



А. Г. Іфтодій, О. Б. Русак,
Б. С. Русак, Л. В. Бесединська

Буковинський державний
медичний університет,
м. Чернівці

© Колектив авторів

ПЕРЕБІГ ЗАГОЄННЯ РАНИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РОЗРОБЛЕНОГО КОМПЛЕКСНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НАГНІЙНИХ ФОРМ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ КУПРИКОВИХ ХОДІВ

Резюме. З метою оцінки загоєння ран у хворих з епітеліальними куприковими ходами у післяопераційному періоді проводили цитологічне дослідження мазків-відбитків із поверхні рани за методом М.Ф. Камаєва. Для цього проводили цитологічне дослідження мазків-відбитків із поверхні рани на 2, 4 і 7-му добу після операції. Площа ран у II підгрупі основної групи (n=22 осіб) становила $4,6 \pm 0,4$ см², у II підгрупі групи порівняння (n=33 осіб) — $5,8 \pm 0,8$ см² (площу ран визначали за методом Л.Н. Попової, 1942).

Ключові слова: епітеліальний куприковий хід, внутрішньотканинний електрофорез, цитологічне дослідження.

Вступ

Епітеліальний куприковий хід (ЕКХ) — захворювання, на яке страждає 5—7% дорослого населення, частота становить 7,1 на 1000 населення, 4 — 53,4% усіх проктологічних хворих у стаціонарі та 1—2% серед усіх хірургічних хворих. Показник захворюваності серед дорослого населення — 0,2—0,3%. При профілактичних оглядах практично здорового населення ЕКХ відзначають у 3—5% осіб. Хворі з ЕКХ — переважно чоловіки молодого віку (18—30 років). Причиною його виникнення є порушення розвитку ембріона, яке виявляється в постнатальному періоді і має вигляд шкірного втягнення в міжсідничній складці [3, 7].

ЕКХ знаходиться переважно по середній лінії в міжсідничній складці, сліпо закінчується в підшкірно-жировій клітковині крижово-куприкової ділянки, відкривається на шкірі одним або кількома точковими отворами (первинний епітеліальний куприковий хід), має вигляд вузької епітеліальної трубки. За даними різних авторів, у 25—50% випадків усередині куприкового ходу або кісти є волосся, яке може вростати в бічні стінки та утворювати додаткові ходи [2, 8].

А.В. Кибальчич, В.А. Флеккаль (1985) відзначають, що хворі з різними клінічними формами ЕКХ становлять 6,4% від кількості всіх пролікованих хворих, з них 62,9% — надходили до стаціонару з ознаками гострого запалення.

За даними В.Г. Воробйова (2001), Н.А. Башанкаєва і співавт. (2003), майже в усіх (94—98%) випадках клінічні ознаки захворювання виявляються при гнійному запаленні [9, 10]. ЕКХ без клінічних проявів визначають в 0,1—6% пацієнтів при медичних оглядах [13, 19, 109]. При нагноєнні виникає абсцес, іноді великих розмірів, який може розкритися назовні у вигляді нориці, яку деякі автори вважають вторинною. Переважна більшість (70—90%) хворих на ЕКХ звертаються по медичну допомогу, коли виникає гнійне запалення [1, 4, 5, 6].

Мета дослідження — визначити ефективність розробленого комплексного лікування епітеліальних куприкових ходів із використанням внутрішньотканинного електрофорезу для покращання результатів лікування хворих з ускладненими формами епітеліальних куприкових ходів та запобігання розвитку ускладнень у ранньому післяопераційному періоді.

Матеріали та методи

Усі пацієнти залежно від виду лікування були поділені на 2 групи: I група (основна) включала 22 пацієнтів (з простим ЕКХ — 17 та рецидивним ЕКХ — 5 хворих) з ЕКХ, у лікуванні яких застосовували внутрішньотканинний електрофорез; II група (порівняння) складалася з 33 пацієнтів із ЕКХ, лікування яких здійснювали традиційно.

