

О. І. Михальченко, І. О. Леонов
 Кировоградская областная больница
 Кропивницький, Україна

O. I. Mikhalchenko, I. O. Leonov
 Kirovograd Regional Hospital
 Kropivnitsky, Ukraine

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВЛЮВАНЕ ВТРУЧАННЯ ПРИ ДЕРМОЇДНІЙ КІСТІ УСКЛАДНЕНІЙ МНОЖИННИМИ НОРИЦЯМИ ТА АБСЦЕДУВАННЯМ ПЕРІАНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

The reconstructive-restorative intervention at dermoid cyst complicated of multiple fistulas and abscesses of area perianal

Резюме

Представлено клінічний випадок реконструктивно-відновлювального втручання виконаного з приводу дермоїдної кісти ускладненої множинними норичцями періанальної ділянки. Проведена операція: висічення дермоїдної кісти з норичцями та подальшою пластикою власними тканинами.

Ключеві слова: періанальна ділянка, дермоїдна кіста, норичці, реконструктивно-відновлювальна операція.

Abstract

The clinical case of reconstructive intervention performed on dermoid cyst complicated of multiple fistulas of area perianal is presented. An operation was performed: excision the cyst with fistulas and followed plastic restore its own tissues.

Keywords: perianal area, dermoid cyst, fistula, reconstructive-restorative operation.

ВСТУП

У сучасній літературі публікації стосовно діагностики і лікування хворих на періанальні дермоїдні кісти вельми нечисленні та суперечливі, так як в даний час відсутній єдиний підхід по тактиці ведення таких пацієнтів. Характеристика утворень даної локалізації пов'язана з особливостями анатомічної будови, різноманітністю гістогенетичних форм, а також складним процесом утворення даних кіст, та особливостями їх ембріогенезу.

Дермоїдна кіста являє собою одно- або багатокамерну пухлину зі сполучно-тканинною капсулою, що нагадує шкіру (з середини вистелена багат шаровим плоским епітелієм, іноді з волоссям, потовими і сальними залозами). Порожнина кісти наповнена сальними масами з лусочками епідермісу. Дермоїдну кісту відносять до кістовидних органоїдних тератом. Більш складні за своєю будовою організмодні тератоми (ембріоми) – змішані пухлини, що складаються з елементів всіх трьох зародкових листків (екто-, енто- і мезодерма) та містять безладно переміша-

ні елементи різних тканин і зачатки різних органів (нігті, волосся, зуби і т. д.).

Локалізація тератом різна. Вони можуть розташовуватися позаду кісток, антесакрально, між куприком і прямою кишкою, періанально. Розміри дермоїдних кіст можуть досягати значних розмірів і викликати ускладненість акту дефекації і сечовипускання, можуть перероджуватися у злоякісні новоутворення з схильністю до метастазування. Внаслідок тиску на нервові гілки може виникати больовий синдром. Невеликі дермоїдні кісти можуть виявлятися в параректальній клітковині, ішіоректальному просторі. Органоїдні тератоми м'якої однорідної консистенції, можуть флюктувати, більш щільні – нерівномірну «хрящеву», консистенцію. При нагноєнні дермоїдної кісти може утворитися норичцевий хід.

ВЛАСНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Хворий П. 36 років поступив в плановому порядку в Кировоградську обласну лікарню, в відділення проктології, з попереднім діагнозом складна параректальна норичця.

Хворий тривалий час не звертав уваги на прояви захворювання. В подальшому не одразу оперувався розкривалися періанальні абсцеси без суттєвого покращення стану пацієнта та без одужання. В зв'язку з чим звернувся до лікаря проктолога.

При об'єктивному дослідженні праворуч позаду та попереду від анального каналу численні рубці, нориці з гнійно-серозним виділенням, інфільтрат м'яких тканин, який

розповсюджується в правий ішіоректальний простір де визначається об'ємне утворення щільноеластичної консистенції, малорухоме, помірно болюче.

При ректальному дослідженні – тонус сфінктера збережений, набряк слизової оболонки по передньо-правій, передній напівкожності. На відстані 5–6 см від аноректальної лінії на 10 годинах з слизової, візуально не зміненої оболонки, визначається ріст волосся (рис.1).

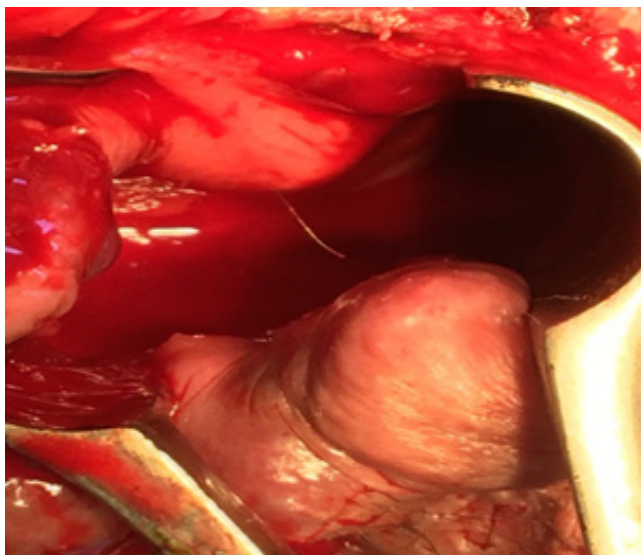


Рис. 1. Ріст волосся з незміненої слизової оболонки прямої кишки

Після комплексного клініко-лабораторного обстеження хворого була виконана операція: висічення дермоїдної кісти з норицями з подальшою пластикою власними тканинами та первинною пластикою сфінктера вікрілом. При виділенні нориць широко використовували електрокоагуляцію та зварювання тканин. Особливо в підслизовому шарі та ішіоректальному просторі (рис. 2, 3).

