

ИССЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОГО ХОДА СОВМЕСТНО С ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВОЙ КИСТОЙ. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПЛАСТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕФЕКТА

Маргарян Амаяк Самвелович

Начальник хирургического отделения, филиал № 4

ФГБУ 426 ВГ МО РФ

Amayak.margaryan.1991@mail.ru

Супельников Алексей Александрович

К.м.н., Медицинский университет «Реавиз»

Supilnikov@reaviz.ru

EXCISION OF EPITHELIAL–COCCYX PASSAGE TOGETHER WITH EPITHELIAL–COCCYX FIR. MODERN APPROACH TO POSTOPERATIVE DEFECT PLASTIC

A. Margaryan

A. Supelnikov

Summary. The aim of this study is to introduce a new approach in postoperative defect plastics, the main point of which is to reduce the number of postoperative complications, as well as relapses of such pathology as epithelial-coccyx move and coccyx cyst.

Methods: The main methods of achieving positive results in this study are the technique of suturing subcutaneous fat and skin, as well as refusal to install drains into the area of intervention.

Results: As a result of the introduction of changes in tissue plastics techniques following excision of the epithelial-coccyx move (ecm) and epithelial coccyx cyst (ecc), success achieved in such a frequent phenomenon as postoperative complications in the form of postoperative wound nagging, as well as such a frequent phenomenon as the failure of the postoperative wound and the divergence of the skin edges, and in some cases the divergence to the full depth of the wound.

Deduction: This work is only of a recommendation nature and does not claim the title of absolutely correct method in carrying out this operation, and in view of this, it can be concluded from the study that by using the present operation technique, an optimal effect after the operation is achieved, the patient leaves the hospital walls in the shortest period, and the probability of early and late postoperative complications is minimized, as well as the number of relapses is minimized.

Key words: epithelial-coccyx move (ecm); epithelial coccyx cyst (ecc), postoperative complications; recurrence; plasticity; postoperative defect.

Аннотация. Цель: целью данного исследования служит внедрение нового подхода в пластике послеоперационного дефекта, основным смыслом которого является снижение количества послеоперационных осложнений, а также рецидивов такой патологии как эпителиально-копчиковый ход и копчиковая киста.

Методы: основными методами достижения положительных результатов в данном исследовании является техника ушивания подкожной жировой клетчатки и кожи, а так же отказ от постановки дренажей в область вмешательства.

Результаты: в результате внедрения изменений в технике пластики тканей после иссечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ) и эпителиальной копчиковой кисты (ЭКК) достигнут успех в таком частом явлении как послеоперационные осложнения в виде нагноения послеоперационной раны, а так же такое частое явление как несостоятельность послеоперационной раны и расхождение кожных краев, а в некоторых случаях и расхождение на всю глубину раны.

Выводы: данная работа носит исключительно рекомендательный характер и не претендует на звание абсолютно верного метода при выполнении данной операции, и ввиду этого из исследования можно сделать вывод что при использовании данной техники операции достигается оптимальный эффект после операции, пациент в кратчайший период покидает стены стационара, и минимизируется вероятность ранних и поздних послеоперационных осложнений, а так же снижается до минимума количество рецидивов.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ); эпителиальная копчиковая киста (ЭКК); послеоперационные осложнения; рецидивы; пластика; послеоперационный дефект.

Введение

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) составляет около 15 процентов всех заболеваний в колопроктологии, и 1–2 процента из числа всех хирургических больных. Актуальность данного заболевания в том, что заболевание проявляется в большинстве ситуаций в молодом возрасте, и с преобладанием 3:1 проявляется чаще у мужчин. Если рассматривать вопрос о частоте встречаемости у различных национальных групп, то, согласно исследованиям, данное заболевание проявляется чаще в нашей стране у южных народов, что связано с повышенным оволосением, так как в основном в эпителиальных копчиковых кистах находятся волосы. Несмотря на то, что данный вопрос по технике оперативного лечения изучается довольно давно, есть большая проблема со сроками заживления послеоперационных ран, которые составляют от 12–80 суток, а так же послеоперационными осложнениями которые составляют от 2-х до 50 процентов. Все это приводит к удлинению сроков нетрудоспособности, а так же сроков реабилитации и качество жизни.

