



## Синус пилонидалис

*примаријус др сц. мед. Бошко Милев  
Клиника за општу хирургију ВМА*

Урасла длака или синус пилонидалис настаје када длака промени правац раста те се подвуче под кожу. Најчешће се јавља у пределу тртичне кости, али може и у другим деловима тела без обзира да ли су прекривени длакама, нпр. између прстију шака код фризера због сталног контакта са длакама и влаге.

Реч пилонидалис значи гнезно длаке, а синус означава шупљину или канал, а заједно представљају уски, инфицирани канал који се протеже од коже кроз поткожно ткиво и мишиће, понекад све до тртичне кости уколико се ради о тој најчешћој локализацији.

Урасла длака на задњици је чест проблем код млађих људи и углавном се јавља између 20. и 40. године живота код мушке популације. Особе мушког пола са израженом маљавошћу које доста седе за воланом, веома често пате од урасле длаке на тртици тј. у пределу репног дела кичменог стуба.

Пилонидална циста тј. синус је упала у тртичном пределу која је праћена цурењем гноја и болом. Такве упале се често решавају неком мањом интервенцијом, инцизијом и евакуацијом гнојног садржаја. Пацијент не може да седи, има малу непријатност и таква упала се понавља.

Пилонидалну цисту карактерише постојање ситних рупица до настанка велике болне упаљене масе у пределу тртичне кости. Анамнеза са клиничком сликом и објективним прегледом је довољна да се постави тачна дијагноза. Обично се појављује секреција која може бити прљава, замућена или сукрвичава. Може се јавити гнојна инфекција или апсцес. Та инфекција се након спонтане или хируршке евакуације задржава у облику шупљине испод коже. Може да се празни кроз један или више мањих отвора, а у синусу се обично налази много распаднутих маса и длачица.

Постоје две теорије о настанку ове промене. По првој се ради о урођеној појави јер током развоја плода у материци долази до задржавања једног дела примитивне кичме у виду шупљина или канала испод коже у самом репном делу кичменог стуба. Друга теорија претпоставља урастање длаке на тртици које се дешава под утицајем дуготрајног седења јер тада постоји сталан надражај и притисак на предео репног дела кичме. Појачано знојење и гојазност се такође често виђају код ових пацијената.

Без обзира на узрок настанка, овако створене шупљине могу имати тачкасте отворе на кожи кроз које се повремено цеди замућени садржај цисте. Овакво стање може да траје дуже време и просто пролази непримећено. Међутим, ако се ове шупљине запуше





перутањем или масноћом са коже, у пределу корена длаке може да настане гнојна шупљина - апсцес који може достићи величину и веће песнице. Јављају се оток, црвенило, бол, а некада и повишена телесна температура. Као последица инфекције појављује се и оток лимфних жлезда у препонама. Код оваквог стања неопходна је хируршка интервенција (инцизија) са пражњењем, испирањем и дренажом гнојне шупљине.

Конзервативно лечење пилонидалног синуса подразумева депилацију околног подручја (5 цм око захваћеног дела) и купкама у сапуници. Ове методе су делотворније за време ранијих фаза пилонидалног синуса. Уколико су синуси узнапредовали, ако су разгранати и постоји више секундарних отвора, конзервативно лечење само непотребно одлаже хируршко лечење. Одгађање операције доводи до настанка комплексних канала и тада је јако тешко мањим захватом отклонити све канале што резултира дуготрајним опоравком. Операција која се изводи у локалној или општој анестезији је једино решење ако нема резултата од конзервативне терапије. Болест се опет појављује код око пет посто болесника и што је болест више узнапредовала то је већа могућност повратка.

Пилонидална циста - урасле длаке на тртици, доводе до потпуног увртања читаве коже према унутра. Дакле, сав секрет, зној, лој па и длаке, сакупљају се испод коже и због тога настаје урасла длака, а оперативно лечење се сматра јединим решењем за тај проблем.

Постоји више техника и метода оперативног лечења пилонидалног синуса. Током операције се већи део упаљеног ткива уклони, рана се не ушива и зараста сама од себе (*per secundam* зарастање) и ово је једна од најчешће извођених оперативних метода. Зарастање дуже траје, али проценат рецидива је много мањи него приликом директног ушивања ране (*per primam* зарастање). Метода која се показала као суверена у лечењу пилонидалног синуса са најмањим процентом рецидива уколико се стручно уради и са најмањим процентом постоперативних компликација је метода приликом које се опшива ивица ране без директног ушивања (тзв. марсупијализација). Постоји и реконструктивна техника којом се након уклањања запаљеног и оштећеног ткива тај недостатак ткива реконструише локалним режњем, али се она примењује код великих дефеката након операције пилонидалног синуса.