

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭХОСКОПИИ И НЕКОТОРЫХ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ

Гаин М.Ю., Шахрай С.В., Гаин Ю.М.

БелМАПО, Минск

Введение. Несмотря на изучение проблемы радикальной операции при эпителиальных копчиковых ходах (ЭКХ), множество клинических исследований, посвящённых способам ушивания ран, сообщают о весьма противоречивых данных, а результаты радикальных операций трудно назвать идеальными. Первичное закрытие раневого дефекта после радикального иссечения ЭКХ (отдельными швами, по Донати, параллельными П-образными швами и др.) является предпочтительным для уменьшения времени заживления раны и быстрой реабилитации пациентов. Однако при таком методе лечения, согласно литературным данным, увеличивается количество послеоперационных осложнений. Согласно клиническим рекомендациям ассоциации колопроктологов России (2016), хорошие результаты хирургического лечения после операции иссечения неосложнённого ЭКХ с ушиванием раны наглухо отмечаются в 58-88% случаев, а послеоперационные осложнения достигают 9-31%. Открытое ведение послеоперационной раны и вторичное её заживление приводит к стойкому выздоровлению пациентов и относительно небольшой частоте рецидивов (3-9 %). При открытом способе ведения раны сроки её заживления могут достигать до нескольких месяцев.

Цель изучить ближайшие послеоперационные результаты хирургического лечения хронического воспаления пилонидальной кисты в условиях унификации пациентов в группах сравнения по результатам эхоскопии.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Минского городского центра амбулаторной и малоинвазивной хирургии. Вторым этапом хирургического лечения ЭКХ (радикальная операция) за период 2017 – апрель 2019 был выполнен 321 пациенту. Критериями включения в исследование стали: хроническое воспаление ЭКХ в стадии гнойного свища; расположение свища по срединной линии и отсутствие боковых гнойных затёков на ягодичцу, вторичных боковых свищей (по данным эхоскопии); ширина парафистулярного воспалительного инфильтрата на всём протяжении не более 3 см; отсутствие грубых

послеоперационных рубцов, деформирующих область крестца и межъягодичную складку.

Критерии исключения: наличие тяжелых общесоматических заболеваний; сахарный диабет, иммунодефицит, системные коллагенозы, дерматологические заболевания. В проспективное исследование вошло 69 пациентов, которые были распределены на три группы (по 23 в каждой) методом простой рандомизации. Всем пациентам было выполнено полное иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей единым блоком. Пациентам группы А (23 человека) закрытие послеоперационного дефекта осуществлялось методом глухого ушивания раны швами по Донати - А.Н. Рыжих (1968). Пациентам группы В (23 человека) – метод ушивания раны П-образными параллельными швами (метод, разработанный в Государственном научном центре колопроктологии (ГНЦК) Коплатадзе А. М., Алекперов Э.Э., Ким С.Д.). Пациентам группы С был использован полуоткрытый метод подшивания краев раны к дну в «шахматном» порядке по McFee - Vuie (1942, 1952). Также ретроспективной оценке подверглись результаты хирургического лечения 20 пациентов, которым в связи с выраженным хроническим воспалением во время операции было принято решение не ушивать рану и осуществлять открытое её ведение вплоть до эпителизации (группа D). Была выполнена стратификация всех пациентов проспективного исследования по выбранным эхоскопическим критериям: ширине парафистулярного воспалительного инфильтрата, размерам пилонидаальной кисты и свищевого хода.

Результаты и обсуждение. Сравнение ранних результатов хирургического лечения свищевой формы ЭКХ по показателю частоты раневой инфекции выявило отсутствие достоверных преимуществ способа подшивания краёв раны к дну (операция «McFee – Vuie», группа С) по сравнению с ушиванием раны по Донати (Группа (Chi-Square (df=1), p=0,7433). Несмотря на то, что в группе В, пациентам в которой рану ушивали П-образными параллельными швами, было всего 3 случая (13,04%) раневой инфекции против 7(30,43%) в группе А с глухим ушиванием раны и 6(26,08%) в группе С (операция «McFee – Vuie»), полученные данные не позволяют говорить о статистически достоверных преимуществах метода П-образных параллельных швов (Chi-Square (df=1), p=0,1528). Наблюдение за пациентами в течение 1 года выявило отдалённые осложнения в виде рецидива абсцесса ЭКХ у 1 пациента в группе А и 1 пациента в группе В (4,35%)(Chi-Square (df=1), p=0,312). Также у 1 пациента (4,35%) в группе С через год сохранялись жалобы на дискомфорт в области межъягодичной складки, при осмотре выявлен инфильтрат в области послеоперационной раны с рубцом, деформирующим область крестца. Большинству пациентов, которым рана не ушивалась (группа D), либо швы были сняты в результате раневой инфекции, совокупная длительность временной нетрудоспособности превышала 30 суток. При сравнительной оценке медианных сроков заживления послеоперационных ран у пациентов групп А, В, С по Mann-Whitney U-test достоверных различий не было выявлено (pA-B = 0,9737; pA-C = 0,1697; pB-C = 0,1732).

Выводы. Стратификация пациентов исследования по выбранным эхоско-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

пическим критериям, наряду со строгим соблюдением условий включения и исключения, позволила унифицировать исходную тяжесть и форму заболевания, получить точные данные по структуре и частоте ранних и поздних (через 1 год) послеоперационных осложнений. Несмотря на то, что 1 год наблюдения – недостаточный срок для полной оценки отдалённых результатов лечения, даже через 1 год у 1 пациента из 23 (4,35%) был отмечен рецидив ЭКХ, потребовавший проведение повторной операции иссечения ЭКХ. Высокая частота инфекционных осложнений свидетельствует о наличии «пищи для размышлений» в отношении рациональной хирургической тактики.