



10. Huang B.S. Role of brain corticosterone and aldosterone in central angiotensin II-induced hypertension // Hypertension. 2013. T. 62(3). P. 564-571.

11. Коноплева Л.Ф. Эндотелиальная дисфункция в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний и методы ее коррекции // Therapia. 2011. T. 56(3). С. 26-30.

ПОСТУПИЛА: 05.06.2014

УДК: 616.711.8-089.8716.94

З.К. Магомедова, Е.В. Чернышова, В.С. Грошили

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ И СВИЩЕЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Ростовский государственный медицинский университет,

Кафедра хирургических болезней №2

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, E-mail: stella-star23@mail.ru

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных эпителиальными копчиковыми ходами (ЭКХ) путем разработки и внедрения эффективного хирургического способа, включающего меры по профилактике рецидива.

Материалы и методы: оперированы 60 пациентов с ЭКХ и свищами крестцово-копчиковой области, из них 22 пациентам иссечение ЭКХ дополнено подшиванием краев раны ко дну, у 10 больных - открытое ведение раны, 9 пациентам выполнено иссечение ЭКХ с ушиванием раны наглухо узловыми швами или по Донати, 19 пациентам радикальное иссечение ЭКХ дополнено пластикой раневого дефекта перемещенными несвободными кожными лоскутами в разработанной модификации. Выбор метода операции зависел от распространенности воспалительного процесса, длительности заболевания, наличия в анамнезе рецидивов.

Результаты: в I группе больных зарегистрировано 3 рецидива (30%), во II группе - 7 рецидивов (31,8%), в III группе - 4 рецидива (44,4%), в IV группе - 3 (15,8%).

Заключение: наиболее перспективными в плане улучшения отдаленных результатов лечения ЭКХ (в том числе, рецидивных свищей), являются радикальные операции с возможностью одновременного закрытия операционной раны несвободными кожными лоскутами, о чем свидетельствуют полученные непосредственные и отдаленные результаты.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, пластика встречными лоскутами, пилонидальная киста, нагноение, рецидив.

Z.K. Magomedova, E.V. Chernyshova, V.S. Groshilin

COMPARATIVE ANALYSIS OF RECURRENT EPITHELIZED PILONIDAL SINUS AND SACROCOCCYGEAL FISTULAS TREATMENT

Rostov State Medical University,

Department of Surgical Diseases №2,

29 Nakhichevanskiy st., Rostov-on-Don, Russia, 344022.

Purpose: to improve the results of surgical treatment in patients with epithelized pilonidal sinus (EPS) by developing and introducing an effective surgical method comprising measures for preventing recurrence.

Materials and methods: 60 patients with EPS and sacrococcygeal fistulas have been operated, of the total number of 60, in 22 patients EPS excision was followed by suturing the wound edges to the bottom; in 10 patients the wounds were left open, in 9



patients EPS excision was completed with tight suturing the wound by interrupted sutures or by Donati, in 19 patients radical EPS excision supplemented by wound defect plastics with displaced non-free skin flaps in the developed modifications. The choice of operation method depended on the extent of the inflammatory process, duration of the disease, a history of recurrence.

Results: 3 cases of recurrence (30%) were registered in the I group of patients; 7 cases of recurrence (31,8%) – in the II group; 4 cases of recurrence (44, %) – in the III group; 3 cases of recurrence (15,8 %) – in the IV group.

Conclusion: radical surgery with simultaneous closure of the surgical wound with non-free skin flaps are the most promising for improving long-term results in EPS treatment (including recurrent fistulas), as evidenced by the immediate and long-term results.

Key words: epithelized pilonidal sinus, plastic counter flaps, pilonidal cyst, suppuration, recurrence.

Актуальность темы

Эпителиальный копчиковый ход — дефект развития кожи межъягодичной области, обусловленный неполной редукцией атавистической мышцы бывшего хвоста и представляющий собой узкую трубку с эпителиальной выстилкой стенок, слепо оканчивающуюся в подкожной клетчатке.

