

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю. М. Лубенского

Зав. Кафедрой:
д.м.н., доцент Здзитовецкий Д.Э.

Реферат

«Методы лечения и диагностика эпителиального копчикового хода.»

Выполнил:
ординатор Удера А. Р.

Красноярск 2022 год

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА. ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Эпителиальный копчиковый ход – представляет собой узкий канал, выстланный эпителием, содержащий волосяные луковицы, сальные железы, и открывающийся на коже межъягодичной складки одним или несколькими точечными (первичными) отверстиями .

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКХ

Разнобой в результатах лечения и применяемых методов во многом объясняется отсутствием общепринятой классификации. При одном и том же процессе, называемом по-разному, выполняются различные оперативные вмешательства. Это вносит путаницу в оценку результатов лечения и определение наиболее адекватного оперативного пособия на разных этапах одного и того же заболевания. Кроме того, это влечет за собой не всегда обоснованные действия хирурга при тех или иных проявлениях данной болезни.

Классификация ЭКХ должна отражать развитие заболевания, своеобразие его клинических форм, что позволит четко сформулировать клинический диагноз и избрать наиболее оптимальный способ лечения [4, 8, 43]. Наиболее полной на сегодняшний день, является классификация, предложенная ГНЦ колопроктологии в 1988 году:

1. Неосложнённый ЭКХ (без клинических проявлений).
2. Острое воспаление ЭКХ:
 - инфильтративная стадия;
 - абсцедирование.
3. Хроническое воспаление ЭКХ:
 - инфильтративная стадия;
 - рецидивирующий абсцесс;
 - гнойный свищ.
4. Ремиссия воспаления ЭКХ.

ДИАГНОСТИКА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.

Диагностика эпителиального копчикового хода основана на жалобах больного, степени их выраженности, длительности болезни, анализе результатов клинического и объективного обследования пациента. В подавляющем большинстве случаев для достоверной постановки диагноза достаточно лишь анамнестических данных и осмотра пациента.

Сбор анамнеза.

Выявляются этиологические факторы возникновения заболевания, длительность и характер жалоб, травмы крестцово-копчиковой области в анамнезе, а также наличие нарушения функций тазовых органов (для дифференциальной диагностики с менингоцеле).

Осмотр больного.

Проводят в положении больного лежа на животе или в коленно-локтевом положении. При этом оценивают наличие, количество и расположение первичных и вторичных отверстий ЭКХ, состояние кожных покровов перианальной, крестцово-копчиковой области и ягодиц. При осмотре промежности и заднего прохода выявляют сопутствующие заболевания в этой области - анальная трещина, геморрой, свищи или выпадение прямой кишки. При пальпации определяют наличие рубцового и воспалительного процесса крестцово-копчиковой области.

Пальцевое исследование прямой кишки.

Проводят всем пациентам не зависимо от наличия верифицированного диагноза ЭКХ. При этом оценивают область Морганиевых крипт, а так же состояние крестцовых и копчиковых позвонков.

Ректороманоскопия.

Осматривают слизистую оболочку прямой и дистального отдела сигмовидной кишки.

Оценивают характер сосудистого рисунка, наличие воспалительных изменений в дистальном отделе толстой кишки.

Фистулография.

Применяют только в сложных случаях для проведения дифференциальной диагностики.

Ультразвуковое исследование крестцово-копчиковой области.

УЗ-исследование крестцово-копчиковой области позволяет оценить локализацию, размеры, структуру патологического очага, наличие дополнительных ходов, степень вовлечения в воспалительный процесс окружающих тканей, подкожной жировой клетчатки, глубину расположения патологического очага от кожных покровов. Методика. Исследование выполняется на ультразвуковых диагностических приборах с использованием линейного датчика частотой 10 МГц. Датчиком проводят линейное УЗ-сканирование путем проведения продольных сечений крестцово-копчиковой области.

ЛЕЧЕНИЕ.

Лечебные мероприятия при ЭКХ зависят от стадии процесса.

Радикальное лечение ЭКХ – только хирургическое.

Острое воспаление требует незамедлительной операции.

Хроническое воспаление ЭКХ целесообразно оперировать в плановом порядке.

Цель – радикальное удаление ЭКХ.

Показания к госпитализации – острое воспаление ЭКХ или госпитализация на плановое оперативное лечение любой стадии процесса.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение используется в основном при хроническом процессе ЭКХ или как подготовка к хирургическому вмешательству.

