

С. З. ОГАНЕСЯН

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ХОДОВ И КИСТ КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

В основе лечения эпителиальных ходов и кист копчиковой области лежит своевременное распознавание болезни и достаточно обширное хирургическое вмешательство.

Существующие методы лечения эпителиальных ходов и кист из-за весьма длительного лечения в послеоперационный период и частых рецидивов не полностью удовлетворяют современные требования хирургии.

В настоящее время имеется значительное число оперативных и консервативных методов лечения, однако единой методики лечения больных не выработано: не уточнено время радикального вмешательства, недостаточно точно выяснены вопросы лечения в послеоперационном периоде. Значительные затруднения в лечении встречаются при осложненных случаях, и количество повторных операций все еще продолжает оставаться большим (иногда 4—5 повторных операций). Поэтому поиски новых путей для профилактики и лечения эпителиальных ходов до сих пор продолжают.

Мы хотим остановиться на методе, разработанном в клинике, который с успехом применяется нами в течение последних 6—7 лет.

Принцип способа зашивания погружных швов состоит в погружении краев в ране и самотампонаде. Толстые шелковые нити проводятся через кожу, всю подкожную клетчатку и фасцию копчика с таким расчетом, чтобы расстояние между краем раны и вколом иглы соответствовало глубине раны. В зависимости от длины разреза накладывается от 2 до 4 таких швов (для разреза в 10 см достаточно двух погружных швов). Таки-ми редкими швами обеспечивается ликвидация остаточной полости и не нарушается нормальное кровоснабжение краев раны. В дальнейшем накладывают и затягивают только кожные адаптирующие швы, расстояние между которыми не превышает 1 см. До затягивания погружных швов в зависимости от длины раны в ней оставляют один или два выпускника. При затягивании основных погружных швов края раны, соприкасаясь, соскальзывают, погружаются в глубь раны и заполняют полость. При правильном наложении и затягивании швов исключается возможность «мертвого» пространства между кожей и копчиком. Кроме того, создается умеренное давление, гемостаз, происходит срастание краев раны с задней поверхностью копчика и первичное заживление раны. Все это обеспе-

чивается самой техникой шва. В табл. 1 показаны результаты проделанных нами операций.

Таблица 1

Клинический диагноз	Количество больных	Средняя послеоперационная койко-дней	Пребывание больного в стационаре	Исход		Осложнение	
				выздоровление	улучшение	нагноение и некроз	рецидивы
Неосложненные эпителиальные ходы и кисты	49	10,25	16	48	1	2	1
Осложненные эпителиальные ходы и кисты	23	13,13	18,65	23	—	3	—
Абсцедирующие эпителиальные ходы и кисты	15	15,13	28,53	15	—	4	—
Рецидив эпителиального хода . . .	19	15,1	20,26	19	—	4	—
Итого . . .	106	13,4	20,86	105	1	13	1

Из таблицы видно, что всего по способу погружных швов было произведено 106 операций; при этом 13 операций прошли с нагноением, средняя послеоперационная койко-дней составляет 13,4 дня. Был выявлен только один рецидив. На основании наших данных мы считаем, что метод погружных швов значительно превосходит остальные методы радикального лечения эпителиальных ходов. Погружные швы сокращают сроки пребывания больных в стационаре, создают мягкие, эластичные, функционально пригодные рубцы.

Таблица 2*

Способ лечения	Количество больных	Средняя послеоперационная койко-дней	Среднее пребывание больного в стационаре в днях	Исход		Осложнения	
				выздоровление	улучшение	некроз и нагноение	рецидивы
Выскабливание	18	18,37	22,22	9	9	—	8
Иссечение с тампонадой	25	19,42	23,72	17	8	—	3
Иссечение с обычными швами	75	14,77	21,7	62	13	31	5
Операция по способу С. Б. Раменского	2	39,5	41,5	1	1	2	1
Операция по способу А. Н. Рыжих	16	16,75	25,25	14	2	4	2
Операция по нашему способу	106	13,4	20,86	105	1	13	1
Итого . . .	242	20,38	25,87	203	34	50	20

* В таблице отсутствуют данные об одном больном с эпителиальным ходом мошонки и о четырех больных с осложненными эпителиальными ходами, которым была сделана пластическая операция, так как клиническое течение и особенно тактика лечения и послеоперационный уход здесь резко различаются по своему характеру.

