

Обзор литературы

Хирургическое лечение сложных форм эпителиального копчикового хода

Т.Н. Зубайдов, М.К. Гулов

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Представлен анализ данных литературы по состоянию проблемы хирургического лечения сложных форм эпителиального копчикового хода.

Для выбора рационального метода лечения сложных форм эпителиального копчикового хода, необходимо чётко представлять топографию свищевого хода, отношение его к кожным покровам, наличие разветвлений свищевого хода и гнойных полостей, расположение наружного отверстия от первичного очага и затёков.

Выяснение этих вопросов в предоперационном периоде позволит улучшить точность диагностики и даст возможность более дифференцированно подойти к выбору метода операции и послеоперационного ведения больных в каждом конкретном случае, а также уменьшить число неудовлетворительных результатов лечения.

Несмотря на то, что имеется много методов хирургического лечения сложных форм эпителиального копчикового хода, ни один из них не гарантирует излечения больного от рецидива свища и образования грубых рубцов.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, свищевой ход, рецидив свища

Выбор метода хирургического лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом должен быть дифференцированным и зависеть, как от распространённости патологического процесса, так и от анатомических особенностей крестцово-копчиковой области. Хирургическое лечение с иссечением копчикового хода и первичным закрытием раневого дефекта наиболее предпочтительно для уменьшения времени заживления раны и быстрой реабилитации [1,2]. Недостатками данной методики является большое количество раневых осложнений, достигающих 40%, а также высокий риск рецидива заболевания, как правило, превышающий 10% [3,4].

Несмотря на спорность этиологии эпителиального копчикового хода (ЭКХ), почти все колопроктологи согласны с тем, что неблагоприятному заживлению раны и рецидиву заболевания способствует увеличение глубины межъягодичной складки при, так называемом, «высоком» стоянии ягодич, ожирении, чрезмерно развитом волосяном покрове [5,6].

Существует много способов пластических операций для закрытия послеоперационной раны крестцово-копчиковой области. Так, послеоперационный дефект тканей предлагают закрывать кожно-подкожным лоскутом на питающей ножке так, чтобы рубец располагался косо по отношению к межъягодичной складке [7], а также пластическое закрытие раны с

помощью кожно-подкожного мышечного лоскута [8]. Это, по замыслу автора, должно способствовать процессу заживления раны. Однако эти методики из-за сложности не нашли широкого применения. Многие хирурги идут по пути глухого ушивания раны [1,9-13], используя при этом проволоку, О-образные и другие швы [7,8,14-17]. Однако наличие обширной операционной раны создавало трудности для её ушивания, а под ушитой кожей иногда оставалась полость, которая впоследствии инфицировалась.

В.Н.Мальцев, А.Я.Яремчук (1985) при лечении острого воспаления ЭКХ накладывали на гранулирующую рану вторичные швы [18].

В.Х.Косумян (1986) у больных с глухим швом раны производил активную аспирацию экссудата по Субботину-Редону [19]. У пациентов с выраженным натяжением краёв раны, перед ушиванием её наглухо швами Донати, делали послабляющие разрезы [20]. После радикального иссечения ЭКХ ушивали рану наглухо, но в последующие дни осуществляли её ревизию, получив при этом хорошие результаты лечения [21]. Alberti P. с соавт. (1990) подчёркивают совершенство закрытого метода лечения ЭКХ, особенно, если использованы некоторые усовершенствованные методики [5,21]. Nahas S.C. с соавт. (1997) описывают результаты лечения 154 пациентов. Из них 83% находились в возрасте от 11 до 30 лет.

Вскрытие и дренирование ЭКХ выполнено 74,7% больным, методика иссечения выполнена 25,3%. У пациентов, перенёсших иссечение ЭКХ, рецидив отмечен в 2 (5,1%) случаях, после вскрытия и дренирования гнойника – в 1 (0,9%) случае. Авторы считают, что иссечение ЭКХ более эффективно при хронической форме заболевания. В последние годы такие операции производят под прикрытием механической, химической, физической и биологической антисептики [22].

