

А. К. ЭНФЕНДЖЯН, Л. К. БАГДАСАРЯН, Б. Г. САРКИСЯН,
М. Ю. КАРАПЕТЯН, Л. У. НАЗАРОВ

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ОСТРЫХ ФОРМАХ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Приведены данные микробиологических исследований гнойных ран при эпителиальном копчиковом ходе, а также данные термометрии и активного сопротивления в динамике. На основании клинических, микробиологических и физических сопоставлений определены минимальные сроки лечения ран для выполнения второго этапа операции.

Актуальным вопросом современной проктологии и хирургии является разработка мероприятий по дальнейшему снижению послеоперационных гнойных осложнений и рецидивов заболевания при эпителиальном копчиковом ходе. По данным литературы, больные с острой формой эпителиального копчикового хода составляют 22,8—34,5% [6, 7], послеоперационные осложнения—8,8—50,0% [1], а рецидив заболевания имеет место в 0,8—9,6% случаев [4, 5]. До настоящего времени нет единого мнения в вопросе установления сроков лечения гнойных ран после вскрытия гнойника. По данным ряда авторов [4, 8], они колеблются от 4—10 дней до 2—3 недель, а иногда и нескольких месяцев.

Определение минимальных сроков лечения гнойной раны после вскрытия гнойника, при которых целесообразно проведение радикальной операции, является предметом настоящего исследования.

Учитывая, что лечение и исход раневого процесса зависит от ряда факторов, в том числе от бактериальной обсемененности раны, количественного и качественного состава микрофлоры, важное значение приобретает изучение клинико-микробиологических параллелей, а также некоторых физических показателей при этой нозологии.

Анализ клинических наблюдений, проведенных нами с 1982 по 1985 г., показал, что среди 161 больного (контрольная группа), оперированных по поводу острой формы эпителиального копчикового хода, нагноения ран составили 13,4%, причем все операции выполнялись в два этапа: вначале вскрывали гнойник в крестцово-копчиковой зоне, а затем, через 7—8 дней, выполняли радикальное вмешательство.

С 1986 года в клинике применяется дифференцированный подход при лечении острых форм эпителиального копчикового хода. Оперировано 112 больных, из них мужчин—86, женщин—26. Заболевание чаще всего встречалось в возрастной группе 20—30 лет. Применялась радикальная операция—иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краев раны ко дну. У 191 больного (I группа) с небольшими по размеру гнойниками произведены одномоментные радикальные операции.

При больших размерах гнойника (диаметром свыше 5 см) с выраженной гиперемией и перифокальным процессом у 112 больных (II группа) вмешательство выполняли в два этапа. На первом этапе производили широкое вскрытие и дренирование гнойника с последую-

шим облучением раны сфокусированным пучком гелий-неонового лазера с плотностью мощности 30—40 мВт/см² установкой ЛГ-75 в течение 20 минут. У большинства больных на 3—4-е сутки значительно уменьшалась воспалительная инфильтрация, границы ее становились отчетливыми, исчезала гиперемия кожи и рана очищалась от некротических тканей. Вторым этапом осуществляли радикальную операцию.

Для объективизации клинических данных производилась локальная термометрия и регистрация величины электрического сопротивления тканей в зоне гнойника, а в последующем указанные измерения определялись в динамике. Термометрию кожи производили ежедневно электротермометром ТПЭМ-1, при этом учитывали градиент температуры. Анализ полученных данных показал, что градиент температуры у 96% больных снижается на 3—4-е сутки с 2,5—3,0 до 0,5—1,0° и в основном сохраняется и в последующие дни (рис. 1).

