

О. В. Попков, В. А. Гинюк, С. А. Алексеев, А. С. Новикова, С. О. Попков

## ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД. МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

*Представлены данные о современных подходах к хирургическому лечению пациентов с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода, эффективности хирургических методов лечения. До сих пор нет единого мнения относительно этиологии и патогенеза эпителиального копчикового хода. Все теории, касающиеся указанной проблемы, условно можно разделить на две основные — врожденный и приобретенный эпителиальный копчиковый ход. В отечественной литературе эпителиальный копчиковый ход считается врожденной патологией, тогда как зарубежные исследователи склоняются к приобретенной этиологии этой болезни. Также не решены вопросы выбора наиболее оптимального способа хирургического лечения. Длительный период заживления раны, послеоперационный болевой синдром и нередко возникающие рецидивы заболевания остаются достаточно частыми при лечении таких пациентов. В настоящее время методы хирургического лечения ЭКХ должны соответствовать следующим требованиям: быть простыми в исполнении, обеспечивать низкий болевой синдром, быстрое восстановление трудоспособности.*

**Ключевые слова:** эпителиальный копчиковый ход, причины возникновения, хирургическое лечение

O. V. Popkov, V. A. Ginyuk, S. A. Alekseev, A. S. Novikova, S. O. Popkov

## ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД. МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*The data on current approaches to surgical treatment of patients with chronic inflammation of epithelial coccygeal, the effectiveness of surgical treatment. There is still no consensus on the etiology and pathogenesis of epithelial coccygeal. All theories concerning this problem can be divided into two main — congenital and acquired epithelial coccygeal course. In the domestic literature epithelial coccygeal course it is considered congenital defect, whereas foreign researchers tend to acquired etiology of this disease. Also unresolved question of choosing the most optimal method of surgical treatment. The long period of wound healing, postoperative pain, often occurring disease relapses are fairly common in the treatment of such patients. Currently, surgical treatment methods ECx should meet the following requirements: be simple to implement, provides a low pain, rapid recovery of disability.*

**Key words:** epithelial coccygeal course, causes, surgical treatment.

### Причины возникновения

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) представляет собой узкий канал, выстланный эпителием, содержащим сальные железы, волосяные луковицы и открывающийся на коже в межъягодичной складке одним или несколькими точечными отверстиями. Они носят название первичных отверстий [7, 15]. Копчиковый ход имеет длину 2–3 см, заканчивается в подкожной клетчатке слепо и с самим копчиком не связан. Эпителиальный копчиковый ход врожденное заболевание, обусловленное дефектом развития каудального конца эмбриона, в результате чего под кожей межъягодичной складки остается ход, выстланный эпителием. Такая аномалия встречается довольно часто. Многие зарубежные специалисты, называющие ход волосистой кистой, считают причиной образования ее неправильный рост волос, что при наличии глубокой межъягодичной складки и обильного волосяного покрова приводит к вращению (погружению) волос в кожу и образованию кисты.

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) встречается у 4–5% взрослого населения, причем преимущественно в возрасте 20–40 лет. Наружными проявлениями его являются чаще одно или несколько точечных отверстий, называемых первичными, которые всегда располагаются строго по срединной линии. Основной причиной нагноения является нарушение дренажа просвета хода через пер-

вичное отверстие. В результате возникает гнойно-воспалительный процесс. Инфекционное содержимое расплавляет участок стенки изнутри, инфицирует подкожную клетчатку и формирует абсцесс.

В структуре колопроктологических заболеваний острое нагноение ЭКХ занимает четвертое по частоте место после геморроя, парапроктита и анальной трещины и составляет 14–20%.

**Теории этиопатогенеза** данной патологии можно по-разному разделить следующим образом.

1. Эмпирические теории
2. Теория нейрогенного происхождения
3. Теории эктодермальной инвагинации.
4. Теории приобретенного происхождения ЭКХ.

Данные теории основаны на патологическом вращении, «погружении» волос в подкожно-жировую клетчатку с образованием свищевых ходов.

Таким образом, все теории этиопатогенеза ЭКХ условно можно разделить на две основные — врожденный и приобретенный характер заболевания. Так, традиционно в отечественной литературе ЭКХ считается врожденной патологией, тогда как зарубежные исследователи склоняются к приобретенной этиологии этой болезни. Несмотря на множество проведенных исследований, единой теории возникновения копчикового хода, подтвержденной достоверными данными, в настоящее время не существует.

