

Вплив електричного поля постійного струму на лікування нагнійних форм епітеліальних куприкових ходів

А.Г. ІФТОДІЙ, О.Б. РУСАК

Буковинський державний медичний університет

INFLUENCE OF ELECTRIC FIELD OF DIRECT CURRENT ON TREATMENT OF PURULENT FORMS OF EPITHELIAL COCCYGEAL PASSAGES

A.H. IFTODIY, O.B. RUSAK

Bucovynian State Medical University

Проведено ретроспективний аналіз 88 історій хвороб пацієнтів з різними формами епітеліальних куприкових ходів, у 17 хворих із них апробовано розроблений нами метод лікування нагнійних форм епітеліальних куприкових ходів (ЕКХ) на основі мікродренуючої елімінаційної електролізисної санації гнійної порожнини та перифокального запалення з метою попередження гнійно-запальних ускладнень у післяопераційному періоді. Застосування даної методики дозволило скоротити термін перебування хворих у стаціонарі: на 5,4 доби у хворих, яким проводили розкриття гнійника, та на 4,5 доби у хворих після проведеного радикального висічення ЕКХ.

Retrospective analysis of 88 medical records of patients with different forms of epithelial coccygeal passages was carried out, in 17 patients of them was used the developed method of treatment of purulent forms of epithelial coccygeal passages (ECP) on the basis of microdraining elimination electrolysis sanation of the suppurative cavity and perifocal inflammation with the purpose of prevention of pyo-inflammatory complications in postoperative period. Application of this method allowed to reduce the terms of patients' staying in the hospital on 5,4 days for patients in which the opening of abscess was conducted and on 4,5 days for patients after the conducted radical surgical procedure of ECP.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Епітеліальний куприковий хід (ЕКХ) – захворювання, від якого страждає 5-7 % дорослого населення найбільш працездатного віку, займає в структурі хвороб проктологічних стаціонарів четверте місце після парапроктиту, геморою і анальної тріщини [1, 2, 6]. Хірургічна важливість даної проблеми обумовлена відсутністю загальноприйнятої тактики лікування епітеліальних куприкових ходів, результати якого залишаються незадовільними: частота післяопераційних ускладнень становить від 4,2 до 25 %, а рецидиви виникають в 1,6-28 % випадків (Бхимани И.К., 1997; Рудин Э.П., Дубов С.Б., 1996; Kudaka V., 1999) [3, 4]. Поява ускладнень пов'язана з тим, що велику кількість паліативних операцій виконують по шляху розкриття гнійника [7, 9].

На сучасному етапі радикального хірургічного лікування хворих з нагноєнням ЕКХ існує 3 основні способи оперативного втручання, але висновки хірургів щодо ефективності кожного з них не однозначні. Оптимальною, на наш погляд, є двохетапна операція, спрямова-

на на санацію гнійника з наступним комплексним лікуванням його до стихання запального процесу та радикальну операцію видалення ЕКХ через кілька днів після санації [5, 8, 10].

Мега роботи: покращення результатів оперативного лікування ускладнених форм епітеліальних куприкових ходів за рахунок розробки та впровадження нових методів передопераційної підготовки на основі мікродренуючої елімінаційної електролізисної санації гнійної порожнини та перифокального запалення.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 88 історій хвороб пацієнтів з різними формами епітеліальних куприкових ходів, які перебували на стаціонарному лікуванні в лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівців. З них – 67 (76,14 %) чоловіків та 21 (28,86 %) жінка. Співвідношення жінок і чоловіків становило 1:3,19. Вік хворих коливався в межах від 17 до 58 років. Середній показник віку склав 26,29 років, у тому числі серед жінок – 23,36 років, чоловіків – 27,25 років. Розподіл хворих за віком і статтю наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих за віком і статтю

Стать	Вік (роки)					Разом
	до 20	21-30	31-40	41-60	> 60	
Чоловіки	18 20,45 %	32 36,36 %	13 14,77 %	4 4,55 %	0 0	67 76,14 %
Жінки	11 12,5 %	7 7,95 %	3 3,41 %	0 0	0 0	21 28,86 %
Всього	29 32,95 %	39 44,32 %	16 18,18 %	4 4,55 %	0 0	88 100 %

З даної кількості хворих у 17 (основна група) проводили комплексне лікування за розробленою нами методикою із застосуванням передопераційної підготовки на основі мікродренуючої елімінаційної електролізисної санації гнійної порожнини та перифокального запалення, в 61 (група контролю) методи передопераційної підготовки та лікування в післяопераційному періоді були традиційними.

