

## Тактика лечения больных с осложненными формами эпителиального копчикового хода

Ермолаев В.Л., проф., Шурыгина Е.П., д.м.н., Столин А.В., доц., Барышев В.Е., клиника хирургических болезней стоматологического факультета ГОУ ВПО «УГМА Росздрава», МУ «ЦГБ № 7», г. Екатеринбург

### Treatment of patients with infected pilonidal cyst

Yermolaev V.L., Shuryghina E.P., Stolin A.V., Baryshev V.Y.

#### Резюме

Цель исследования – оптимизировать результаты хирургического лечения эпителиального копчикового хода (ЭКХ). Задачи: выявить предрасполагающие факторы возникновения осложненных форм ЭКХ, обосновать индивидуальную лечебную тактику в зависимости от выраженности патологического процесса и тяжести состояния пациентов. Всего за 5 лет наблюдалось 97 человека, что ежегодно составило  $3,3 \pm 0,7\%$  от числа больных с гнойными заболеваниями мягких тканей. Одноэтапное первичное радикальное иссечение выполнено у 21 больного, хорошие и удовлетворительные результаты получены у 17 чел. (81%), плохие – у 4 (19%). Хирургическая обработка гнойного очага и открытое дренирование применено в 50 случаях, хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 36 чел. (72%), плохие – у 14 (28%). Двух этапный метод лечения использован у 26 пациентов, хорошие и удовлетворительные результаты достигнуты у 24 чел. (92,3%), плохие – у 2 (7,7%). Доказано явное преимущество двухэтапного метода хирургического лечения. **Ключевые слова:** эпителиальный копчиковый ход

#### Summary

The aim – to optimize the results of surgical treatment of infected pilonidal cyst. Objectives: To identify predisposing factors of complicated forms infected pilonidal cyst, to justify an individual approach to treatment depending on the severity of the pathological process and the severity of the condition of patients. In just 5 years have seen 97 people that year amounted to  $3,3 \pm 0,7\%$  of the number of patients with purulent diseases of soft tissues. Single-stage primary radical excision performed in 21 patients, good and satisfactory results were obtained in 17 people (81%), bad – in 4 (19%). Surgical treatment of purulent focus and open drainage is applied in 50 cases, good and satisfactory results were observed in 36 people (72%), poor – in 14 (28%). Two-step method of treatment used in 26 patients, good and satisfactory results were achieved in 24 people (92.3%), bad – in 2 (7.7%). Proved a clear advantage two-step method Surgical-sky treatment. **Key words:** infected pilonidal cyst.

#### Введение

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) является врожденной (рудиментарной) аномалией кожи копчиковой области, представляющей собой узкое кожное втяжение, внутри которого находятся различные эпидермальные элементы (эпителий, волосы, потовые и сальные железы, микроорганизмы и т.д.). Ходы связаны с поверхностью кожи одним или несколькими отверстиями, которые принято в литературе называть первичными. Количество первичных ходов колеблется от одного до нескольких, и все они расположены строго по средней линии. [1-7] При нарушении дренажной функции первичных ходов, а затем и возникновении гнойно-воспалительного процесса, разрушается стенка ЭКХ. Инфекция выходит в окружающую клетчатку, образуя гнойные полости,

со временем прорывающиеся на поверхность в виде одного или нескольких гнойных свищей, которые принято называть вторичными. [8-12]

Первое описание этой патологии сделал в 1847 году Anderson и назвал её эпителиальной копчиковой кистой. Несколько позднее в 1880 г. Hodges предложил переименовать эпителиальную копчиковую кисту в пилонидальный синус от латинских слов – pilus (волос) и nidus (гнездо). В 1949г. наши отечественные авторы А.Н. Рыхжих и М.И. Битман предложили термин «эпителиальный копчиковый ход», который наиболее удачно отражает суть данной патологии (цитируем по А.М. Аминову, 1969). В нашей клинике этот термин употребляется со дня её открытия в 1979 году.

Следует отметить, что публикации на эту тему крайне малочисленны. Монографий и диссертационных работ – единицы. В учебниках для медицинских ВУЗов, за исключением учебников П.Н. Напалкова и Ю.Л. Шевченко [5,11], вообще нет упоминаний об этой патологии. В нашем регионе за последние 15 лет вышла только одна публикация [13]. Мы сочли крайне необходимым вновь вернуться к анализу этой па-

Ответственный за ведение переписки -

Шурыгина Елена Павловна

620049 г. Екатеринбург, пер. Курьинский, д. 3, кв. 85.

