

Анализ результатов лечения эпителиального копчикового хода при дифференцированном выборе операции

Помазкин В.И., кандидат медицинских наук, отделение колопроктологии, государственное учреждение «Свердловская областная клиническая больница № 1» Министерства здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург

The analysis of results of pilonidal sinus treatment of pilonidal sinus at the differentiated choice of operation

Pomazkin V.I.

Резюме

Целью работы явился анализ результатов оперативного лечения при традиционном и дифференцированном подходе к выбору метода операции при хронических свищевых формах эпителиального копчикового хода. Предложена классификация с градацией копчикового хода по трем степеням сложности. В основную группу включено 210 больных с выбором операции в зависимости от степени сложности копчикового хода и анатомических особенностей крестцово-копчиковой области. Обязательным компонентом операции было выравнивание межягодичной складки. В контрольную группу включено 102 больных с традиционным оперативным лечением. В основной группе частота гнойных раневых осложнений была 3,8%, в контрольной 17,6%, значительно возрастающая при усложнении формы копчикового хода. Частота рецидивов в основной группе составила 2,3%, в контрольной 13,6%, также коррелируя со степенью сложности копчикового хода и анатомических особенностей крестцово-копчиковой области, отдавая предпочтение методам с возможностью выравнивания межягодичной складки.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, крестцово-копчиковая область, кожно-пластические операции

Summary

The work purpose was the analysis of results of operative treatment at the traditional and differentiated approach to a choice of a method of operation at chronic fistulous forms of a pilonidal sinus. Classification with gradation of a pilonidal sinus on three degrees of complexity is offered. 210 patients are included in the basic group with a choice of the operation, depending on degree of complexity of a pilonidal sinus and anatomic features of sacrococcygeal area. Alignment of an intergluteal cleft was an obligatory component of operation. 102 patients are included in control group with traditional operative treatment. In the basic group frequency purulent wound complications was 3,8%, in control group 17,6%, considerably increasing at complicating of the form of a pilonidal sinus. Frequency of relapses in the basic group has made 2,3%, in control group 13,6%, also correlating with degree of complexity of a pilonidal sinus. Conclusions are drawn on necessity of the account at a choice of operation of degree of complexity of a pilonidal sinus and anatomic features of sacrococcygeal area, preferring methods with possibility of alignment of an intergluteal cleft.

Keywords: pilonidal sinus, sacrococcygeal area, dermo-plastic operations

Введение

Эпителиальный копчиковый ход — достаточно распространенное заболевание, которым страдают преимущественно молодые люди. Хотя эпителиальный копчиковый ход редко приводит к серьезным осложнениям, это заболевание является причиной нарушения трудоспособности наиболее активной возрастной группы и вызывает существенное снижение качества жизни [1,2,3]. Результаты хирургического лечения этой патологии остаются не вполне удовлетворительными, что связано с относитель-

но большим числом послеоперационных раневых осложнений, а также частыми рецидивами заболевания [4,5].

Несмотря на то, что для оперативного лечения копчикового хода предложено большое число методов, ни один из них не нашел всеобщего признания. Основные споры вызывает выбор способа завершения вмешательства, варьирующий в широких пределах: от открытого ведения раны после иссечения свищевых ходов, до применения сложных пластических операций для закрытия раневого дефекта. Вероятно, что способ завершения операции должен определяться в зависимости от распространенности патологического процесса, а также индивидуальных анатомических особенностей строения крестцово-копчиковой области.

Целью работы явился анализ результатов оперативного лечения при традиционном и дифференцирован-

Ответственный за ведение переписки -

Помазкин Вадим Игоревич,

620043, г. Екатеринбург, ул. Вихулова д. 63/3, кв.3

Телефон: Рабочий (343) 240-35-30

e-mail: yunker@yandex.ru

ном подходе к выбору метода операции при хронических свищевых формах копчикового хода.

Материалы и методы

С целью сравнительной оценки результатов и дифференцированного подхода к выбору метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода нами разработана классификация его хронических свищевых форм с градацией по трем степеням сложности (Табл. 1). В этой классификации кроме оценки непосредственной распространенности патологического процесса учитывалось и наличие неблагоприятных анатомических особенностей крестцово-копчиковой области в виде т. н. «высоких» ягодиц. При факторном анализе в предыдущих исследованиях, установлено, что критерием неблагоприятных анатомических особенностей являлась глубина межягодичной складки над наиболее низко расположенным первичным свищевым отверстием больше 3 см., с углом межягодичного углубления менее 300.