Методы и принципы исследования

Ввиду того что был проведен анализ различных видов операций, а так же изучая частоту послеоперационных осложнений, было принято решение в усовершенствовании техники операции по поводу иссечения ЭКХ. Так как например согласно статистическим данным операция по технике

- ◆ ИССЕЧЕНИЕ ЭКХ С УШИВАНИЕМ РАНЫ НАГЛУХО частота послеоперационных осложнений по различным данным составляет 9–31 процент. Хорошие результаты в послеоперационном периоде 58–88 процентов. [п. 8 8с.]
- ◆ ИССЕЧЕНИЕ ЭКХ С ПОДШИВАНИЕМ КРАЕВ РАНЫ КО ДНУ — МАРСУПИАЛИЗАЦИЯ. Хорошие отдаленные результаты сохраняются в 93.1 процентах всех случаев. [п. 8 8с.]
- ◆ ИССЕЧЕНИЕ ЭКХ С ПЛАСТИКОЙ РАНЫ ПЕРЕМЕЩЕННЫМИ ЛОСКУТАМИ (по Лимбергу, Каридакису с L, Z, Y, W — пластикой — хорошие и удовлетворительные результаты отмечаются в 84,2% всех случаев. [п. 8 8с.]
- ◆ ПОДКОЖНОЕ ИССЕЧЕНИЕ ЭКХ (СИНУСЭКТОМИЯ).— в отдаленные сроки наблюдения положительный результат наблюдается в 93%всех случаев [п. 8 8–9с.]

Разработанная нами методика ушивания послеоперационной раны внутрикожным непрерывным швом с послойным ушиванием подкожной жировой клетчатки, подразумевает наличие осложнений в послеоперационном периоде менее 1%, и в среднем длительность

лечения данного пациента в условиях стационара составляет 7–10 суток.

Техника

Пациент в положении лежа на животе, под спинальной или внутривенной анестезией после проведения контрастирования через кожные края ЭКХ, с целью полного удаления ЭКХ и ЭКК, выполняется окоймляющий размер вокруг ЭКХ по ходу его распространения, в том числе и в случае распространения ЭКХ в ягодичную область, но чаще располагается в межъягодичной складке, далее ЭКХ и ЭКК выделяется из окружающей подкожной жировой клетчатки с помощью электрокоагулятора, по мере продвижения во время выделения тщательно производится этапный гемостаз, после удаления ЭКХ и ЭКК производится подшивание подкожной жировой клетчатки совместно с ягодичными фасциями, при низко выраженной ПЖК клетчатке, к крестцово-копчиковой связке первым рядом швов, далее в шахматном порядке производится ушивание в шахматном порядке подкожной жировой клетчатки в 2–3 ряда, рассасывающимся шовным материалом толщиной 0–1, в зависимости от глубины раны, выполняется контроль на гемостаз, далее выполняется непрерывный внутрикожный шов проленовой нитью толщиной 4–0, что является основным моментом в пластике послеоперационной раны, так как когда речь идет о выполнении пластики в межъягодичной складке, очень часто возникает вопрос с сопоставлением кожных краев, так как в большинстве ситуаций несостоятельность раны возникает именно по причине не полной стыковки кожных краев. И в данной ситуации внутрикожный шов дает нам данное преимущество в полном сопоставлении кожных краев, так же не мало важным является отказ от дренирования раны любыми видами дренажей, так как если мы устанавливаем резиновый выпускник, то опять же нарушается конгруэнтность кожных краев, если мы устанавливаем трубчатый силиконовый дренаж через дополнительное отверстие, то создаем дополнительную полость для скопления сером или гематом. При острой необходимости на 2-е сутки выполняется ревизия раны с помощью стерильного пуговчатого зонда, с целью удаления скопившихся гематом, данная необходимость возникает крайне редко.

