

С. М. ГАЛСТЯН, Г. М. АНДРЕАСЯН, С. М. ГАЛСТЯН

К ОБОСНОВАНИЮ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КИСТ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЗАКРЫТЫМ МЕТОДОМ

Несмотря на более чем вековую давность описания эпителиальных кист крестцово-копчиковой области [6], и в настоящее время задача наиболее эффективного лечения больных, страдающих этой патологией, не может считаться решенной. Об этом свидетельствует все еще высокий процент рецидивов.

К настоящему времени все предложенные методы оперативных вмешательств при эпителиальных кистах крестцово-копчиковой области можно разделить на открытые (в том числе операция марсупиализации) и закрытые методы лечения. Каждый из этих методов имеет и сторонников и противников, однако остается неоспоримым, что оба метода все еще дают значительный процент рецидивов заболевания. Так, при марсупиализации наблюдается от 16 до 21% рецидивов [5, 20], при других открытых методах — от 17,5 до 40% [7, 18].

При закрытом методе лечения рецидивы наблюдаются от 8,9 до 37% [13, 14, 22, 23, 26]. В то же время следует отметить, что некоторые авторы, применяя тот или иной метод операции, достигли блестящих результатов. Так, Белис [8], оперировавший 315 больных методом марсупиализации, и Файстон [15], оперировавший 45 больных закрытым методом, не наблюдали рецидивов болезни.

Большинство авторов в настоящее время являются сторонниками открытого метода лечения. По данным Свинтона и Марки [25], 70% американских хирургов применяют открытый метод лечения. Между тем открытый метод лечения имеет такие недостатки, как большая длительность госпитализации, угнетение больного частыми и болезненными перевязками, и в то же время не гарантирует от рецидива. С этой точки зрения лучше закрытый метод лечения, так как заживление раны первичным натяжением резко сокращает пребывание больного в стационаре.

В настоящей работе мы решили поделиться опытом лечения больных с эпителиальными кистами крестцово-копчиковой области закрытым методом, который дал хорошие результаты благодаря некоторым особенностям подготовки и оперативного вмешательства.

Под нашим наблюдением за период с 1959 по 1965 гг. находилось 62 больных, из них мужчин 51 и женщин — 11 в возрасте от 18 до 40 лет. Подавляющее большинство больных имело выраженную растительность на теле. Как правило, больные поступали из поликлиник с диагнозами:

дермоидная киста, парапроктит, остеомиелит копчика, лишь один больной с диагнозом эпителиальной кисты крестцово-копчиковой области.

Из 62 больных только у пяти имелись неинфицированные кисты, остальные поступили в стадии острого гнойного воспаления или с эпителиальными кистами, осложненными свищами.

Радикальная операция закрытым методом была произведена 56 больным. Во всех случаях в удаленных кистах были обнаружены волосы. Пять больных после вскрытия абсцесса, с прекращением гнойных выделений из свищей, отказались от радикальной операции. Один больной был оперирован открытым методом и на 53-й день после операции был выписан в хорошем состоянии.

Залогом успешного лечения больных с эпителиальными кистами крестцово-копчиковой области закрытым методом является правильный выбор времени для оперативного вмешательства. В этом отношении решающее значение имеет степень инфицированности кисты и состояние окружающих ее тканей. При неинфицированной кисте больных можно оперировать после обычной подготовки, в то время как при кисте, осложненной свищами, необходима специальная предоперационная подготовка. Осторожность необходима особенно при операциях закрытым методом больных с острым воспалением. Лечение этих больных производилось вскрытием абсцесса и дренированием полости с мазью Вишневского. Всем этим больным обязательно назначались антибиотики и сульфаниламидные препараты. После уменьшения гнойного отделения и организации свищевых ходов больные подготовлялись к операции. Им ежедневно назначались марганцевокислые сидячие ванны, УВЧ или соллюкс, антибиотики, поливитамины до полного рассасывания инфильтрата и резкого уменьшения гнойного отделяемого из свищевых эпителиальных ходов. Лишь после проведения этих мероприятий назначался день операции. Сроки предоперационной подготовки колеблются обычно от 3—4 дней до 2—3 недель в зависимости от степени инфицированности кисты и воспалительной реакции окружающих тканей.

Операцию следует проводить в самых строгих асептических условиях, чаще всего под местным инфильтрационным обезболиванием при положении больного на животе, с слегка раздвинутыми бедрами и подложенным под лобок валиком.

Основным условием предотвращения рецидива болезни является полное иссечение кисты со всеми боковыми ходами. Для этого двумя полуовальными сходящимися разрезами, окаймляющими кисту и свищевые ходы, рассекается кожа с подкожной жировой клетчаткой вплоть до надкостницы крестца и копчика и единым блоком удаляется.