В сравнительное исследование включены результаты 312 больных с хроническими свищевыми формами копчикового хода, оперированных в отделении колопроктологии СОКБ № 1 г. Екатеринбурга с 2002 по 2009 г.г. Средний возраст пациентов составил 24,7±5,1 лет, мужчин было 229 (73,3%), женщин 83 (26,6%). Все больные были разделены на основную и контрольную группы, сопоставимые по демографическим показателям (Табл.2).

В основную группу вошли 210 больных с дифференцированным выбором оперативного лечения. В этой группе при I степени сложности копчикового хода и у 10 больных со IIА степенью использовали модифицированный метод Basson с асимметричным иссечением свищевых ходов, с перемещением ушитой раны латерально от середины межягодичной складки и сглаживанием ее глубины [6].

При II степени сложности замещение образуемого дефекта большей площади обычным ушиванием раны является затрудненным. В этих случаях после радикального иссечения патологически измененных тканей использовали пластику перемещенными кожно-жировыми лоскутами с использованием Z-пластики [7]. Особенностью ее являлось выкраивание из краев раны треугольных кожно-жировых лоскутов, содержащих всю подкожно-жировую клетчатку, что при взаимном перемещении являлось профилактикой краевых некрозов и исправляло глубину межягодичной складки. Использование нескольких лоскутов позволяло уменьшить их величину, которая не превышала 5-6 см в длину и не выходила за пределы внутреннего ската ягодиц с приемлемым косметическим результатом. Эффектом операции было закрытие раневого дефекта с расположением линий швов в косом направлении по отношению к межягодичной складке, с уменьшением ее глубины за счет перераспределения тканей.

Таблица 1. Классификация хронических свищевых форм эпителиального копчикового хода по степени сложности

Степень сложности копчикового хода	Морфологическая характеристика
IA	Единичный свищевой ход с минимальным воспалительным инфильтратом или его отсутствием, с наружными свищевыми отверстиями, расположенными в проекции середины межягодичной складки или не более чем в 3 см от нее.
IB	Единичный свищевой ход с минимальным воспалительным инфильтратом или его отсутствием, с наружными свищевыми отверстиями, расположенными в проекции середины межягодичной складки или не более чем в 3 см от нее при неблагоприятных анатомических особенностях крестцово-копчиковой области
IIA	Свищевые ходы с вторичными наружными свищевыми отверстиями, располагающимися на расстоянии более чем в 3 см от середины межягодичной складки, но не выходящими за пределы внутреннего ската ягодиц
IIB	Свищевые ходы с вторичными наружными свищевыми отверстиями, располагающимися на расстоянии более чем в 3 см от середины межягодичной складки, но не выходящими за пределы внутреннего ската ягодиц при наличии неблагоприятных анатомических особенностей.
III	Множественные свищевые ходы с наружными отверстиями, выходящими за пределы внутренней поверхности ягодиц, при наличии выраженных рубцов и инфильтратов в окружности свищей

Таблица 2. Характеристика групп больных, включенных в исследование

Параметры	Основная группа (n=210)	Контрольная группа (n=102)
Средний возраст (в годах)	26,3±5,4	24,3±4,6
Мужчины/женщины (в %)	73,9/26,1	72,2/27,8
Распределение по степени сложности копчикового хода:		
IA	95 (45,3%)	52 (50,9%)
IB	40 (19%)	21 (20,5%)
IIA	30 (14,3%)	14 (13,7%)
IIB	37 (17,6%)	15 (14,7%)
III	8 (3,8%)	---

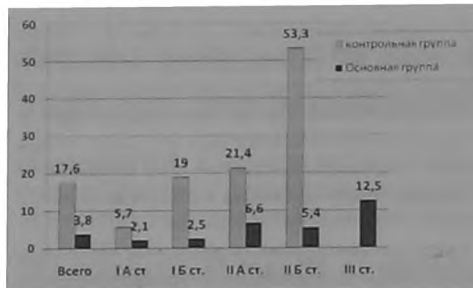


Рис.1. Частота гнойных раневых осложнений (в %)

При III степени сложности после широкого иссечения свищевых ходов с воспалительными инфильтратами и рубцами, мы применяли методику перемещения ромбовидного лоскута по Лимбергу, выкраиваемого в ягодичной области, описанную в литературе [3,4].