### Классификация

- 1) эпителиальный копчиковый ход неосложненный (без клинических проявлений);
- 2) острое воспаление эпителиального копчикового хода:
  - инфильтративная стадия,
  - абсцедирование;
- 3) хроническое воспаление эпителиального копчикового хода:
  - инфильтративная стадия,
  - рецидивирующий абсцесс,
  - гнойный свищ;
- 4) ремиссия воспаления эпителиального копчикового хода.

### Симптомы, клиническое течение

Жалобы на боль в области крестца, выделения гноя или сукровицы появляются в случае развития воспаления. Иногда больные связывают начало заболевания с травмой крестцово-копчиковой области. Неосложненный эпителиальный копчиковый ход обычно не причиняет человеку каких-либо неудобств.

Наличие эпителиального копчикового хода не оказывает заметного влияния на развитие ребенка и в первые годы жизни не дает клинических проявлений (бессимптомный период). Клиническое проявление болезни начинается с наступлением половой зрелости. В этот период в просвете эпителиального хода начинают расти волосы, скапливаются продукты деятельности сальных и потовых желез. Близость заднего прохода обуславливает обилие микрофлоры на коже крестцово-копчиковой области и в самом ходе. В тех случаях, когда первичные отверстия хода не обеспечивают достаточного дренирования его, в нем развивается воспаление, которое может перейти на окружающую клетчатку. Развитию воспаления способствуют травмы, обильный волосной покров кожи крестцово-копчиковой области, несоблюдение гигиены.

Если в эпителиальном ходе развивается воспаление, то возникает боль в области крестца и копчика, появляются выделения из первичных отверстий хода. При распространении воспаления на окружающую клетчатку боль становится достаточно сильной, появляются уплотнение и гиперемия кожи. Чаще всего такой очаг воспаления располагается латеральнее межъягодичной складки. Местные изменения могут сопровождаться повышением температуры тела. Таким образом, возникает острое воспаление эпителиального копчикового хода, в котором различают 2 стадии: инфильтративную и абсцедирования. Если на этом этапе пациент не обращается к врачу, то после спонтанного вскрытия абсцесса бывает улучшение и даже исчезновение внешних признаков воспаления, но возможно и формирование вторичного гнойного свища, дренирующего воспалительный очаг в эпителиальном ходе. В том случае, если больной обратился к врачу в период острого воспаления, но ему по какой-либо причине не была выполнена радикальная операция, а только вскрытие абсцесса, излечение тоже не наступает — развивается хроническое воспаление хода с образованием инфильтратов, свищей, рецидивирующих абсцессов.

Таким образом, если однажды возникшее воспаление эпителиального копчикового хода самостоятельно прошло, то даже при отсутствии боли и выделений из первичных отверстий хода, пациента нельзя считать полностью выздоровевшим, поскольку у него остается очаг воспаления.

### Осложнения

Воспалительные изменения в эпителиальном ходе и окружающей клетчатке при длительном отказе от радикального лечения могут привести к образованию множественных вторичных свищей, открывающихся достаточно далеко от крестцово-копчиковой области: в области кожи промежности, на мошонке, паховых складках и даже на передней брюшной стенке. Наличие вторичных свищей с гнойными выделениями иногда приводит к развитию пиодермии. Особенно сложно лечить пациентов со свищевой формой пиодермии, когда вся кожа промежности и крестцово-копчиковой области представляет систему эпителизированных ходов, в которых растут волосы, содержатся продукты сальных желез и гной. Приходится иссекать пораженную кожу на большой площади, иначе добиться излечения невозможно.

Описаны случаи развития плоскоклеточного рака при длительном существовании воспалительного процесса в эпителиальном копчиковом ходе и окружающей клетчатке.

### Диагностика

Диагностика неосложненного эпителиального копчикового хода особых трудностей не представляет. Наличие первичных отверстий в межъягодичной складке является патогномичным признаком. Появление воспаления в крестцово-копчиковой области, формирование свищей на месте абсцессов при наличии первичных отверстий по средней линии в межъягодичной складке делает диагноз осложненного эпителиального хода несомненным.