Наибольшее удовлетворение, как с точки зрения радикальности лечения, так и при оценке его исхода, получила методика, при которой после удаления ЭКХ, всех патологически изменённых тканей, края раны подшиваются к её дну [2,3,8,9,23,24].

Существует несколько модификаций [25-27], где предлагается для уменьшения раны подшивать кожные края с двух сторон, однако суть метода от этого не меняется. Эта методика, с одной стороны, позволяет широко иссечь поражённые ткани, значительно сократить размеры послеоперационной раны, обеспечить достаточный отток раневого отделяемого и контролировать состояние раны, с другой – существенно сократить сроки лечения больных [27-30].

И, наконец, в последние годы нашла широкое применение ещё одна «полузакрытая» методика, при которой после иссечения ЭКХ и очага воспаления на дно раны укладывают дренаж или микроирригатор с несколькими отверстиями по ходу трубки, которые выводят через нижний и верхний угол раны или отдельные проколы, а рану ушивают наглухо [7,19,22,27,31-33]. Выведение дренажа в нижнем углу раны вызывает опасение в плане возникновения гнойно-воспалительных осложнений [34].

В общем, при всех вариантах воспаления копчикового хода вмешательство должно быть минимальным, и в этом плане отдаётся предпочтение методике Лорда. Но, как он сам отмечает, во многих случаях воспаление распространяется вширь и вглубь, и тогда не обойтись без широкого иссечения поражённых тканей тем или иным методом при лечении послеоперационной раны. Проведённый анализ показывает, что до сих пор оперативные пособия при эпителиальном копчиковом ходе не унифицированы.

В связи с этим, некоторые авторы считают основными три метода хирургического лечения в зависимости от клинической картины и в большинстве случаев, от характера патологического очага.

1. Иссечение эпителиального копчикового хода с ушиванием раны наглухо.
2. Иссечение эпителиального копчикового хода с частичным ушиванием раны.
3. Иссечение эпителиального копчикового хода с открытым лечением раны.

При специально проведённых нами топографо-анатомических измерениях крестцово-копчиковой области выявлены три основных типа строения этой зоны. Наиболее благоприятные анатомические отношения отмечены у меньшинства больных с эпителиальным копчиковым ходом. Решение о том, ушивать ли рану наглухо, частично, подшивать ли края её ко дну или вообще не ушивать рану, должно складываться не только на основании оценки размеров, т.е. ширины и глубины воспалительного процесса. Нужно учитывать и анатомический вариант строения операционной зоны. В частности, ушивать рану наглухо можно при малом распространении воспалительного процесса, плоском расположении ягодиц, неглубокой и сравнительно короткой межъягодичной складке и относительно высокой локализации первичного отверстия эпителиального хода. Первый момент любой радикальной операции по поводу копчикового хода примерно одинаков. Он состоит в иссечении эпителиального хода и всех его разветвлений в пределах здоровых тканей под контролем введения какой-либо окрашивающей жидкости, чаще всего метиленового синего. Вторая часть операции выполняется по-разному. Имеется три способа радикальных операций при хроническом нагноении (свищах) эпителиального хода: 1) радикальная операция с глухим швом раны; 2) радикальная операция с частичным ушиванием раны; 3) экономное иссечение поражённой ткани с подшиванием краев раны ко дну.

Некоторые авторы считают, что выбор метода операции сугубо индивидуален, в зависимости от количества свищей, размеров поражённой поверхности, состояния кожи, расстояния между свищами и первичным отверстием хода, количества и сроков предыдущих вмешательств. От всех этих данных зависят объём и характер оперативного пособия, заключающегося в иссечении задней стенки эпителиального копчикового хода прилегающего к коже [25]. Затем кожные края разреза подшивают к стенкам хода, прилежащим к поверхности крестца и копчика. Автор данной методики опубликовал результаты хирургического лечения более 600 больных, оперированных по этому способу без осложнений и рецидивов.