В контрольную группу вошли 102 больных с применением традиционного метода лечения, включающего симметричное иссечение копчикового хода с прилежащими тканями и последующим ушиванием раневого дефекта с формированием линейной раны, находящейся на дне межягодичной складки по средней линии [1,2]. Метод применялся при I и II степени сложности копчикового хода. При III степени этот метод был неприменим.

Все операции производили под спинномозговой анестезией, с антибиотикопрофилактикой введением интраоперационно 1 разовой дозы цефотаксима и метронидазола. Для оценки статистической значимости различий между полученными результатами использовали критерий Стьюдента.

Результаты

В контрольной группе общее число раневых гнойных осложнений составило 17,6%, причем в половине случаев происходило тотальное нагноение раны (Рис.1). При анализе результатов в зависимости от степени сложности копчикового хода отмечено, что число раневых осложнений значительно возрастало при усложнении его формы. Если при I А степени сложности частота раневых осложнений составила 5,7%, то при I Б ст. 19%, при II А ст. 21,4%, а при II Б ст. нагноения развились у 53,3% больных.

При изменении подхода к выбору лечения копчикового хода, в основной группе больных наблюдалось значительно меньшая частота раневых гнойных осложнений в сравнении с контрольной группой. Общее число их составило 3,8% ($p < 0,01$). При дифференцированном выборе оперативного лечения отмечалось равномерное распределение раневых осложнений по степени сложности копчикового хода, и во всех градациях было меньшим по сравнению с контрольной группой. При I А степени сложности частота их составила 2,1%, при I Б ст. 2,5%, при II А ст. 6,6%, II Б ст. 5,4% ($p < 0,01$). При III степени сложности нагноение произошло у 1 пациента из 8 (12,5%). Во всех случаях осложненного течения ранево-

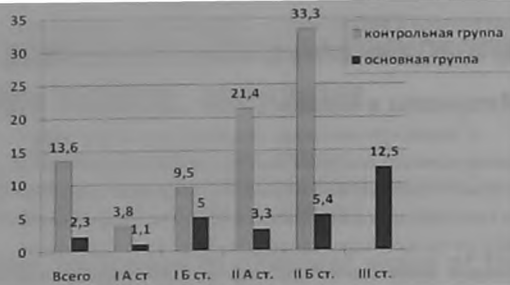


Рис.2. Частота рецидивов копчикового хода (в %)

го процесса отмечено только частичное нагноение ран. Среднее время полного заживления раны в контрольной группе составило $26,4 \pm 8,7$ дня, в основной группе было существенно меньшим, составляя $13,4 \pm 3,4$ дня ($p < 0,01$).

При оценке отдаленных результатов лечения в сроки от 12 до 48 месяцев общее число рецидивов в контрольной группе составило 13,6% (Рис.2). При этом отмечалось прогрессивное учащение возврата заболевания по мере усложнения формы копчикового хода. Если при I А ст. сложности рецидив возник у 3,8% больных, то при I Б ст. у 9,5%, при II А ст. у 21,4%, при II Б ст. у 33,3%. Все рецидивы возникли по средней линии на дне межягодичной складки.

В основной группе с использованием дифференцированного подхода к хирургическому лечению частота рецидивов была меньшей. Их наблюдали у 2,3% больных ($p < 0,01$). При этом отмечалось снижение числа рецидивов во всех градациях по степени сложности копчикового хода в сравнении с контрольной группой. При I А ст. сложности возврат заболевания возник у 1,1% пациентов, при I Б ст. у 5%, при II А ст. у 3,3% и при II Б ст. у 5,4% ($p < 0,01$). При III ст. сложности рецидив отмечен у 1 больного из 8 (12,5%).

В отдаленном периоде после традиционного ушивания раны с расположением ее на дне межягодичной складки, с фиксацией краев кожи к крестцовой фасции нередко возникал грубый фиксированный рубец. Это приводило к болевым ощущениям при давлении на него одеждой, при физической нагрузке и в положении сидя, что отмечали 7% пациентов контрольной группы. В основной группе при смещении раны от средней линии с сохранением подкожно-жировой клетчатки, рубец во всех случаях получался подвижным, не причиняя дискомфорта пациентам, в то же время не искажая естественный вид крестцово-копчиковой области.