Сот.тел. 8 912 667 46 86.

E-mail: Shellp@mail.ru

тологин с целью привлечь к ней внимание хирургической общественности.

Судя по литературным данным, диапазон лечебных методов чрезвычайно широк. В инфильтративной стадии острого воспаления ЭКХ, при раннем обращении больного (1 – 2 дня) по мнению Ю.Л. Шевченко [11] могут быть использованы сугубо консервативные методы лечения, обеспечивающие регресс инфильтрата. Однако подавляющее большинство авторов [1-10,12-15] отдают предпочтение оперативным методам, перечень которых очень большой и трудно поддается какой-либо общеприняемой классификации. Вот потому, по мнению П.М. Лаврешина и соавт. [15] результаты хирургического лечения ЭКХ, по-прежнему, остаются неутешительными.

Если попытаться разобраться во всем многообразии оперативных пособий, то по главной их сути следует, прежде всего, выделить одномоментные вмешательства [6,7,13,15] и двухмоментные [1,3,7,9,10], а по способу завершения операции и ведению послеоперационной раны полузакрытые, закрытые и открытые [2,4,5,14]. С.О. Трещин с соавт. [12] призывают продолжить поиски оптимальных методик лечения этого заболевания.

**Цель исследования** - оптимизировать результаты хирургического лечения ЭКХ.

Задачи: выявить predisposing факторы возникновения осложненных форм ЭКХ, обосновать индивидуальную лечебную тактику в зависимости от выраженности патологического процесса и тяжести состояния пациентов.

## Материал и методы

Всего за 5 лет (2004–2008 годы) нами наблюдалось 97 человек, что ежегодно составило  $3,3 \pm 0,7\%$  от числа больных с гнойными заболеваниями мягких тканей. Мужчин было 51 (52,58%), а женщин – 46 (47,42%) в возрасте от 16 до 54 лет (средний  $23,8 \pm 0,7$ ). Профессиональный состав: медицинские работники – 5 (5,15%), неработающие – 10 (10,31%), рабочие – 16 (16,49%), служащие – 31 (31,96%), учащиеся – 35 (36,09%). Учащиеся и служащие составляют подавляющее большинство пациентов – 66 (68,04%), что позволяет высказать предположение о predisposedности к заболеванию лиц сидячего образа жизни.

Мы, как и многие другие практикующие хирурги, пользуемся классификацией ЭКХ, предложенной В.Д. Федоровым и Ю.В. Дульцевым, 1984 [6]. Неосложненный вариант ЭКХ – таких пациентов у нас не было. Острое гнойное (первичное воспаление) – 65 (67,01%) больных; в том числе инфильтративная стадия – 24 (24,74%); абсцедирование – 41 (42,27%) человек. Хроническое воспаление ЭКХ – 32 (32,99%) случая; в том числе хронический инфильтрат – 10 (10,31%); рещидивирующий абсцесс – 9 (9,28%); свищевая форма – 13 (13,4%) человек. Средний срок длительности стационарного периода заболевания  $4,9 \pm 0,3$  суток.

Для объективной оценки тяжести состояния больных использована модифицированная система SAPS-II. Состояние больных оценивалось, как удовлетворительное при количестве баллов по шкале SAPS-II 12 и меньше; средней тяжести – при сумме баллов от 13 до 15, к категории тяжелых относили больных с суммой баллов больше 16. В удовлетвори-

тельном состоянии поступили 60 (61,86%) пациентов, состоянию средней тяжести диагностировано у 26 (26,8%), тяжелое – 11 (11,34%) человек. У больных, поступивших в удовлетворительном состоянии, иссечение ЭКХ выполнено в 37 (61,7%) случаях, а хирургическая обработка гнойного очага (ХОГО) – в 23 (38,3%). У пациентов, поступивших в состоянии средней тяжести, иссечение произведено только в 9 (34,6%) случаях, а ХОГО – в 17 (65,4%). При тяжелом состоянии больных доля иссечения ЭКХ еще меньше – 27,3%, а доля ХОГО – 72,7%.

Были сформированы три группы в зависимости от способа оперативного пособия. Первая группа – 21 случай, им выполнено одномоментное первичное радикальное иссечение ЭКХ. Вторая группа – 50 пациентов, объем оперативного вмешательства – ХОГО и открытое дренирование. Третья группа составила 26 человек, когда использован двух этапный метод лечения.

