

України в період с 1999 до 2009 года. Определена частота возникновения, структура и основные причины развития воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: воспалительные заболевания, челюстно-лицевая область, неодонтогенные и одонтогенные воспалительные процессы

The results of the medical treatment of the patients with fleamatory diseases in the jaw-facial area, problems and perspectives

**I. FEDIRKO, S. KOZLOVSKIY, P. SHMIDT,
O. NESTERENKO, O. KOZLOVSKAYA**

Summary. *In the article covers the work of the clinic of jaw-facial surgery and stomatology of the main military medical clinical center of «mmkg» md of ukraine in the term from 1999 to 2009 years. The frequency of occurrence, structure and main reasons of the fleamatory deseases progress in jaw-facial area is find.*

Key words: *fleamatory deseases, jaw-facial area.*

УДК 616.5-006.2: 617.559:616-089

Результати одноетапного хірургічного лікування нагноєних пілонідальних кіст крижово-куприкової ділянки

Є.В. ЦЕМА, О.І. УМАНЕЦЬ, Ф.І. ГРАБОЛЮК

Резюме. *В статті представлені віддалені результати лікування 82 пацієнтів з нагноєними пілонідальними кістами крижово-куприкової ділянки з використанням різних методів ушивання післяопераційної рани. Контрольну групу склали 35 (42,7%) пацієнтів з нагноєними пілонідальними кістами крижово-куприкової ділянки, яким було виконано радикальне висічення кіст з підшиванням країв шкірної рани до її дна. В дослідну групу увійшло 47 (57,3%) пацієнтів, яким було виконано радикальне висічення кіст з первинним ушиванням рани за допомогою запропонованого нами способу – модифікованого вертикального 8-подібного вузлового адаптуючого шва. В контрольній групі виникли наступні ускладнення у 6 (17,1%) хворих – нагноєння післяопераційної рани, у 3 (8,6%) – прорізання швів з первинним розходженням країв післяопераційної рани, у 7 (20,0%) – вторинне розходження країв рани, у 2 (5,7%) – рецидив пілонідальної кісти. В дослідній групі у 2 (4,3%) пацієнтів виникло часткове розходження країв післяопераційної рани, яке не потребувало її додаткового ушивання.*

Ключові слова: *пілонідальна кіста, хірургічне лікування, результати лікування.*

Пілонідальна кіста виявляється у 2–5% дорослого населення. В фаховій літературі можна знайти низку синонімів цієї нозології: епітеліальний куприковий хід, епітеліальна кіста куприка, епітеліальний свищ, занурення крижово-куприкової області, дермоїдна кіста куприка, секвестральний дермоїд. У вітчизняній літературі найбільшого поширення набув термін

«епітеліально-куприковий хід» [4], а в зарубіжній літературі – «pilonidal sinus». У структурі проктологічних захворювань пілонідальні кісти складають до 8,5% [8]. На пілонідальні кісти чоловіки хворіють у 2–3 рази частіше, ніж жінки. Найчастіше клінічні прояви пілонідальної кісти виявляються до 16–25 років, коли починають посилено функціонувати залози внутрішньої секреції і шкірний епітелій. На сьогодні дискутуються декілька теорій виникнення пілонідальних кіст. Найпоширенішою є вроджена закладка епітеліально-куприкового ходу, як результат неповної редукції хвоста у людини, а саме, м'язів-підймачів хвоста [6]. I. Ashoff (1895). Н. Stone (1924) показав, що в процесі розвитку ембріона людини, відбувається фіксація шкіри у верхівки куприка, що при зростанні хребетного стовпа і розвитку підшкірної жирової клітковини викликає занурення ділянки шкіри в області куприка. S. Fox (1935) виявив таку «пілонідальну тріщину» у ембріона 29–30 тижнів. За даними F. Mallori (1892) тракцію занурення ділянки шкіри здійснює залишок хорди, що перетворюється на щільну зв'язку. У 1903 році Н.Н. Петров висловив думку, що субстратом натягнення є так звана хвостова зв'язка – продукт неповної редукції м'язових і сполучнотканинних елементів хвоста [1, 2]. Пізніше F. Oehlecker (1926) та S. Fox (1935) показали, що в процесі розвитку зародка дистальні куприкові хребці редукуються, а хвостові м'язи перетворюються на куприкову зв'язку, що йде від верхівки куприка до шкіри міжсідничної складки. Якщо ця зв'язка досить виражена, то вона проявляє тракційну дію, тобто фіксує ділянку шкіри над куприком [4, 5].