До I підгрупи групи контролю віднесено 32 хворих з ЕКХ, яким проводили тільки паліативне лікування, що полягало в розкритті та дрениванні гнійника. Дана група становила 36,36 % від загальної кількості клінічних спостережень. Хворі отримували знеболювальні, антибактеріальні засоби, їм проводили перев'язки та фізіотерапевтичні процедури (УВЧ, УФО), а також симптоматичну терапію.

До II підгрупи групи контролю віднесено 39 хворих з ЕКХ, яким проводили операцію радикального висічення ЕКХ, що становило 44,32 % від загальної кількості клінічних спостережень. Хворі в післяопераційному періоді отримували лікування за загальноприйнятою методикою.

До I підгрупи основної групи включено пацієнтів (8 осіб, 9,09 %), щодо яких застосовано розроблений нами спосіб передопераційної

підготовки на основі мікродренуючої елімінаційної електролізисної санації гнійної порожнини та перифокального запалення. До II підгрупи основної групи ввійшло 9 хворих (10,23 %), яким в післяопераційному періоді проводили внутрішньотканинний електрофорез.

Розподіл хворих з ЕКХ за статтю представлено в таблиці 2.

Середній ліжко-день перебування хворих в основній групі підгрупа (I) – 15,65 днів, чоловіків – 15,83 днів, жінок – 15,5, в підгрупі (II) – 17,3 днів, чоловіків – 17,3, жінок – 17,34. В групі порівняння підгрупа (I) – 10,25, 9,83 і 11,5 днів відповідно, в підгрупі (II) – 12,8.

Морфологію ранового процесу вивчали з використанням цитологічних (метод досліджень ранових відбитків за М.П. Покровською, 1942) досліджень, визначення площі та швидкості загоєння рани за методикою Л.Н. Попової (1942). Дослідження цитологічної картини мазків-відбитків з ран показали, що при нагноєних формах ЕКХ цитограма мала некротичний характер. При лікуванні хворих за загальноприйнятою методикою мазок-відбиток відповідав дегенеративно-запальному типу цитограми, а при використанні запропонованої нами методики – запальному типу мазка.

Таблиця 2. Розподіл хворих з ЕКХ за статтю

Клінічні групи	Жінки		Чоловіки		Загалом		Співвідношення жінки / чоловіки
	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%	абс. к-ть	%	
Основна група	19	21,59	52	59,09	71	80,68	1:2,74
перша (I) підгрупа	9	10,23	23	26,14	32	36,37	1:2,56
друга (II) підгрупа	10	11,36	29	32,95	39	44,31	1:2,9
Група порівняння	2	2,27	15	17,05	17	19,32	1:8,5
підгрупа (I)	2	2,27	6	6,82	8	9,09	1:3,41
підгрупа (II)	0	0	9	10,23	9	10,23	1:9
Всього	21	23,86	67	76,14	88	100	1:3,19

Результати досліджень та їх обговорення. Бактеріологічні дослідження підтвердили високий рівень кількості мікроорганізмів у рані при гнійних формах епітеліальних купчиккових ходів. У результаті проведених мікробіологічних досліджень виділено та ідентифіковано культури мікроорганізмів, які відносять до 7 видів 5 таксономічних груп. Золотистий стафілокок виділено у 55,27 % хворих, ентеробактерії (ешерихії, протей) – у 37,55 %, піогенний стрептокок – у 10,13 %, епідермальний стафілокок та псевдомонади – у 2,95 %. У 86,91 % хворих виділено монокультури золотистого стафілокока, ешерихій, мірабільного протей та інших видів мікроорганізмів. У 13,09 % хворих збудники були виділені у вигляді асоціацій. Висіяна мікрофлора виявилася найбільш чутливою до антибіотиків цефалоспоринового ряду, амікацину, гентаміцину.