В табл. 2 представлены сравнительные данные всех примененных нами способов лечения эпителиальных ходов копчиковой области.

Из табл. 2 видно, что метод погружных швов дает наименьшие цифры среднего пребывания больного в стационаре, средней послеоперационной койко-дней, наименьшее число нагноений и количество рецидивов и потому является наиболее эффективным.

Второе место по первым двум показателям должны занимать обычные глухие швы, однако последние два показателя, более важные чем два первые, не дают такого права: из 75 больных, оперированных этим способом, у 31 больного (41,33%) произошло нагноение раны, а у 5 больных—рецидив. Следовательно, второе место по всем показателям должны занимать вертикальные матрацные швы.

Таким образом, среди существующих методов лечения эпителиальных ходов и кист наилучшими являются методы лечения погружными и вертикальными матрацными швами.

Мы хотим остановиться также на результатах пластических операций у 4 больных. Эти операции были произведены вынужденно, так как для ликвидации патологического процесса было невозможно применить ни один из способов радикального лечения. У этих больных из-за продолжительности воспалительного процесса по обеим сторонам межъягодичной линии образовалось множество свищей, из-за чего было невозможно применить даже самый широкий эллиптоидный разрез. Для каждого из этих больных необходимо было продумать специальный план пластической операции. Одного из этих больных в течение 11 лет ошибочно лечили от хронического парапроктита, другого больного в течение 16 лет—от туберкулеза копчика; у двух больных заболевание эпителиального хода было 2—3-летней давности, однако вся кожа этой области была резко изменена, инфильтрирована, неэластична, число свищей доходило до 12. Всем больным произвели пластическую операцию—перемещение кожно-подкожного лоскута из ягодиц. У двух больных края кожно-подкожного лоскута сошлись без натяжения, и раны зажили первичным натяжением; срок выписки был коротким—12 и 14 дней. У одного больного получилось натяжение краев раны, в послеоперационный период образовался краевой некроз, и у одного больного в центре полученного после операции дефекта остался небольшой участок, не покрытый кожей, где заживление раны происходило вторичным натяжением.

Итак, резюмируя данные лечения пластическими операциями, необходимо отметить, что результаты лечения этих больных оказались неплохими—во всех четырех случаях наблюдалось окончательное выздоровление. Продолжительность среднего послеоперационного пребывания больных в стационаре составляет около 35 дней.

Некоторые хирурги рекомендуют перед операцией или же за несколько дней до нее ввести в свищевой ход раствор краски. Мы же считаем, что в большинстве случаев нетрудно отличить здоровые ткани от патологически измененных. При знании клиники и течения заболевания, а также при внимательном производстве операции невозможно оставить

неиссеченным эпителиальный ход. Кроме того, введение краски вызывает ряд нежелательных последствий: введенная краска в состоянии показать лишь грубые анатомические изменения хода, в частности возможно установить наличие хода, приблизительные его размеры, местонахождение, отношение к окружающим тканям и т. д. Выяснить же мелкие или мельчайшие, незаметные на глаз ходы введением краски невозможно.

Кроме того, эпителиальные ходы, не сообщаясь с полым органом, имеют небольшую замкнутую полость, которая заполнена волосами и патологическими грануляциями, и поэтому перед введением краски необходимо как-то опорожнить содержимое, иначе ход невозможно заполнить краской. Другое дело, когда речь идет о ректальных свищах или же об остаточных полостях. Тогда введение краски целесообразно, так как краска свободно и беспрепятственно проходит через свищевое отверстие, очищая и заполняя его.

Для заполнения хода краской необходимо вводить ее под определенным давлением. При этом точно рассчитать предел необходимого давления не всегда возможно: при сильном давлении краска может проникнуть за пределы существующего хода, разрывая и инфицируя окружающую клетчатку, вследствие чего у хирурга создается ложное представление о распространенности патологического очага. При слабом давлении краска не заполняет все существующие ходы, и иссечением только окрашенной ткани можно оставить неиссеченным какой-нибудь ход. Введенная краска, помимо всего, может инфицировать окружающую клетчатку.

