

Наиболее четкие тени мы наблюдали при поражении протоков, расположенных поверхностно и в верхне-наружном квадранте. Все большие были прооперированы. При гистологическом исследовании у 2 больных был выявлен внутрипротоковый рак и у 3 — внутрипротоковые аденопапилломы.

Диффузный фиброаденоматоз в условиях проходящего света дает скудную информацию. Отмечается равномерное незначительное просветление. Сосуды молочной железы расширены и извиты. Иногда в центральных отделах молочной железы проматриваются грубые тяжевидные образования, представляющие затемнения неправильной формы.

Кисты молочной железы при трансиллюминации не контрастируются. Для более детального изучения структуры, величины и взаимоотношения с соседними тканями нами предложена методика искусственного контрастирования солитарных кист молочной железы с последующим их изучением в проходящем свете. Методика контрастирования кист заключается в следующем: вначале проводят пункцию кисты с эвакуацией ее содержимого. Иглу, введенную в полость кисты, не извлекают, так как используют для последующей инъекции контрастного вещества. В качестве контраста мы использовали индигокармин. Количество контрастного вещества зависит от размеров кисты и объема эвакуированной жидкости. В каждом случае количество контрастного вещества превышало объем извлеченной жидкости на 2—3 мл. Это необходимо для того, чтобы не изменился объем и контуры кисты. Для предотвращения вытекания индигокармина через пункционный канал проводили послойную пункцию: вначале прокалывали кожу, а после ее незначительного смещения — стенку кисты. Количество индигокармина колебалось от 4 до 10 мл. После введения контрастного вещества проводили просвечивание молочной железы по описанной методике. В конце исследования введенный контраст подлежит эвакуации с последующим промыванием кисты раствором фурациллина.

Обследовано 10 женщин с кистами молочной железы. Размер кист был от 2 до 12 см в диаметре. У каждой больной вначале проводили диагностическую пункцию, во время которой уточняли природу заболевания и брали 1—2 мл содержимого кисты для цитологического исследования. Кисты молочной железы в условиях искусственного контрастирования предстают в виде четкой и интенсивной тени. Размеры тени соответствовали истинным размерам их.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кукин Н. Н. Рефер. научно-исслед. работ АМН. 1949, 49.—2. Cutler M. Surg. Gynec. obstet., 1929, 48, 721—729.

УДК 616.472—089

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

*В. Б. Александров, Т. Т. Камурзаев, В. Л. Ривкин*

*Научно-исследовательская лаборатория по проктологии с клиникой МЗ РСФСР,  
Москва*

Операции по поводу свищей крестцово-копчиковой области на почве эпителиального копчикового хода на первый взгляд не представляют особых трудностей. Они заключаются в иссечении первичного отверстия самого хода и всех вторичных гнойных свищей под контролем фистулографии и интраоперационной маркировке гнойных ходов метиленовой синью. Однако после удаления всего кожного лоскута часто остается большая рана, ушить которую наглухо или даже частично бывает довольно трудно и которая заживает длительно, давая в определенном проценте случаев рецидивы или повторные нагноения. Кроме того, большие плотные рубцы, особенно после неоднократных вмешательств, причиняют больным много неудобств, легко травмируются, вызывают боли, подчас сильные и постоянные, вплоть до возникновения синдрома фантомных болей.

В предыдущие годы в клинике разрабатывался и широко применялся глухой шов раны после иссечения эпителиального копчикового

хода и свищей [2, 3]. Следует сказать, что этот метод требует скрупулезного проведения послеоперационного периода с обязательной сменой спиртовых повязок на швах 2 раза в день и длительной задержки стула. Но даже самое тщательное ведение послеоперационного периода при глухом шве раны дает довольно большой процент рецидивов или гнойных осложнений (в среднем 5,5%). Кроме того, глухое ушивание раны не годится при наличии нескольких свищей, расположенных далеко один от другого. В связи с этим в последние годы наша клиника перешла на частичное ушивание раны после иссечения копчикового хода и его вторичных свищей. Однако и этот метод нас также не удовлетворил. За последние 3 года, а в эти годы в клинику поступало наибольшее количество таких больных, частота рецидивов и осложнений не только не уменьшилась, но даже несколько возросла (см. табл.).

**Результаты хирургического лечения гнойных осложнений эпителиального копчикового хода с частичным ушиванием раны**

Год	Всего оперировано	В том числе радикально	Число больных, у которых прослежены отдаленные результаты	Рецидив	Осложнения
1967	110	99	90	5(5,5%)	3(3,3%)
1968	151	140	120	7(5,8%)	4(3,3%)
1969	169	164	109	8(7,2%)	9(8,2%)
Всего . . .	430	403	319 (80%)	20 (6,2%)	16 (5%)

На основании нашего опыта, который к настоящему времени превышает 1000 наблюдений, можно сказать, что у основного числа больных с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода можно применять как глухой шов (в редких случаях, когда нет вторичных свищей либо они расположены по средней линии, высоко над задним проходом), так и иссечение хода и свищей с частичным ушиванием раны. В последнем случае необходим тщательный гемостаз и тампонада (с гипертоническим раствором или с мазью Вишневского), причем тампон следует вводить не в среднюю часть раны, а в ее дистальный конец. Мы пришли к выводу, что отток из глубокой раны в межъягодичной складке при тампоне, введенном в центр или в верхний угол раны, бывает недостаточен, и тогда образуется затек (или затеки), ведущий к рецидиву или к нагноению раны, которая в этом случае заживает очень долго и оставляет грубый, легко травмирующийся рубец.