Обробка гнійно-некротичного вогнища на основі мікродренуючої елімінаційної електролізисної санації гнійної порожнини та перифокального запалення дозволила зменшити ступінь мікробної контамінації на 4 порядки, що певною мірою свідчить про адекватність методики. У подальшому локально впливали на рану з використанням антисептиків та проведенням сеансів внутрішньотканинного електрофорезу. У хворих на 3 добу зникали біль,

виділення з рани, на 6 добу рана заповнювалася грануляціями.

Середню тривалість стаціонарного лікування вдалося зменшити на 5,4 ліжко-дні в першій підгрупі й на 4,5 ліжко-дні в другій підгрупі відносно хворих групи порівняння при використанні розробленої методики передопераційної підготовки хворих.

Висновки. 1. Константними мікроорганізмами гнійного ексудату та перифокальних тканин у хворих з нагноєними формами ЕКХ є золотистий стафілокок (55,27 %) та умовно-патогенні ешерихії (37,55 %), в 13,09 % – у вигляді асоціації.

2. Використання електричного поля постійного струму густиною 0,01-0,025 мА/см² знижує адсорбцію життєздатних клітин золотистого стафілокока та інших мікроорганізмів, пришвидшує їх елімінацію з вогнища запалення та перифокальних тканин, зменшує бактеріальну контамінацію та сприяє покращенню регенерації ран.

3. Впровадження розробленого способу лікування дозволило знизити середні терміни очищення гнійної порожнини, прискорити розвиток грануляційної тканини та скоротити терміни лікування хворих на (5,4±1,28) і (4,5±1,12) днів у даних підгрупах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алекперов Э.Э., Коплатадзе А.М., Проценко В.М. и др. Тактика и методы хирургического лечения острого нагноения эпителиального копчикового хода // Актуальные проблемы колопроктологии. IV Всероссийская конференция с международным участием: Тезисы докладов. – Иркутск, 1999. – С. 81-82.
2. Даценко А.Б., Головаха В.Н., Або Гали Мохаммад. Новый способ хирургического лечения острого нагноения эпителиального копчикового хода // Хирургия України. – 2003. – № 2 (6). – С. 81-85.
3. Дубов С.Б. Результаты оперативного лечения воспаления эпителиальных копчиковых ходов // Актуальные вопросы клинической хирургии. – Пермь, 1993. – С. 63-65.
4. Дульцев Ю.В., Рывкин В.Л. Эпителиальный копчиковый ход. – М.: Медицина, 1988. – Вып. 16. – С. 62-63.
5. Іфтодій А.Г. Вплив електричного поля постійного стру-

- му на госпітальну мікрофлору // Клін. хірургія. – 1998. – № 3. – С. 26-27.
6. Рудин Э.П. Лечение эпителиального копчикового хода // Хирургия. – 1996. – № 6. – С. 73-74.
7. Чупрына В.В. Радикальное лечение нагноившегося эпителиального копчикового хода и кисты крестцово-копчиковой области // Клин. хирургия. – 1993. – № 1. – С. 25-26.
8. Bascom John, MD, PhD; Bascom Thomas, MD Failed pilonidal surgery // Arch Surg OCT 2002. – Vol. 137. – P. 1146-1150.
9. Karydakis G. New approach to problem of pilonidal sinus // Lancet. – Vol. 2. – P. 1414.
10. Kitchen P.R.B. Pilonidal Sinus: Excision and Primary Closure with a Lateralised Wound – the Karydakis Operation // N.Z. J. Surg. – 1981. – 52. – P. 302-305.