

Gastroenterol.— 2005.— Vol. 11, № 23.—P.3518—3522.

12. Sung J.J. Marshall and Warren Lecture 2009: Peptic Ulcer Bleeding: An expedition of 20 years from 1989—2009 // J. Gastroenterol. Hepatol.— 2010.— Vol.25, № 2.— P.229—233.

13. Zhou L.Y., Xue Y., Lin S.R. et al. The changes of gastric diseases during the past twenty five years // Zhonghua Nei. Ke. Za. Zhi.— 2005.— Vol.44, № 6.—P.431—433.

Поступила 01.05.10.

IMPROVING THE TREATMENT STRATEGY OF DUODENAL ULCER DISEASE WITH BLEEDING COMPLICATION

A.I. Mogila, K.N. Movchan, V.M. Bogomaz, A.A. Smirnov

Summary

With the aim to improve surgical treatment results in 321 patients with duodenal ulcer disease complicated by hemorrhage analyzed was the effectiveness of introducing actively differentiated surgical tactics and techniques of minimally invasive surgery with drug treatment in to routine practice of the surgical department of the Vyborg City Hospital. Noted was a marked decrease in the number of emergency surgeries to 4%, and the level of postoperative mortality to 8%.

Key words: bleeding, ulcer disease, duodenum.

617—089: 616.353.1—007.253—002.3

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕВЫХ ФОРМ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА

Константин Александрович Корейба¹, Игорь Витальевич Тресоруков²,
Сергей Леонидович Демьянов³

¹Кафедра общей хирургии (зав. — проф. С.В. Доброквашин) Казанского государственного медицинского университета, e-mail: korejba_k@mail.ru, ²городская клиническая больница № 5 (главрач — И.Р. Фатихов), г. Казани, ³госпиталь для ветеранов войн (главрач — Ф.Н. Закиров), г. Казань, e-mail: demy-sergej@yandex.ru

Реферат

Предложен новый способ хирургического лечения гнойного воспаления эпителиального копчикового хода, и показаны преимущества этого метода.

Ключевые слова: гнойный свищ, эпителиально-копчиковый ход.

Среди пациентов хирурга и, особенно, проктолога часто встречаются больные с постоянно функционирующими или рецидивирующими гнойными свищами крестцово-копчиковой области. Причинами таких свищей в большинстве случаев являются инфицирование и хроническое воспаление узкого, выстланного обычным кожным эпителием канала (хода) в дистальной части межъягодичной складки, открывающегося наружу одним или реже несколькими точечными отверстиями вблизи края заднего прохода, между ним и верхушкой копчика [1, 2]. Этот ход представляет собой врожденную аномалию кожи, связанную, вероятнее всего, с неполной редукцией мышечных и соединительных структур каудального отдела позвоночника эмбриона (хвоста). Хроническое рецидивирующее гнойное воспаление копчикового хода, боли, постоянные патологические выделения из свищей у больных — лиц преимущественно молодого, работоспособного возраста — приво-

дят к частой, иногда длительной потере трудоспособности и требуют тщательной постоянной санации кожи крестцово-копчиковой зоны и оперативного лечения.

Известен способ хирургического лечения гнойного воспаления эпителиального копчикового хода, включающий предоперационную санацию, иссечение гнойных свищей и инфильтратов очага воспаления эпителиального копчикового хода фигурными разрезами кожи, гемостаз и подшивание краёв кожи ко дну полости иссечения. Главным недостатком данного способа является сложность оперативного приема, связанная с вырезанием с обеих боковых сторон полости иссечения треугольных лоскутов подкожной жировой клетчатки и формированием ниши для подшивания краев кожи каждой из сторон ко дну полости с перехлестом нитей швов. Другой недостаток обусловлен необходимостью дополнительных разрезов кожи для удаления скрытых инфильтратов, требующих зашивания наглухо возвратными швами или наложения контрапертур, которые после операции оставляют рубцы, и служат входными воротами для инфицирования и последующего развития рецидива [1, 2].

Мы предлагаем новый способ одномоментного полного удаления очага гнойного воспа-

ления с первичной пластикой шва местными тканями. Перед хирургической операцией определяем границы очага гнойного воспаления эпителиального копчикового хода с помощью ультразвуковой диагностики, а непосредственно во время операции — путем контрастирования (прокрашивания) свищевых ходов раствором бриллиантовой зелени и 3% раствора перекиси водорода в соотношении 1:1. По границе очага гнойного воспаления двумя дугообразными разрезами кожи вдоль межъягодичной складки иссекаем гнойно-свищевые ходы единым массивом на глубину контрастирования до здоровых тканей. Производим тщательный гемостаз, затем подшиваем края кожи с захватом дна раневого дефекта монофиламентными атравматическими нерассасывающимися синтетическими лигатурами с шагом не более 1,5–1,8 см. При этом каждый шов выполняем последовательными выколами на расстоянии 3–4 мм от края кожи через подкожную жировую клетчатку одной из стенок полости иссечения с выходом иглы с лигатурой в полость и захватом подкожной жировой клетчатки через край кожи противоположной стенки на расстоянии 3–4 мм. После этого концы лигатур двух соседних швов с одной стороны завязываем попарно, при этом края кожи низводятся в середину полости и прижимаются к дну раны. Так, конец лигатуры первого шва, выступающий из края кожи на одной из сторон полости иссечения, завязываем с аналогичным концом лигатуры соседнего второго шва, выступающим на той же стороне полости, при этом одновременно край кожи вместе с подкожной жировой клетчаткой прижимаем ко дну раны. Затем конец лигатуры первого шва, выступающий из края кожи на противоположной стороне полости, аналогичным образом связываем с концом лигатуры соседнего второго шва, выступающего на этой же стороне полости. При этом боковые стороны полости вместе с кожей низводятся в

середину полости, прижимаются ко дну раны и окончательно закрепляются узлом лигатур пары соседних швов с образованием между краями полости открытого канала шириной не более 5 мм для оттока экссудата. Аналогичным образом завязываем попарно концы лигатур третьего и четвертого, пятого и шестого и других пар швов как с одной стороны полости, так и с другой, формируя ягодичную складку.

Преимуществами предлагаемого метода являются достижение тотального иссечения кисты со свищевыми ходами, сведение зоны ишемии при наложении швов до минимума, отсутствие необходимости в дополнительном дренировании раневой полости, пластическое формирование естественной межъягодичной складки собственными тканями, исключение вероятности рецидива и, наконец, сокращение времени выздоровления и снижение затрат на лечение за счет ускоренного заживления раневой полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Эпителиальный копчиковый ход. — М.: Медицина, 1988. — 128 с.
2. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. Руководство по колопроктологии — М.: Медпрактика, 2001. — 300 с.

Поступила 01.02.10.

A NEW METHOD FOR TREATING FISTULOUS FORMS OF PILONIDAL FISTULAS

K.A. Koreyba, I.V. Tresorukov, S.D. Demyanov

Summary

Proposed was a new method of surgical treatment of purulent inflammation of pilonidal fistulas and shown were the advantages of this method.

Key words: purulent fistula, pilonidal fistulas, surgical treatment.