Терапия состоит из:

Гигиены (частое педантичное мытье и высушивание межъягодичной области);

Бритья (1 раз в неделю, захватывая межъягодичную складку шириной 2 см — от поясничной области до анального канала;

Озонотерапии (гипербарическая оксигенация — насыщение тканей под давлением кислородом, что способствует регенерации пораженных участков);

Криотерапия или диатермия (уничтожение эпителия, выстилающего свищевой ход, при помощи низких или высоких температур).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.

Вид оперативного вмешательства при ЭКХ зависит от клинической классификации, стадии и распространенности процесса. Тактика хирургического лечения направлена на ликвидацию основного источника воспаления, а именно эпителиального канала со всеми первичными отверстиями, а так же воспалительно измененных окружающих тканей и вторичных свищей. При всех способах лечения пациента укладывают в положение на живот со слегка разведенными ногами, что обеспечивает адекватный доступ к межъягодичной складке. В настоящее время применяются следующие операции: иссечение ЭКХ без ушивания раны, иссечение ЭКХ с ушиванием раны наглухо различными методами, операция марсупиализации, пластические операции с выкраиванием кожных лоскутов и подкожное иссечение ЭКХ (синусэктомия).

ТРЕБОВАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА.

Идеальная хирургическая техника должна:

- обеспечить полное излечение ЭКХ с минимальным риском рецидивов;
- быть простой;
- требовать небольших сроков госпитализации;
- давать наименьший риск осложнений;
- гарантировать быстрое восстановление пациента (УД 1b, СР А [8, 27, 39, 48]).

1.1. ИССЕЧЕНИЕ ЭКХ С УШИВАНИЕМ РАНЫ НАГЛУХО.

Показания:

Выполняется пациентам с неосложненным ЭКХ (УД 1b, СР А [7, 50, 68]).

Методика:

Пациента укладывают в положение на живот со слегка разведенными ногами, что обеспечивает адекватный доступ к межъягодичной складке. В первичные отверстия вводят краситель (метиленовый синий) для обнаружения всех ответвлений и затеков. Далее при помощи скальпеля или электроножа двумя окаймляющими разрезами ходы иссекаются единым блоком с кожей межъягодичной складки со всеми открывающимися там отверстиями, подкожной клетчаткой, содержащей ходы, до крестцово-копчиковой фасции.

Существуют различные способы ушивания полученной при этом раны наглухо:

- отдельными швами;
- по Донати;
- параллельными п-образными швами.

Противопоказания:

ранее оперированные пациенты с рубцовой деформацией межъягодичной области, инфильтраты в межъягодичной области. Хорошие результаты лечения после операции отмечаются в 58-88% случаев. Послеоперационные осложнения по различным данным достигают 9-31%.

ИССЕЧЕНИЕ ЭКХ С ПОДШИВАНИЕМ КРАЕВ РАНЫ КО ДНУ - МАРСУПИАЛИЗАЦИЯ.

Показания:

Выполняется в стадии инфильтрата при остром воспалении ЭКХ.

Методика:

При помощи скальпеля или электроножа двумя окаймляющими разрезами ходы иссекаются единым блоком с кожей межъягодичной складки со всеми открывающимися там отверстиями, подкожной клетчаткой, содержащей ходы, до фасции копчика. Далее иссекают заднюю стенку хода и частично - верхние участки боковых стенок, после чего кожные края разреза подшивают к поверхности крестца и копчика в «шахматном» порядке. Швы снимают на 10-12 сутки. Хорошие отдаленные результаты сохраняются у 93,1% пациентов (УД 1b, СР А [20, 55]).

ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКХ, ОТКРЫТЫЕ ОПЕРАЦИИ.

Показания:

выполняется в стадии абсцесса при остром воспалении ЭКХ.

Методика:

Первым этапом полость абсцесса пунктируют в точке наибольшей флюктуации и шприцем откачивают жидкое содержимое. Затем, продольным разрезом вскрывают полость абсцесса. Вторым этапом, после стихания острого воспаления (обычно 5-7 дней), в пределах неизменных тканей осуществляется экономное иссечение копчикового хода и его разветвлений, а также окружающей клетчатки, рана при этих операциях ведется открытым

способом.

ИССЕЧЕНИЕ ЭКХ С ПЛАСТИКОЙ РАНЫ ПЕРЕМЕЩЕННЫМИ ЛОСКУТАМИ (по Лимбергу, Каридакису с L, Z, Y, W - пластикой).

