этапа операции. При любых патологических процессах, связанных со скоплением крови или другой патологической жидкости (гноя и т.д.) в пределах фасциальных футляров области, необходимо измерять ТД с целью диагностики ОТГС и своевременно выполнять фасциотомию [2, 6].

Цель работы. Разработка путей оптимизации тактики лечения нагноившегося ЭКХ на стадии абсцесса.

Материал и методы. Анатомические исследования по изучению фасциальных структур ягодичной и крестцово-копчиковой областей выполнены на 60 трупах людей разного возраста, пола и разных типов телосложения. Использована оригинальная методика выявления фасциальных структур (патент РФ № 2271740). На стендах ИСС-500 и МИПС-150 изучены биомеханические свойства фасциальных структур. Проанализированы материалы по двухэтапному хирургическому лечению 92 больных с нагноившимся ЭКХ на стадии абсцесса, выполненному за период с 2005 по 2010 г. Основную группу составили 48 больных, которым выполнено измерение ТД и произведено определение стадии развития ОТГС. В контрольную группу вошло 44 больных, которым выполнена стандартная операция. Больных мужского пола было 65 (70,8 %), женского – 27 (29,2 %). Лица моложе 40 лет составляли 96,7 % (89 случаев). У всех 92 больных на первом этапе лечения вскрывали абсцесс. Иссекали ЭКХ и нежизнеспособные ткани, назначали антибиотики и проводили местное лечение. У больных основной группы выполняли ультразвуковую кавитацию ран, в послеоперационном периоде лечение ран дополнялось озонотерапией. С целью определения динамики контаминации микроорганизмами раны и окружающих ее мягких тканей после вскрытия абсцесса и антибиотикотерапии брали соскоб с раневой поверхности (на 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7-е сутки). Выделение и идентификацию микроорганизмов проводили общепринятыми методиками. Для измерения ТД использовали монитор фирмы «Stryker». Диагностику ОТГС осуществляли по оригинальной методике (патент РФ № 2393783). Ультразвуковую обработку гнойных ран проводили с помощью аппарата УРСК-7Н, а озонотерапию – аппаратом АОТ-НСК-01-«С(А-16)» с использованием охлажденных озонированных растворов и концентрацией озона до 25 мкг/мл. Критерием завершения первого этапа лечения и показанием к закрытию раневой поверхности было снижение микробной обсемененности раны до 10^5 микробных тел на 1 г ткани и цитологическая картина фазы регенерации раневого процесса. Так, второй этап оперативного вмешательства у больных контрольной группы выполняли на 7–8 сутки, и он заключался в следующем: ушивание кожных краев раны швами над сквозным перфорированным дренажем (7 больных); подшивание краев раны ко дну в «шахматном порядке» (9 больных); ушивание раны П-образными швами по методике А. М. Коплатадзе (23 больных) и пластика кожно-подкожным лоскутом из ягодичной области (5 больных). В основной группе операции выполняли на 5–6 сутки по следующим методикам: ушивание кожных краев швами над сквозным перфорированным дренажем (8 больных); подшивание кожных краев раны ко дну в «шахматном порядке» (6 больных); ушивание раны П-образными швами (20 больных); пластика кожно-подкожным лоскутом из ягодичной области (4 больных) и пластика раневого дефекта кожно-подочно-фасциальным лоскутом на основе тонкой мышцы бедра по оригинальной методике (патент РФ № 2398532) – 10 больных.

Результаты исследований обработаны методом вариационной статистики на персональном компьютере PC/AT-Pentium 2,4GHz с определением достоверности отличий между значениями изучаемых показателей, а также методом корреляции с помощью пакета программ Statistica 6,0 и электронных таблиц Excel 2003.