Однако, если при осмотре крестцово-копчиковой области есть все признаки, подтверждающие наличие эпителиального хода, необходимо провести пальцевое исследование прямой кишки и анального канала для исключения других заболеваний этой области. При пальцевом исследовании следует обратить внимание на наличие изменений в области морганиевых крипт, помня о том, что внутреннее отверстие свища прямой кишки располагается в одной из крипт. Обязательно нужно пропальпировать через заднюю стенку прямой кишки крестцовые и копчиковые позвонки, там не должно быть изменений.

Для исключения заболеваний толстой кишки всем больным проводится ректороманоскопия, а при наличиистораживающих симптомов — колоно- или ирригоскопия, но к последним видам исследования приходится прибегать редко, поскольку большинство больных, обращающихся по поводу эпителиального копчикового хода, очень молоды.

Фистулография применяется только в сложных случаях, при необходимости проведения дифференциального диагноза.

### Дифференциальная диагностика

Дифференцировать наличие эпителиального копчикового хода иногда приходится от следующих заболеваний:

- 1) свищ прямой кишки;
- 2) копчиковая киста;
- 3) пресакральная тератома;
- 4) остеомиелит крестца и копчика

Дифференциальная диагностика между **свищом прямой кишки** и осложненным копчиковым ходом проводится на основании данных пальцевого исследования прямой кишки, зондирования, прокрашивания свищевых ходов и фистулографии. При наличии свища прямой кишки и вни-

матерном исследовании обнаруживается внутреннее отверстие свища в области морганиевой крипты, зонд идет по свищевому ходу не к копчику, а к анальному каналу; краска, введенная через наружное отверстие, проникает в просвет кишки, окрашивая пораженную крипту. Фистулография служит еще одним подтверждением наличия связи с кишкой.

**Эпидермоидные копчиковые кисты** располагаются в крестцово-копчиковой области, пальпируются под кожей и, если нет воспаления, подвижны и безболезненны. Эти кисты могут нагнаиваться и тогда создается впечатление, что это эпителиальный ход. Но копчиковые кисты в отличие от последнего не имеют первичных отверстий.

**Пресакральные тератомы** могут иметь так называемый эмбриональный ход, открывающийся на коже вблизи заднепроходного отверстия в виде эпителизированной воронки, иногда очень похожей на первичное отверстие копчикового хода. Отверстие эмбрионального хода чаще всего расположено сзади от заднего прохода по средней линии. Сами тератомы тоже могут быть причиной гнойных свищей крестцово-копчиковой области. Пресакральные тератомы располагаются между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестца, что можно установить при пальцевом исследовании через задний проход. При этом определяется опухолевидное образование тугоэластической или плотной консистенции на передней стенке крестца, в то время как эпителиальный копчиковый ход располагается под кожей на задней поверхности крестца и копчика. Ультразвуковое исследование, а при наличии свища и фистулография позволяют установить правильный диагноз.

**Остеомиелит крестца и копчика** тоже может дать свищи на коже крестцово-копчиковой области и промежности. При наличии остеомиелита пальпация крестца и копчика через задний проход помогает установить наличие тестоватости, выбухания в просвет кишки, патологической подвижности костей. При подозрении на остеомиелит необходима рентгенография костей таза и ультразвуковое исследование, а при наличии свищей рентгенография должна быть дополнена фистулографией.

### Лечение

Общепринято, что основным радикальным способом лечения ЭКХ является хирургический.

Считается, что идеальная техника должна:

- обеспечить полное излечение с минимальным риском рецидивов;
- быть простой в исполнении;
- иметь непродолжительные сроки госпитализации;
- давать наименьший риск осложнений;
- гарантировать возможность быстрого восстановления трудоспособности

**Следует убрать основной источник воспаления — эпителиальный канал вместе со всеми первичными отверстиями, и если уж возникло воспаление, то и с измененными тканями вокруг хода и вторичными свищами.**

Ни один из существующих методов хирургического лечения не соответствует в полной мере перечисленным требованиям. Длительный период заживления раны, послеоперационный болевой синдром и нередко возникающие рецидивы остаются достаточно частыми при лечении пациентов. По данным различных авторов, рецидив ЭКХ составляет от 20 до 40% независимо от используемых методов лечения [8, 11].

Выбор метода хирургического лечения во многом зависит от выраженности воспалительных явлений в крестцово-копчиковой области.

