

© В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров, 2008
УДК 616.472-089.15

В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров

ВЫБОР ОПЕРАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ

Государственное учреждение «Свердловская областная клиническая больница № 1»

(главврач — засл. врач РФ Е.В.Самборский) Министерства здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, Z-пластика, крестцово-копчиковая область.

Введение. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) — достаточно распространенное заболевание, которым страдают преимущественно молодые люди [3, 4, 10]. Актуальность проблемы обусловлена не вполне удовлетворительными результатами хирургического лечения больных с копчиковыми ходами, что связано с относительно большим числом послеоперационных раневых осложнений, а также частыми рецидивами заболевания [8, 9]. Для лечения предложено большое число операций, но ни одна из них не нашла всеобщего признания. Основные споры вызывает выбор метода завершения вмешательства. Мнения при этом варьируют в широких пределах: от открытого ведения раны после иссечения свищевых ходов до применения сложных пластических операций для закрытия раневого дефекта [2, 5, 7]. Вероятно, что способ завершения операции должен определяться в зависимости от распространенности ЭКХ, а также индивидуальных анатомических особенностей строения крестцово-копчиковой области. Цель нашей работы — сравнение эффективности методов хирургического лечения больных при различных формах ЭКХ.

Материалы и методы. В настоящее исследование вошли результаты хирургического лечения 136 пациентов, оперированных в отделении колопроктологии СОКБ № 1 с 2002 по 2006 г. Средний возраст больных составлял 25,9 лет. Мужчин было 84, женщин — 52. Все пациенты имели хроническую свищевую форму ЭКХ и были оперированы в плановом порядке. Ранее всем больным производилось дренирование абсцесса ЭКХ, во многих случаях неоднократно. На момент операции острых явлений воспаления ни у кого из больных не было. Все вмешательства производили под спинномозговой анестезией.

Первым этапом хирургического лечения у всех пациентов было радикальное иссечение основного свищевого хода и вторичных свищевых отверстий с окружающими рубцовыми тканями и инфильтратами до крестцовой фасции.

Для завершения операции нами использовались два метода. У 96 больных применяли простое ушивание раны либо обычными узловыми швами, либо швами Донати. При этом ушитая в линейном направлении рана находилась на дне межъягодичной складки. При затруднении низведения краев раны к глубине межъягодичной складки применяли иссечение треугольных жировых лоскутов из краев раны. При наличии удаленных от средней линии боковых свищей производили их иссечение с использованием дополнительных разрезов, которые затем также ушивались.

Вторым видом хирургического лечения был метод с закрытием раневого дефекта с использованием Z-пластики [1]. Такой метод использовали у 40 пациентов. Осуществляли его следующим образом. После иссечения патологически измененных тканей, под углом, близким к 60°, к краям основного раневого дефекта, производили дополнительные разрезы (рис. 1). Из краев раны выкраивали и мобилизовали от подлежащих тканей треугольные кожно-жировые лоскуты. Толщина их при этом была максимальной, содержала всю подкожную жировую клетчатку. Величина дополнительных разрезов обычно составляла не больше 5–6 см и не выходила за пределы наружной половины ягодичных областей. С помощью этих разрезов появилась возможность иссечения ответвлений копчикового хода в случае их распространения латерально от межъягодичной складки.

Закрытие раневого дефекта осуществляли по типу взаимного перемещения встречных треугольных лоскутов (рис. 2). При этом отдельными швами производили их фиксацию за подкожную клетчатку к крестцовой фасции, что ликвидировало подлоскутное пространство. Результатом операции должно было быть закрытие раневого дефекта с расположением линий швов в косом направлении по отношению к межъягодичной складке с уменьшением ее глубины за счет перераспределения тканей.

С целью получения сравнительных результатов лечения мы выделили простую и сложную формы ЭКХ в зависимости от степени выраженности патологического процесса, а также индивидуальных анатомических особенностей крестцово-копчиковой области. К простой форме мы относили ЭКХ с единичным свищевым ходом, идущим в проекции середины межъягодичной складки или не более чем в 2 см от нее, при отсутствии грубых рубцовых изменений вокруг. К сложной форме относили копчиковые ходы с наличием множественных свищевых ходов, с расположением свищей на расстоянии более чем 2 см от межъягодичной складки, при наличии выраженных рубцов и инфильтратов в окружности свищей. Как правило, это были пациенты после множествен-

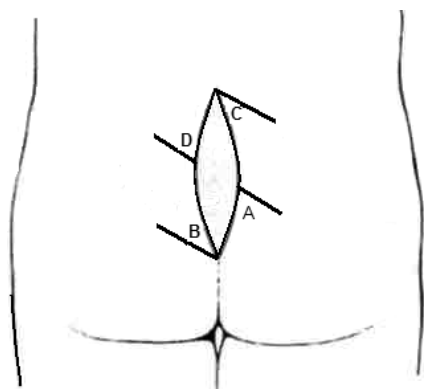


Рис. 1. Схема иссечения копчикового хода и дополнительных разрезов.

