

# ПРЕОПЕРАЦИОННОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДАХ

Гаин М. Ю., Шахрай С. В., Гаин Ю. М.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
УЗ «11-я городская клиническая больница»  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Эпителиальные копчиковые ходы (ЭКХ, пилонидальная киста) – весьма распространённое заболевание, гистологическим субстратом для развития которого является псевдокистозное образование в подкожной жировой клетчатке, иногда содержащее волосяные луковицы. Воспаление кисты часто приводит к рецидивирующим абсцессам. Невоспалённая киста обычно не имеет толстой стенки или особой специфической выстилки, не имеет собственного кровоснабжения, а состоит из тонкого эпидермального эпителия. На коже крестцовой области и межъягодичной складки часто открываются множественные первичные свищевые отверстия (питсы), посредством которых наружу секретируются содержимое кисты, продукты потовых и сальных желёз. Даже при том, что клиническая диагностика ЭКХ не представляет особых трудностей, неоднозначность хирургической тактики, противоречия в показаниях к хирургическим вмешательствам, порой неудовлетворительные результаты самих операций с высоким уровнем послеоперационных рецидивов и осложнений, трудности с заживлением послеоперационных ран – всё это заставляет хирурга тщательно подходить к выбору метода лечения, исходя из анатомических особенностей у каждого конкретного пациента, использовать преоперационное ультразвуковое исследование кисты и всей крестцово-копчиковой области. К примеру, достоверные данные о толщине подкожной жировой клетчатки, форме межъягодичной складки, по некоторым литературным данным, позволяют прогнозировать риск нагноения послеоперационной раны и формирования несостоятельности швов, а размеры кисты, толщина её стенок

дают ценную информацию хирургу, которая учитывается при выборе вида операции. Соответствующие знания с точным определением анатомических особенностей могут упростить вмешательство, уменьшив риск рецидива или осложнений, а в некоторых случаях и вовсе избежать операции.

**Цель:** изучить результаты ультразвукового исследования области пилонидальной кисты и крестцово-копчиковой области.

**Материал и методы.** Ультразвуковое исследование выполнялось с января 2017 по июль 2018 гг. 62 пациентам, имевшим эпизоды абсцедирующей пилонидальной кисты, всем пациентам ранее было рекомендовано плановое оперативное лечение. Сроки давности абсцедирования – от 2 недель до 2 месяцев. Средний возраст – 24 (19-37) года (Me [25-75%]). Были использованы аппараты для ультразвуковой диагностики: «LOGIC C5» (Medical Systems, Китай), а также портативный переносной УЗИ-аппарат «Sonon 300с» (Healcerion, Южная Корея), который обладает 128 канальным конвексным датчиком с широким углом обзора (характеристики датчика: частота- 3,5 МГц, глубина: до 20 см. Угол обзора: 58,2°). Сканирование кисты осуществлялось на всём протяжении, измерялись её размеры, толщина кожно-подкожного слоя в зоне кисты и глубина её расположения, наличие или отсутствие воспаления, свищей, толщина стенки кисты или парафистулярного инфильтрата.

**Результаты и обсуждение.** Эпидермальных кист, крестцово-копчиковых новообразований, ректальных свищевых ходов при эхоскопии крестцово-копчиковой области у всех 62 пациентов не выявлено. 38 пациентов (61,29%) на момент осмотра имели признаки хронического воспаления ЭКХ (инфильтрацию, отёк, подкожные свищи), остальные 24 пациента (38,71%) жалоб не предъявляли и при визуальном осмотре признаков хронического воспаления ЭКХ не имели. В 60 (96,77%) случаях исследование выявило псевдокистозное образование в крестцово-копчиковой области по срединной линии. У 2 пациентов (3,23%) киста эхоскопически не визуализировалась от кожи до крестца и копчика, а определялся лишь линейный рубец на коже и подлежащей клетчатке после вскрытия абсцесса. Поперечные размеры кисты в среднем

составили 62 (47-96) (Me [25-75%]) мм. Причём у абсолютного большинства пациентов (57 из 60 - 95%) наибольший диаметр кисты на поперечном скане был до 1 см. Средняя толщина кожно-подкожного слоя, измеряемая от кожи до крестца, составила 48 (29-85) (Me [25-75%]) мм. У 24 (38,71%) пациентов данный показатель был более 5 см., у остальных 38 (61,29%) пациентов - менее 5 см, что свидетельствует о большой доле тучных пациентов с высоким потенциальным риском несостоятельности швов послеоперационной раны после иссечения кисты. Средняя длина кисты - 115 (52-198) (Me [25-75%]) мм. У 18 (29,03%) пациентов имелся единичный свищ без значительного отклонения от срединной линии крестца, в 4 случаях (6,45%) - множественные свищи или единичный разветвленный свищ, который отклонялся от срединной линии крестца. При этом в 90,91% случаев имелись скрытые свищевые ходы, которые не определялись при осмотре и пальпации, а были выявлены лишь при эхоскопии. Воспалительные изменения определялись по толщине стенки кисты и толщине зоны парафистулярной инфильтрации. Утолщение стенки кисты (более 1 мм) наблюдалось лишь у 12 (13,33%) пациентов, а утолщение зоны парафистулярной инфильтрации более 5 мм – у 10 из 22 (45,45%) пациентов с заболеванием в стадии гнойного свища, что может свидетельствовать о потенциальной перспективности использования более чем в половине случаев малоинвазивных методов воздействия на кисту и свищ (термическая, химическая деструкция, кюретаж и др.)

**Выводы.** Мы рассматриваем высокочастотную диагностическую эхографию при ЭКХ в качестве безопасного и эффективного способа выявления анатомических особенностей кисты. Полученные данные могут оказаться полезными для хирургов при определении показаний к операции и выборе метода лечения.