ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО

ЛІКУВАННЯ ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО КУПРИКОВОГО ХОДУ

Росул М.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської

підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова: епітеліальний куприковий хід, хірургічне лікування.

Вступ. Епітеліальний куприковий хід (ЕКХ) при масових обстеженнях

практично здорових людей виявляється в 3-5% випадків. У проктологічних

стаціонарах ЕКХ і його ускладнення займають четверте місце в структурі всіх

захворювань після геморою, парапроктиту і анальної тріщини. Більше половини

всіх хворих, прооперованих з приводу ЕКХ, – пацієнти віком до 30 років. Багато

з них не отримують своєчасної та адекватної хірургічної допомоги. Це, як

правило, пов'язано з недостатнім знайомством хірургів з дослідженнями з даної

теми, що призводить до вибору неправильної лікувальної тактики та методу

операції і, як наслідок, до ускладнень і рецидивів захворювання у 6-30%,

нагноєння і переходу захворювання в хронічну форму перебігу в 10-30%

оперованих.

Мета: провести порівняльний аналіз пропонованих методів операційного

лікування епітеліального куприкового ходу і дати їм клінічну оцінку.

Матеріали та методи: аналіз даних 27 проспективних клінічних

досліджень, аналіз баз даних PubMed.

Результати. Рецидив ЕКХ нині не пов’язують із залишеною частиною

синусового ходу, а пояснюють новим захворюванням в результаті залишеної

118

анатомічної передумови вростання волосся по серединній міжсідничній лінії.

Численні дослідження показали перевагу використання клаптевих методів

закриття рани після висічення куприкових ходів поза серединною лінією

(Limberg, Karydakis, Cleft Lift Procedure та ін.) над первинним зашиванням рани.

Це зменшує частоту рецидивів, нагноєнь та розходжень ран, зменшує

післяопераційний біль. У випадку повторних операцій рекомендується вико-

ристовувати тільки клаптеві методи закриття рани. Не рекомендується вико-

ристання електрокоагуляції та використання адреналіну з метою інтра-

операційного гемостазу в зв’язку з збільшенням частоти гнійних ускладнень.

Нема достовірної різниці між висіченням ЕКХ з первинним зашиванням рани та

без зашивання. В гострій фазі рекомендується з розкриттям гнійника вико-

нувати обов’язковий кюретаж рани. Це зменшує частоту рецидиву та дозволяє

уникнути повторної операції. Порівняння клаптевих методів завершення

операції показало відсутність достовірної різниці в післяопераційних

ускладненнях та рецидивів між різними видами операцій.

В той час відсутні рандомізовані дослідження по використанню антибіотиків

з метою попередження інфекційних ускладнень.

Висновки. Операцією вибору при гострій фазі епітеліального куприкового

ходу є розтин гнійника з обов’язковим кюретажем рани. Методом вибору

завершення операції висічення куприкового ходу є один із клаптевих методів,

що зменшить частоту рецидивів, інфекційних у