Некоторые авторы дополнительно учитывают особенности анатомического строения крестцово-копчиково-ягодичной области, выделяя такие параметры, как длина межъягодичной складки, высота и угол межъягодичного углубления, а также количество и расположение свищевых отверстий [9, 10]. Принимая во внимание, что в 60% случаев болезнь манифестирует с образования абсцесса в межъягодичной складке, отдельного рассмотрения заслуживают вопросы лечебной тактики в стадии острого воспаления ЭКХ (абсцесса).

Накопленные отечественные и зарубежные данные свидетельствуют о том, что наиболее рациональным при остром воспалении ЭКХ является двухэтапный метод лечения с отсроченной радикальной операцией. При таком подходе на первом этапе проводится вскрытие и дренирование абсцесса, затем активная санация полости гнойника антисептиками и мазевыми аппликациями на водорастворимой основе и уже после стихания воспалительного процесса вторым этапом выполняется отсроченная радикальная операция — иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей с ушиванием раны одним из известных способов [11–14].

Сроки последующих радикальных операций, по сообщениям разных авторов, варьируют от 4–8 недель.

Способы наиболее часто используемых хирургических вмешательств по характеру завершения можно условно разделить на следующие группы:

- 1) иссечение ЭКХ без ушивания раны;
- 2) иссечение ЭКХ с ушиванием раны наглухо;
- 3) иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну;
- 4) операции с закрытием раны пластическим материалом, чаще всего это кожная пластика лоскутом из ягодичной области (Z-, W-, S-пластика, ромбовидная пластика).

Одним из наиболее давних радикальных способов хирургического лечения ЭКХ является открытый способ, когда после иссечения пораженной ткани образовавшуюся рану не ушивают. Впервые открытую методику применил Н. Мау (1883). По мнению многих исследователей, положительной стороной данного метода при правильном послеоперационном ведении раны является довольно низкая частота рецидивов. Согласно ряду наблюдений, рецидивы заболевания не превышают 4–11%. Однако существенный недостаток открытого ведения послеоперационной раны — довольно продолжительный период заживления раневого дефекта, колеблющийся по данным литературы от двух до нескольких месяцев [1, 3, 11].

Абсолютно противоположным является метод, когда после иссечения ЭКХ послеоперационную рану ушивают наглухо (преимущественно швами по Донати). Первичное ушивание раны с формированием ее по средней линии — довольно распространенная техника хирургического лечения ЭКХ во всем мире. По данным многих исследователей, преимуществами этой методики являются сокращение сроков заживления раны, довольно быстрая реабилитация пациентов и хороший косметический эффект [1, 2, 6].

При неосложненном послеоперационном течении первично ушитые раны заживают через 12–14 дней, а трудоспособность пациента восстанавливается через 21 день [5, 6, 8]. Однако данные преимущества актуальны только при благоприятном течении послеоперационного периода. У значительной части больных развивается такое

осложнение, как нагноение ушной наглухо раны, возникающее, по ряду наблюдений, в 10–35% случаев. Также часто регистрируются и рецидивы заболевания — по различным данным от 13,2 до 42% [7, 8, 9].

Компромиссным решением между ушиванием раны наглухо и открытым ее ведением стал метод, предложенный W. McFee (1942) и получивший широкую популярность среди проктологов. Основной его целью являлась попытка сократить время заживления раны путем уменьшения ее размеров. Суть метода состоит в том, что после иссечения ЭКХ края раны подшивают отдельными узловыми швами к ее дну. Этот прием дает возможность фиксировать низводимые кожные края раны к фасции крестца с оставлением небольшой по ширине срединной открытой раны, предназначенной для оттока раневого отделяемого. Не следует путать эту операцию с марсупилизацией, предложенной несколько раньше. Смысл марсупилизации заключался в частичном удалении копчикового хода, а именно только его верхней стенки. К оставленным же боковым стенкам и дну подшиваются кожные края раны.

Полное иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны к дну позволило значительно уменьшить ее размеры с сохранением основного преимущества открытых способов лечения — хорошего оттока раневого отделяемого по срединной линии [1, 2, 7]. Следует отметить, что данный метод является достаточно универсальным и может применяться практически у всех больных с ЭКХ. Подшивание краев раны к дну применимо у пациентов с наличием инфильтрата в крестцово-копчиковой области, множественных рубцов после ранее перенесенных неудачных операций, расположении вторичных свищевых отверстий далее 2–3 см от межъягодичной складки. Иначе говоря, если после операции будет сформирована большая рана, ушить которую наглухо без сильного натяжения тканей невозможно, хирургическое вмешательство можно закончить подшиванием краев раны к дну [4, 7].