Здесь и на рис. 2: A, B, C, D — лоскуты.

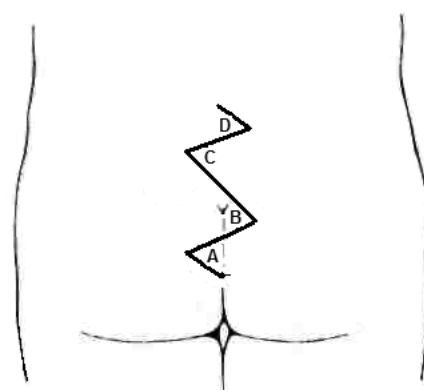


Рис. 2. Схема перемещения кожных лоскутов для закрытия раневого дефекта.

ных эпизодов нагноения ЭКХ, с рецидивами после неудачных попыток радикального лечения. Кроме того, к сложным формам заболевания относили ЭКХ при наличии неблагоприятных анатомических особенностей, при так называемых «высоких» ягодицах, критериями которых являлись: глубина межъягодичной складки над наиболее низко расположенным первичным свищевым отверстием более 3 см, угол межъягодичного углубления менее 30°. Всего простая форма заболевания отмечена у 81 больного, сложная — у 49. Достаточно большое число пациентов со сложной формой мы связываем с концентрацией таких больных в специализированном отделении.

Распределение больных на группы было следующим: контрольные группы составили пациенты, которым было выполнено простое ушивание раны. При этом 1-ю контрольную группу составили 70 больных с простой формой ЭКХ, а 2-ю контрольную группу — 26 пациентов со сложной формой заболевания.

В основные группы были включены пациенты с использованием Z-пластики для закрытия раневого дефекта. В 1-ю основную группу вошли 15 больных с простой формой ЭКХ, во 2-ю основную группу — 25 пациентов со сложной формой заболевания. Все группы были сопоставимы по возрастному и половому составу.

Результаты и обсуждение. При традиционном методе закрытия раневого дефекта после иссечения ЭКХ гнойно-воспалительные осложнения зафиксированы у 13 (13,5%) больных. Причем, если при простой форме копчикового хода в 1-й контрольной группе нагноения отмечены у 4 (5,7%) пациентов, то при сложной форме во 2-й контрольной группе гнойные осложнения ран были у 9 (34,6%) больных (таблица).

Послеоперационные осложнения

Вид осложнений	Традиционное ушивание раны		Применение Z-пластики	
	1-я контрольная группа (n=70, %)	2-я контрольная группа (n=26, %)	1-я основная группа (n=15, %)	2-я основная группа (n=25, %)
Нагноение раны	5,7	34,6	6,6	8,0
Рецидив ЭКХ	2,9	23,1	—	4,0

В основных группах с использованием Z-пластики гнойные осложнения ран были отмечены у 3 (7,5%) пациентов. При простой форме ЭКХ в 1-й основной группе они наблюдались у 1 (6,6%) больного, что было сопоставимо с этой же формой заболевания в 1-й контрольной группе. При сложной форме копчикового хода при использовании пластического метода закрытия раны ее нагноения были зафиксированы только у 2 (7,5%) больных из 25, что было значительно меньше, чем при традиционном способе лечения ($p < 0,05$).

Для оценки отдаленных результатов в сроки от 1 до 4 лет прослежены 130 больных. Рецидив заболевания отмечен всего у 9 (6,9%) больных. При простых формах копчикового хода рецидив в 1-й контрольной группе возник у 2 (2,9%) пациентов. В 1-й основной группе (с использованием Z-пластики) рецидивов не было (см. таблицу). При сложных формах ЭКХ при использовании традиционного метода ушивания раны у 26 больных рецидив возник у 6 (23,1%). При использовании Z-пластики при этой же форме ЭКХ рецидив наблюдался лишь у 1 (4,0%) пациента, что было существенно меньше ($p < 0,05$).

При оценке анатомических особенностей строения крестцово-копчиковой области после операции в контрольных группах они оставались практически без изменений. При использовании Z-пластики во всех случаях происходило выравнивание межъягодичной складки со снижением уровня стояния ягодиц, увеличение угла межъягодичного углубления, уменьшение длины межъягодичной складки.