Обсуждение

Хирургическое лечение с иссечением копчикового хода и первичным закрытием раневого дефекта является наиболее предпочтительным при хронических формах заболевания для уменьшения времени заживления раны и быстрой реабилитации пациентов. Однако основными недостатками такого метода является относительно большое число раневых осложнений и рецидивов, достигаю-

ших иногда 40 %, приводящих к длительному вторичному заживлению раны, а также высокий риск рецидива заболевания, в среднем по данным литературы, превышающий 10 % [5,8].

По нашему мнению значительные различия в результатах лечения копчикового хода связаны с большим разнообразием распространенности патологического процесса и отсутствием классификации, позволяющей более корректно сравнивать результаты. Так при разделении копчиковых ходов по степени сложности весьма показательна зависимость как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения от усложнения его формы.

Мы полагаем, что причинами неблагоприятных результатов при традиционном методе оперативного лечения при сложных формах копчикового хода являлись плохие условия заживление ран, во-первых, при натяжении их краев при необходимости широкого иссечения патологических тканей. Во-вторых, вследствие сохранения неблагоприятных анатомических особенностей в виде т.н «высоких» ягодиц, которые после операции оставались без изменений. Характерно, что все рецидивы возникали по средней линии на дне межягодичной складки. Рана, а затем и рубец, находящийся на дне глубокой межягодичной складки, подвергаются постоянному риску высокой бактериальной обсемененности вследствие скопления выделений кожи, ее мацерации в условиях затруднения гигиенического ухода.

Дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства, а также смещение раны от дна межягодичной складки с ее сглаживанием, приводило к улучшению как непосредственных, так и отдаленных результатов. На наш взгляд факторами, способствующими этому, являлись, во-первых, радикальность операции с полным удалением во всех случаях патологически измененных тканей. Использование элементов пластической

хирургии нивелировало проблему сохранения кожных покровов в ущерб вероятности оставления свищевых ходов и воспалительных инфильтратов. Во-вторых, создавались более лучшие условия для заживления раны за счет отсутствия натяжения ее краев и смещения ее во всех случаях из глубины межягодичной складки. В-третьих, предупреждался рецидив заболевания при использовании, как метода асимметричного иссечения копчикового хода, так и при закрытии раневого дефекта перемещенными кожными лоскутами за счет изменения неблагоприятных особенностей анатомии крестцово-копчиковой области с выравниванием и сглаживанием межягодичной складки.

Выводы

1. Предложенная классификация хронических свищевых форм эпителиального копчикового хода с градацией по степени сложности позволяет дифференцированно подходить к выбору метода оперативного лечения и создаст основу для корректного сравнения результатов.

2. Использование традиционного способа лечения с простым ушиванием раны обеспечивало приемлемые результаты только при I степени сложности копчикового хода у пациентов с неглубокой межягодичной складкой.

3. Дифференцированный подход к методу завершения операции при радикальном лечении свищевых форм копчикового хода с учетом распространенности процесса и анатомических особенностей крестцово-копчиковой области позволяет значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения.

4. Необходимым компонентом оперативного лечения копчикового хода для улучшения заживления послеоперационных ран и предотвращения рецидивов у пациентов с анатомически неблагоприятными особенностями его расположения, является выравнивание ■

Литература:

1. Дульцев Ю.В., Ривкин В.Д. Эпителиальный копчиковый ход. -М.: Медицина, 1988.-128 с.
2. Основы колопроктологии; Под ред. проф. Воробьева Г.И.- Ростов н/Д. изд-во «Феникс», 2001.- 416 с.
3. Hegele A., Strombach F., Schunbach F. Plastisch-chirurgisches Therapiekonzept des infizierten Sinus pilonidalis. Chirurg 2003;74:749-752.
4. Daphan C., Tekelioglu H., Sayilgan C. Limberg flap repair for pilonidal sinus disease. Dis Col Rect 2004;47(2):233-237.
5. Fuzun M., Bakir H., Soyulu M. et al. Which technique for treatment of pilonidal sinus - open or closed? Dis Col Rect 1994;37(11):1148-1156
6. Помазкин В.И. Применение модифицированного метода асимметричного иссечения для хирургического лечения эпителиального копчикового хода. Хирургия 2008; 12: 40-43.
7. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Выбор операции для лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом. Вестник хирургии 2008;1:85-87.
8. 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; 45(11):1458-1467.