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Гази відходили з 1-ї доби, випорожнення були на 3 добу. Через 19 днів хворий

в задовільному стані був виписаний зі стаціонару з гранулюючими та епітелізуючими ранами. Сфінктер в тонусі, явища інконтиненції відсутні. Післяопераційний гістологічний аналіз – стінка дермоїдної кісти представлена фіброзною тканиною, яку вистилає багатошаровий плоский епітелій з ороговінням, порожнина кісти заповнена роговими лусочками, масами некротизованого детриту.

Хворий спостерігався протягом 1місяця (амбулаторні перев'язки). За даними контрольного огляду через 6 місяців рецидиву невідмічено.

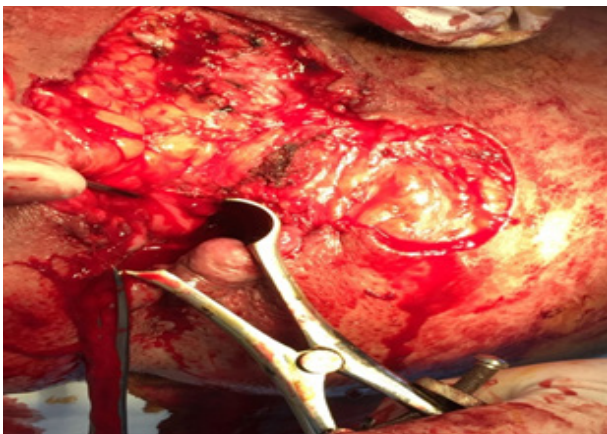


Рис. 2. Висічення дермоїдної кісти з норицями



Рис. 3. Завершуючий етап, пластика власними тканинами

ВИСНОВКИ

1. Виявлення та лікування дермоїдних кіст є нелегким завданням через складності диференціальної діагностики і топографоанатомічних особливостей розташування кіст в оточенні органів і кісткових структур.

2. Поширеність цього захворювання вкрай мала, про що свідчать літературні дані. Число таких хворих не перевищує 1% від загальної маси госпіталізованих в колопроктологічні

стаціонари.

3. Заслужує на увагу розповсюдження кісти в вигляді окремої нориці підслизово на глибину до 6 см за анальним каналом, що необхідно враховувати при проведенні оперативних втручань таким хворим.

4. Використання електрозварювання тканин та шовних матеріалів з програмованим розсмоктуванням дозволяє проводити оперативні втручання без шкірної пластики, навіть при великих масивах видалених тканин.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кузьминов, А. М. и др. Опыт лечения пациентов с внеорганными опухолями таза. РЖГГК. – 2015 – № 4. – С. 29–33.

2. Кузьминов, А. М., Волков М. В., Чубаров Ю. Ю. Хирургическое лечение каудальных тератом, осложненных супралевавторными свищами. Колопроктология. – 2004. – № 2. – С. 3–7.

3. Воробьев Г. И. Основы колопроктологии / М., Мед. информ. агентство, 2006.

4. Живилов А. П. и др. Лечение тератом параректального пространства и крестцово-копчиковой области. Проблемы колопроктологии. – 2002. – Вып. 18. – М. МНПИ, С. 72–74.

5. Кайзер А. М. Колоректальная хирургия / М., Издательство БИНОМ, 2011.

6. Кузьминов А. М., Волков М. В., Чубаров Ю. Ю. Сравнительный анализ различных методов хирургического лечения ректальных свищей высокого уровня, дренирующих каудальные тератомы / Сб. Третий Конгресс Ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова, М. 2001.

7. Федоров В. Д., Коплатадзе А. М. Каудальные тератомы у взрослых больных / Тбилиси, 1984.

8. Шелыгин, Ю. А., Благодарный Л. А. Справочник по колопроктологии / М., Литтерра, 2012.

(REFERENCE)

1. Kuzminov, A. M, et al. Experience of treating patients with extraorganic pelvic tumors. RZHGGK, 2015, № 4, pp. 29–33.

2. Kuzminov, A. M., Volkov M. V., Chubarov Yu. Yu. Surgical treatment of caudal teratomas complicated by supralelevatorial fistulas. Koloproktologiya, 2004, № 2, pp. 3–7.

3. Vorobyev G. I. Basics of Coloproctology. M.: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo, 2006, (in Russian).

4. Zhivilov A. P. et al. Treatment of teratomas of the adrectal space and the sacral-coccygeal region. Problemy koloproktologii, 2002, iss., 18, pp. 72–74, M. MNPI, (in Russian).

5. Kaiser A. M. Colorectal surgery. M., Izdatelstvo BINOM, 2011, (in Russian).

6. Kuzminov A. M., Volkov M. V., Chubarov Yu. Yu. Comparative analysis of various methods of surgical treatment of high-level rectal fistulas draining caudal teratomas. Sb. Tretiy Kongress Assotsiatsii khirurgov im. N. I. Pirogova, M., 2001, (in Russian).

7. Fedorov V. D., Koplatadze A. M. Caudal teratomas in adult patients. Tbilisi, 1984, (in Russian).

8. Shelygin, Yu. A., Grateful L. A. Handbook of Coloproctology. M., Litterra, 2012, (in Russian).

Стаття надійшла до редакції 10.09.2018