Основною причиною гострого нагноєння пілонідальної кісти є порушення дренажу через первинний отвір, сприяючими чинниками можуть бути переохолодження, мікротравми, недотримання елементарних правил гігієни [3, 5]. В результаті, вміст шкірного каналу нагноюється з утворенням запального інфільтрату або стінки ходу розплавляються і гнійний процес переходить на навколишню клітковину – формується абсцес. При цьому, гнійник майже ніколи не локалізується по серединній лінії (цьому перешкоджає щільна сполучнотканинна зв'язка), а розташовується з одного або по обидві сторони від куприка.

Вперше гостре нагноєння епітеліально-куприкового ходу описав в 1847 році Andersson, а в 1854 році J. Warren дав рекомендації по його хірургічному лікуванню.

В запропонованому дослідженні проаналізовані результати одно етапного хірургічного лікування пацієнтів з нагноєними пілонідальними кістами крижово-куприкової ділянки з використанням різних методів ушивання післяопераційної рани.

Мета дослідження – порівняти результати лікування пацієнтів з нагноєними пілонідальними кістами крижово-куприкової ділянки в залежності від методики ушивання післяопераційної рани.

Матеріали і методи

У відділенні загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру в період з 2005 по 2008 рік проходили лікування 82 пацієнти з нагноєними пілонідальними кістами крижово-куприкової ділянки. Контрольну групу склали 35 (42,7%) пацієнтів з нагноєними пілонідальними кістами крижово-куприкової ділянки, яким було виконано радикальне висічення кіст з підшиванням країв шкірної рани до її дна (по типу мурсупілізації) [1]. Середній вік пацієнтів контрольної групи становив $29,6 \pm 3,2$ років, при чому більшість хворих (33 або 94,3%) були чоловічої статі. В дослідну групу увійшло 47 (57,3%) пацієнтів, яким було виконано радикальне висічення кіст з первинним ушиванням рани за допомогою запропонованого нами способу – модифікованого вертикального 8-подібного вузлового адаптуючого шва [7]. Середній вік пацієнтів дослідної групи склав $31,5 \pm 4,8$ років, при чому більшість хворих (43 або 91,5%) були чоловічої статі.

Для виконання хірургічних втручань ми використовували спинно-мозкову анестезію, а за наявності протипоказань до проведення провідникової анестезії використовували внутрішньовенний наркоз. Місцеве знеболення при радикальному хірургічному лікуванні нагноєних пілонідальних кіст ми не використовували, так як інфільтраційна анестезія не забезпечує достатнього анестезуючого ефекту, а введення у великій кількості в м'які тканини анестетик посилює тяжкість місцевих мікроциркуляторних порушень. Висічення пілонідальних кіст проводили в положенні хворого на животі, або боковому стабілізованому положенні. Перед висіченням пілонідальних кіст обов'язково виконували профарбовування всіх її елементів з допомогою розчину діамантового зеленого та 3% розчину перекису водню. Обов'язково проводили введення барвника як в первинний так і у вторинні норицеві отвори. Висічення пілонідальних кіст проводили в межах профарбованих тканин з використанням монополярної електрокоагуляції.

Результати та їх обговорення

Результати лікування простежені до 1 року. В післяопераційному періоді у хворих контрольної групи виникли наступні ускладнення: у 6 (17,1%) хворих – нагноєння післяопераційної рани, у 3 (8,6%) пацієнтів відзначено прорізання швів з первинним розходженням країв післяопераційної рани, у 7 (20,0%) хворих після зняття швів відзначено вторинне розходження країв рани, в наслідок чого рана загоювалася вторинним натягом з утворенням грубого післяопераційного рубця; у 2 (5,7%) пацієнтів виник рецидив пілонідальної кісти. Хворі контрольної групи з первинним розходженням країв післяопераційної рани оперовані повторно – виконано накладання пізніх вторинних швів, а хворим з рецидивами основного захворювання виконано повторне висічення кіст крижово-куприкової ділянки. В дослідній групі у 2 (4,3%) пацієнтів в

післяопераційному періоді ми відзначили часткове розходження країв післяопераційної рани, яке не потребувало її додаткового ушивання та не призвело до формування грубого післяопераційного рубця. Таким чином, кількість рецидивів та ускладнень в післяопераційному періоді в контрольній групі було достовірно ($p < 0,05$) більше, порівняно з такими в дослідній групі хворих.

Висновок

Використання запропонованого способу ушивання післяопераційної рани після радикального висічення нагноєних пілонідальних кіст дозволяє достовірно ($p < 0,05$) покращити результати одноетапного лікування таких хворих.