Из сказанного следует, что введение краски перед операцией не является целесообразным. Операцию эпителиального хода копчиковой области мы производили под спинномозговой анестезией, исходя из следующих соображений: во-первых, операция эпителиального хода под местной анестезией не совсем оправдана, так как во время анестезии новокаин может проникнуть через свищевые ходы в окружающую клетчатку и инфицировать; кроме того, так как до операции не всегда удастся определить границы патологического очага, то невозможно провести и соответствующую местную анестезию. При недостаточной же анестезии дополнительное введение новокаина может инфицировать окружающие ткани или же рану. Новокаиновой инфильтрацией возможно ставить мелкие свищевые ходы, что затруднит выявление их во время операции.

Наконец, надо помнить, что местная анестезия может вызвать отек тканей, в результате чего швы в послеоперационном периоде окажутся слабыми, а самотампонада раны — недостаточной. Спинномозговая анестезия при операции эпителиального хода в основном показана еще и потому, что эти больные большей частью молодого возраста, с нормальным кровяным давлением, без жалоб со стороны внутренних органов.

Из-за низкой локализации патологического процесса спинномозговую анестезию производят между II и III поясничным позвонком, что почти безопасно даже при пониженном кровяном давлении.

Преимущество этого вида анестезии состоит в том, что создается хорошая релаксация тканей, больной абсолютно безболезненно переносит продолжительную операцию, все ткани сохраняют нормальный вид, и бывают хорошо видны самые мелкие ходы; разрез можно удлинить вверх, вниз и в стороны, в чем может возникнуть необходимость, особенно при операции осложненного эпителиального хода, при которой этот вид анестезии является наилучшим.

Таким образом, полностью не отвергая местную анестезию, мы считаем, что спинномозговая анестезия при данной патологии является наилучшим способом обезболивания.

По поводу эпителиальных ходов и кист было произведено 246 операций. Из них 128 операций — под местной анестезией, 118 — под спинномозговой анестезией. Производят достаточно широкий эллипсоидный разрез, которым окаймляют свищевые ходы. Разрез должен проходить не ближе чем на 1 см от вторичных свищевых ходов, чтобы не оставить неиссеченными заведомо инфицированные ткани. По мере выделения хода тампонируют ложе. Постепенно спускаясь к каудальному концу, удаляют весь патологический очаг. Операцию можно считать радикальной, если полностью удалены все ходы и разветвления, с боков раны видна совершенно здоровая подкожная клетчатка, а на дне раны остается фасция, покрывающая копчик. Затем производят гемостаз 3—4-минутной тугой тампонадой. После осторожного удаления тампона рана зашивается по способу погружных швов. В послеоперационный период больного укладывают на живот, а на область раны ставят на 2 ч. мешочек с песком. Со второго дня больному разрешают вставать и ходить; сидеть не разрешается в течение 10—12 дней.

Первую перевязку производят на второй день после операции и в большинстве случаев удаляют выпускники.

При спокойном послеоперационном течении на 5—6-й день удаляют погружные швы, а на 8—10-й — снимают кожные швы.

По нашим данным, из 297 больных эпителиальными ходами с рецидивом болезни было 51 (17,17%), из них 39 больных — по поводу первого рецидива, 6 — по поводу второго рецидива, трое — по поводу третьего, трое — по поводу четвертого рецидива.

Результаты повторных операций эпителиальных ходов копчиковой области показали, что при рецидивах в большинстве случаев свищевые ходы заканчиваются в пределах операционного рубца. Это обстоятельство вызывает предположение, что рецидивы болезни возникают в результате вторичного попадания волос в рану извне.

Такое предположение логично, ибо если во время первой операции действительно остается неиссеченная часть эпителиального хода, то при повторной операции остатки эпителиального хода обнаруживаются за пределами операционного рубца в нормальной подкожной клетчатке.

Следовательно, волосы проникают в рану извне только в послеопера-

ционный период, когда по тем или иным причинам рана остается открытой.

Это предположение подтверждается еще и тем обстоятельством, что во время перевязки эпителиального хода на повязке, а иногда и в ране можно обнаружить свободные волосы.

Итак, если волосы проникают в рану извне, то следует предположить, что наилучшие условия для этого создаются в тех случаях, когда в ране имеются щели, карманы, невидимые углы, где волосы могут остаться незамеченными. Это возможно, когда наглухо зашитая рана нагнаивается и открывается небольшой свищ или если после радикальной операции рану зашивают частично (дренируют, тампонируют). Наоборот, сравнительно реже волосы остаются незамеченными, когда рана с самого начала остается открытой. Иначе говоря, чем меньше поверхность и больше глубина раны, тем больше возможности для проникновения волос в рану, и наоборот.

