

КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

*Альджабр М., Сергацкий К. И., Никольский В. И., Шалдыбин И.Г.
Медицинский институт ФГБОУ ВО “Пензенский государственный
университет”, Пенза, Россия
ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко”, Пенза, Россия*

Введение. Актуальность исследований, направленных на улучшение результатов лечения пациентов с эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ), подкрепляется тем, что данным заболеванием страдают около 5% взрослого населения трудоспособного возраста, а пик заболеваемости отмечен в возрасте 20-40 лет, что ставит проблему пилонидальной болезни в разряд социально значимых (Нечай И.А., Мальцев Н.П., 2019).

Отсутствие единых подходов в освещении вопросов этиопатогенеза патологии повлекло за собой большое разнообразие методик оперативного лечения в случае хронической формы болезни (Сергацкий К.И. и соавт., 2022).

Однако, несмотря на разнообразие разработанных методов хирургического лечения коррекции ЭКХ, результаты операций до сих пор не могут считаться удовлетворяющими как хирургов, так и пациентов с пилонидальной болезнью. Самыми значимыми проблемами при лечении ЭКХ до сих пор остаются значительное количество рецидива болезни после радикальных хирургических вмешательств, а также длительные сроки заживления раневого дефекта и, как следствие этого, внушительный период потери пациентами после перенесенной операции нетрудоспособности (Сергацкий К.И. и соавт., 2022).

Цель - выполнить анализ результатов радикального хирургического лечения пациентов с копчиковой кистой.

Материалы и методы. Под наблюдением с 2018 по 2021 гг. находилось 502 больных хронической формой пилонидальной болезни (L05.9 - Пилонидальная киста без абсцессов по МКБ-10). Распределение пациентов по половому признаку было следующим. Мужчины составили 421 (83,9%) наблюдение, женщины – 83 (16,1%) случая.

В 2018 году стационарное лечение проходили 126 (25,1%) пациентов, в 2019 году – 123 (24,5%) наблюдения, в 2020 году – 72 (14,3%) случая, за 2021 год отмечен 181 (36,1%) случай.

Распределение пациентов с ЭКХ по возрасту согласно классификации ВОЗ (2000) было следующим: пациентов младшего среднего возраста (30–44

лет) было 482 (96%), старшего среднего возраста (45-59 лет) - 18 (3,6%), пожилых (60-74 лет) – 2 (0,4%).

В зависимости от метода радикального хирургического лечения пациенты были распределены следующим образом. Самой частой выполняемой операцией было иссечение с подшиванием краев раны ко дну (марсупиализация), данный метод оперативного лечения был выполнен у 402 (80,1%) больных. Иссечение ЭКХ без ушивания операционной раны перенесли 35 – 7% пациентов. Все больные из этой группы были пациентами с рецидивным ЭКХ, т.е. перенесшими радикальное хирургическое лечение в анамнезе. Иссечение ЭКХ с пластикой крестцовой фасции и ушиванием операционной кожной раны край-в-край в качестве метода оперативного лечения было выполнено у 65 (12,9%) пациентов с хронической формой пилонидальной болезни. Пациенты с ЭКХ были распределены на группы в зависимости от перенесенного метода радикальной операции. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, типам телосложения ($p>0,05$).

После перенесенного оперативного лечения пациенты получали перевязки и стандартную консервативную терапию согласно клиническим рекомендациям по лечению больных с ЭКХ.

Результаты и обсуждение. На основании анализируемого материала, четкой тенденции к увеличению или уменьшению количества пациентов с пилонидальной болезнью по годам наблюдения не выявлено.

Серомы операционной раны, потребовавшие преждевременного снятия кожных швов, отмечены у 18 (3,6%) пациентов. Все больные с данным осложнением перенесли радикальное иссечение ЭКХ с пластикой крестцовой фасции и срединным ушиванием кожной раны край-в-край.

Нагноение операционной раны зафиксировано в 67 (13,3%) случаях. Всем больным с данным видом осложнения послеоперационного периода было выполнено иссечение пилонидального синуса с подшиванием лоскутов кожной раны ко дну. Выявленное осложнение также послужило основанием для вынужденного снятия кожных швов и хирургической обработки раны.

Сроки заживления ран после радикальных оперативных вмешательств были следующими. После иссечения ЭКХ без ушивания кожи (пациенты с рецидивным ЭКХ) средний срок вторичного заживления операционной раны составил 74 ± 6 суток.

После перенесенного иссечения пилонидального синуса с подшиванием краев кожной раны ко дну (марсупиализации) в случае отсутствия раневых осложнений, не потребовавших выполнения хирургической обработки и снятия швов, средний срок заживления операционной раны составил 48 ± 4 суток. После марсупиализации при наличии нагноения операционной раны, которое послужило основанием для преждевременного снятия швов, средние сроки заживления составили 58 ± 2 суток.

Иссечение копчиковой кисты с пластикой крестцовой фасции и ушиванием операционной раны край-в-край потребовало среднего срока заживления операционной раны в 16 ± 2 суток. Данный средний срок был

установлен у лиц, у которых в послеоперационном периоде не возникла необходимость в преждевременном снятии кожных швов из-за наличия серомы операционной раны. В отличие от этого, средний срок заживления раны у пациентов, которым потребовалось снятие кожных швов ввиду обнаруженной серомы, составил 32 ± 3 суток.

После иссечения ЭКХ с последующим открытым методом ведения раны у пациентов с рецидивной формой пилюидального синуса ($n=35$), рецидив болезни зафиксирован в 3 (5,7%) наблюдениях. В группе больных, перенесших марсупилизацию ($n=402$), рецидив ЭКХ отмечен в 53 (13,2%) случаях. У пациентов, которые перенесли иссечение пилюидального синуса с пластикой крестцовой фасции и срединным ушиванием кожной раны ($n=65$), рецидив ЭКХ был зафиксирован у 10 (15,4%) больных.

Необходимо отметить, что у пациентов после радикального хирургического лечения ЭКХ без выполнения пластики крестцовой фасции и ушивания кожи (иссечение с открытым ведением раны и с фиксацией ее краев ко дну) после полного заживления отмечено образование грубого, эстетически не выгодного послеоперационного рубца с площадью от 5,8 до 16,9 см². В случае выполнения иссечения пилюидального синуса с пластикой крестцовой фасции и срединным ушиванием кожной раны, у пациентов были получены линейные эстетичные кожные послеоперационные рубцы с площадью от 2,7 до 5,2 см².

Одними из самых значимых и до сих пор не решенных проблем лечения больных с ЭКХ остаются длительные сроки заживления операционной раны и большое количество рецидивов заболевания после радикального хирургического лечения.

Проведенное исследование показало, что количество рецидивов заболевания у пациентов с ЭКХ вне зависимости от методики радикальной операции достоверно не отличалось ($p > 0,05$) при статистически значимой разнице в сроках заживления послеоперационного дефекта между пациентами, перенесшими ушивание операционной раны и марсупилизацию ($p = 0,001$), а так же между больными, которые перенесли срединное ушивание раны и пациентами с открытым ведением операционного дефекта ($p \leq 0,05$).

Выводы. Выявленные данные подчеркивают перспективность применения радикального лечения хронической формы ЭКХ со срединным ушиванием операционного кожного дефекта край-в-край при условии разработки и внедрения в клиническую практику методов профилактики послеоперационных осложнений.