

## **ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЕПІТЕЛІАЛЬНИМИ КУПРИКОВИМИ ХОДАМИ**

Люлька О.М.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

**Вступ.** Епітеліальні куприкові ходи (ЕКХ) – розповсюджене проктологічне захворювання без тенденції до зменшення. У структурі колопроктологічних захворювань ЕКХ з гнійним запаленням займають 4 місце [4,5]. Причиною захворювання, за думкою багатьох дослідників, є порушення ембріонального розвитку з утворенням ямок та нориць у підшкірній клітковині в ділянці куприка [1,5]. Ці нориці можуть бути розгалуженими чи поодинокими, а заглиблення можуть мати ямкоподібну або воронкоподібну форму [1]. За літературними даними [2,3] у 3-7% працездатного населення зустрічаються різноманітні форми ЕКХ, але за медичною допомогою, зазвичай, звертаються пацієнти у випадках приєднання запалення чи нагноєння.

Актуальність проблеми лікування ЕКХ зумовлена ще й тим, що захворювання зустрічається переважно у людей молодого працездатного віку, а тривале чи неодноразове стаціонарне лікування призводить до тривалої втрати працездатності [1,4]. Оперативне втручання залишається єдиним радикальним методом лікування ЕКХ, але, не дивлячись на таке просте, на перший погляд, захворювання, результати лікування не можна вважати задовільними через велику кількість рецидивів, що досягають у спеціалізованих стаціонарах 5%, а у загально хірургічних – до 20% [2,3,4].

**Мета дослідження.** Визначення оптимальної хірургічної тактики у хворих з епітеліальними куприковими ходами шляхом проведення аналізу результатів оперативного лікування цієї патології.

**Об'єкт і методи дослідження.** Проведено аналіз хірургічного лікування 188 хворих на ЕКХ, що знаходились на стаціонарному лікуванні у

хірургічному відділенні №1 міської клінічної лікарні №2 м. Полтави протягом 2003-2012 років. Вік хворих коливався від 16 до 64 років, чоловіків було 149 (79,3%), жінок – 39 (20,7%). Більшість хворих – 139 (74%) були у віці до 30 років. Перебіг ЕКХ поділявся на неускладнений (без клінічних проявів) та ускладнений запаленням з нагноєнням (гострим або хронічним). Більшість з 188 хворих, що звернулись за медичною допомогою, госпіталізовані в ургентному порядку на стадії гострого запалення з нагноєнням – 141 (75%). У плановому порядку поступили 47 пацієнтів, серед яких з ознаками хронічного запалення було 39 (21%) та ще 8 (4%) – з неускладненим перебігом. Повторно з рецидивом захворювання на лікуванні в клініці було 5 (2,6%) пацієнтів у термін від 6 місяців до 3 років з першої операції. Анамнез захворювання у хворих з гострим запаленням через виражений больовий синдром, гіпертермію та прогресивне погіршення стану не перевищував 3 діб. У хворих з хронічним запаленням тривалість захворювання становила від 6 місяців до 10 років з рецидивним перебігом, що було пов'язано з недисциплінованістю хворих та невиконанням ними попередніх рекомендацій лікаря. Обстеження пацієнтів, що госпіталізувались у плановому порядку, проводилось амбулаторно, а ургентних – у відділенні і включало традиційні лабораторно-інструментальні методи дослідження. Всім хворим обов'язково виконували зондове дослідження ходів через зовнішній отвір, за показаннями – ультрасонографію, аноскопію, фістулографію. У випадках гнійного запалення проводилось мікробіологічне дослідження вмісту порожнини абсцесу. Усі хворі були оперовані, але обсяг та термін виконання хірургічного втручання різнились. Так, одноетапне радикальне висічення ЕКХ було виконано у 81 хворого, серед яких первинно радикальне у 76 вперше госпіталізованих, а у 5 – з приводу рецидиву. Розкриття та санація гнійної порожнини з послідуочим висіченням ЕКХ (у два етапи) без повторної госпіталізації – у 112 (60%) випадках. У післяопераційному періоді хворі отримували протимікробну, протизапальну, місцеву та симптоматичну терапію. Антибіотикотерапія хворим розпочиналась з

емпіричного призначення цефалоспоринів 2-3 покоління або фторхінолонів з переходом, у разі потреби, на інші препарати у відповідності до чутливості висіяних з рани мікробів. У структурі мікрофлори ран хворих на ЕКХ з гнійним запаленням переважали грампозитивні штами (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*) – 86,5%, грамнегативна мікрофлора (*Escherichia coli*, *Enterobacter faecalis*) виявлена у 13,5% пацієнтів.