За длительный период существования метода были предложены различные модификации фиксации краев раны к дну — наложение швов друг против друга или в шахматном порядке, использование П-образных швов. Если швы удерживают низведенные края раны по всей ее длине с обеих сторон, то сроки заживления раны несколько сокращаются по сравнению с заживлением полностью открытой раны. При благоприятном послеоперационном течении данный метод позволил сократить время заживления раны до 38 суток с восстановлением трудоспособности пациентов через 33 дня. В отдаленном периоде количество рецидивов заболевания колеблется от 7 до 11% [1, 5].

Тем не менее и этот метод не лишен недостатков. Регистрируется немало осложнений, с которыми приходится сталкиваться хирургам. Нередко наблюдается прорезывание швов, и низведенные края раны либо полностью, либо частично отходят от ее дна. Происходит это вследствие выраженного натяжения тканей и возникающей ишемии с краевым некрозом кожи. Как и при полностью открытом ведении раны, существует проблема вторичного инфицирования. Недостаточный гемостаз приводит к формированию гематомы под низведенными кожными лоскутами, что в конечном итоге также может вызвать нагноение. При таком развитии событий возникает необходимость раннего снятия швов с переходом на полностью открытый метод ведения раны. Естественно, что указанные осложнения увеличивают период заживления в среднем до 8–12 не-

дель с формированием грубого, широкого рубца, деформирующего крестцово-копчиковую область. Следует сказать еще об одном недостатке данного метода — это нередко возникающая, довольно выраженная и продолжительная болезненность в послеоперационном периоде вследствие захвата лигатурой надкостницы крестца и копчика [6, 9].

Предпринимались попытки использования дренажей и микроирригаторов для промывания раны растворами антисептиков в послеоперационный период с целью снижения частоты гнойно-септических осложнений. Это позволяло очистить рану от гнойного и раневого отделяемого, а также от некротических тканей. Однако данные мероприятия оказались малоэффективными. У пациентов с наглухо ушной раной без дренирования воспалительные явления возникли в 11,4% случаев, с использованием дренажа — в 8,2%. В наблюдениях с дренированием раны рецидивы выявлены в 6,7% случаев, без дренирования — в 8,3% [3, 4, 6].

До сих пор остается спорным вопрос о целесообразности применения в послеоперационном периоде антибактериальной терапии.

По данным различных авторов применение антибактериальной терапии не ускоряет заживление раны и не приводит к какому-либо существенному уменьшению послеоперационных осложнений [2, 3, 7].

Параллельно с хирургической тактикой лечения ЭКХ делались попытки применения безоперационных методов лечения. Но в связи с низкой эффективностью и частыми рецидивами большинство из них представляют сегодня лишь исторический интерес. К консервативным способам лечения относится довольно популярное в свое время у зарубежных хирургов введение в ходы склерозирующих веществ. Исторический интерес представляют и другие консервативные методы, такие как прижигание ходов азотнокислым серебром или соляной кислотой, электрокоагуляция гальваническим током и рентгенотерапия.

#### **Вопрос о сроках и методах операции удобнее всего рассмотреть, пользуясь приведенной выше клинической классификацией.**

1. Эпителиальный копчиковый ход неосложненный, т. е., когда есть ход с первичными отверстиями, но не было и нет воспалительных осложнений, лучше всего оперировать в плановом порядке. Операция в этом случае заключается в прокрашивании хода через первичные отверстия (обычно метиленовым синим, чтобы не осталось незамеченным какое-нибудь первичное отверстие) и иссечения окаймляющими разрезами полоски кожи межъягодичной складки со всеми открывающимися там первичными отверстиями и подлежащей клетчатки, в которой расположен сам ход. Все это иссекается единым блоком до фасции, покрывающей копчик. Операция в этой стадии выгодна по нескольким причинам: в эпителиальном ходе и окружающей клетчатке нет воспаления; микробная флора в самом ходе и на коже неагрессивна; рана после иссечения неосложненного хода не бывает обширной, а это значит, что не будет большого натяжения тканей после затягивания швов. Таким образом, после иссечения неосложненного эпителиального копчикового хода рану можно ушить наглухо. Чаще всего применяются так называемые возвратные швы Донати. Этот способ ушивания раны при правильном исполнении обеспечивает хороший гемостаз и полное со-

прикосновение всех слоев раны. Швы при благоприятном течении снимаются на 10–12-й день после операции. Относительными противопоказаниями к применению глухого шва после иссечения неосложненного копчикового хода могут служить тучность пациента, обилие подкожной клетчатки, что приводит к образованию глубокой раны после иссечения хода. Но эта ситуация бывает нечасто, так как неосложненный ход диагностируется в основном в подростковом и юношеском возрасте, когда жировая клетчатка еще не столь выражена.