Із метою оцінки загоєння ран у післяопераційному періоді проводили цитологічне дослідження мазків-відбитків із поверхні рани за методом М.Ф. Камаєва. Відбитки зроблені шляхом зішкрябу з поверхні рани, висушували, фіксували в суміші Нікіфорова та забарвлювали гематоксилін-еозином: свіжі висушені нефіксовані мазки-відбитки забарвлювали паноптичною окраскою за Май—Грюнвальд—Гімзою та толуїдиновим синім.

Морфометричні дослідження виконано з використанням оптичної системи Leica DM 1000, цифрової фотокамери Canon Power Shot S80 з матрицею 8 mps, програмного забезпечення Leica QWin («Leica Microsystems CMS GmbH», Німеччина).

Результати дослідження та їх обговорення

Із метою оцінки загоєння ран у хворих з епітеліальними куприковими ходами у післяопераційному періоді проводили цитологічне дослідження мазків-відбитків із поверхні рани за методом М.Ф. Камаєва. Для цього проводили цитологічне дослідження мазків-відбитків із поверхні рани на 2, 4 і 7-му добу після операції. Площа ран у II підгрупі основної групи (n=22 осіб) становила

$4,6 \pm 0,4 \text{ см}^2$, у II підгрупі групи порівняння ($n=33$ осіб) — $5,8 \pm 0,8 \text{ см}^2$ (площу ран визначали за методом Л.Н. Попової, 1942).

В основній та контрольній групах на 2-гу добу після операції на цитограмах у полі зору знаходили велику кількість нейтрофілів (80—90%), лімфоцити та моноцити становили 10%, макрофаги — 1—2%, виражена мікрофлора. Відзначали ознаки незавершеного фагоцитозу (рис. 1, 2).

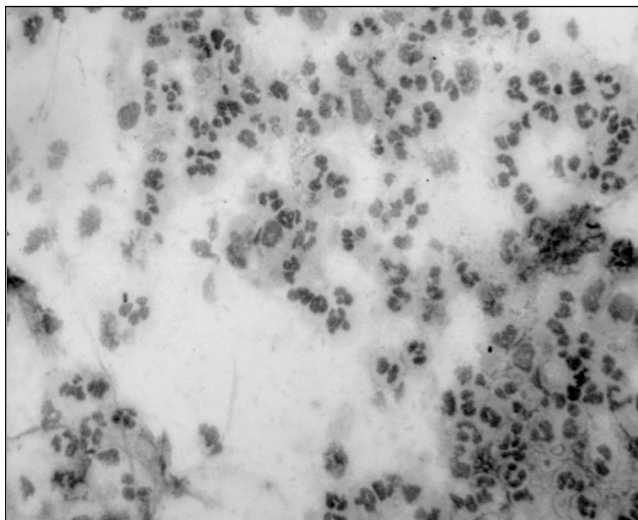


Рис. 1. Цитограма поверхні рани на 2-гу добу після операції (хворий Н., мед. картка №3333, основна група). У полі зору численні нейтрофіли, лімфоцити та поодинокі макрофаги. Забарвлення гематоксилін-еозином. $\times 200$

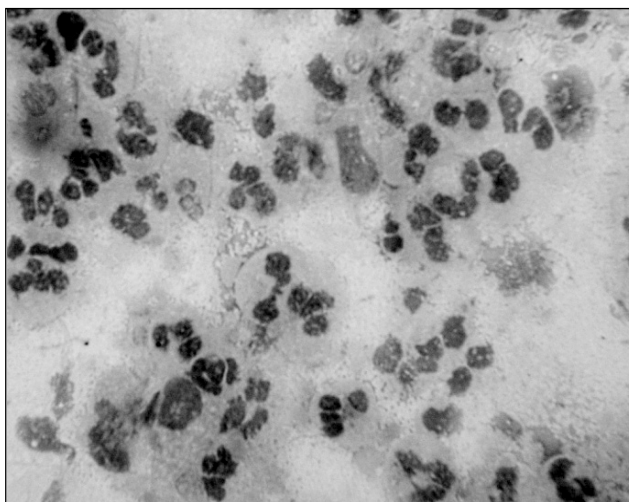


Рис. 2. Цитограма поверхні рани на 2-гу добу після операції (хворий Г., мед. картка №11480, група порівняння). Численні нейтрофіли та макрофаги з ознаками незавершеного фагоцитозу. Колонії бактерій. Забарвлення гематоксилін-еозином. $\times 400$