Реалізуюючи мету роботи нами було виділено дві групи хворих на ЕКХ, під час хірургічного лікування котрих застосовували різні тактичні підходи.

Першу групу склали 76 пацієнтів, яким була виконана одноетапна операція – радикальне висічення ЕКХ з накладанням первинних швів на рану. Серед них було 8 хворих з неускладненим перебігом та відсутністю клінічних проявів, у яких діагноз був встановлений випадково під час амбулаторного обстеження. Ще 39 хворих були госпіталізовані у плановому порядку у стадії хронічного запалення через 2-6 місяців від попереднього оперативного лікування (розкриття гнояка з вторинним загоєнням рани). Інші 29 пацієнтів, яким була виконана первинно радикальна операція висічення ЕКХ, були у стадії гострого гнійного запалення, але розміри запального інфільтрату не перевищували 3 см. Крім того, до цієї групи віднесено 5 хворих з рецидивом ЕКХ, які оперувались двічі, через відсутність принципової різниці у технічних підходах до проведення операції. Попередньо з метою візуалізації всіх відгалужень ЕКХ через зовнішній отвір у порожнину вводився барвник. Хірургічне втручання виконувалось під внутрішньовенним наркозом і полягало у висіченні запального інфільтрату у межах здорових тканин з накладанням первинних швів на рану. Перевага надавалась пошаровим швам. У випадках значного дефекту рани для запобігання виникнення неспроможності швів через надмірне натягіння тканин, виконувалось підшивання країв рани до фасції куприку.

Другу групу з 112 хворих оперували у два етапи. При поступленні виконували розкриття гнояка під місцевою анестезією. Важливими

моментами операції, що впливають на подальший перебіг захворювання, вважали: проведення розрізу у вертикальному напрямку відповідно розмірам гнійної порожнини; некректомію та гемостаз; адекватне дренивання. Обов'язково робили посів мікрофлори з рани для призначення адекватної антибіотикотерапії. У подальшому активно проводили санацію гнійної порожнини з застосуванням всього сучасного спектру медикаментозно-фізіотерапевтичних методів лікування гнійних ран. У 99 (88,4%) хворих через 4-6 діб від першої операції складались умови до проведення відстроченої радикальної операції (зменшення розмірів порожнини абсцесу, зменшення запальних явищ навколишніх тканин, очищення рани тощо). У інших 13 (11,6%) пацієнтів такі умови для виконання другого етапу оперативного лікування створювались на 7-9 добу і були обумовлені, перед усім, їх поліморбінністю. Висічення ЕКХ виконували під внутрішньовенним наркозом з візуальним контролем радикальності операції. Операційну рану зашивали пошарово. У 10 хворих на рану накладені шви за Донаті.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Одноетапна радикальна операція висічення ЕКХ виконана 76 хворим першої групи у випадках гострого гнійного запалення при розмірах інфільтрату менше 3 см та у випадках неускладненого й хронічного перебігу і мала безумовні позитивні ефекти. Так, одразу досягалась радикальність втручання, антибіотикотерапія та протизапальна терапія мали високу ефективність, чим утворювались умови до первинного загоєння рани. Тривалість стаціонарного лікування, зазвичай, становила 8-10 діб, шви знімали у цей же термін в залежності від стану рани. Але, через особливість анатомічної будови ЕКХ, їх розгалуженість, різноманітність, що не завжди можливо візуалізувати у стані гострого гнійного запалення, залишалась вірогідність виникнення рецидивів, що спостерігались у 4 (5,2%) хворих з першої групи.

Також ще у 3 (4%) випадках спостерігався дискомфорт в ділянці операції, а один хворий скаржився на стійкі больові відчуття в ділянці тазового дна, що підсилювались при торканні до післяопераційного рубця.

Це пов'язано з формуванням тригерних зон через грубий гіпертрофічний рубець. Причинами, на наш погляд, були асиметричність розрізу та деформація підшкірної клітковини у зоні оперативного втручання

Нагноєння рани діагностовано у 6 (7,9%) спостереженнях: у 5 випадках після проведення первинно радикальної операції у хворих з гострим гнійним запаленням та у 1 – після операції з приводу хронічного. Закриття рани у цих пацієнтів відбувалось вторинним загоєнням.

