

Способ оперативного лечения пилонидальных кист в стадии острого воспаления

Малевиц Роман Олегович, Якубович Арсений Алексеевич

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Маслакова Наталья Дмитриевна, Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение

Пилонидальная киста (ПК) – это заболевание, обусловленное нарушением развития каудального конца эмбриона, при котором под кожей остается выстланный эпителием ход. В практике колопроктолога ПК встречается у пациентов в 14-20% случаев. Преимущественно, данному заболеванию подвержены лица мужского пола в возрасте от пятнадцати до тридцати пяти лет, чаще в 2-4 раза, в сравнении с женщинами.

Цель исследования

Внедрение новой хирургической тактики. Улучшение результатов лечения, проведение ретроспективного анализа клинических случаев.

Материалы и методы

Данная хирургическая тактика лечения ПК применялась на базе хирургического отделения ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» с 2011 по 2016 г. За весь период исследования было прооперировано 132 пациента.

Результаты

На первом этапе производилось вскрытие абсцесса и лечение, противовоспалительная терапия. Спустя 7-10 дней, иссечение в пределах здоровых тканей до крестцовой фасции (КФ), после прокрашивания ходов красителем. При закрытии раны использовали 2-этажный многостежковый вертикальный «возвратный» П-образный шов без захвата КФ. Вкол иглы осуществляется на расстоянии 1,5-2,0 см от одного из краев раны, затем следует выход иглы на середине глубины раны; далее отступая около 1/3 от глубины раны очередной вкол на противоположной стороне раны и проведение иглы на глубину до дна раны, но не вовлекая КФ в шов, следующий шаг это переход на противоположную сторону раны и выполнение аналогичных действий в обратном порядке, не выкалывая иглу на коже противоположной стороны, проводим иглу на исходную сторону на расстоянии 0,5-0,7 см от края раны. Целесообразно наложение швов в «шахматном порядке» по отношению к длине раны, данный прием обеспечивает оптимальные условия трофики раны и гарантирует наилучшее заживление раны. Средняя длительность госпитализации составляла 10-12 суток. Регистрировались следующие осложнения: 4 – краевой некроз, 3 – серома, 2 – нагноение раны.

Выводы

Данная методика изменила концепцию оперативного лечения ввиду своей эффективности и технической простоты исполнения. Способ закрытия раны с помощью вертикального двухэтажного П-образного «возвратного» шва максимальным образом адаптирует края раны, что предотвращает образование полостей и скопления в них экссудата, также техника предложенного нами шва позволяет не оставлять в рубце лигатуры, тем самым это гарантирует отсутствие лигатурных свищей, а закрытие раны без вовлечения КФ – это профилактика хронических послеоперационных болей в области рубца, которая во многом улучшает качество жизни пациентов. Наложение швов в «шахматном» порядке позволяет создать оптимальные условия для трофики раны, тем самым обеспечивая адекватное заживление.