В период 1970 – 1972 гг. была разработана методика подшивания краёв раны ко дну после иссечения эпителиального копчикового хода – марсупиализация [1], получившая большое распространение среди проктологов. Но при обширных ранах, толстом слое подкожной клетчатки марсупиализация часто оказывается неэффективной – дно раны открыто для вторичного инфицирования, швы сильно натянуты и быстро прорезываются, на коже впоследствии остаются некрасивые рубцы [9,21]. Были предложены различные модификации шва, которые позволяют максимально уменьшить размер раны и эффективно дренировать её. При наличии абсцесса можно



сразу осуществить радикальную операцию – иссечь сам ход и стенки абсцесса [21], или подшивают края раны ко дну. Обширная инфицированная рана, обычно, заживает довольно долго, рубец получается грубым. Поэтому многие специалисты предпочитают при остром воспалении эпителиального копчикового хода оперировать в два этапа: вначале вскрывается абсцесс, санится (ежедневные промывания, введение в полость абсцесса мазей на водорастворимой основе), и после стихания воспаления производится радикальная операция [11,25,26]. Отсроченную операцию вполне можно выполнить через 4 – 5 дней после первого этапа, не выписывая больного из стационара.

Второй этап операции осуществляется в плановом порядке и в более поздний срок – через 2-3 месяца. Отсроченная операция имеет преимущества: можно более экономно иссечь кожу межъягодичной складки, можно наложить швы таким образом, чтобы края раны были максимально сближены, но дно её хорошо дренировалось.

Однако, согласно данным других исследователей [10,22], число рецидивов нагноения достигает 21%. Следует согласиться с тем, что эта методика не приемлема в случае нагноения [32]. В странах СНГ метод марсупиализации не нашёл широкого применения. В последующем была предложена схожая с вышеуказанной, другая операция – подшивание краёв раны ко дну. Сущность её заключается в иссечении хода единым блоком с окружающими тканями, после чего кожные края раны подшиваются отдельными швами к крестцово-копчиковой фасции так, что между краями разреза остаётся узкая раневая поверхность. Существует несколько модификаций данной операции, отличающихся разными способами подшивания краёв раны ко дну – только с двух сторон [11,35], или подшивают края раны с четырёх сторон. По некоторым данным [8,19,34] после иссечения эпителиального копчикового хода подшивают кожные края ко дну раны или крестцово-копчиковой связки.

При сложных формах эпителиального копчикового хода 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 [25,28]. Одномоментные и двухэтапные операции, выполняемые больным с пиодермическими очагами промежности, имеющими изолированный характер поражения или сочетающимися с другими проктологическими заболеваниями, целесообразно выполнять в период минимальной активности гнойного процесса. С этой целью в период подготовки к операции, после определения состава микрофлоры отделяемого свищей и чувствительности микробов к антибиотикам и антисептикам, производили дренирование абсцессов и

целенаправленные инстилляции гнойных полостей и ходов до возможно максимального процесса стихания воспалительного процесса. Указанные мероприятия позволяли достаточно хорошо подготовить кожные покровы для использования их во время вмешательств с целью пластического прикрытия обширных раневых поверхностей после удаления поражённых тканей [17,22].

По данным некоторых авторов, иссекая патологически изменённый участок, некоторые хирурги обычно делают эллипсоидный разрез. Он прост, однако имеет ряд недостатков. При очень большой оси эллипсоидного разреза иногда приходится удалять большее, чем необходимо, количество здоровой ткани. После заживления раны определяется слишком длинный рубец. При удлинении короткой оси может получиться такой дефект, что невозможно будет непосредственно наложить швы на края раны.

В 2001 году А.В. Воробей, используя метод пластического закрытия ромбовидных дефектов на поверхности тела, применил новую оперативную технику при первичном закрытии ран больших размеров. Ромбовидное иссечение эпителиальных копчиковых кист и закрытие возникшего дефекта лоскутом, взятым по соседству, считается весьма эффективным. По принципам местной пластики, ромбовидное иссечение патологически изменённого участка и дополнительные разрезы обеспечивают пластическое закрытие дефекта. Необходимое условие: ромб должен состоять из 2 равносторонних треугольников. После тщательного гемостаза электрокоагуляцией приступаем к ромбовидной пластике. Основные и определяющие компоненты её следующие: 1) простое сближение и сшивание краёв раны; 2) пластика с перемещением двух встречных треугольных лоскутов. Накладываем по периметру операционной раны двухрядные П-образные швы кетгутom: первый – вблизи дна раны, а второй – субдермально. Это создаёт условия для лучшей адаптации и гемостаза. Как правило, при таких операциях не оставляем дренажей. На кожу накладываем единичные шелковые швы [10].