У 112 випадках гострого гнійного запалення ЕКХ розміри запального інфільтрату не дозволили виконати одноетапну радикальну операцію. Цим хворим другої групи проводили двохетапне хірургічне лікування: після розкриття та санації гнійного вогнища на 4-6 добу (у 11,6% - на 7-9 добу) робили радикальне висічення ЕКХ. Перевагами такої тактики були: менша травматичність операції; більш адекватна, ніж при вираженому гнійному запаленні, візуалізація ходів. Зменшення розмірів інфільтрату дозволило робити невеликих розмірів симетричний розріз по задній серединній лінії та запобігти виникненню надмірного дефіциту тканин, що призводить до їх натягіння і, як наслідок, до неспроможності швів, некрозу країв рани, нагноєнню та вторинному загоєнню.

Так у другій групі хворих діагностовано 1 (0,9%) рецидив захворювання, а нагноєння рани з вторинним загоєнням спостерігалось у 5 випадках, що становить 4,5%.

**Перспективи подальших досліджень** у зменшенні кількості рецидивів та післяопераційних ускладнень за рахунок розробки та обґрунтування нових ефективних методів лікування хворих на ЕКХ.

#### **Висновки.**

1. Первинно радикальне одноетапне висічення ЕКХ доцільно виконувати при неускладненому та хронічному перебігу захворювання, при розмірах запального інфільтрату не більше 3 см.

2. Застосування при гострому гнійному запаленні ЕКХ двохетапного хірургічного лікування у порівнянні з одноетапним дозволяє знизити кількість рецидивів з 5,2% до 0,9%, випадків нагноєння рани з 7,9% до 4,5%.

**Резюме.** Проведено аналіз хірургічного лікування 188 хворих на епітеліальні куприкові ходи. При хронічному чи неускладненому перебігу захворювання операцією вибору вважали одноетапне висічення ходів з накладанням первинних швів на рану. У випадках, коли розміри запального інфільтрату не дозволяли виконати одноетапне втручання, проводили оперативне лікування у два етапи. Спочатку виконували розкриття гнояка та санацію гнійної порожнини, а через 4-6 діб – радикальне висічення ходів. При застосуванні такої лікувальної тактики нагноєння рани з вторинним загоєнням відбулось у 4,5% спостережень, а рецидиви спостерігались у 0,9% випадків.

**Ключові слова:** епітеліальні куприкові ходи, оперативне лікування.

**Резюме.** Произведён анализ хирургического лечения 188 больных с эпителиальными копчиковыми ходами. При хроническом или неосложнённом течении заболевания операцией выбора считали одноэтапное иссечение ходов с наложением первичных швов на рану. В случаях, когда размеры воспалительного инфильтрата не позволяли выполнить одноэтапное вмешательство, проводили оперативное лечение в два этапа. Сначала выполняли раскрытие гнойника и санацию гнойной полости, а через 4-6 суток – радикальное иссечение ходов. При такой лечебной тактике нагноение раны с вторичным заживлением наблюдалось у 4,5% случаев, а рецидивы возникли у 0,9% пациентов.

**Ключевые слова:** эпителиальные копчиковые ходы, оперативное лечение.

**Summary.** The analysis of surgical treatment of 188 patients with epithelial coccygeal courses has been performed. In chronic disease or uncomplicated course operation of choice was considered a single-stage excision of the courses follow by imposing of primary seams on a wound. In cases where the size of the inflammatory infiltrate was not allowed to perform a one-step intervention, surgery

was performed in two stages. First, a disclosure of the abscess and purulent cavity sanitation, and after 4-6 days - radical excision of the epithelial coccygeal courses. With such treatment strategy festering wounds with secondary healing was observed in 4.5 % of cases, and recurrences occurred in 0.9 % of patients.

**Keywords:** epithelial coccygeal courses, surgical treatment.

### **Література.**

1. Дульцев Ю.В. Эпителиальный копчиковый ход / Ю.В. Дульцев, В.Л. Ривкин. – М.: Медицина, 1989. – 125 с.
2. Коплатадзе А.М. Хирургическая тактика у больных с острым нагноением эпителиального копчикового хода / А.М. Коплатадзе, В.М. Проценко, Э.Э. Болквадзе // Колопроктология. 2003. - №4 (6). – С.6-9.
3. Скобелкин О.К. /Радикальное лечение нагноившихся эпителиальных кист копчика/ О.К. Скобелкин, А.И. Эфендиев, В.А. Дербенёв// Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1989. - №6. – С.123-124.
4. Тренин С.О. Лечение эпителиального копчикового хода / С.О. Тренин, Л.С. Гельфенбейн, А.В. Шишков, В.А. Масленников // Хирургия. 2005. - №2. – С.58-64.
5. Morell, V. Surgical treatment of pilonidal disease: comparison of three different methods in fifty-nine cases / V. Morell, B. Charlton, N. Deshmukh // Mil. Med. – 1991. – Vol. 156, N 3. – P. 144-146.