2. При остром воспалении копчикового хода хирургическое лечение проводится обязательно с учетом стадии и распространенности воспалительного процесса:

а) в стадии инфильтрата, если он не выходит за пределы межъягодичной складки и располагается вдоль хода, можно сразу выполнить радикальную операцию иссечения хода и первичных отверстий. Но глухой шов в этой ситуации нежелателен, так как даже иссечение в пределах здоровых тканей не гарантирует первичного заживления. Если же инфильтрат распространяется на окружающую клетчатку за пределы межъягодичной складки, лучше вначале применить консервативные мероприятия: после тщательного бритья кожи крестцово-копчиковой области — теплые ванны, ежедневный душ; местно — повязки с мазями на водорастворимой основе (левосин, левомеколь); физиотерапия и после уменьшения инфильтрата выполнить радикальную операцию;

б) при наличии абсцесса можно сразу осуществить радикальную операцию — иссечь сам ход и стенки абсцесса. Чаще всего это производится при небольших абсцессах (до 3 см в диаметре). Рану при этом не ушивают или подшивают края раны ко дну. Обширная инфицированная рана обычно заживает довольно долго, рубец получается грубым. Поэтому многие специалисты предпочитают при остром воспалении эпителиального копчикового хода оперировать в два этапа: вначале вскрывается абсцесс, санится (ежедневные промывания, введение в полость абсцесса мазей на водорастворимой основе) и после стихания воспаления производится радикальная операция. Отсроченную операцию вполне можно выполнить через 4–5 дней после первого этапа, не выписывая больного из стационара.

Второй этап операции осуществляется в плановом порядке и в более поздний срок — через 2–3 мес. Отсроченная операция имеет преимущества: можно более экономно иссечь кожу межъягодичной складки, можно наложить швы таким образом, чтобы края раны были максимально сближены, но дно ее хорошо дренировалось.

Но отсрочка радикальной операции на несколько месяцев тоже создает проблемы. Так, если пациент после вскрытия абсцесса выписывается из стационара и выполняет рекомендацию явиться через какое-то время для завершения лечения, то все идет нормально. К сожалению, довольно часто пациенты по разным причинам не являются в назначенный срок, воспаление переходит в хроническую стадию, образуются новые инфильтраты и вторичные свищи. Есть наблюдения, когда радикальная операция откладывалась на годы и в результате присоединялась пиодермия.

С учетом этих обстоятельств в специализированных стационарах стараются выполнить второй этап операции без выписки больного из стационара, максимально сокращая промежутки между этапами за счет интенсификации лечения острого воспаления.

3. В стадии хронического воспаления эпителиального копчикового хода выполняется плановая радикальная операция с иссечением хода, первичных отверстий и вторичных свищей, но при отсутствии обострений воспалительного процесса. При обострении воспаления, рецидивировании абсцесса чаще всего лечение также разделяется на два этапа. Принцип остается прежним: для радикального лечения нужно иссечь сам эпителиальный ход, все первичные отверстия, вторичные свищи и рубцы.

4. При ремиссии воспаления эпителиального копчикового хода обычно выполняется плановая радикальная операция с иссечением хода и рубцовых тканей.

Сторонники приобретенной теории заболевания, основанной на врастании волос в кожу и подкожную клетчатку, рекомендуют по-иному взглянуть на методы оперативного лечения ЭКХ. Было предложено после иссечения ЭКХ формировать послеоперационную рану не на дне межъягодичной складки, а сместить ее на ягодичу, латеральнее срединной линии на 3–4 см. Благодаря такой методике происходит уплощение межъягодичной складки, что, по мнению авторов, предотвращает как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде врастание волос в кожу, и тем самым обеспечивается надежная профилактика возникновения рецидива заболевания. Перенос послеоперационной раны позволяет также снизить риск формирования «остаточной полости» на дне раны за счет лучшего сопоставления стенок и уменьшения натяжения тканей.

Впервые эксцентричное формирование послеоперационной раны предложил G. E. Karydakos [30].

