

© Коллектив авторов, 2007
УДК 617.559-006.2-07-089

П.М.Лаврешин, В.К.Гобеджишвили, М.М.О.Алиев, А.Б.Хутов, Т.С.Муртазаев,
М.П.Лаврешин

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА, ОСЛОЖНЕННОГО МНОЖЕСТВЕННЫМИ СВИЩАМИ

Кафедра общей хирургии (зав.—проф. П.М.Лаврешин) Ставропольской государственной медицинской академии

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, хирургическое лечение, профилактика излишнего рубцеобразования.

Введение. Результаты хирургического лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) в периоде клинических проявлений как в острой (воспалительный инфильтрат, абсцесс), так и в хронической стадии (свищи крестцово-копчиковой области), по-прежнему остаются неутешительными. Об этом свидетельствуют высокий процент послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, который, по данным подавляющего большинства исследователей [1, 2], достигает 22–31%, а длительный срок послеоперационного периода приводит к временной утрате трудоспособности пациентов относительно молодого возраста до 21–31 дня. Основными причинами неудачных исходов при операциях, предпринятых по поводу осложнений эпителиального копчикового хода, являются: условно асептические условия проведения операции, оставление незамеченных во время операции гнойных ходов, скопление крови и лимфы в остаточной, не дренированной полости с последующим инфицированием, чрезмерное натяжение краев раны после широкого иссечения очага воспаления [3, 5]. Особый интерес представляет эпителиальный копчиковый ход, осложненный множественными свищами крестцово-копчиковой области. Эти пациенты, как правило, с длительным, многолетним анамнезом заболевания, с неоднократными обострениями воспалительного процесса, ранее не обратившиеся за медицинской помощью либо перенесшие нерадикальное оперативное лечение

в амбулаторных условиях и стационарах общехирургического профиля.

Существуют 2 способа операций при такой патологии. Первый — производят иссечением эпителиального копчикового хода, рассечение и иссечение всех свищей отдельными разрезами кожи с оставлением ран открытыми или с ушиванием их наглухо. Такие методики применяются чаще при относительно небольшом числе свищевых ходов при отсутствии сопутствующей хронической пиодермии крестцово-копчиковой области. Второй способ — производят иссечение кожи и подкожной клетчатки пораженной области единым блоком со свищевыми ходами в пределах здоровых тканей с оставлением раны открытой, с последующей аутодермопластикой дефекта кожи. Эта операция применяется при близко расположенных множественных свищах с сопутствующей пиодермией крестцово-копчиковой области. По нашему мнению, оба эти способа имеют недостатки. В первом из них — это травматичность операции из-за большого числа разрезов кожи, что приводит к обширному рубцеобразованию, соответственно к анатомическим, функциональным и косметологическим дефектам; возможность возникновения некроза кожи между разрезами; больше шансов нагноения ран из-за нарушенного после наложения швов кровоснабжения и недостаточного ее дренирования. При втором способе — это увеличение сроков лечения, необходимость повторной операции для закрытия раневого дефекта, следовательно, увеличение экономических расходов и причинение дополнительных физических страданий больному.

Нами предлагается способ операции при лечении множественных свищей ягодично-крестцово-копчиковой области, исключающий вышеперечисленные негативные моменты.

Материал и методы. Методика операции.

Прокрашиваем все свищевые ходы одним из красителей, разведенным 3% раствором перекиси водорода в соотношении 1:1. Независимо от количества и направления свищевых ходов, формы и величины их наружных отверстий иссекаем эпителиальный копчиковый ход. Затем в сторону от раны производим Y-образный разрез на ягодичную область. Конечные точки расходящихся разрезов кожи должны совпадать с наиболее отдаленными друг от друга свищевыми отверстиями. Полученные треугольные лоскуты, включающие кожу, пораженную подкожную клетчатку и свищевые ходы, препарируются в разных направлениях до основания треугольного лоскута. Осуществляется тщательный гемостаз на всей раневой поверхности. В рану помещаем марлевые тампоны, смоченные 0,02% раствором хлоргексидина или натрия гипохлорита, которые защищают её от дальнейшего загрязнения. Затем на отпрепарированных лоскутах иссекаем все свищевые ходы и вовлеченную в воспалительный процесс подкожную клетчатку. Свищевые отверстия на коже иссекаем лепесткообразными разрезами длиной до 1 см, которые в последующем не зашиваем. В завершение кожные лоскуты возвращаем на прежнее место и сшиваем в ягодичной области между собой обычными швами. Рану, образовавшуюся после иссечения ЭКХ, ушивали по-разному, в зависимости от показателей тканевого давления и с учетом топографоанатомической конфигурации ягодич.

Для диагностики состояния тканей в месте выполнения операции нами применен способ определения тканевого давления с помощью оригинального аппарата, изготовленного в соответствии с описанием модели аппарата А.К.Макарова [4].

Сразу после разреза показатели тканевого давления в коже и подкожной клетчатке имели разнонаправленный характер: в коже они увеличивались, а в подкожной клетчатке снижались, причем наиболее выраженными их изменения были у краев разрезов. Наложение глухого шва выполнено у 5 больных с плоской конфигурацией ягодич. При сопоставлении краев раны параметры тканевого давления в них приближались к норме. При попытке низвести и подшить края раны к ее дну у больных со средней и высокой конфигурацией ягодич тканевое давление в низведенных тканях из-за их натяжения во всех точках значительно (на 10 мм вод. ст. и более) повышалось. Повышение тканевого давления способствует нагноению раны, длительному ее заживлению с образованием грубого, широкого рубца по средней линии крестцово-копчиковой области, который причиняет массу неудобств больному.