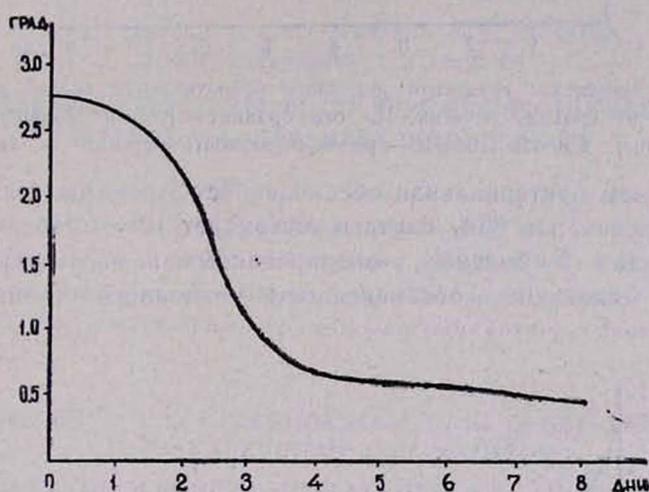


Рис. 1. Изменение градиента температуры в зависимости от сроков лечения. На оси ординат—градиент температуры (в градусах), на оси абсцисс—продолжительность лечения (в днях).

Величину активного (омического) сопротивления тканей в зоне гнойника и окружающих здоровых участков определяли с помощью мегаомметра, работающего на переменном токе. Точность измерения $\pm 0,2\%$ от данной величины сопротивления. Методика исследования соответствовала ранее описанной [2]. Уменьшение градиента активного сопротивления с 3—5 до 1—2 ком наступало на 3—4-е сутки в среднем у 84% больных (рис. 2).

С целью определения оптимальных сроков выполнения второго этапа, то есть радикальной операции, у больных II группы на основании микробиологических исследований в момент вскрытия гнойника и во время радикальной операции производился количественный анализ раневой микрофлоры по методу Ю. М. Фельдмана и соавт. [9]. Первичная обсемененность раны составила 10^5 — 10^8 бактериальных клеток/г ткани. Во время радикальной операции выявлено снижение

количественных показателей бактериальной обсемененности на 3—4 порядка по сравнению с первым этапом лечения. При ретроспективном анализе и сопоставлении полученных данных в зависимости от сроков выполнения радикальной операции было выявлено, что в

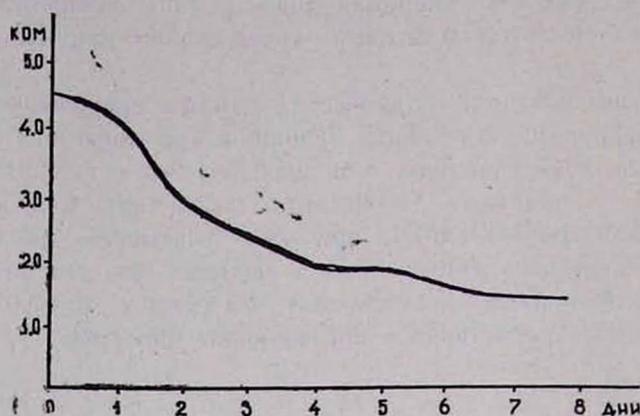


Рис. 2. Изменение градиента активного сопротивления тканей в зависимости от сроков лечения. На оси ординат—градиент сопротивления (в ком), на оси абсцисс—продолжительность лечения (в днях).

3—4-ым суткам бактериальная обсемененность уменьшается ниже критического уровня и в 86% случаев составляет 10^2 — 10^4 бактериальных клеток/г ткани. У больных, оперированных в последующие сутки, дальнейшее снижение обсемененности оказалось незначительным (рис. 3).

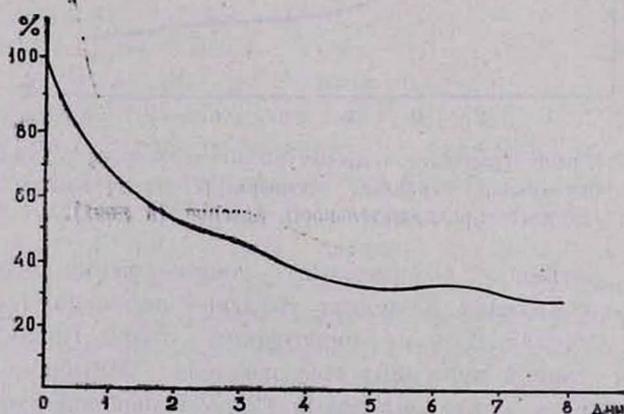


Рис. 3. Изменение количественной обсемененности ткани в зависимости от сроков лечения. На оси ординат—обсемененность ткани, принятая в день поступления за 100%, на оси абсцисс—продолжительность лечения (в днях).