Для полной уверенности в удалении всей массы эпителиальных ходов часто для контроля пользуются метиленовой синью, которую вводят в свищи перед операцией [1—4, 19]. Опыт показал, что эта проба не всегда позволяет правильно выявить все эпителиальные ходы, так как метиленовая синь часто не заполняет все боковые ответвления их и поэтому нередко дезориентирует оператора. Для полной уверенности в

том, что иссечение произведено радикально, прежде чем приступить к закрытию раны, мы рекомендуем тщательно исследовать как удаленную массу, так и внутреннюю поверхность раны.

Следующим ответственным моментом операции является послойное ушивание образовавшейся полости, которая может быть различной величины. В настоящее время применяется несколько методов для закрытия раны после иссечения кисты. Так, лоскутные разрезы кожи применяли Берман [9], Браун [11]; закрытие с пересадкой кожи — Боджер и Питхам [10]; закрытие раны с использованием ягодичной фасции и мышц — Шют с соавторами [24], Поп [22], Хольман [17], Циглер с соавторами [20], Оливие и Лорд [21]; простое закрытие раны — А. Н. Рыжих [1], Б. Е. Стрельников [2], Джозеф с соавторами [16].

Нам во всех случаях удавалось зашивать рану наглухо без особых затруднений даже при иссечении обширных участков тканей, пользуясь следующей методикой. После иссечения кисты кожа с подкожной жировой клетчаткой со всех сторон отсепаровывается от ягодичной фасции — создается условие для плотного подведения краев раны друг к другу. При небольшой полости и у больных со слабо выраженной подкожной жировой клетчаткой накладываются обычные глубокие швы. С этой целью, отступая от краев раны на 2,5—3 см, через всю толщу кожи, подкожной клетчатки, а также через надкостницу проводится толстая нить капрона. Между швами должно быть расстояние не менее 2,5 см, что позволяет плотно подводить края раны друг к другу, ликвидируя при этом все «мертвое пространство». Вторым ряд швов накладывается непосредственно на кожу для подведения ее краев и предупреждения вворачивания краев кожи глубокими швами.

При большой полости у больных с выраженной подкожной жировой клетчаткой мы с успехом применяли и рекомендуем накладывать глубокие швы на равном расстоянии друг от друга, отступив на 3 см от края раны, и тонкие капроновые швы в глубине раны на жировую клетчатку, также проходящие через надкостницу. Затем такие же тонкие швы накладываются на среднюю часть раны, на жировую клетчатку и, наконец, на края кожи. Таким образом, полностью восстанавливаются анатомические соотношения тканей и ликвидируются все полости.

Для предупреждения образования гематом на протяжении всей операции следует производить тщательный гемостаз путем прикладывания к раневой поверхности марлевых салфеток с горячим физиологическим раствором, а после наложения кожных швов нужно оставлять в углах раны два резиновых выпускника, которые обычно удаляются через 1—2 дня. Глубокие швы снимаются на 4—5-й день, а кожные на 9—10-й день.

В послеоперационном периоде с целью профилактики больные вплоть до снятия глубоких швов получают антибиотики и сульфаниламидные препараты.

В этом периоде мы наблюдали у трех больных осложнения. В одном случае образовалась гематома, в двух других имело место нагноение раны. Образование гематомы произошло вследствие недостаточного

гемостаза и применения первого варианта наложения швов у больного с выраженной подкожной жировой клетчаткой. Данное осложнение имело место в начале наших наблюдений, а после внедрения второго варианта наложения швов для закрытия больших полостей оно быстро ликвидировалось. Нагноение ран, по нашему мнению, развилось вследствие недостаточной подготовки и неправильного послеоперационного ведения больных. Так, больные с еще имевшимися небольшими инфильтратами вокруг раны после вскрытия абсцесса были оперированы, а в послеоперационном периоде не получали антибиотиков.

Все это является подтверждением того, что не следует спешить с операцией закрытым методом у больных с выраженным воспалительным процессом.

В заключение необходимо отметить, что при тщательной подготовке больных, технически правильном выполнении операции и правильном послеоперационном ведении больных (антибиотики и сульфаниламидные препараты), пользуясь закрытым методом лечения, можно добиться хороших результатов. Наши наблюдения за оперированными больными в течение длительного периода (от 6 мес. до 5 лет) показали отсутствие рецидивов болезни.

Описанный метод операции характеризуется коротким сроком госпитализации больных с эпителиальными кистами крестцово-копчиковой области. В среднем наши больные провели в стационаре 18 койко-дней, в то время как при открытом методе лечения, а также после операции марсупиализации больные находятся на стационарном лечении несравненно более длительное время.

Учитывая положительные стороны закрытого метода лечения и его преимущество перед открытым, мы рекомендуем его для широкого применения.

