

2. Биличенко, В.Б. Хронические нарушения дуоденальной проходимости при постгастрорезекционных синдромах / В.Б. Биличенко [и др.] // Материалы Всероссийской научно-практической конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки», Саратов, 25-26 сентября 2003 г., / Саратовский медуниверситет, научн. ред. В.Д.Федоров. – Саратов, 2003. – С. 235.

3. Еременко, П.В. Выбор способа резекции желудка у больных язвенной болезнью / П.В. Еременко // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки», Саратов, 25-26 сентября 2003 г., / Саратовский медуниверситет, научн. ред. В.Д.Федоров. – Саратов, 2003. – С. 179.

4. Саенко В.Ф. Синдром Ру и его клиническое значение / В.Ф. Саенко, А.Е. Ващенко, Л.Ю. Маркулан // Клиническая хирургия. – 1989. – №4. – С. 72-76.

5. Халимов, Э.В. Особенности выполнения первичной резекции желудка по Ру / Э.В. Халимов, Б.Б. Капустин, С.Э.Большаков // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки», Саратов, 25-26 сентября 2003 г., / Саратовский медуниверситет, научн. ред. В.Д.Федоров. – Саратов, 2003. – С. 224.

НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ

**Маслакова Н.Д., Василевский В.П., Новицкий А.А., Жотковская Т.С.,
Флеров А.О., Макарьчик В.В., Новицкая Ю.А., Табола П.И.**

Гродненский государственный медицинский университет

1134 Военный клинический медицинский центр ВС РБ

г. Гродно, Республика Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Цель настоящего исследования – оценка результатов хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов собственной модификации, в отличие от существующих методик.

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) – заболевание, которым страдают 5–7% взрослого населения. Актуальность проблемы обусловлена не вполне удовлетворительными результатами хирургического лечения больных с копчиковыми ходами, что связано относительно большим числом послеоперационных осложнений. В связи с большой площадью разветвления ходов рецидивы после иссечения ЭКХ возникают в 7–10,1% наблюдений. Причиной возникновения заболева-

ния служат нарушения развития эмбриона [4]. Существует теория о неравномерном развитии клетчатки у копчика, когда кожа, фиксированная к крестцу, погружается в глубь, образуя ямки и ходы. Боли, постоянные патологические выделения из свищей и частые рецидивы абсцессов у этих больных – лиц преимущественно молодого, работоспособного возраста – приводят к частой, иногда длительной потере трудоспособности и требуют тщательной постоянной санации кожи и подкожной клетчатки крестцово-копчиковой зоны [1, 3].

Недостатком известных способов являются: возникновение хронических болей при втяжении крестцово-копчиковой фасции в рубец, возможность образования полости с последующим ее инфицированием при обширных иссечениях ткани, значительное натяжение сопоставляемых краев раны. В связи с этим нами предложен метод двухуровневой нефиксированной пластики при иссечении ЭКХ [5, 6].

На базе Военного Медицинского Центра г. Гродно было проведено исследование по результатам лечения больных с ЭКХ в стадии острого воспаления с применением собственной методики. С 2000 года по 2010 год было пролечено 120 больных с острым воспалением ЭКХ, из них 118 мужчин, 2 женщины. Возраст – 19–25 лет. Койко-день составил 14–17 дней.

Первым этапом производятся вскрытие гнойника, санация, ежедневные перевязки в течение 7–8 суток, после очищения раны выполняется радикальная операция. Способ осуществляем следующим образом. Под эпидуральной анестезией в положении больного на животе выполняем прокрашивание копчиковых ходов раствором бриллиантовой зелени. Затем производим тщательное иссечение в пределах здоровых тканей подкожно-жировой клетчатки до крестцово-копчиковой фасции, не затрагивая последнюю. После тщательного гемостаза осуществляем ушивание раны в два или три этажа без захвата дна раны. Первый шов, П-образный, скользит по фасции, закрывая дно дефекта, создавая первый слой, для того чтобы максимально сблизить дно раны без формирования полости, что является профилактикой скопления транссудата. Кожу прокалываем большой режущей иглой на расстоянии 1,5–2 см от края и выкалываем на противоположной стороне на том же расстоянии от края раны, затем проводим лигатуру в обратном направлении, прокалываем кожу в 1,2–1,8 см от края раны сначала с одной, а затем с другой стороны. Второй этап: наложение швов по Донати с захватом кожи, на расстоянии 1–1,2 см от края, что уменьшает и выравнивает межъягодичное углубление для создания оптимальных условий заживления раны и предупреждения рецидивов. Возможно также наложение третьего ряда швов – простые узловые швы для оптимальной адаптации краев раны. Между швами вводим резиновые выпускники, для хорошего оттока транссудата из раны.

Пример 1. Пациент Х., 19 лет, поступил в хирургическое отделение ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» клиники хирургических болезней № 1 УО «ГрГМУ» 13.03.09 г. с

диагнозом: нагноившиеся эпителиальные копчиковые ходы. Считает себя больным с 02.03.09 г., когда повысилась температура тела, и появились боли в области копчика.