Эпителиальный копчиковый ход является распространенным проктологическим заболеванием, встречающимся у 3-5% трудоспособного населения, преимущественно у лиц молодого возраста с преобладанием мужского пола в 2-4 раза [1]. В подавляющем большинстве случаев, первым его проявлением является возникновение нагноения эпителиального копчикового хода с последующим формированием свищей. Хотя это заболевание носит доброкачественный характер и очень редко приводит к серьезным осложнениям, оно вызывает существенное снижение качества жизни больного и отражается на всех сферах его жизнедеятельности [2]. Единственным способом радикального лечения данного заболевания является хирургический. В настоящее время улучшение радикального хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов и кист является одной из актуальных проблем хирургии и, в частности, колопроктологии [3,4]. Это обусловлено не только чрезвычайно высокой распространенностью данной патологии, но и нестабильными результатами оперативного лечения [5,6]. Несмотря на развитие в последние годы медицинских технологий и инструментария процент рецидивов и нагноительных осложнений после операций по поводу эпителиальных копчиковых ходов и кист остается стабильным, не имея тенденции к значимому снижению [7]. Ведущей причиной этого, по мнению ряда авторов, является отсутствие на сегодняшний день универсальных алгоритмов диагностики и лечения, позволявших оптимизировать выбор метода лечения исходя из объективных критериев [8,9,10]. Таким образом, проблема коррекции результатов хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов и кист актуальна и требует новых подходов и решений.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом путем разработки и внедрения эффективного хирургического способа, включающего меры по профилактике рецидива заболевания.

Материалы и методы

Выполнена комплексная многофакторная оценка непосредственных и отдаленных результатов хирургическо-

го лечения 60 пациентов с эпителиальными копчиковыми ходами, находившихся на лечении в клинике РостГМУ с 2010 по 2013 гг., среди них 28 (46,7%) больных с рецидивами заболевания после предшествовавшего оперативного лечения (12 пациентов (20%) с многократными рецидивами). Подавляющее большинство – 49 (81,7%) составляли лица мужского пола. Соотношение больных мужского и женского пола составило 3:1. Преимущественно заболевание встречалось в наиболее активном трудоспособном возрасте (от 19 до 40 лет).

Изучение клинической симптоматики, применение общепринятых методов исследования (осмотр, пальпация, пальцевое исследование прямой кишки, зондирование и прокрашивание свищевых ходов, ректороманоскопия) в большинстве случаев позволили поставить правильный диагноз. Обязательным компонентом обследования являлась фистулография, направленная на изучение глубины поражения, распространенности свищевых ходов, а также рентгенологическое исследование крестца и копчика для исключения вовлечения в патологический процесс костных структур. Также осуществлялась оценка состава патогенной микрофлоры у больных с рецидивными копчиковыми ходами для коррекции антибактериальной терапии в послеоперационном периоде.

Все больные оперированы под спинномозговой анестезией. Предоперационная подготовка включала купирование местных воспалительных изменений, санацию операционного поля растворами антисептиков, при возможности – промывание свищевых ходов. Первым этапом операции проводили иссечение эпителиального копчикового хода, патологически измененных тканей в пределах здоровой кожи и подкожной клетчатки. При этом, поражение во всех случаях при первичных ходах не распространялось глубже поверхностной фасции крестца, а при рецидивных и повторных операциях распространение свищей глубже данного анатомического ориентира имело место более, чем в 60% наблюдений. Гемостаз осуществляли электрокоагуляцией сосудов. Второй этап операции – закрытие образовавшегося раневого дефекта крестцово-копчиковой области – выполнялся различными методами в зависимости от характеристик, размеров и формы раны. При выборе способа закрытия раны обязательно учитывали интенсивность и распространенность воспалительного процесса.

В исследуемой группе 22 пациентам (36,7%) иссечение эпителиального копчикового хода дополнено подшиванием краев раны ко дну, 10 больных (16,7%) с выраженным воспалением в эпителиальном копчиковом ходе, межъягодичной складке и окружающих ее тканях применено



открытое ведение раны с последующим заживлением ее вторичным натяжением, 9 пациентам при неосложненном течении патологического процесса выполнено иссечение эпителиального копчикового хода с ушиванием раны продольно наглухо узловыми швами или по Донати, 19 пациентам (31,7%) со множественными свищевыми ходами и распространенным поражением радикальное иссечение эпителиальных копчиковых ходов дополнено пластикой крестцово-копчиковой области перемещенными несвободными кожными лоскутами в разработанной модификации (заявка на получение патента РФ, получена приоритетная справка).