Результаты и обсуждение. В анатомических исследованиях было установлено, что ягодичная и крестцово-копчиковая области ограничены единым замкнутым фасциальным футляром I порядка, от которого отходят отроги к костным структурам таза, формируя отдельные фасциальные футляры II порядка для большой и средней ягодичных мышц, крестца и копчика. Предел прочности фасциального футляра большой ягодичной мышцы достигал $1,33 \pm 0,01$ кгс/мм², модуль упругости – $4,90 \pm 0,12$ кгс/мм², относительное удлинение – $0,26 \pm 0,01$ мкм. Предел прочности фасциального футляра средней ягодичной мышцы был $1,31 \pm 0,01$ кгс/мм², модуль упругости – $4,10 \pm 0,14$ кгс/мм², относительное удлинение – $0,27 \pm 0,012$ мкм. Для фасции над крестцом и копчиком предел прочности составил $1,39 \pm 0,01$ кгс/мм², модуль упругости – $4,02 \pm 0,14$ кгс/мм², относительное удлинение – $0,25 \pm 0,01$ мкм. Плотность сосудистой сети (ПСС) гемомикроциркуляторного русла фасциального футляра большой ягодичной мышцы колебалась от $3,67 \pm 0,02$ % до $4,16 \pm 0,01$ %. В фасции средней ягодичной мышцы ПСС колебалась от $3,25 \pm 0,04$ % до 3,90 %, в фасции области крестца и копчика – от $2,15 \pm 0,01$ % до $2,96 \pm 0,02$ %.

Таким образом, как фасциальные футляры средней ягодичной мышцы, собственной фасции над крестцом и копчиком, так и, особенно, фасциальный футляр большой ягодичной мышцы сочетают в себе высокую прочность и упругость при достаточных деформациях. Такое своеобразное строение фасциальных структур этой области способствует затяжному развитию ОТГС при скоплении крови или экссудата в одном из замкнутых фасциальных футляров. Установлено, что на месте стыка фасциальных футляров II порядка ягодичной и крестцово-копчиковой областей, а именно: на границе верхней и средней трети линии, соединяющей заднюю верхнюю подвздошную ость и седалищный бугор, расположен медиальный фасциальный узел ягодичной области. По строению он относится к апоневротическим. Костной основой узла является задне-латеральная поверхность крестца и копчика. Толщина фасциального узла составила $46,29 \pm 0,96$ мкм, относительное удлинение – $0,29 \pm 0,10$ мкм, предел прочности – $1,42 \pm 0,03$ кгс/мм², модуль упругости – $4,16 \pm 0,09$ кгс/мм². Итак, медиальный фасциальный узел ягодичной области обладает высоким пределом прочности на фоне слабо выраженного показателя относительного удлинения. Это не дает возможности описанному фасциальному узлу деформироваться и гибко реагировать на повышение внутритканевого давления. При локализации патологического процесса, каким является абсцесс ЭКХ, и развитии ОТГС фасциотомию следует осуществлять в области медиального фасциального узла.

Для унификации техники фасциотомии с учетом степени развития фасциальных структур ягодично-крестцово-копчиковой области и глубины залегания фасциальных узлов определяли минимальную эффективную глубину фасциотомии в зависимости от величины индекса Рорера (вес/рост $\times 100$), (1 группа – от 20 до 40 единиц, 2 группа – от 41 до 60 единиц). Подкожную фасциотомию лазерным скальпелем осуществляли Z-образным разрезом на границе верхней и средней трети линии, соединяющей заднюю верхнюю подвздош-

ную ость и седалищный бугор. У лиц 1 группы глубина разреза – 2,0–3,0 см, у лиц 2 группы – 3,0–4,0 см.

Проведенные исследования указывают на недостаточность клинических данных, которые без использования инструментальных методов могут составить основу постановки диагноза ОТГС. Так, у 48 больных основной группы диагноз ОТГС на основании клинических данных был поставлен только у 7 (14,6 %), а при аппаратном измерении – у 39 (82,3 %) больных. Установлено, что повышение ТД до 15 мм рт. ст. можно рассценивать как симптом внутритканевой гипертензии – местную компенсаторную реакцию на повреждение. Повышение ТД на 60 % от исходного (8–10 мм рт. ст.) является пусковым механизмом ОТГС. По результатам, полученным при количественном определении тканевой гипертензии, больные распределились следующим образом: стадия компенсации (6 человек – 15,4 %), стадия субкомпенсации (20 человек – 51,3 %), стадия декомпенсации (13 человек – 33,3 %).