На 4-ту добу після операції в цитограмах основної групи кількість нейтрофілів зменшилася до 45—50%. Були поодинокі мікробні колонії, збільшилася кількість полібластів та фібробластів (до 35%). Число макрофагів збільшилося до 10%, у більшості випадків відзначали завершений фагоцитоз. Вищезазначене свідчить про переважання запально-регенеративних процесів у рані (рис. 3).

У цитограмі групи порівняння переважали нейтрофіли — до 60%, макрофаги — 5—10%, лімфоцити, фібробласти, полібласти — 25%, виявляли окремі групи бактерій. На 7-му добу в цитограмах контрольної групи вміст нейтрофілів — 50—55%, кількість про- і фібробластів, полібластів збільшилася до 40%, відзначали завершений фагоцитоз, незначну кількість мікрофлори.

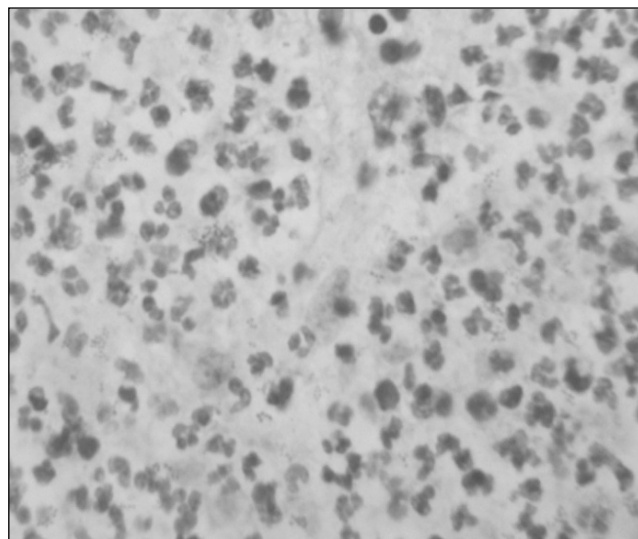


Рис. 3. Цитограма поверхні рани на 4-ту добу після операції (хворий Р., основна група). Виражена дегрануляція базофілів тканин. Забарвлення толуїдиновим синім. $\times 125$

У цитограмах основної групи кількість нейтрофілів зменшилася до 35—40%, переважали клітини грануляційної тканини (про- і фібробласти, макрофаги, ендотелії, полібласти), поодинокі еозинофіли, множинні клітини епітелію, мікрофлора відсутня.

Отримані результати свідчать, що використання електрофорезу в комплексному лікуванні ЕКХ сприяє прискоренню загоєння післяопераційних ран.

Висновки

1. На 2-гу добу після операції в основній та групі порівняння на цитограмах у полі зору знаходили велику кількість нейтрофілів (80—90%), лімфоцити та моноцити становили 10%, макрофаги — 1—2%, виражена мікрофлора, відзначали ознаки незавершеного фагоцитозу.

2. На 4-ту добу після операції в цитограмах основної групи кількість нейтрофілів зменшилася до 45—50%, у групі порівняння — до 60%, збільшилася кількість полібластів та фібробластів (до 35%), відповідно у групі порівняння — 25%, відзначалися поодинокі мікробні колонії, у більшості випадків — завершений фагоцитоз.

