

## **НОВЫЙ МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ЛАЗЕРНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ**

*<sup>1</sup>Гаин М.Ю., <sup>1</sup>Шахрай С.В., <sup>1</sup>Гаин Ю.М., <sup>2</sup>Коленченко С.В., <sup>2</sup>Коробов А.А., <sup>2</sup>Бакунович Л.А., <sup>2</sup>Груша В.В.*

*<sup>1</sup>ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь*

*<sup>2</sup> УЗ «11-я городская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Несмотря на большое количество клинических исследований, посвящённых хирургическому лечению хронического воспаления эпителиальных копчиковых ходов (ЭКХ) или пилонидальной кисты (ПК), остаются значительные противоречия и споры относительно эффективности малоинвазивных методов лечения в сравнении с традиционной операцией. Методы лоскутного иссечения пилонидальной кисты с ушиванием раны различными способами, согласно литературным данным, сопровождаются достаточно высокой частотой осложнений и рецидива заболевания (по разным данным от 2 до 60%), длительными сроками заживления послеоперационной раны: от 2-3 недель при заживлении раны первичным натяжением до нескольких месяцев или даже лет при «полуоткрытом» и «открытом» способах ведения послеоперационной раны. Таким образом, процесс лечения простого, на первый взгляд, заболевания может затягиваться и приводить к необходимости повторных операций, длительному периоду дискомфорта пациента, что не может не снижать его качество жизни. Кроме того, выполнение традиционного эксцизионного вмешательства под спинальной анестезией сопряжено с необходимостью привлечения к работе анестезиолога, относительно продолжительного стационарного и амбулаторного этапов лечения пациентов, что сопряжено с высокими экономическими затратами государства.

Современные лечебные подходы в развитых странах мира предусматривают минимизацию показаний для иссечения лоскута в области крестца и копчика за счёт отбора пациентов, их дифференцировки по результатам эхоскопии крестцово-копчиковой области, внедрения новых малоинвазивных вмешательств. Широкое распространение получили методы лечения, основанные на термической (лазерной, электрической) коагуляции эпителия ПК без её иссечения (лазерная коагуляция пилонидальной кисты и свищевого хода, например «SiLaC» - «Sinus Laser-assisted Closure»), синусэктомии, фенолизации кисты, выскабливания и дренирования кисты с латеральной пластикой по J. Vascom (1980), эндоскопического метода лечения («EPSiT» - «Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment») и многих др.

**Цель:** изучить послеоперационные результаты лазерной коагуляции и кюретажа пилонидальной кисты и провести их сравнительную оценку с

результатами традиционного хирургического метода иссечения кисты с ушиванием раны полуоткрытым способом.

**Материал и методы.** В период с января 2018 по январь 2020 года в отделении хирургии учреждения здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска 273 пациентам были выполнены различные плановые оперативные вмешательства по поводу хронического воспаления ПК. Критериями включения пациентов в проспективное исследование стали: хроническое воспаление ЭКХ в стадиях инфильтрации, рецидивирующего абсцесса и стадии гнойного свища (классификация Государственного Научного Центра Колопроктологии 1988 г.); расположение очага хронической инфекции (свища, инфильтрата) в типичном месте – по срединной линии или с отклонением от срединной линии (латерально) не более 5 см (с отсутствием множественных гнойных затёков на ягодицу, область поясницы, разветвлённых ходов по типу «гроздьев винограда», множественных боковых свищей с извитым ходом); отсутствие предшествующих операций по иссечению копчиковых ходов. Оперативному лечению подвергались пациенты только с клиническими проявлениями заболевания, что соответствовало классической картине хронического воспаления ЭКХ. Пациенты с бессимптомным течением заболевания, отсутствием выделений из первичных свищевых отверстий, признаков воспаления и соответствующих жалоб, исключались из исследования. Согласно данным критериям в проспективное исследование вошло 30 пациентов, которые были слепо распределены на две группы (по 15 в каждой) путем простой рандомизации. Пациентам группы А (15 человек) выполняли малоинвазивное хирургическое вмешательство под местной инфильтрационной анестезией – лазерную коагуляцию и кюретаж ПК и вторичных свищевых ходов. Лазерное воздействие производилось хирургическим диодным аппаратом «Медиола компакт» (ЗАО «ФОТЭК», Республика Беларусь). Использованы одноразовые оптические наконечники длиной волокна 7,5 и 15 см для многоразового держателя «Mediola Colibri». Метод подробно описан в инструкции по применению №107-1120, утверждённой Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Пациентам группы В (15 человек) было выполнено традиционное хирургическое вмешательство - лоскутное иссечение ПК и патологических очагов в пределах здоровых тканей единым блоком с подшиванием краёв раны к дну раны (крестцовой фасции) в шахматном порядке. Данный метод, относящийся к «полуоткрытым», получил широкое распространение в связи с возможностью сохранения оттока раневого отделяемого, динамического контроля за состоянием раны во время перевязок, что является важным в условиях хронического воспаления тканей.