Клинический анализ историй болезни пациентов с разными сроками заболевания показал, что если вскрытие патологического очага не осуществлено до 3–5 суток, то у больных обычно наблюдается симптоматика, выражающаяся в увеличении интенсивности болей, повышении потребности в анальгетиках, локальной болезненности в области заинтересованного фасциального ложа. У 9 больных, у которых вскрытие гнойника было осуществлено через 7 дней от момента заболевания, отмечалось наличие болевого синдрома тазового дна с иррадиацией болей в область бедер. При этом величина внутритканевого давления была на 55–60 % выше исходного уровня. Консервативная терапия у 21 из 39 (53,8 %) больных была неэффективной, и им была выполнена фасциотомия медиального фасциального узла ягодичной области. В процессе лечения следили за динамикой ТД. У 15 из 21 больного (71,9 %) ТД нормализовалось через 6–8 часов после фасциотомии. У 6 больных (28,1 %) наблюдалась тканевая гипертензия, которая постепенно (через 24–48 часов) была устранена до нормальных цифр ТД. По нашему мнению, именно запоздалая диагностика ОТГС ведет к увеличению фасциотомий. Подчеркнем, что выполненная фасциотомия не ухудшала результатов лечения. Напротив, выжидательная тактика и консервативная терапия у больных с ОТГС при нагноившемся ЭКХ на стадии абсцесса фактически влияла на результат лечения.

До начала лечения нагноившегося ЭКХ на стадии абсцесса уровень микробной обсемененности ран во всех случаях был высоким и составлял от 10^6 до 10^8 микробных тел на 1 г ткани. После вскрытия абсцесса, антибактериальной терапии (ципрофлоксацин, метронидазол, цефатоксим), а у больных основной группы – дополнительной ультразвуковой обработки гнойной раны и озонотерапии этот показатель на фоне проводимой профилактики или лечения ОТГС прогрессивно снижался. Так, у больных основной группы показатель микробной обсемененности тканей оказался ниже критического уровня (10^5 микробных тел на 1 г ткани) на 4–5 сутки, а у больных контрольной группы – на 7–8 сутки. При этом завершающий этап лечения ЭКХ у больных основной группы проводили на фоне слабо выраженного (8 больных) или полного отсутствия (40 больных) отека тканей ягодичной и крестцово-копчиковой областей на фоне нормального градиента ТД. Тогда как у больных контрольной группы отек тканей сохранялся при выполнении второго этапа радикального лечения нагноившегося ЭКХ на стадии абсцесса.

Были уточнены или определены следующие показания к выполнению каждой из предложенных восстановительных операций у больных с нагноившимся

ЭКХ в стадии абсцесса: при этом учитывали степень тяжести патологического процесса, которая определялась по разработанной балльной шкале (патент РФ № 2408292). Показаниями к наложению швов на кожные края раны (над сквозным перфорированным дренажем, подшиванием краёв раны ко дну в «шахматном порядке» или П-образные швы) были: диаметр абсцесса ЭКХ не более 1,5–2 см; отсутствие гнойных затеков при ЭКХ на стадии абсцесса; визуальная возможность сопоставления краев раны без натяжения после иссечения полунными разрезами раневой поверхности; неглубокая межъягодичная складка; тканевая гипертензия или ОТГС, стадия компенсации; по балльной шкале легкая или средняя тяжесть патологического процесса.

Показания к кожной пластике были следующие: размер абсцесса более 2 см или обширные гнойные затеки при нагноившемся ЭКХ; отсутствие отека краев раны; образующаяся после иссечения тканей раневая поверхность (не более 40 см²), которую невозможно ушить не только наглухо, но и подшиванием краев раны к дну; наличие ОТГС (стадия субкомпенсации); по балльной шкале средняя степень тяжести патологического процесса.

Показания к пластике раневой поверхности по разработанной нами методике: диаметр абсцесса более 2 см; множественные свищевые ходы нагноившегося ЭКХ в ягодичной области, увеличивающие площадь иссечения (дефект тканей 40 см² и более); глубокая межъягодичная складка; наличие ОТГС (стадия субкомпенсации и декомпенсации); по балльной шкале средняя или тяжелая степень тяжести патологического процесса.