Некоторые авторы считают, что для большей радикальности следует углублять разрезы при эпителиальном копчиковом ходе до крестцовой фасции и иссекать визуально поражённые рубцами участки. Впоследствии исследователи от этого отказались. Во-первых, стало ясно, что гнойный процесс при ЭКХ распространяется не вглубь, а только вширь. Область поражения может быть какой угодно ширины, но процесс ограничивается только подкожно и не переходит на надкостницу крестца. Во-вторых (и это очень важный, с нашей точки зрения, аргумент), после манипуляции на крестцовой фасции, у многих больных остаётся упорный послеоперационный болевой синдром, справиться с которым бывает трудно. Мы не рекомендуем иссекать или даже



надсекать фасцию крестца при операциях по поводу эпителиального копчикового хода. Основные моменты предлагаемой нами операции и основные отличия её от стандартной методики заключаются в следующем. После иссечения копчикового хода и вторичных свищей (рубцов), проводят тщательный гемостаз с коагуляцией сосудов и с обеих сторон раны треугольными лоскутами вырезают подкожную жировую клетчатку. Эта манипуляция направлена на создание условий для более адекватного прилегания кожных краев раны во время их подшивания ко дну [7].

Принцип латерального смещения раны при асимметричном иссечении копчикового хода за счёт смещения одного из краёв раны на противоположную сторону был впервые описан Karydakakis G.E. [13].

Такая техника оперативного лечения была усовершенствована в дальнейшем Bascom J. [36] с целью создания условий для лучшего заживления послеоперационной раны, расположенной в стороне от средней линии, а также уменьшения глубины межъягодичной складки. В отличие от метода, описанного Bascom J., мы полностью иссекали все свищевые ходы выстланные грануляционной тканью, сохраняя при этом максимальное количество здоровой подкожной жировой клетчатки для облегчения выравнивания межъягодичной складки. Вместо кожного лоскута, отделённого от подкожной клетчатки, мы использовали мобилизацию края раны на всю его толщину с сохранением подкожного жирового слоя. Такая модификация позволяла эффективно выровнять межъягодичную складку, улучшить условия заживления раны с удовлетворительным косметическим результатом.

Таким образом, исходя из данных литературы, можно сделать вывод, что для выбора рационального метода лечения сложных форм эпителиального копчикового хода, необходимо чётко представлять топографию свищевого хода, отношение его к кожным покровам, наличие разветвлений свищевого хода и гнойных полостей, расположение наружного отверстия от первичного очага и затёков. Выяснение этих вопросов в предоперационном периоде позволит улучшить точность диагностики и даст возможность более дифференцированно подойти к выбору метода операции и послеоперационного ведения больных в каждом конкретном случае, позволит уменьшить число неудовлетворительных результатов лечения.