3. На 7-му добу в основній групі кількість нейтрофілів зменшилася до 35—40%, переважали клітини грануляційної тканини (про- і фібробласти, макрофаги, ендотелії, полібласти), поодинокі еозинофіли, множинні клітини епітелію, мікрофлора відсутня, а в цитограмах контрольної групи вміст нейтрофілів становив 50—55%, кіль-



кість про- і фібробластів, полібластів — 40%, відзначали завершений фагоцитоз, незначну кількість мікрофлори.

4. Використання електрофорезу в комплексному лікуванні ЕКХ сприяє прискоренню загоєння післяопераційних ран.

Перспективи подальших досліджень. Перспективи наукового пошуку полягають у виборі адекватного комплексного лікування та ведення хворих у післяопераційному періоді з використанням внутрішньотканинного електрофорезу на основі отриманих даних для покращення результатів лікування даної патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воробей А.А. Оптимизация лечения эпителиального копчикового хода, осложненного абсцессом / А.А. Воробей, М.И. Римжа, В.Л. Денисенко // Колопроктология. — 2005. — № 3. — С. 3—7.

2. Грубник В.В. Оптимизация лечения осложненного эпителиального копчикового хода с применением углекислого лазера / В.В. Грубник, Г.А. Бахар // Клінічна хірургія. — 2003. — № 11. — С. 11.

3. Даценко Б.Н. Острое нагноение эпителиального копчикового хода / Б.Н. Даценко. — Харьков: Прапор, 2006. — 160 с.

4. Муртазаев Т.С. Отдаленные результаты лечения эпителиального копчикового хода / Т.С. Муртазаев, В.И. Линченко, М.М. Мудров // Актуальные проблемы колопроктологии: тез. докл. — М., 2005. — С. 113.

5. Применение ромбовидной кожно-подкожной пластики в лечении обширного эпителиального копчикового абсцесса / А.А. Воробей, М.И. Римжа, В.Л. Денисенко [и др.] // Клінічна хірургія. — 2003. — № 11. — С. 37—38.

6. Liboni Nelson de Souza. Preliminary results from 28 cases of pilonidal cyst treated by excision and primary closure of the wound, reinforced with support suturing / Liboni Nelson de Souza, J. Fregnani, T. Humberto // Einstein. — 2007. Vol. 5(2). — P. 148—152.

7. McCallum I. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus / I. McCallum, P. King, J. Bruce // The International Journal of Lower Extremity Wounds. — 2007. — Vol. 6(4). — P. 300—301.

8. Pilonidal disease simple pathogenesis but complex management / M. Hassan, A. Refaat, A. Aiad [et al.] // The Egyptian Journal of Hospital Medicine. — 2007. — Vol. 29. — P. 726—731.

ХОД ЗАЖИВЛЕНИЯ РАНЫ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗРАБОТАННОГО КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ФОРМ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ

*А. Г. Ифтодий, О. Б. Русак,
Б. С. Русак, Л. В. Бесединская*

THE MOTION OF HEALING OF WOUND AT APPLICATION OF THE DEVELOPED SURGICAL TREATMENT OF PURULENT FORMS OF EPITHELIAL COCCYGEAL PASSAGES

*A. G. Iftodij, O. B. Rusak,
B. S. Rusak, O. V. Besedinska*

Резюме. С целью оценки заживления ран у больных с эпителиальными копчиковыми ходами в послеоперационном периоде выполняли цитологическое исследование мазков-отпечатков из поверхности раны по методу М. Ф. Камаева. Для этого проводили цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности раны на 2, 4 и 7-е сутки после операции.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, внутритканевый электрофорез, цитологическое исследование.

Summary. For the purpose of an estimation of healing of wounds at patients with epithelial coccygeal passages in the postoperative period carried out the cytological research of smears-prints from the surface of wound after the method of Kamaev M.F. For this purpose carried out cytological research of strokes-imprints from the surface of wound on 2, 4 and 7 day after operation.

Key word: epithelial coccygeal passages, interstitial an electrophoresis, cytologic research.