В послеоперационном периоде все больные получали антибактериальную, гемостатическую и противовоспалительную терапию. Также для ускорения сроков заживления раны и формирования мягкого эластичного рубца применяли среднечастотный ультразвук, КВЧ-терапию и магнитотерапию.

При определении выбора способа оперативного лечения учитывали выраженность, распространенность патологического процесса, интенсивность воспалительных реакций в мягких тканях, длительность заболевания, наличие в анамнезе рецидивов.

Комплексная оценка результатов лечения включала сроки заживления раны, выявление воспалительных изменений в ранние и отдаленные сроки после операции.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с эпителиальными копчиковыми ходами. В группе больных с открытым ведением раны (сроки заживления составляли от 19 до 40 дней) зарегистрировано 3 рецидива (30%), которые возникли через 1,5-2 месяца после операции за счет выраженных инфильтративно-воспалительных реакций и рубцовых изменений при заживлении раны вторичным натяжением. При выполнении радикальных операций с подшиванием краев раны ко дну выявлено 7 рецидивов (31,8%) заболевания, в их числе 5 рецидивов (22,7%) у больных, оперированных повторно. Сроки заживления этих больных, с учетом рецидивов составляли от 10 до 32 дней (при безрецидивном течении, в среднем, 10-15 дней). Кроме того, отмечены 3 случая нагноения послеоперационной раны (13,6%), не повлекшие за собой рецидив заболевания, но значительно удлинившие сроки лечения. Среди больных, которым выполнено иссечение эпителиального копчикового хода с ушиванием раны продольно наглухо узловыми швами или по Донати, выявлены 4 рецидива (44,4%) вследствие выраженного натяжения краев раны, прорезывания их у дна раны и формирования остаточных полостей в раннем послеоперационном периоде. Сроки заживления в среднем составили от 10 до 25 дней, при безрецидивном течении – 10-15 дней. Сроки стационарного лечения в трех указанных группах составляли от 8 до 20 суток, в среднем, 12,3 койко-дня. Среди больных, радикально оперированных с использованием разработанного нами метода пластики крестцово-копчиковой области несвободными лоскутами, получены 3 рецидива (15,8%) заболевания, причиной которых стало избыточное натяжение тканей и ретракция лоскутов на 6-7 сутки в послеоперационном периоде. В одном наблюдении (5,3%) также отмечено нагноение раны без развития рецидива. Средний койко-день составил в этой группе 9,8

суток; причем ни в одном случае не превышал 13 суток. Следует отметить, что в группе больных, оперированных разработанным оригинальным методом, тяжесть патологического процесса и удельный вес пациентов с послеоперационными рецидивными свищами была наибольшей (9 пациентов – 47,4%).

Таким образом, индивидуальный подход к выбору показаний и способа операции позволяет улучшить отдаленные и непосредственные результаты лечения больных с эпителиальными копчиковыми ходами, о чем свидетельствует анализ полученных результатов.

Пациенты, оперированные по поводу послеоперационных рецидивов эпителиального копчикового хода и свищей крестцово-копчиковой области, составляют группу наибольшего риска послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Поэтому дальнейшая разработка, совершенствование методов диагностики и индивидуальный подход к определению показаний оперативного лечения изучаемой патологии требуют доработки. Тактика хирургического лечения рецидивных свищей принципиально отличается от первичных за счет наличия множественных свищевых отверстий, отдаленных от среднегодичной линии, массивной рубцовой деформации и хронического воспаления мягких тканей.

Метод «открытой раны» при иссечении эпителиальных копчиковых ходов используется в случаях больших кист и выраженного нагноения, сопровождается длительными сроками заживления и формированием грубых рубцовых деформаций, а также возможным вторичным инфицированием раны.

При подшивании краев раны к ее дну высока вероятность значительного натяжения швов и их прорезывания, кроме того, впоследствии на коже остаются грубые деформирующие рубцы (в виде рыбного остова), зачастую возникает формирование остаточных полостей под кожными лоскутами с их последующим инфицированием вследствие сообщения раны и полостей с окружающей средой. Сохраняется вероятность рецидива заболевания, связанная с ограничением размеров иссекаемой кожи над разветвлениями копчикового хода.