Дальней ведение подразумевает: каждодневные перевязки по нашему опыту, необходимо в течение первых 3х дней, далее перевязки можно проводить через день, вплоть до выписки.

1. Применение местных антисептиков во время перевязки, с целью обработки краев раны и окружающих тканей.
2. По нашему опыту важное значение в достижении успеха и профилактики послеоперационных осложнений является обязательное назначение

внутримышечно антибиотиков широкого спектра, мы в частности используем Цефтриаксон, в течение 5 суток после операции.

3. А так же в первые 3-е суток использование местных заживляющих и антибактериальных мазей. Далее использование их бесполезно так как на 4-е сутки кожные края срастаются.
4. Так же практикуется назначение физиопроцедур таких как УВЧ в диапазоне 40–70 Вт.
5. А так же не мало важное значение имеет соблюдение режима, пациентам в течение 4х суток не разрешается лежать на спине и садится, так же в первые трое суток назначается диета, первые сутки 0 далее по 1 диете до 4х суток, данное назначение выполняется с целью уменьшения формирования каловых масс и соответственно исключения акта дефекации, так как во время акта дефекации есть вероятность расхождения швов.

Основные результаты

По данной технике было прооперировано около 30 пациентов, так же параллельно велись операции и по другим методикам около 20 пациентов, средняя длительность нахождения пациентов в стационаре по новой методике составляла от 7 до 10 дней, средняя длительность нахождения пациентов в стационаре по другим методикам от 14 до 30 суток.

Послеоперационные осложнения в случае проведения операции по методике послыонного ушивания раны с внутрикожным швом, были только 1 одном случае из всех, в виде расхождения кожных краев раны на 8-е сутки после операции. После снятия швов на 7-е сутки, пациенту были даны рекомендации не выполнять физические нагрузки в течение 2х недель, с целью дать возможность формирования более плотной рубцовой ткани.

Рекомендации были нарушены, в результате чего произошло расхождение кожного края раны на 1 см, на который был наложен отдельный узловый шов, и далее края раны сошлись без особых затруднений. По операциям по другим методам, возникло 4 осложнения из 20 случаев, 3 случая несостоятельности послеоперационной раны, и 1 случай нагноения послеоперационной раны, при этом послеоперационное ведение пациентов было совершенно идентичным на начальном этапе, в раннем послеоперационном периоде, и корректировалось в зависимости от возникновения тех или иных осложнений. Следовательно данное исследование и методика объективно показывают уменьшение суток проведенным больными в стационаре, а так же улучшенные результаты раннего и позднего послеоперационного периодов.

Обсуждение

Данное исследование показывает состоятельность метода в практической деятельности хирурга, в дальнейшем будут проводится операции по данной методике и исправления в ведении данных пациентов. Ввиду того что проблема актуальная и определенная группа специалистов так же склоняется к завершению операции без ушивания раны, что в свою очередь приводит к длительному заживлению (1–2 месяца), что крайне отрицательно сказывается на качестве жизни пациентов.

Заключение

Исходя из цели исследования и разработки методики можно сделать вывод, что методика состоятельна, и будет применяться в дальнейшем в лечении ЭКХ и ЭКК. Но наряду с этим не исключаются остальные методы устранения послеоперационного дефекта, в зависимости от распространенности процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. 430 с.
2. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия. М.: Издательство БИНОМ, 2011. 737 с.
3. Федоров В.Д., Дульцев Ю. В. Проктология. М.: Медицина, 1984. 384 с.
4. Шельгин Ю.А., Благодарный Л. А. Справочник по колопроктологии. М.: Литтерра, 2012. 596 с.
5. Bannerjee, D. Pilonidal sinus wounds: the clinical approach. J Community Nurs. 1999; 13: 22–26.
6. Bascom J. Pilonidal Sinus. Curr Ther Colon Rectal Surg 1990; 1–8.
7. Bascom, J. Pilonidal disease: long term results of follicle removal. Dis. Colon Rectum. 1983; 26: 800–807.
8. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с эпителиальным копчиковым ходом. 2013; 1–12с.