Для профилактики указанных выше осложнений у 13 пациентов со средней конфигурацией ягодич операция завершалась клиновидным иссечением подкожной клетчатки в области краев раны с последующим подшиванием их к ее дну. У 6 больных с высокой конфигурацией ягодич для закрытия раны использовали кожную пластику смещенным лоскутом. При таких вариантах ушивания раны параметры тканевого давления в зоне вмешательства приближались к норме. По завершении хирургического вмешательства на операционное поле помещаются марлевые салфетки, смоченные раствором хлоргексидина, и давящая асептическая повязка.

Вышеописанный способ применяли у 24 пациентов в возрасте от 19 до 64 лет с множественными свищами крестцово-копчиковой области. Мужчин было 18 человек, женщин — 6. У 3 пациентов множественные свищи сочетались с экстра-сфинктерными параректальными свищами. При интраоперационной ревизии у них выявлено, что параректальный свищ сообщается с вторичными свищевыми ходами пилонидального синуса. Этим больным во время операции дополнительно произведено иссечение параректального свища с устранением внутреннего отверстия путем перемещения слизистой оболочки прямой кишки по Н.М.Блиничеву.

Результаты и обсуждение. Преимущества нашего способа: меньшая травматичность операции, так как здоровая кожа не иссекается, нет натяжения тканей, сводятся к минимуму условия нагноения раны, ибо она дренируется через перфорационные отверстия кожи на месте бывших свищевых отверстий, которые вначале функционируют как дренаж, а во второй фазе раневого процесса — как очаги грануляции, фиксирующие кожу к глубжележащим структурам, удаляются все боковые свищевые ходы и вовлеченная в воспалительный процесс подкожная клетчатка, не наступает некроз кожных лоскутов, так как сохраняются наиболее оптимальные условия кровоснабжения любого лоскута при его треугольной форме с широким основанием.

У 21 больного рана зажила первичным натяжением с образованием мягкого, послеоперационного рубца. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 3 больных. У 1 пациента с выраженной хронической пиодермией крестцово-копчиковой области произошло частичное нагноение раны. У 1 пациента с инфильтратом кожи и подкожной клетчатки наблюдался некроз кожи в области краев раны шириной до 4 см. После проведенной некрэктомии и консервативного лечения раневой дефект закрыт аутодермопластикой смещенным кожным лоскутом. У 1 пациента наблюдалась гематома в подкожной клетчатке. Срок временной утраты трудоспособности составил 17 дней.

Выводы. 1. Предложенный нами способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода, осложненного множественными свищами ягодично-крестцово-копчиковой области, позволяет существенно улучшить результаты операций, значительно снизить частоту послеоперационных осложнений, сократить сроки нахождения больных в стационаре.

2. Восстановление исходных величин тканевого давления при завершении операции предотвращает излишнее разрастание соединительной ткани, позволяет сформировать мягкий рубец и достичь хорошего функционального и косметического эффекта, сокращает сроки заживления ран.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Дульцев Ю.В., Ривкин В.Л. Эпителиальный копчиковый ход.— М., 1988.—128 с.
2. Коплатадзе А.М., Проценко В.М., Ким С.Д. и др. Выбор тактики хирургического лечения больных острым нагноением эпителиального копчикового хода // Проблемы колопроктологии.—М., 1998.—С. 63–65.
3. Лаврешин П.М., Смирнов В.Е., Кириллов Ю.Б. и др. Дифференцированный и комплексный подход к лечению различных клинических форм эпителиального копчикового хода // Юбилейная науч.-практ. конф.—Ростов н/Д, 1997.—С. 69–73.
4. Макаров А.К., Восканян С.Э. Использование методов оценки и управления величинами тканевого давления в практике хирургического лечения и диагностики острого панкреатита // Научно-практическая конференция.—Лермонтов, 1996.—С. 96–98.
5. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология.—М., 1994.—432 с.

Поступила в редакцию 11.12.2006 г.

P.M.Lavreshin, V.K.Gobedzhishvili, M.M.O.Aliev,
A.B.Khutov, T.S.Murtazaev, M.P.Lavreshin

METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF THE EPITHELIAL COCCYGEAL TRACK COMPLICATED BY NUMEROUS FISTULAS OF THE SACROCOCCYGEAL AREA

The proposed method of surgical treatment of the epithelial coccygeal track complicated by numerous fistulas in the gluteal-sacral-coccygeal area was tested in 24 patients. Advantages of the method over the generally accepted ones consist in the following: healthy skin is not excised; all tissues involved in the inflammatory process are ablated; there is no tension of tissues during suturing the wound.



*Уважаемые читатели, авторы,
представители медицинского сервиса
и производители медицинских препаратов и оборудования!*

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ЭСКУЛАП» ПРЕДЛАГАЕТ СВОИ УСЛУГИ:

- ◆ компьютерный набор, вёрстка, изготовление диапозитивов для последующего полиграфического исполнения;
- ◆ размещение заказов на полиграфических предприятиях и контроль всего цикла исполнения;
- ◆ издание рекламных буклетов, пригласительных билетов и проспектов для выставок и презентаций;
- ◆ издание монографий с полной редакционной подготовкой авторской рукописи;
- ◆ размещение рекламы медицинских препаратов, оборудования, специальной литературы в журналах «Вестник хирургии имени И.И.Грекова», «Вопросы онкологии», «Морфология».

*Ждём Ваших предложений:
197110, Санкт-Петербург, Левашовский пр., 12*

Телефон: (812) 542-40-45;

E-mail: aesculap@mail.wplus.net