Анализ литературы показал, что имеется много методов хирургического лечения сложных форм эпителиального копчикового хода, но ни один из них не гарантирует избавления больного от рецидива свища и образования грубых рубцов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев М.С. Разработка и обоснование дифференцированной тактики хирургич. лечения эпителиального копчикового хода: автореф.... дис. канд. мед. наук / М.С.Алексеев. - М. - 1990. - 25с.
2. Барышев В.С. Обоснование хирургической тактики при эпителиально-копчиковой области / В.С.Барышев, В.А.Бауэр, О.Б.Одинец // Амбулаторная хир. - 2001;1:46.
3. Бхимани И.К. Выбор хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов: автореф....дис. канд. мед. наук / И.К.Бхимани. - Минск. - 1997. - 21с.
4. Вознюк И.В. Некоторые результаты радикальной операции у больных с нагноившимися эпителиально-копчиковыми ходами / И.В.Вознюк. В кн.: Актуальные проблемы проктологии. - Душанбе. - 1988. - С.105-107.
5. Аминев А.М. Руководство по проктологии / А.М.Аминев. - Куйбышев. - 1965. - Т. 1. - 486с.
6. Безлущий Г.С. Атипичная локализация эпителиального копчикового хода / Г.С.Безлущий, В.М.Бенсман, В.А.Горбань // Актуал. пробл. колопроктологии: материалы конф. - Н. Новгород. - 1995. - С.234-235.
7. Дульцев Ю.В. Эпителиальный копчиковый ход / Ю.В.Дульцев, В.Л.Ривкин. - М. - 1988. - 125с.
8. Карташев А.А. Способ хирургического лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом / А.А.Карташев, А.Л.Чарышкин, Е.Г.Евтушенко // Хирургия. - М. - 2011. - № 1. - С.3-5.
9. Алекперов Э.Э. Отсроченные радикальные операции при остром нагноении эпителиального копчикового хода: дис.... канд. мед. наук / Э.Э.Алекперов. - М. - 2002. - 118с.
10. Воробей А.В. Ромбовидная кожная пластика в лечении абсцедирующего эпителиального копчикового хода / А.В.Воробей, В.Л.Денисенко, М.И.Римжа // Актуал. пробл. колопроктологии. - Ростов н/Д. - 2001. - С.19-21.
11. Даценко Б.М. Оптимизация программы двухэтапного хирургического лечения острого нагноения эпителиального копчикового хода / Б.М.Даценко, А.Б.Даценко / Актуал. пробл. колопроктологии. - М. - 2005. - С.61-62.
12. Фёдоров В.Д. Проктология / В.Д.Фёдоров, Ю.В.Дульцев. - М. - 1984. - 372с.
13. Karydakakis G.E. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process / G.E.Karydakakis // Aust. N. Z. J. Surg. - 1992. - V.62, № 5. - P.385-389.