Наши результаты свидетельствуют, что при простых формах ЭКХ в виде небольшого по протяженности свищевого хода, локализованного по средней линии в межъягодичной складке, использование любого вида операции приводило к удовлетворительным результатам. Наибольшие трудности вызывало лечение ЭКХ при наличии распространенных, множественных свищевых ходов, сопровождавшихся развитием выраженного рубцового процесса в окружающих тканях. Вторым существенным фактором, оказывающим влияние на результаты лечения ЭКХ, являлась индивидуальная особенность строения крестцово-копчиковой области, что связано с наличием так называемых «высоких» ягодич, иногда практически смыкавшихся над межъягодичной складкой.

Наши результаты показали, что именно при сложной форме ЭКХ было необходимо устранение факторов, способствующих неблагоприятному течению заживления раны, а также возникновению рецидивов. Само понятие рецидива ЭКХ, вероятно, выходит за рамки нерадикального его удаления. Неслучайно, что многими колопроктологами рецидив ЭКХ рассматривается фактически как новое заболевание, возникающее вследствие дефектов заживления раны при первичной операции, а также при сохранении неблагоприятных анатомических условий крестцово-копчиковой области [5, 6, 11]. Мы полагаем, что у таких пациентов для создания оптимальных условий заживления ран и предупреждения рецидива ЭКХ необходимо перемещение раны из глубины межъягодичной складки, а также уменьшение и выравнивание межъягодичного углубления. Способ Z-пластики представляется нам простым и эффективным для широкого применения.

Выводы. 1. Выбор метода хирургического лечения больных с ЭКХ должен быть дифференцированным и зависеть как от распространенности патологического процесса, так и от анатомических особенностей крестцово-копчиковой области.

2. При сложных формах ЭКХ необходимо применять методы лечения, направленные на создание условий для оптимального заживления раны и предупреждения рецидивов с исправлением анатомии крестцово-копчиковой области, что достигается использованием Z-пластики для закрытия раневого дефекта.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Патент РФ № 2277865 Способ лечения эпителиального копчикового хода. № 2004132732: Заяв. 10.11.04; опубл. Изобретения.—2006.—Бюл. № 17.—С. 223.
2. Arumugam P.J., Chandrasekaran T.V., Morgan A.R. et al. The rhomboid flap for pilonidal disease // *Colorectal Dis.*—2003.—№ 5.—P. 218–221.
3. Berger A., Frileux P. Sinus pilonidal. Pilonidal sinus // *Ann. Chir.*—1995.—Vol. 49.—P. 889–892.
4. Berkem H., Topaloglu S., Ozel H. et al. V-Y advancement flap closures for complicated pilonidal sinus disease // *Int. J. Colorectal Dis.*—2005.—Vol. 20.—P. 343–348.
5. Chintapatla S., Safarani N., Kumar S., Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options // *Tech. Coloproctol.*—2003.—№ 7.—P. 3–8.
6. Cubukcu A., Gonullu N.N., Paksoy M. et al. The role of obesity on the recurrence of pilonidal sinus disease in patients, who were treated by excision and Limberg flap transposition // *Int. J. Colorectal Dis.*—2000.—Vol. 15.—P. 173–178.
7. Fuzun M., Bakir H., Soylu M. et al. Which technique for treatment of pilonidal sinus — open or closed? // *Dis. Col. Rect.*—1994.—Vol. 37.—P. 1148–1151.
8. Isalniks I., Fürst A., Rentsch M. Rezidivrisiko nach primärem medianem Wundverschluss bei Patienten mit Pilonidalsinus // *Chirurg.*—2003.—Bd. 74.—S. 461–468.
9. Petersen S., Koch R., Stelzner S. et al. Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus: a survey of the results of different surgical approaches // *Dis. Col. Rect.*—2002.—Vol. 45.—P. 1458–1467.
10. Silva J.H. Pilonidal cyst: cause and treatment // *Dis. Col. Rect.*—2000.—Vol. 43.—P. 1146–1156.
11. Sondenaa K., Nesvik I., Andersen E., Soreide J.A. Recurrent pilonidal sinus after excision with closed or open treatment: final result of a randomised trial // *Eur. J. Surg.*—1996.—Vol. 162.—P. 237–239.

Поступила в редакцию 13.04.2007 г.

V.I.Pomazkin, Yu.V.Mansurov

CHOICE OF OPERATION FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH PILONIDAL SINUS

An analysis of early postoperative complications and recurrences of the disease was made in 136 patients with epithelial coccygeal canal. A simple method of suturing the wounds was used in 96 patients, in 40 patients Z-plasty was used. The results were estimated by the degree of the pathological process and the individual features of the structure of the sacro-coccygeal area. The results did not differ in patients with simple forms of the disease. In patients with complex form of the coccygeal canal wound abscesses were noted in 9 (34.6%) patients with simple stitching and in 2 (8%) after using Z-plasty. Recurrent diseases appeared in 6 (23.1%) patients after traditional methods of surgery and in 1 (4%) patients after Z-plasty.