**Результаты.** Средняя длительность операции (Me [25%-75%]) в группе А составила 15 [15-20] мин, в контрольной группе – 30 [20-40] мин. ( $p = 0,0000812$ ,  $z = -3,85746$  Mann-Whitney U-test). Через сутки после операции всем пациентам в группе А в связи с отсутствием болевого синдрома были отменены

нестероидные анальгетики. 11 (73,33%) пациентов в группе В через сутки после операции отмечали сохранение умеренного болевого синдрома и дискомфорта, что потребовало дальнейшего применения анальгетиков (Chi-Square с поправкой Yates,  $p=0,0002$ ). Полная отмена обезболивающих у всех пациентов группы В отмечалась только на 5 сутки пребывания в стационаре. Несмотря на активную профилактику раневой инфекции, у 2 (13,33%) пациентов из группы В в период госпитализации на 7 и 8 сутки, а также в период амбулаторного наблюдения у 3 (20%) пациентов на 11 и 14 сутки были выявлены воспалительные изменения области послеоперационной раны, что потребовало полного снятия швов и открытого способа ведения раны (Chi-Square ( $df=1$ ),  $p=0,0143$ ). Наблюдение за пациентами в течение 1 года выявило отдалённые осложнения в виде рецидива абсцесса ПК у 1 пациента (6,67%) в группе А, что не выявило статистически достоверных различий при сравнении с группой В, в которой рецидивов через 1 год не было (Chi-Square ( $df=1$ ),  $p=0,3091$ ). У 4 (26,67%) пациентов в группе В через год сохранялись жалобы на умеренный дискомфорт в области межъягодичной складки, при осмотре у пациентов отмечалось наличие в области послеоперационной раны грубого рубца, деформирующего межъягодичную складку и область крестца. Пациенту с рецидивом ПК было выполнено вскрытие и дренирование абсцесса с последующей чрезрассековой лазерной коагуляцией под местной анестезией.

Сравнение показателей частоты раневой инфекции в раннем послеоперационном периоде выявило преимущества лазерного метода перед традиционной операцией иссечения кисты (Chi-Square ( $df=1$ ),  $p=0,0143$ ). Вероятность рецидива заболевания через 1 год после лазерной операции - 6,67%. Достоверные различия в группах сравнения по показателям стационарного койко-дня, длительности временной нетрудоспособности в амбулаторных условиях, срокам эпителизации послеоперационных ран свидетельствуют о преимуществах метода лазерной коагуляции и кюретажа пилонидальной кисты ( $p=0,0000278$ ,  $z=-4,16855$  Mann-Whitney U-test). При эхоскопии через год после малоинвазивных операций достоверно реже наблюдались инфильтративные изменения мягких тканей в зоне послеоперационного рубца, а также рубцовые деформации межъягодичной складки (Chi-Square ( $df=1$ )  $p = 0,0317$ ,  $p = 0,0029$ ).

**Выводы.** Метод лазерной коагуляции и кюретажа ПК обладает рядом преимуществ по сравнению с традиционным эксцизионным методом. Метод может стать одним из альтернативных вариантов лечения хронического воспаления ПК и её осложнений в условиях стационара «одного дня».

### Литература.

1. Нечай И.А., Мальцев Н.П. Малоинвазивные методики в лечении пилонидальной болезни (обзор литературы) \ \ Вестник хирургии. - 2019. – Т.178, №3. - С. 69-73.

2. Dessily M., Dziubeck M., Chahidi E., Simonelli V. The SiLaC procedure for pilonidal sinus disease: long-term outcomes of a single institution prospective study. *Tech Coloproctol.* 2019 Dec; 23(12):1133-1140. doi:10.1007/s10151-019-02119-2.

3. Harris C., Sibbald R. G., Mufti A., Somayaji R. Pilonidal Sinus Disease: 10 Steps to Optimize Care // *Adv Skin Wound Care.* 2016 Oct; 29(10):469-78. doi: 10.1097/01.ASW.0000491324.29246.96.