Это подтверждается результатами лечения очень многих авторов.

А. Н. Рыжих и М. И. Битман [1] до 1949 г. на основании собственного опыта считали, что наложение первичных швов по срокам лечения мало отличается от простого иссечения копчикового хода без швов, иссечение *en bloc* с оставлением раны открытой является для большинства случаев операцией выбора. Аргументом в пользу этого мнения служат данные Палумбо, Ларимор и Катц [4] — при открытом методе лечения наблюдается 12,7% рецидивов, а при закрытом — 21,9%.

В пользу этого положения говорят также данные Лаурена и Бейкера [5] — при разных способах послеоперационного лечения процент рецидивов был разным — от 16 до 37%, а по данным Свинтона и Марки [6], — от 6,6 до 32%.

Аналогичные данные приводит и Клекнер [7]. Анализ его наблюдений свидетельствует, что наилучшими следует считать результаты открытого способа ведения раны. Рецидивы при этом способе наблюдаются редко. Так, из 4699 наблюдений в 4231 случае был использован открытый способ ведения с процентом рецидивов 1,13, в то время как при закрытом способе лечения 356 больных процент рецидивов был 33,29.

Надо полагать, что такое большое различие в данных авторов о рецидивах связано в основном со способом послеоперационного ведения раны (закрытое, открытое и т. д.), так как во всех случаях операция производится одинаково радикально, а разные результаты лечения и рецидивы зависят не от способа удаления, а от способа зашивания раны.

Следовательно, уже в начале 1950 г. большинство авторов наиболее радикальным считало открытое ведение раны, так как существующими способами глухого зашивания не обеспечивалось первичное натяжение раны, в результате оставалась остаточная полость, которая, как правило, инфицировалась и гноилась, сроки лечения были удлиненными, создавались условия для высокого процента рецидивов.

Материал и методика. Жизнедеятельность *E. coli* протекает в толстых кишках в отсутствие свободного кислорода воздуха, поэтому нам казалось небезынтересным проверить некоторые биологические свойства их в аэробных и анаэробных условиях роста. В подобном аспекте этот вопрос в доступной нам литературе не освещен.

Из Государственного контрольного института (Москва) были получены морфологически и биохимически типичные энтеропатогенные и апатогенные штаммы: *E. coli* Голубевой за № 145 (ИЭМ, Москва, 1958 г.); *E. coli* Новгородской № 408 (из Ин-та им. Пастера, Ленинград, 1956 г.); *E. coli* 055:B5 за № 155 (из Швеции, 1955 г.); *E. coli* ОШ:В4 за № 24 (из Венгрии, 1955 г.); *E. coli* 086:B7 за № E-990 (от Кауфмана, 1958 г.); *E. coli* 026:B6 за № 157 (из Швеции, 1956 г.); *E. coli* за № 86 (из Ин-та им. Листера, Лондон, 1944 г.); *E. coli* за № 846 (из Ин-та им. Листера, Лондон, 1944 г.); *E. coli* за № 675 (из Ин-та эксп. вет., Москва, 1944 г.); *E. coli* communiog за № 815 (из Ин-та эксп. вет., Москва, 1944 г.); *E. coli* communiog за № 7—8/9 (из Мед. ин-та, Пермь, 1942 г.); *E. coli* communiog за № 1715 (из Ин-та им. Листера, Лондон, 1946 г.).

Последние три культуры—*E. coli* communiog—отличались от *E. coli* сахарозоферментирующим свойством, поэтому, согласно новой номенклатуре [7], они будут названы *E. coli* сахарозорасщепляющим биоваром по терминологии инфраподвидовых названий.

В 1959 году были изучены биохимические свойства патогенных и апатогенных штаммов *E. coli* в аэробных (обычных) и анаэробных условиях роста. Оказалось, что ферментативная активность культур более интенсивно выражена в анаэробных условиях культивирования, чем при обычных условиях роста. В последующем была проверена и токсинообразовательная функция *E. coli*.