Кафедра общей хирургии
Ереванского медицинского института

Поступило 9/VI 1965 г.

Ս. Մ. ԳԱԼՍՅԱՆ, Հ. Մ. ԱՆԴՐԵԱՍՅԱՆ, ՍՏ. Մ. ԳԱԼՍՅԱՆ

ՍՐԲԱՆ-ՊՈԶՈՒԿԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԻ ԷՊԻԹԵԼԻԱԼ ԿԻՍՏԱՆԵՐԻ ՓԱԿ ԵՂԱՆԱԿՈՎ
ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԻՄՆԱՎՈՐՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Զնայած այս հիվանդության նկարագրումից անցել է ավելի քան մեկ դար, այնուամենայնիվ նրանով տառապող հիվանդների բուժման եղանակի ընտրության հարցը մինչև այժմ էլ տարբեր մեկնաբանումների առարկա է հանդիսանում:

Գոյություն ունեցող փակ և բաց եղանակներից յուրաքանչյուրը ունի իրեն կողմնակիցները, չնայած անվիճելի է, որ նախընտրելի պետք է համարել հիվանդության կրկնումը բացառող և բուժման համար կարճ ժամանակ պահանջող եղանակը:

Ելնելով իրենց սեփական կլինիկական փորձից և վերլուծելով վերջին մի քանի տարիներում փակ եղանակով վիրահատված 62 հիվանդների բուժման հեռավոր արդյունքները, հեղինակները իրենց հոգվածում ցույց են տալիս նաեւ լավ արդյունքների նախապայմանները:

Հիշյալ հիվանդներից և ոչ մեկի մոտ հիվանդության կրկնում չի արձանագրված: Օպերացիոն վերքը թարախակալվել է միայն մեկ հիվանդի մոտ, իսկ բուժման համար պահանջվել է միջին հաշվով 18 մահճակալային օր:

Ըստ հեղինակների բուժման լավ արդյունքները պայմանավորված են հիվանդների նախաօպերացիոն հատուկ պատրաստման (վիրահատման ժամանակի ընտրության) և կիստան առողջ հյուսվածքների սահմաններում հեռացնելուց հետո հյուսվածքները երկշերտ ընկղմող կարելով, որոնք բացառում են վերքի խորքում «խուլ գրպանիկներ» մնալու և ինֆեկցիայի զարգացման հնարավորությունները:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956.
2. Стрельников Б. Е. Хирургия, 1957, 1, стр. 95.
3. Стрельников Б. Е. Эпителиальные кисты крестцово-копчиковой области. М., 1962.
4. Стручинский Б. Г. Вестник хирургии, 1949, 1, стр. 45.
5. Abramson D. J., Cox P. A. Ann. Surg., 1954, 139, 3, 341.
6. Anderson A. W., Boston M. O. S. G., 1847, 36, 74.
7. Beique L. et Dupont C. Un. méd. Can., 1954, 83, 11, 1259.
8. Bellis C. J. Int Coll. Surg., 1950, 13, 3, 334.
9. Berman J. K. Am. J. Surg., 1945, 70, 3, 360.
10. Boger E. V., Pinkham E. W. U. S. Armed. Forces med. G., 1951, 2, 11, 1733.
11. Brown J. S. Milit. Surg., 1945, 96, 6, 504.
12. Buie L. A., Curtiss R. K. Surg., Clin., N. Amer., 1952, 32, 4, 1247.
13. Carver G. M. Arch. Surg., 1955, 70, 4, 555.
14. Dwight R. W. Arch. Surg. 1952, 64, 4, 438.
15. Finestone E. O. N. J. St. G. Med., 1952, 52, 1291.
16. Joseph E., Hamilton M. D., Giles Stephens M. D., Clarence E., Clausus M. D. Surgery, oktober, 1963.
17. Holman E. Surg. Gynec. Obstet., 1946, 83, 1, 94.
18. Kleinman A., U. S. Armed. Forces Med. J., 1952, 3, 4, 575.
19. Kooistra H. P. Am. J. Surg., 1942, 55, 3.
20. Lawrence K. B., Baker W. J. New Engl. G. Med., 1951, 245, 134.
21. Olivier C. et Lord G. Presse med., 1951, 59, 20, 390.
22. Pope Ch. E. Arch. Surg., 1946, 52, 6, 701.
23. Pope Ch. E., Hudson H. W. Arch. Surg., 1946, 52, 6, 690.
24. Shute F. C. Jr., Smith T. E., Levine M., Burch J. C. Ann. Surg., 1943, 118, 706.
25. Swinton N. W., Markie R. K. Am. G. Surg., 1953, 86, 5, 562.
26. Ziegler H. R. Murphy D. R., Meek E. M. Surgery, 1946, 20, 690.