Что касается больных, у которых операция не дает успеха, то они, как правило, страдают рецидивными свищами после нескольких (по нашим данным, до 8—10) предыдущих неудачных вмешательств, и у них в крестцово-копчиковой области имеется инфильтрат с несколькими свищами, расположенными вдаль один от другого. Если оперировать таких больных обычным способом, то есть иссечь весь пораженный лоскут кожи и подкожной клетчатки и затем стянуть большую рану хотя бы частично, то надежда на стойкое выздоровление весьма сомнительна, не говоря уже о том, что число послеоперационных койко-дней у таких пациентов достигает 40—50 и более. Большая инфицированная (близость заднего прохода!) рана после таких вмешательств заживает, как правило, плохо, с некрозом стенок и дна, и, несмотря на все имеющиеся в нашем арсенале противовоспалительные и стимулирующие средства (антибиотики, ферменты, физиотерапия, перевязки 2 раза в день, общие ванны и т. д.), врач не может быть удовлетворен исходом операции.

В последнее время мы все чаще прибегаем к простому и, на наш взгляд, радикальному вмешательству при осложнениях копчикового хода, которое сводится к рассечению и экономному иссечению самого хода и всех гнойных свищей и затеков с открытым ведением раны.

У нас сейчас 80 таких наблюдений. Операция, действительно, очень упрощается. Под местной анестезией копчиковый ход и свищи маркируют метиленовой синью и рассекают по зонду. Не нужно иссекать большие участки кожи и подкожной клетчатки, а, следуя за окрашенной тканью, постепенно и методично ход и все свищи и затеки раскрыть и очень экономно иссечь рубцы и стенки свищей. Как правило, кровотечение во время этой операции незначительное, и к специальному гемостазу обшиванием сосудов прибегать не приходится. Получившуюся узкую рану (или раны) рыхло тампонируют тонкими лентами с мазью Вишневского. Больным можно не давать опия для задержки стула: при подготовке к операции им очищают кишечник, и этого при условии щадящей диеты после операции всегда хватает для естественной задержки дефекации на 2—3 дня, а большего и не требуется. Больной на 2-е сутки после операции сам идет в ванную и на перевязку, которая заключается в смене мазевого тампона лентой с гипертоническим раствором. Через 4—10 дней больных выписывают на амбулаторное долечивание с чистой гранулирующей раной.

Среднее число послеоперационных койко-дней у больных, оперированных таким способом, равнялось 9 (при глухом шве раны или частичном ее ушивании оно было в пределах 14—16). Главное же, что прельстило нас в простом рассечении хода и свищей,— это возможность полностью избавиться от рецидивов, ибо при ликвидации первичного отверстия хода и всех затеков без всяких швов рецидиву просто неоткуда появиться. Конечно, при описанном способе несколько возрастают сроки амбулаторного долечивания, но, во-первых, маленькая гранулирующая поверхностная рана не мешает работать людям, профессия которых не связана с тяжелым физическим напряжением, а во-вторых, видимо, следует пойти на некоторое удлинение амбулаторного долечивания во имя полной ликвидации рецидивов и осложнений после радикальных операций эпителиального копчикового хода.

При наличии больших и, главное, глубоких гнойных затеков, идущих до надкостницы крестца и копчика, мы прибегаем ко второму способу — иссечению хода и затеков с ушиванием верхнего угла раны и тампонадой нижнего ее отрезка. Несколько удлиняя послеоперационный период долечивания, этот метод радикален и дает стойкое излечение. Из 16 больных, оперированных в 1970 г. этим способом, все поправились, пребывание в стационаре после операции у них длилось в среднем 11 дней, а трудоспособность полностью восстанавливалась в среднем через 36 дней. Учитывая, что у этих больных были глубокие гнойные затеки и что они, как правило, оперированы повторно, следует считать, что данный способ у определенной категории пациентов также должен применяться.

Наконец, в последнее время мы применяем еще одну операцию: после иссечения участков инфицированной и инфильтрированной кожи и подкожной клетчатки края раны частично подшиваются к ее дну. С помощью этого приема площадь раны резко уменьшается и в то же время остается достаточная поверхность для дренирования.

Применение трех описанных оперативных приемов при гнойных осложнениях эпителиального копчикового хода позволит, по нашему мнению, добиться стойкого выздоровления у подавляющего числа больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев А. М. Лекции по проктологии. М., Медицина, 1969.—2. Ривкин В. Л. Эпителиальные ходы копчиковой области. Автореф. канд. дисс., М., 1961.—3. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. Медгиз, М., 1956; Атлас операций на прямой и толстой кишках. Медицина, М., 1968.