Статистическая обработка полученных данных производилась на персональном компьютере с применением пакетов MS Office 7.0 pro. Использованы методы описательной статистики с определением среднего значения и ошибки средней. Для оценки достоверности различий между средними величинами применен критерий Стьюдента (t). В работе принят уровень значимости равный 0,05, получивший наибольшее распространение в медицине.

## Результаты и обсуждение

Поскольку мы занимались лечением больных с осложненными формами ЭКХ, то нам было интересным установить факторы риска, которые привели ЭКХ в фазу гнойного воспаления. У 41 (42,27%) больного установить таковые причины вообще не представилось возможным, а у 56 (57,73%) пациентов пусковыми моментами были: механическая травма, тяжелая физическая работа, длительное существование потливости и опрелости, а также переохлаждение. Какой-либо зависимости от жилищно-бытовых условий не выявили.

Симптоматика воспалительных осложнений ЭКХ по нашим данным была довольно однообразной: болевой синдром в крестцово-копчиковой области, сопровождаемый повышением как местной, так и общей температуры до  $37,29 \pm 0,060$ С. Наличие гнойных выделений из одного или нескольких ходов, а также флюктуация наблюдались у 67 (69,07%) больных. У 14 (14,43%) – выделений не было, поскольку имели место инфильтраты, но у половины из них четко определялись белесоватые рубцы в месте ранее функционировавших свищей.

Несомненно, осложненные формы ЭКХ требуют экстренного оперативного лечения. Мы категорически отвергаем всякую возможность хирургического лечения ЭКХ в условиях поликлиники, так как на многолетнем опыте убедились, что полноценную ХОГО можно выполнить только в стационаре и при надлежащем обезболивании. Нами внутривенный наркоз применен у 48 (49,48%) пациентов, СМА использована у 28 (28,87%) больных. В последнее время мы отдаем предпочтение именно СМА по нескольким причинам, во-первых, этот регионарный вид обезбоживания можно применить практически у большинства больных, во-вторых, по-

ложение пациента на операционном столе на животе удобно и для него и для оперирующего хирурга. Кроме того, отсутствие дополнительной инфльтрации тканей анестетиком улучшает условия оперирования, отсутствие повышения внутриклеточного давления улучшает условия адаптации краев раны и ее заживления. На долю местной анестезии пришлось 21 (21,65%) случаев, в связи с форс-мажорными обстоятельствами и при наличии противопоказаний к общему обезболиванию и СМА.

В отношении методики оперативного вмешательства следует сказать, что трудно найти еще какую-либо хирургическую патологию, где в лечебном арсенале значилось бы столько разнообразных идей и предложений. [1-15] Мы прошли все этапы становления оперативного метода лечения ЭКХ, в том числе и использование CO<sub>2</sub>-лазера [13]. Можем с полной уверенностью сказать, что ни один из ныне существующих методов не является идеальным, поскольку осложнения и рецидивы с разной частотой неизбежны, в чем мы убедились и на собственном опыте. Не случайно С.О. Трешин и соавт. [12] называют ЭКХ «коварным заболеванием».

В нашей клинике укоренилось в основном три варианта оперативного лечения осложненных форм ЭКХ:

1. При первом эпизоде гнойного осложнения и наличия одного – двух свищей осуществляем одномоментное первично-радикальное иссечение ЭКХ после предварительного прокрашивания 1% спиртовым раствором метиленовой сини или бриллиантовой зелени смешанным с 3% раствором перекиси водорода. Завершаем операцию наложением швов Донати. На протяжении многих лет (пока существовала техническая возможность) уверенность в успехе дела придавало использование после иссечения ЭКХ обработка раневой поверхности расфокусированным лучом CO<sub>2</sub>-лазера. В настоящее время высокоэнергетический лазер не используем. Такой способ был использован в 21 (21,65%) случае. Тяжесть состояния больных по шкале SAPS-II составляла 7,6±0,5 баллов. У 13 (13,4%) пациентов воспаление носило хронический характер, а размеры гнойного очага составляли 2,8±0,3 см.