Качественный анализ микрофлоры ран, проведенный 112 больным в острой стадии эпителиального копчикового хода, показал, что в 45% случаев высеивались стафилококки, в 20%—кишечная палочка, в 8%—стрептококки, в 7%—клебсиелла и в 7%—протей. В единичных случаях высеивались энтеробактер, грибки рода Кандида, псевдо-

монады гемофилус, нейссерия. Таким образом, в подавляющем большинстве случаев обнаруживались стафилококки и кишечная палочка, причем чаще всего в ассоциации друг с другом, что соответствует данным литературы [3, 8].

При сравнении контрольной и больных второй группы выявлено, что послеоперационные осложнения снизились с 13 до 8,1%, а продолжительность стационарного лечения сократилась с 18,9 до 14,1 дня.

Обобщение результатов анализа хирургического лечения острой формы эпителиального копчикового хода с использованием лазерной терапии и учетом данных клинических, микробиологических и некоторых физических исследований позволило определить наиболее оптимальные сроки (3—4 дня) для выполнения второго этапа операции.

НИИ проктологии МЗ АрмССР

Поступила 1/VII 1988 г.

Ա. Կ. ԷՆՖԵՆՅԱՆ, Լ. Կ. ԲԱԳԴԱՍԱՐՅԱՆ, Բ. Գ. ՍԱՐԳՍՅԱՆ,
Մ. ՅՈՒ. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ, Լ. Հ. ՆԱԶԱՐՈՎ

**ՊՈԶՈՒԿԻ ԷՊԻԹԵԼԻԱՅԻՆ ՈՒՂՈՒ ՍՈՒՐ ՁԵՎԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ
ԿԼԻՆԻԿԱ-ԿԵՆՍԱՐԱՆԱԿԱՆ ԶՈՒԳԱՀԵՌԵՐԸ**

Բերված են պոչուկի էպիթելային ուղու ժամանակ թարախային վերքերի մանրէաբանական հետազոտությունների, ջերմաչափման և ակտիվ դիմադրության տվյալները դինամիկայում: Ելնելով կլինիկական, մանրէաբանական և ֆիզիկական հետազոտությունների արդյունքներից, որոշվում են վերքերի բուժման մինիմալ ժամկետները վիրահատության երկրորդ էտապի կատարման համար:

A. K. ENFENJYAN, L. K. BAGHDASSARIAN, B. G. SARKISSIAN,
M. Yu. KARAPETIAN, L. H. NAZAROV

**CLINICAL-MICROBIOLOGICAL PARALLELS AT ACUTE EPITHELIAL
COCCYGEAL PASSAGE**

The data on the microbiological studies of the purulent wound at epithelial coccygeal passage and data of thermometry and active resistance in the dynamics are given. On the basis of the clinical, microbiological and physical collations the minimal terms of the wounds' treatment are determined for the conduction of the second stage of the operation.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллабергенов А. Дис. канд. М., 1986.
2. Бялик И. В., Қалашиник А. Ф. Сов. мед., 1979, 10, с. 58.
3. Гапонов В. В. Клин. хир., 1979, I, с. 52.
4. Джангиров Э. А. Автореф. дис. канд. Ереван, 1979.
5. Косумян В. Х. Вестн. хир., 1986, 1, с. 68.
6. Мельникова Т. Н. Дис. канд. Рига, 1986.
7. Оганесян С. З. Эпителиальные ходы и кисты копчиковой области. Ереван, 1970.
8. Ромашов Ф. Н., Герасимов А. А., Волков В. Б., Фейцин Е. В., Батт Н., Скапка-чайшвили Л. А. Клин. хир., 1984, 6, с. 59.
9. Фельдман Ю. М., Михалев Л. Г., Жопиро А. В., Кузьменко В. Д. Лаб. дело, 1984, 10, с. 616.