09.03.09 произведено вскрытие гнойника в медчасти роты.

Пациент обследован:

Общий анализ крови: $Eg - 3,84 \cdot 10^{12}/л$, $Hb - 124 г/л$, $Tg - 343 \cdot 10^9/л$, $L - 4,7 \cdot 10^9/л$, $\mathcal{E} - 2$, $\Pi - 3$, $C - 64$, Лимф – 27, М – 4, СОЭ – 11 мм/ч.

Общий анализ мочи: желт., реакция кислая, $\rho = 1026$, лейкоц. – 2-4 в п/зр.

Биохимический анализ крови: К – 4,44 ммоль/л, Na – 137,7 ммоль/л, Ca – 1,16 ммоль/л, общ.белок – 81 г/л, мочевины 5,3 ммоль/л, креатинин – 99 мкмоль/л, глюкоза – 4,02 ммоль/л, общ билирубин – 13,2 мкмоль/л, АСаТ – 12,2 ЕД/ч*л, АЛаТ – 14,0 ЕД/ч*л.

13.03.09. г.– Операция: хирургическая обработка нагноившихся эпителиальных копчиковых ходов. Под внутривенным наркозом после обработки операционного поля рассечены копчиковые ходы, удалены гной и некротические ткани, взят бактериологический посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Рана промыта антисептиками, дренирована турундой с мазью Вишневского.

17.03.09. г. – Операция: иссечение эпителиальных копчиковых ходов.

Под эпидуральной анестезией после обработки операционного поля выполнено окрашивание эпителиального копчикового хода раствором бриллиантового зеленого. Окаймляющим разрезом иссечены копчиковые ходы с иссечением фиброзно-измененных тканей до копчиковой фасции. Контроль гемостаза с дополнительным коагулированием мелких сосудов. Рана послойно ушита тремя рядами швов без захвата копчиковой фасции: П-образными, по Донати, узловыми. Рана дренирована резиновым выпускником. Повязка с септоцидом.

Послеоперационное течение гладкое. Швы сняты на десятые сутки. Заживление раны первичным натяжением. При выписке беспокоили лишь незначительные боли в области послеоперационного рубца. Выписан из отделения 31.03.09.

Койко-день составил 14–17 суток. Послеоперационные осложнения: частичное нагноение раны чаще в периальной области 6 случаев, частично краевой некроз – 5 случаев, инфильтрат послеоперационной раны – 3. Рецидивов заболевания не наблюдалось.

Выводы

1. Данная методика исключает возможность образования полости в послеоперационной ране с последующим ее инфицированием при обширных иссечениях ткани.

2. Отсутствует значительное натяжение сопоставляемых краев раны, что приводит к заживлению последней первичным натяжением.

3. Не производится захват крестцово-копчиковой фасции в шов, что предупреждает развитие хронических болей в послеоперационном периоде при вовлечении ее в рубец.

4. После снятия швов в ране не остается шовного материала, что предотвращает развитие лигатурных свищей.

Литература

1. Бхимани, И.К. Выбор хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Минск, 1997.

2. Тренин, С.О. Лечение эпителиального копчикового хода / С.О. Тренин [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 2. – С. 43-48.

3. Помазкин, В.И. Модифицированный метод асимметричного иссечения в лечении эпителиального копчикового хода / В.И. Помазкин // Хирургия. – 2008. – № 12. – С. 40-43.

4. Федоров, В.Д. Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев // М.: «Медицина», 1984.

5. Mosguere, D.A. Dascomis operation for pilonidal sinus / D.A. Mosguere, J.B. Quyle // J. R. Soc. Med. – 1995. – Vol. 88 (1). – P. 45-46.

6. Silva, J.H. Pilonidal cyst: cause and treatment / J.H. Silva // Dis. Coll. Rect. – 2000. – Vol. 43. – P. 1146-1156.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА МОРФОЛОГИЮ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ИШЕМИЗИРОВАННОГО ГЛАЗА

Матешук-Вацеба А.Р., Масна З.З., Пидвальна У.Е.

Львовский национальный медицинский университет им. Даниила Галицкого

г. Львов, Украина

Кафедра нормальной анатомии

Большинство заболеваний органа зрения вызваны нарушением кровоснабжения глаза. Поиск эффективных методов коррекции изменений ишемизированного глазного яблока остается актуальным и важным направлением научных исследований. Исследования, посвященные изучению влияния лазерного излучения на зрительный анализатор [1–5], не касаются сосудистой оболочки глаз. Остается открытым вопрос о целесообразности применения внутривенного лазерного облучения крови как возможного благоприятного фактора сохранения сосудистой оболочки глаза в условиях ишемии.

Исследования выполнены на 20 разнополых кроликах-альбиносах, возраст животных 5–6 месяцев, масса тела – 2,5–3 кг. Модель ишемии глаза создавалась путем исключения задних длинных и коротких ресничных артерий. Выключение