2. При первом или повторных эпизодах нагноения и при наличии многочисленных гнойных ходов, когда технически невозможно сделать полноценное прокрашивание из-за выраженной отечности и инфльтрации тканей выполняем максимально возможную первичную ХОГО, завершая операцию открытым дренированием. Рана заживает по типу вторичного натяжения. Этот вариант оперативного пособия использован в 50 (51,55%) случаях. Тяжесть состояния больных по шкале SAPS-II – 11,7±0,5 баллов, достоверно отличается ( $p=0,003$ ) от тяжести состояния пациентов первой группы, что и заставило избрать именно данную тактику лечения. В 46 (47,42%) случаях это были больные с острым воспалением ЭКХ. Размеры гнойного очага у больных этой группы были 4,2±0,3 см, и это статистически отличается от данного показателя у пациентов первой группы ( $p=0,0001$ ). Больные выписываются с рекомендацией повторного осмотра через 1 – 2 месяца для выработки дальнейшей лечебной тактики. Заметим, что в 20 (20,62%) случаях пациенты на повторный осмотр не явились, вероятнее всего по причине полного удовлетворения результатами лечения и отсутствия рецидива. Не исключается также, что часть больных могла воспользоваться

услугами других хирургических стационаров, по-скольку в г. Екатеринбурге на то имеются хорошие возможности.

3. При наличии воспаления и отсутствия активно функционирующих свищей в момент поступления в стационар применяем двухэтапный метод: после разреза или одно-двухкратных пункций гнойного очага с удалением гноя, промыванием гнойной полости антисептиком (водный раствор хлоргексидина) и введением протеолитических ферментов (чаще всего хемопсина) через 3 – 5 дней выполняем иссечение ЭКХ с наложением швов Донати и дренированием раны. Этот способ применен в 26 (26,8%) случаях, тяжесть состояния больных по шкале SAPS-II – 8,5±0,9 баллов. В 11 (11,34%) случаях было острое воспаление ЭКХ, а в 15 (15,46%) хроническое, и размеры гнойного очага составляли 3,3±0,2 см. Приведенные показатели тяжести общего состояния и размеров гнойного очага достоверно отличаются от показателей пациентов второй группы ( $p=0,01$ ;  $p=0,02$ ) и не отличается от показателей первой группы.

Швы мы всегда использовали типа Донати, поскольку они максимально сближают и хорошо адаптируют края раны, позволяя ликвидировать остаточную полость благодаря прихватыванию крестцово-копчиковой связки. Рекомендуемые некоторыми авторами [4,5,10,15] П-образные швы немного хуже адаптируют края раны, нередко требуют дополнительных кожных швов, не ликвидируют остаточную полость, так как не прихватывают крестцово-копчиковую связку.

В послеоперационном периоде антибактериальная терапия проводилась в 81 (83,51%) случае, у 16 (16,49%) пациентов ведение послеоперационного периода осуществлялось без антибактериальной терапии. При бактериологических исследованиях отделяемого выявлена разнообразная микрофлора: одинаково часто грамположительные кокки, грамотрицательные палочки и смешанная микрофлора. Определить доминирующего возбудителя нагноения ЭКХ не представлялось возможным. Нестероидные противовоспалительные препараты были назначены в 56 (57,73%) случаев после операции, антигистаминные – в 69 (71,13%) случаев. В 19 (19,59%) случаях после операции с противовоспалительной, противоотечной и обезболивающей целью применено низкоинтенсивное инфракрасное излучение (аппарат «Узор»).

Считаем обязательным уделять должное внимание фоновой патологии, которая может оказывать существенное влияние на течение послеоперационного периода. Особое место в этом списке занимает сахарный диабет, так как встречается в любых возрастных группах и проявляется в виде макро- и микроангиопатий, замедляющих репаративные процессы в организме, нарушающие реологические свойства крови. С ангиопротективной, трофоулучшающей и реологической целью считаем уместным назначение сулодексидина (Вессел Дуэ Ф) перорально по 1 капсуле (250 ЕД) два раза в сутки между приемами пищи на весь период пребывания в стационаре.

Ближайшие результаты оперативного лечения наших пациентов в зависимости от избранной тактики представлен в табл. 1. Хорошим мы считали результат при гладком течении послеоперационного периода, выписке больного с зажившей раной и отсутствии рецидива. Удовлетворительный результат – незначительные проблемы в послеоперационном

Таблица 1. Ближайшие результаты хирургического лечения осложненных форм ЭКХ в зависимости от выбранного способа хирургического пособия, тяжести состояния пациентов и выраженности патологического процесса

Группа	n	Тяжесть состояния, балл SAPS-II	Размеры гнойного очага, см	Сроки снятия швов, сут	Ближайшие результаты	
					Хорошие и удовлетворительные	Плохие
1	21	7,6±0,5	2,8±0,3	10,7±0,6	17(81%)	4(19%)
2	50	11,7±0,5*	4,2±0,3*	-	36(72%)	14(28%)
3	26	8,5±0,9	3,3±0,2	9,5±0,4	24(92,31%)	2(7,69%)

Примечание: разница статистически достоверна  $p < 0,05$

периоде, разрешенные консервативно, отсутствие рецидива. Плохим результатом, на наш взгляд, является возникновение раннего рецидива заболевания.