Ушивание раны продольно наглухо узловыми швами или по Донати при значительных раневых дефектах имеет высокий риск натяжения краев раны, прорезывания швов у дна раны и формирования остаточных полостей. Также глухой шов безопасен только при неосложненном ходе. Если в анамнезе имели место эпизоды острого воспаления и нагноения, к наложению глухого шва нужно подойти с осторожностью.

Выводы

Учитывая стабильный удельный вес рецидивов заболевания, важность качественного анализа причин рецидивов и послеоперационных осложнений, необходимо осуществлять индивидуальный подход к тактике хирургического лечения рецидивных копчиковых ходов.

Использование кожно-подкожных мобильных треугольных лоскутов для пластического закрытия ран крестцово-копчиковой области является перспективным ввиду возможности значительного варьирования операционной техники, учета индивидуальных анатомических особенностей, уменьшающие натяжение краев раны и снижение вероятности развития нагноительных и септических осложнений, о чем свидетельствуют полученные



нами непосредственные и отдаленные результаты применения разработанной методики операции.

Это позволяет рекомендовать данный способ при лечении рецидивных копчиковых ходов. Также методы несвободной кожной пластики позволяют создать полноценное замещение дефекта крестцово-копчиковой области, дают лучшие функциональные и косметические результаты.

Анализ длительности пребывания в стационаре показал, что больные, оперированные с использова-

нем разработанного нами оригинального метода пластики крестцово-копчиковой области несвободными лоскутами, достоверно раньше выписывались из стационара. Сокращение сроков пребывания в стационаре происходило за счет ранней реабилитации больных и уменьшения количества воспалительных и гнойно-септических осложнений, что подчеркивает социальную и экономическую эффективность предложенного метода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sullivan D.J., Brooks D.C., Breen E. Intergluteal pilonidal disease: clinical, manifestations and diagnosis [Электронный ресурс] // Evidence-Based Clinical Decision Support at the Point of Care. URL: <http://www.uptodate.com/contents/intergluteal-pilonidal-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis/contributors?UtdPopup=true> (дата обращения: 12.11.2013)
2. Karydakos G. E. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process / G. E. Karydakos // Aust. N. Z. J. Surg., 1992. – Vol. 62. – P. 385–389
3. Воробьев, Г.И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев // М., 2006. 240 с.
4. Ривкин, В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн // М1: Медицина, 2001. 168 с.
5. Коплатадзе А.М.; Сравнительная оценка различных методов хирургического лечения эпителиального копчикового хода / А.М. Коплатадзе, С.Д. Ким // Колопроктология. 2009. - № 2. - С. 8-10.
6. Денисенко, В. Л. Оптимизация лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом / В. Л. Денисенко // Новости хирургии. – 2008. – Т. 16, № 1. – С. 55–61.
7. Лаврешин, П. М. Способ хирургического лечения эпителиального копчикового хода, осложненного множественными свищами / П. М. Лаврешин, В. К. Гобеджишвили [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2007. – Т. 166, № 4. – С. 63–65.
8. 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.
9. Карташев, А.А. Способ хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом / А.А. Карташев, А.Л. Чарышкин, Е.Г. Евтушенко // Хирург - М. - 2011, - №1, - С.3-5.
10. Карташев, А.А. Анализ послеоперационных осложнений после иссечения эпителиального копчикового хода / А.А. Карташев, А.В. Смолькина // Приложение к научно-теоретическому журналу "Вестник Санкт-Петербургского университета" серия 11 медицина, 2010, С. 757.

ПОСТУПИЛА: 5.12.2014

УДК: 616-073.4:616.12

**Е.С. Мирзоян, Н.Ю. Неласов, М.В. Бабаев, Г.П. Волков,
Э.А. Арзуманян, Е.И. Железняк**

НОВАЯ ПРОСТАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА С ПОМОЩЬЮ СТАНДАРТНОЙ ИМПУЛЬСНОВОЛНОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ

*Ростовский государственный медицинский университет,
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии,
344022, Россия, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: doc.mirzoyan@mail.ru*

Цель: изучение корреляционной связи между гомологичными диастолическими компонентами спектрограмм обычного импульсно-волнового и тканевого доплера, разработка нормативных значений новых диастолических по-