Опыты по токсинообразованию были поставлены с шестью энтеропатогенными штаммами *E. coli* на мартеновском бульоне при pH 7,3 и 7,6. Культуры инкубировались в термостате при 37° в течение суток, девяти и шестнадцати дней в условиях аэробного роста и одного, четырех, девяти и шестнадцати дней при анаэробном культивировании в микроанаэроате при 37° термостата. Бульонные культуры фильтровались через фильтр Зейтца на льду. Фальтраты культур проверялись на стерильность. Биологическая активность этих фальтратов была проверена внутрикожными пробами на 26 кроликах. Были использованы нативные—негретые и гретые фальтраты. Нагревание фальтратов проводилось в кипящей воде в течение одного часа. На каждом кролике ставилось по 12 проб: с левой стороны спины кролика внутрикожно вводилось шесть негретых фальтратов, а с правой стороны того же кролика—гретые фальтраты по 0,2 мл. Фальтраты хранились в запаянных ампулах при 4—6°.

Результаты и обсуждение. Полученные экспериментальные данные представлены в табл. 1, 2 и на рис. 1, 2, 3.

Как видно из табл. 1, в суточных фальтратах энтеропатогенных штаммов *E. coli* внутрикожными тестами термолабильные вещества не были обнаружены, а термостабильные вещества дали резко выраженную гиперемию. Но эти токсические компоненты находились в фальтрататах культур при культивировании в течение девяти и шестнадцати дней. В фальтрататах банальной *E. coli* термолабильные вещества обнаруживались кожными пробами в четырех случаях из шести при 16-дневном росте, а термостабильные вещества отсутствовали. Негретые девятидневные фальтраты дали более четкие результаты, чем гретые.

В табл. 2 представлены данные о биологической активности бульонных фальтратов энтеропатогенных и апатогенных штаммов *E. coli* при анаэробнозе.

Однодневные негретые и гретые фальтраты энтеропатогенных шести штаммов *E. coli* были введены внутрикожно кролику на другой день

Только соблюдение этих условий может гарантировать хороший результат.

ГИДУВ Министерства здравоохранения
Армянской ССР

Поступило 23/IV 1965 г

Ս. Զ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՊՈԶՈՒԿԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԻ ԷՊԻԹԵԼԻՅԱԼ ՈՒՂԻՆԵՐԻ ԵՎ ԲՇՏԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԻ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆՔ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Պոչուկային շրջանի էպիթելյալ ուղիների և բշտերի բուժման հիմքում ընկած է հիվանդության ժամանակին ախտորոշումը և բավականաչափ վիրաբուժական միջամտությունը:

Այդ հիվանդության բուժման գոյություն ունեցող մեթոդները երկարատև հետապերացիոն ժամանակամիջոցի և հաճախակի ռեցիդիվների պատճառով լրիվ չեն բավարարում ժամանակակից վիրաբուժության պահանջները:

Հեղինակը համեմատական գնահատական տալով 346 հիվանդների մոտ տարված տարբեր բուժական մեթոդներին նշում է կարերի ընկղման մեթոդի առավելությունը: Այս մեթոդի էությունը կայանում է վերքի եզրերի ներս ընկղմելու և ինքնատամպոնադայի մեջ:

Մատերիալի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ամենակարճ հիվանդանոցային և հետապերացիոն շրջանի ժամանակամիջոցը, թարախակալումները և ռեցիդիվները լինում են այդ մեթոդի կիրառման ժամանակ:

Կարտի ընկղման մեթոդը կրճատում է ստացիոնարում հիվանդների մընալու ժամանակամիջոցը, անաշխատունակության օրերը, ստեղծում փափուկ ելաստիկ և ֆունկցիոնալ հարմարավետ սպիններ: Էպիթելյալ ուղիների և բշտերի բուժման ժամանակ, ըստ հեղինակի, բացի հեռացման ձևից առաջնակարգ նշանակություն ունի վերքի կարելու ձևը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Рыжих А. Н. и Битман М. И. Хирургия, 1949, 11, стр. 54.
2. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956, стр. 190.
3. Раменский С. Б. Диссертация, М., 1961.
4. Palumbo S. T., Larimore O. M., Katz O. A. Pilonidal cysts and sinuses A. M. A. Arch. surg. 63:852, 1951.
5. Lawrence K. B., Baker W. J. The marsupialization operation for pilonidal sinus New Engl. J. M. 1951, 245: 134—139.
6. Swinton N. W., Markey K. K. Present status of the treatment of pilonidal sinus disease. Am. J. Surg. 1953, 86, 3, 562—571.
7. Kleckner M. S. Pilonidal sinus. Its surgical management. Trans. Amer. Proctol. soc. 1936, 37, 166—179.