Приведенные сведения показывают, что в практической работе следует пользоваться несколькими вариантами хирургической тактики, а не одной какой-то избранной, так как необычайная клиническая вариабельность осложненных форм ЭКХ и тяжесть состояния пациентов являются главствующими обстоятельствами в индивидуальном выборе того или иного оперативного пособия. Так например, одноэтапное первичное иссечение ЭКХ применимо к наиболее благоприятной ситуации: отсутствие рецидивов, наличие 1 – 2 гнойных ходов без выраженной перифокальной реакции. Вариант ХОГО и открытое дренирование приемлем для наиболее неблагоприятной ситуации, когда вопрос о про-ведении второго этапа в ближайшем времени не рассматривается. Двух этапный метод применим наиболее часто, поскольку позволяет при одной госпитализации решить все вопросы, а стало быть, в современных условиях страховой медицины он наиболее выгоден.

### Выводы

На основании всего вышесказанного можно сделать следующие выводы:

1. Инфицированные формы ЭКХ являются следствием своевременного невыявленного ЭКХ в неосложненной стадии, они обладают большой анатомической и клинической вариабельностью, требуют стационарного оперативного лечения под адекватным обезболиванием.

2. Выбор оперативной тактики зависит от тяжести состояния больного, степени выраженности патологического процесса и может быть представлен как одноэтапным радикальным первичным иссечением ЭКХ, так и двухэтапным хирургическим пособием при одной госпитализации. В особо сложных случаях следует использовать ХОГО и открытое дренирование, а через 4 – 6 недель отдельно рассматривать вопрос о показании к выполнению второго этапа. Анализ ближайших результатов оперативного лечения показал преимущества двухэтапного оперативного пособия при одной госпитализации – 92,3% хороших и удовлетворительных результатов.■

### Литература:

- Аминов А.М. Лекции по проктологии. М: Медицина; 1969.
- Дульцев Ю.В., Рязанов В.А. Эпителиальный копчиковый ход. М: Медицина; 1988.
- Коплатадзе А.М., Алекперов Э.Э., Ким С.Д. Эпителиальный копчиковый ход. В: Абрамов И.С. (ред.) Гнойная хирургия: атлас. М: БИНОМ. Лаборатория знаний; 2004. 558–63.
- Муртазаев Т.С. Ключико-анатомические обоснования выбора метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода и его осложнений. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Ставрополь; 2008: 22.
- Нагалков П.Н., Смирнов А.В., Шрайбер М.Г. Хирургические болезни. Л: Медицина; 1976.
- Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М: Медицина; 1984.
- Яковлев Н.А. Атлас проктологических заболеваний. М: Медицина; 1976.
- Костюченко Б.М., Кибальвич А.В., Флексель В.А., Карлов В.А. Хирургическое лечение больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом. Хирургия 1986; 6: 81–5.
- Кузнецов В.И., Девятков В.А. Хирургическое лечение при нагноении копчиковых эпителиальных поружений. Вестник 1988; 1: 94–5.
- Рудин Э.П., Дубов С.Б. Лечение эпителиального копчикового хода. Хирургия. 1996; 6: 73–4.
- Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. СПб: Специальная литература; 1998.
- Тредин С.О., Гельфенбейн Л.С., Шишков А.В. Лечение эпители-ального копчикового хода. Хирургия 2005; 2: 43–8.
- Барышев В.Е., Уляшев Н.В. Лечение эпителиальных копчиковых ходов СО2-лазером. В: Лисенко В.М. (ред.) Актуальные вопросы лазерной хирургии и медицины: материалы 1-й областной конференции; 1995 ноябрь 14–15; Екатеринбург; 1995. с. 10–1.
- Госкин П.А. Сравнительные аспекты применения малоинвазивных и традиционных технологий при хирургическом лечении заболеваний толстой кишки и периаанальной области. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Рязань; 2008: 40.
- Лаврешин П.М., Гобеджашвили В.К., Хутов А.Б., Муртазаев Т.С., Лаврешин М.П. Способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода, осложненного множественными свищами. Вестник 2007; 4: 63–5.