Показания:

рецидивный ЭКХ или запущенные формы с множественными свищевыми затеками на правую и левую ягодичные области.

Методика:

иссекают ЭКХ со всеми его разветвлениями, наружными свищевыми отверстиями и окружающей их кожей, тканями, прилежащими к свищевым ходам, инфильтратами и полостями единым блоком до крестцовой фасции. Планирование и выкраивание кожно-жировых лоскутов производят дополнительными разрезами кожи и подкожной клетчатки на всю ее толщину под углом к удовлетворительным результатам отмечают у 79-87,1% пациентов. Краям основного раневого дефекта, близким к 60°. Известно, что этот угол обеспечивает адекватное кровоснабжение лоскутов при хорошей степени их подвижности. Одну из сторон выкраиваемого треугольного лоскута образует край дефекта, возникшего после удаления копчикового хода, другую сторону составляет край дополнительного разреза. Мобилизацию лоскутов производят отслаиванием их от подлежащих тканей над крестцовой и ягодичной фасцией. Толщина их при этом должна быть максимальной, содержать всю подкожную жировую клетчатку. Закрытие раневого дефекта начинают с каудально расположенного угла раны. Лоскут перемещают на раневой дефект, фиксируют за нижний край жировой клетчатки к крестцовой фасции отдельными швами, после чего одну сторону его сшивают с каудальным краем раны. Перемещение, фиксацию и сшивание последующих лоскутов проводят аналогично.

Хорошие и удовлетворительные результаты отмечают у 84,2% пациентов.

ПОДКОЖНОЕ ИССЕЧЕНИЕ ЭКХ (СИНУСЭКТОМИЯ).

Показания:

неосложненный ЭКХ, хроническое воспаление ЭКХ в стадии гнойного свища, ремиссия воспаления ЭКХ.

Противопоказания: абсолютными противопоказаниями для этой процедуры являются: наличие разветвлений, гнойных затеков и полостей, большая удаленность первичных и вторичных отверстий друг от друга.

Методика: ЭКХ иссекают под кожей от первичного отверстия к вторичным. ЭКХ через первичное или через вторичное свищевое отверстие прокрашивают метиленовой синью. Далее через отверстия ЭКХ проводят пуговчатый зонд и при помощи электрокоагуляции иссекают ход на зонде. Образованные при этом раны не ушиваются. В отдаленные сроки наблюдения положительный результат наблюдается в 93% случаев.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ.

В послеоперационном периоде как после радикального, так и после первого этапа многоэтапного лечения пациентам проводят:

1. Ежедневные перевязки послеоперационной раны с использованием перекиси водорода, антисептиков на йодной (Бетадин, Йодопирон, Йод-повидон и др.) или спиртовой (Хлоргексидин, Диоксидин) основе.
2. Местное применение мазей ускоряющих репарацию тканей (Метилурацил) и обладающих антимикробным и противовоспалительным эффектами (Левомеколь, Левосин, Фузимет).
3. Комплексное физиотерапевтическое лечение - ежедневные десятиминутные сеансы УФоблучения, использование воздействия УВЧ в диапазоне 40-70 Вт и микроволновая терапия в пределах 20-60 Вт.

Объем физических воздействий выбирают на основании целого ряда факторов, отражающих общее состояние пациента, но определяющими из них являются распространенность и выраженность воспалительных проявлений.

ПРОГНОЗ.

При радикальном лечении ЭКХ прогноз в любой стадии процесса благоприятный. Наступает полное выздоровление.

ПРОФИЛАКТИКА.

Специфической профилактики воспаления ЭКХ не существует. Профилактика острого воспаления заключается в основном в общеукрепляющих организм мероприятиях, направленных на устранение этиологических факторов возникновения заболевания:

- 1) Соблюдение правил личной гигиены, в основном межъягодичной складки;
- 2) Поддержка и укрепление местного и гуморального иммунитета;
- 3) Лечение и санация очагов острой и хронической инфекции;
- 4) Коррекция хронических заболеваний – сахарного диабета, атеросклероза;
- 5) Коррекция функциональных нарушений (запоров, поносов);
- 6) Своевременное лечение сопутствующих проктологических заболеваний (геморроя, трещин заднего прохода, криптита и т. д.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. М. : Медицинское информационное агентство, 2006.

2. Кайзер Андреас М. Колоректальная хирургия. М. : Издательство БИНОМ, 2011.
3. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М. : Медицина, 1984.
4. Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. М. : Литтерра, 2012.
5. Клинические рекомендации российского общества хирургов