Для сравнения эффективности предложенной тактики лечения в обеих группах больных оценивали воспалительную реакцию крови, уровень местных послеоперационных осложнений, длительность нетрудоспособности и число рецидивов. В основной группе больных уровень лейкоцитов крови нормализовался достоверно раньше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). В основной группе больных значительно меньше было количество ранних местных гнойно-воспалительных осложнений (табл. 1).

Таблица 1

Структура местных гнойно-воспалительных осложнений после второго этапа операций

Варианты завершения операций	Группы больных			
	контрольная		основная	
	абс.	%	абс.	%
Глухой шов на рану	1	14,2±2,2	1	12,5±2,1
Подшивание краев раны к дну	3	33,3±2,8	1	16,7±2,4
П-образный шов	2	8,6±1,5	1	5,1±0,9
Кожная пластика	2	40,0±2,4	1	25,0±2,8
Пластика кожно-подкожно-фасциальным трансплантатом	–	–	–	–
Итого	8	18,2±2,6	4	8,4±1,2

Примечание: $\chi^2 = 16,4$ ($p < 0,05$).

Анализ временной нетрудоспособности подтверждает экономическую эффективность предложенной тактики лечения нагноившегося ЭКХ на стадии абсцесса (табл. 2). В отдаленные сроки после операции (от 6 мес. до 2 лет) были прослежены результаты у всех 92 больных. К хорошим результатам мы относили полное выздоровление с отсутствием болевого синдрома. К удовлетворительным результатам – наличие упорного болевого синдрома в крестцово-копчиковой и ягодичной областях с образованием болевых триггерных зон. К неудовлетворительным результатам относили рецидив острого нагноения и образование хронического свища (табл. 3).

Таблица 2

Структура временной нетрудоспособности в обеих группах больных (в днях)

Варианты завершения операций	Группа больных					
	контрольная			основная		
	ст.	амб.	всего	ст.	амб.	всего
Глухой шов на рану	12,3± ±1,5	10,8± ±1,7	22,6± ±1,3	10,7± ±1,2	8,6± ±1,1	18,3± ±1,5
Подшивание краев раны ко дну	13,4± ±1,6	14,8± ±1,3	27,8± ±2,1	11,5± ±1,3	9,4± ±1,5	20,2± ±1,4
П-образный шов	12,5± ±1,2	8,9± ±1,4	20,8± ±1,8	10,8± ±1,7	6,9± ±1,2	16,8± ±1,7
Кожная пластика	12,6± ±1,1	12,7± ±1,3	24,1± ±1,1	11,5± ±1,4	7,3± ±1,1	18,5± ±1,3
Пластика кожно-подкожно-фасциальным трансплантатом	—	—	—	11,1± ±1,2	6,5± ±1,8	17,4± ±1,5
Итого	12,3± ±1,3	11,8± ±1,4	23,8± ±1,6	11,1± ±1,2	8,3± ±1,4	18,2± ±1,3

Примечание: $\chi^2 = 9,01$ ($p < 0,05$)

Примечание: ст. – пребывание в стационаре; амб. – длительность амбулаторного лечения; всего – общая нетрудоспособность.

Таблица 3

Сравнительная характеристика результатов лечения больных с абсцессом эпителиального копчикового хода

Тактика и методика лечения (число больных)	Сроки между I и II этапами лечения (дни)	Результаты лечения		
		хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
Контрольная (n=44)	6,8±0,7	70,4±2,1	25,0±2,5	4,6±1,2
Основная (n=48)	4,5±0,4	93,7±1,8	2,1±1,4	4,2±1,1

Примечание: $\chi^2 = 22,4$ ($p < 0,05$).

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТКАНЕВОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА ПРИ АБСЦЕССЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

В. К. ТАТЬЯНЧЕНКО, В. А. БОГДАНОВ

Цель исследования: разработка путей оптимизации тактики лечения абсцесса эпителиального копчикового хода (ЭКХ).