Література

1. Ан В.К. Неотложная колопроктология / В.К. Ан, В.Л. Ривкин. – М.: Медпрактика, 2003. – 144 с.
2. Данилов Т.З. Лечение эпителиально-копчикового хода / Т.З. Данилов // Проблемы колопроктологии. – М., 2000. – вып. 17. – С. 63.
3. Дульцев Ю.В. Модификация радикальной операции при гнойных осложнениях эпителиального копчикового хода / Ю.В. Дульцев, В.Л. Ривкин, А.К. Эфенджян // В кн.: Эпителиальный копчиковый ход. – М., 1988. – С. 86–93.
4. Дульцев Ю.В. Эпителиальный копчиковый ход / Ю.В. Дульцев, В.Л. Ривкин. – М., 1988. – 128 с.
5. Ермолов А.С. Оперативное лечение нагноившихся врожденных эпителиальных погружений крестцово-копчиковой области / А.С. Ермолов, А.А. Кутин, Ш.Г. Харашвили и др. // Вестник хирургии. – 1990. – № 7. – С. 53–54.
6. Назаров Л.У. Эпителиальные ходы и гнойничковые поражения крестцово-копчиковой области и промежности / Л.У. Назаров, А.К. Эфенджян, Р.А. Амбарцумов. – Ереван, 1990. – 144 с.
7. Патент на корисну модель № 41933 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування шва при радикальному хірургічному лікуванні нагноєних кіст крижово-куприкової ділянки / В.Г. Мішалов, Є.В. Цема, О.І. Уманець, В.С. Нечай; заявл. 18.03.09; опубл. 10.06.09, Бюл. № 11.
8. Семионкин Е.И. Колопроктология / Е.И. Семионкин. – 2004. – С. 84.
9. Федоров В.Д. Клиническая оперативная колопроктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев. – 1994. – С. 114.

Результаты одноэтапного хирургического лечения нагноившихся пилонидальных кист крестцово-копчиковой области

Е.В. ЦЕМА, Е.И. УМАНЕЦ, Ф.И. ГРАБОЛЮК

Резюме. В статье представлены отдаленные результаты лечения 82 пациентов с нагнаивающимися пилонидальными кистами крестцово-копчиковой области с использованием разных методов ушивания послеоперационной раны. Контрольную группу составили 35 (42,7%) пациентов с нагноившимися пилонидальными кистами крестцово-копчиковой области, которым было выполнено радикальное иссечение кисты с

подшиванием краев кожной раны к ее дну. В исследуемую группу вошло 47 (57,3%) пациентов, которым было выполнено радикальное иссечение кисты с первичным ушиванием раны с помощью предложенного нами способа – модифицированного вертикального 8-образного узлового адаптирующего шва. В контрольной группе возникли следующие осложнения у 6 (17,1%) пациентов – нагноение послеоперационной раны, у 3 (8,6%) – прорезание швов с первичным расхождением краев послеоперационной раны, у 7 (20,0%) – вторичное расхождение краев раны, у 2 (5,7%) – рецидив пилонидальной кисты. В исследуемой группе у 2 (4,3%) пациентов возникло частичное расхождение краев послеоперационной раны, которое не требовало ее дополнительного ушивания.

Ключевые слова: пилонидальная киста, эпителиально-копчиковый ход, результаты лечения.

Results of one-phase surgical treatment of suppurated pilonidal sinus of sacrococcygeal area

E.V. TSEMA, O.I. UMANETS, F.I. GRABOLUK

Summary. *The long-term results of treatment of 82 patients with suppurated pilonidal sinus of sacrococcygeal area with the used of different methods of inseaming of postoperational wound are presented in this article. The control group consist 35 (42,7%) patients with the suppurated pilonidal sinus of sacrococcygeal area which the radical carving of cysts was executed with hemming of skin wound to her bottom. The group of research consist 47 (57,3%) patients which the radical carving of cysts was executed with the primary inseaming of wound by means of the method offered by us entered in the experienced group – modified vertical 8-similar key adapting guy-sutures. Patients from the control group had next complications: 6 (17,1%) patients are suppurations of postoperational wound, 3 (8,6%) patients – the running-through of guy-sutures is marked with primary divergence of edges of postoperational wound, 7 (20,0%) – sick after a removal guy-sutures, in investigation what a wound healed over a secondary pull, 2 (5,7%) – relapse of pilonidal sinus. In the group of research 2 (4,3%) patients hed partial divergence of edges of postoperational wound, which did not need her additional inseaming.*

Key words: *pilonidal sinus, ephithelial-coccygeal motion, results of treatment.*

УДК: 614.2/615.851.859+617.7/(477):001.5

Клінічні та економічні результати надання висококваліфікованої стаціонарної хірургічної офтальмологічної допомоги сільському населенню в умовах комунального міського медичного закладу

О.М. ЧЕРЕМУХІНА

Резюме. *Значна обмеженість доступу мешканців сільської місцевості до високоякісної медичної допомоги, яка викликана значним ресурсним дефіцитом системи охорони здоров'я на селі, призвела до пошуку альтернативних можливостей реалізації цієї допомоги [1–3].*

Ключові слова: *офтальмологічна патологія, медична допомога, фінансування, якість, доступність, сільське населення, Україна.*