14. Карташев А.А. Улучшение результатов хирургического лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом / А.А.Карташев, А.Л.Чарышкин, Е.Г.Евтушенко // Медицинская наука и образование. Урал-Тюмень. - 2010. - № 3. - С.150-152.
15. Кузин В.В. Результаты хирургического лечения эпителиального копчикового хода / В.В.Кузин // Вестник хирургии. - 1990. - № 2. - С. 132-133.
16. Mansoor A. Z-plasty for treatment of disease of the pilonidal sinus / A.Mansoor, D.Dickson // Surg. Gynecol. Obstet. - 1982. - Vol.155. - P. 409-411.
17. Nahas S.C. Results of the surgical-treatment of non-complicated pilonidal disease / S.C.Nahas, C.W.Sobrado, S.E.Araujo // Rev. Hos. Clin. Fac. Med. Sao. Paulo. - 1997. - Vol.52. - № 6. - P.287-290.
18. Мальцев В.Н. О хирургическом лечении эпителиальных копчиковых погружений / В.Н.Мальцев, А.А.Яремчук // Клин. хир. - 1985. - № 2. - С.38-41.
19. Косумян В.Х. Причины рецидива эпителиального копчикового хода / В.Х.Косумян // Вестник хирургии. - 1986. - № 2. - С.68-69.
20. Муртазаев Т.С. Клинико-анатомическое обоснование выбора метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода и его осложнений: автореф.... дис. канд. мед. наук / Т.С.Муртазаев. - Ставрополь. - 2008. - 22с.
21. Арсенюк В.В. Программированная ревизия раны после радикального иссечения эпителиального копчикового хода / В.В.Арсенюк, А.Н.Бартош, В.Г.Горбань // Клин. хирургия. - 1993. - № 1. - С.27-29.
22. Mosquera D.A. Bascom's operation for pilonidal sinus / D.A.Mosquera, J.B.Quayle // J. R. Soc. Med. - 1995. - V.88, № 1. - P.45-46.
23. Мулина, В.Н. Дифференцированный подход к хирургическому лечению эпителиальных копчиковых ходов / В.Н.Мулина, С.Ю.Минчин, А.В.Коньчев. // Клин. хирургия. - 1990. - № 2. - С.40-41.
24. Morell V. Surgical treatment of pilonidal disease: Comparison of three different methods in fifty-nine cases / V.Morell, B.L.Charlton, N.Deshmukh // Milin. Med. - 1991. - V.156, № 3. - P.144-146.
25. Помазкин В.И. Анализ результатов лечения эпителиального копчикового хода при дифференцированном выборе операции / В.И.Помазкин // Уральский медицинский журнал. - 2010. - № 4. - С.36-39.
26. Рудин Э.П. Лечение эпителиального копчикового хода / Э.П.Рудин, С.Б.Дубов // Хирургия. - 1996. - № 6. - С.73-74.
27. Bacon, J. Pilonidal disise / Bacon J. // Disise Colon Rectum. - 1983. - V.26, № 12. - P.800-807
28. Помазкин В.И. Выбор операции для лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом / В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2008. - Т.167. - № 1. - С.85-87.
29. Сахатудинов, В.Г. Хирургическое лечение эпителиальных копчиковых ходов / В.Г.Сахатудинов, И.Л.Шеренберг, В.М.Тимербулатов // Хирургия. - 1983. - № 4. - С.86-88.
30. Alberti P. Pilonidal sinus: our exderience in the surgical treatment byclosed metod / P.Alberti, G.Antoc, M.Pasini // Minerva Chil. - 1990. -V.31, № 10. - P.733-777.
31. Болюх Б.А. О редко встречающихся свищах промежности и околоанальной области, симулирующих хронический паропроктит / Б.А.Болюх // Клин. хирургия. - 1980. - № 2. - С.19-22.
32. Грабовецкий Д.Е. Профилактика и лечение рецидивов эпителиального копчикового хода / Д.Е.Грабовецкий, Д.К.Туребаев // Здравоохранение Казахстана. - 1991. - № 1. - С.63-64.
33. Лаврешин П.М. Диагностика и лечение эпителиального копчикового хода, осложнённого свищами ягодично-крестцово-копчиковой области / П.М.Лаврешин, В.Е.Смирнов, Ю.Б.Кириллов // Вестник хирургии. - 1996. - № 1. - С.83-86.
34. Коплатадзе А.М. Активная подготовка больных с острым нагноением эпителиального копчикового хода к отсроченным радикальным операциям / А.М.Коплатадзе, Ю.А.Бондарев, Р.З.Низамов // Вестник хирургии. - 1990. - № 4. - С. 117-118.
35. Джураев А.А. Тактика радикального хирургического лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний эпителиального копчикового хода / А.А.Джураев, И.Н.Мадалиев // Актуал. пробл. колопроктологии: материалы конф. - Н. Новгород, 1995. - С. 249-251.
36. Bascom J. Failed pilonidal surgery new paradigm and new operation leading to cures / J.Bascom, T.Bascom // Arch. Surg. - 2002. - Vol.137.- № 10. -P.1146-1150.
37. Лалаян М.А. Ромбовидная пластика при лечении осложнённых копчиковых кист / М.А.Лалаян, Е.Б.Калчев // Клин. хирургия. - 1983. - № 1. - С. 35-36.



Summary

Surgical treatment of complicated forms of epithelial coccygeal fistula

T.N. Zubaidov, M.K. Gulov

Chair of General Surgery №1 Avicenna TSMU

The analysis of the literature devoted to surgical treatment of complicated forms of epithelial coccygeal fistula is presented.

For choice of rational treatment of complicated forms of epithelial coccygeal fistula, it is necessary to understand topography of the fistulous tract, its location related to skin, the presence of fistulous branches and purulent cavities, the location of external opening from primary focus and leaks.

Clarification of these issues in preoperative time will improve the diagnostics and make enable more differentiated approach to the choice of surgery and postoperative management in each case and will reduce the number of unsatisfactory outcomes.

Despite on existing various methods of surgical treatment complicated forms of epithelial coccygeal fistula no one does not guarantee from fistula recurrence and the formation of rough scars.

Key words: epithelial coccygeal fistula pilonidal sinuses, fistulous tract, recurrent fistula

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гулов Махмадшоҳ Курбоналиевич –
профессор кафедры общей хирургии №1 ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Санои, 3
E-mail: gulov_m@mail.ru