Анатомические исследования выполнены на 60 трупах. 92 пациента с абсцессом ЭКХ были разделены на 2 группы: в основной группе (в отличие от контрольной) проводилась диагностика острого тканевого гипертензионного синдрома, и во время первого этапа операции осуществлялась ультразвуковая кавитация с озонотерапией гнойной раны.

При абсцессе ЭКХ повышение тканевого давления на 60 % выше нормы является показанием к фасциотомии медиального фасциального узла ягодичной области. Сроки выполнения второго этапа операции у больных основной группы сократились до 5 суток (8 в контроле). В отдаленные сроки (0,5–2 года) хорошие результаты получены у 93,7 % больных основной группы (в контроле – 70,4 %). Разработанная тактика лечения больных с абсцессом ЭКХ обладает высокой эффективностью.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, абсцесс, острый тканевой гипертензионный синдром, хирургическое лечение

Заключение. Комплексный подход в лечении больных с нагноившимся ЭКХ на стадии абсцесса с учетом стадии развития ОТГС позволяет достичь хороших результатов в ближайшие сроки после операции у 91,6 % больных, а в отдаленные сроки – у 93,7 % больных. Дифференцированный подход к двухэтапному радикальному хирургическому лечению абсцесса ЭКХ с учетом стадии выраженности ОТГС, размеров абсцесса и динамики бактериальной контаминации в зоне операции позволяет минимизировать послеоперационные осложнения и рецидивы заболевания.

Литература

1. Воробей, А. В. Оптимизация лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом / А. В. Воробей, М. И. Римжа, В. Л. Денисенко // Колопроктология. – 2005. – № 3. – С. 3–8.
2. Давыденко, А. В. Обоснование тактики хирургического лечения глубоких флегмон бедра: Автореф. дисс. ... кан. мед. наук / А. В. Давыденко. – Ростов-на-Дону, 2004. – С. 7–12.
3. Даценко, Б. М. Оптимизация путей лечения острого нагноения эпителиального копчикового хода / Б. М. Даценко, А. Б. Даценко, А. Б. Гали Мохамед // Колопроктология. – 2004. – № 3. – С. 6–11.
4. Коплатадзе, А. М. Хирургическая тактика у больных с острым нагноением эпителиального копчикового хода / А. М. Коплатадзе, В. М. Проценко, Э. Э. Болквадзе, С. Д. Ким, Э. Э. Алекперов // Колопроктология. – 2003. – № 4. – С. 6–10.
5. Лаврешин, П. М. Оптимизация хирургического лечения эпителиального копчикового хода / П. М. Лаврешин, Д. Ю. Никулин // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград. – 2011. – С. 196–197.
6. Heemskerk, J. Acute Compartment Syndrome of the lower leg: retrospective study on prevalence, technique, and outcome of fasciotomies / J. Heemskerk, P. Kitslaar // World J. Surg. – 2003. – Vol. 27. – P. 744–747.

NEW TECHNOLOGIES IN THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE TISSUE HYPERTENSION SYNDROME IN PATIENTS WITH THE ABSCESES OF EPITHELIAL COCCYGEAL DUCT

TATYANCHENKO V. K., BOGDANOV V. L.

The aim was to optimize the treatment of the abscesses in the epithelial coccygeal duct (ECD).

The anatomical study was performed on 60 corpses. 92 patients with abscesses of the ECD were divided into 2 groups. The diagnostics of the acute tissue hypertension syndrome (ATHS) and ultrasound cavitation with ozone therapy of the purulent wound were performed in the main group during the first stage of the operation.

In cases of the ECD abscess tissue pressure increased by 60 % above the normal value is an indication for fasciotomy of the medial fascial node in the pelvic region. We succeeded to reduce the period before the second step of the surgical treatment up to 5 days (8 days in the control group). Good follow-up (0,5–2 years) results were obtained in 93,7 % of patients of the treated group (70,4 % in the control group).

The proposed treatment approach is highly effective in the patients with ECD abscesses.

Key words: epithelial coccygeal duct, abscess, acute tissue hypertension syndrome, surgical treatment