**В литературе** встречается множество работ, посвященных пластическому закрытию больших по размерам послеоперационных раневых поверхностей путем перемещения кожно-подкожного, фасциального лоскута и ягодичных мышц.

F. Lahey (1929) впервые применил кожно-подкожный лоскут на питающей ножке, но из-за большого числа послеоперационных осложнений и технической сложности операция не приобрела популярности.

Среди пластических способов закрытия послеоперационной раны наибольшую популярность приобрел метод ромбовидной пластики, разработанный A. Limberg. Множество проведенных исследований доказывают преимущества такой пластики над другими способами ушивания раны.

Метод заключается в том, что ромбовидным разрезом иссекается ЭКХ, далее образовавшуюся раневую поверхность укрывают соответствующим дефекту кожно-подкожным лоскутом из ягодичной области. Главными преимуществами ромбовидной пластики являются короткий срок пребывания в стационаре, низкая частота рецидивов (около 6%), минимальный болевой синдром и удовлетворительный косметический эффект.

Таким образом, применение пластических операций при лечении ЭКХ обеспечивает хорошие результаты как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде.

Прогноз при радикальном лечении эпителиального копчикового хода в любой стадии болезни благоприятный, наступает полное излечение.

После операции пациент должен наблюдаться у врача до полного выздоровления, периодически по мере отрастания волос по краю раны производить выщипывание их или эпиляцию и делать это до полного заживления раны. Не рекомендуется в течение первых 2–3 месяцев после

операции носить узкую одежду из плотной ткани с грубым швом во избежание травматизации области послеоперационного рубца. И конечно же, нужно соблюдать гигиену: регулярно мыться и носить свежее белье, предпочтительно из хлопкового волокна.

Операции по поводу эпителиального копчикового хода технически несложные. Но статистика показывает, что при лечении этой категории больных в стационарах общехирургического профиля различные осложнения возникают у 30–40 % пациентов, что в десятки раз превышает этот показатель в специализированных отделениях. Изучение этого фактора показало, что для лечения простого, на первый взгляд, заболевания нужны специальные знания. Поэтому лечение этой группы больных следует проводить в колопроктологических отделениях, где специалисты знают особенности анатомии этой области, характер микробной флоры, учитывают особенности клинического течения заболевания.

Таким образом, проблема лечения ЭКХ имеет важное социально-экономическое значение, поскольку пациентами обычно являются лица молодого трудоспособного возраста (16–25 лет). Применяемые оперативные методы далеко не всегда удовлетворяют как самих пациентов, так и хирургов.

Рецидивы заболевания, осложнения и длительный период снижения работоспособности вынуждают не останавливаться на достигнутом и стимулируют к разработке новых либо усовершенствованию уже имеющихся методик.

Следует выбирать методику сугубо индивидуально в зависимости от анатомического расположения и количества вторичных свищевых отверстий, размеров пораженной поверхности (площади инфильтрации), состояния кожи, количества и сроков предыдущих вмешательств.

### Литература

1. Алексеев, М. С. Разработка и обоснованная дифференцированная тактика хирургического лечения эпителиального копчикового хода : автореф. дис. ... канд. мед.наук. Курск. мед. ин-т. Курск, 1990; 22.
2. Ан, В. К., Ривкин В. Л. Неотложная проктология. Иркутск: Медпрактика-М, 2003; 144 с.
3. Башанкаев, Н. А., Соломка Я. А., Топчий С. Н. Использование глухого шва при радикальных операциях по поводу острого гнойного воспаления эпителиального копчикового хода. Амбулаторная хирургия. 2003; 2 (10):45–47.
4. Баширов, Р. С., Бауэр В. А., Одинец О. Б. Обоснование хирургической тактики, при эпителиально-копчиковом ходе и нагноившейся кисте крестцово-копчиковой области. Амбулаторная хирургия. 2005; 1: 46.
5. Богданов, В. Л. Обоснование тактики хирургического лечения нагноившегося эпителиального копчикового хода на стадии абсцесса (клиническое, анатомическое и экспериментальное исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ставроп. гос. мед. акад. Ставрополь, 2011; 21.
6. Валиева Э. К. Оптимизация хирургических методов лечения больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом : дис. ... канд. мед. наук. Башкирский гос.мед. ун-т. Уфа, 2006; 116 с.
7. Воробей, А. А., Римжа М. И., Денисенко В.Л. Оптимизация лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом. Колопроктология. 2005; 3: 3–7.
8. Воробьев, Г. И. Основы колопроктологии. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006; 432.
9. Гобеджишвили, В. К., Лаврешин П. М., Муравьев А. В. Варианты закрытия раны после иссечения эпителиального копчикового хода. Проблемы колопроктологии: сб. науч. тр. Москва, 2000; 17: 59–60.

10. Данилов Т. З. Лечение эпителиально-копчикового хода. Проблемы колопроктологии: сб. науч. тр. Москва, 2000; 17: 63.
11. Даценко, Б. М., Даценко А. Б., Мохаммед А. Д. Оптимизация программы двухэтапного хирургического лечения острого нагноения эпителиального копчикового хода. Колопроктология. 2004; 3(9): 61–62.
12. Денисенко, В. Л. Оперативное лечение эпителиальных копчиковых свищей. Новости хирургии 2009; 7: 1: 126–130.
13. Денисенко, В. Л. Оптимизация лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом. Новости хирургии 2008; 16: 1: 55–61.
14. Денисенко, В. Л., Воробей А. В. Лечение эпителиального копчикового хода. Медицинская панорама : рецензируемый научно-практический журнал для врачей и деловых кругов медицины. ООО «Медицинская панорама». 2006; 1: 65–66.
15. Дубов, С. Б. Выбор оптимальной тактики хирургического лечения больных различными формами эпителиального копчикового хода : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Росс. нац. исслед. мед. ун-т им. Н. И. Пирогова. Москва, 1993; 23.
16. Дульцев, Ю. В., Ривкин В. Л. Эпителиальный копчиковый ход. Москва: Медицина, 1988; 126.
17. Ермолаев, В. Л., Шурыгина Е. П., Барышев В. Е. Тактика лечения больных с осложненными формами эпителиального копчикового хода. Уральский мед.журн 2010; 4:35-8.
18. Камерджиев, А. В., Ромашкин К. С. Наш опыт лечения больных эпителиальным копчиковым ходом. Актуальные проблемы клинической медицины : сб. науч. тр. Ставрополь, 2005; 141–146.
19. Карташев, А. А. Способ хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ульяновск. гос. мед. ун-т. Ульяновск, 2011.
20. Куляпин, А. В., Валиева Э. К., Гайнутдинов Ф. М. Хирургическая тактика при лечении эпителиального копчикового хода в стадии абсцедирования. Актуал. пробл. колопроктологии: сб. науч. тр. Ростов-на-Дону, 2001; 87–88.
21. Лаврешин, П. М., Муравьев А. В., Гобеджишвили В. К. Оптимизация методов лечения эпителиального копчикового хода. Проблемы проктологии. 2000; 17: 126–131.
22. Лузин И. А., Цема Е. В. Этиология и патогенез пилонидальной болезни. Колопроктология 2013; 3:35-49.
23. Мизуров, Н. А. и др. Основные принципы лечения эпителиального копчикового хода. Здравоохранение Чувашии. 2010; 2: 18–20.
24. Муртазаев, Т. С. Клинико-анатомическое обоснование выбора метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода и его осложнений : дис. ... канд. мед. наук. Ставроп. гос. мед. ун-т. Ставрополь, 2008; 152.
25. Никулин Д. Ю. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ставроп. гос. мед. ун-т. Ставрополь, 2011; 24.
26. Помазкин, В. И., Мансуров Ю. В. Выбор операции для лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом. Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2008; 167: 1: 85–87.
27. Привалов, В. А., Ткачев А. Н. Малоинвазивный подход в лечении эпителиального копчикового хода с помощью инфракрасного диодного лазера. Раны и раневая инфекция. Материалы IV Всерос. конф. общих хирургов с международным участием и пленума проблемной комиссии «Инфекции в хирургии». Ярославль, 2007. С. 193-6.
28. Шельгин, Ю. А., Благодарный Л. А. Справочник по колопроктологии. М.: Литтерра, 2012. С. 135–42.
29. Bessa S. S. Comparison of short-term results between the modified Karydakias flap and the modified Limberg flap in the management of pilonidal sinus disease: a randomized controlled study. Dis Colon Rect 2013; 56(4):491-8.
30. Karydakias, G. E. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. ust N Z J Surg 1992; 62:385-9.

Поступила 18.11.2016 г.