

Гаин М.Ю., Шахрай С.В., Гаин Ю.М.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ЛАЗЕРНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Актуальность. Несмотря на большое количество клинических исследований, посвящённых хирургическому лечению хронического воспаления пилонидальной кисты (ПК), остаются значительные противоречия и споры относительно эффективности малоинвазивных методов лечения в сравнении с традиционной операцией. Методы лоскутного иссечения ПК 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 её ведения. 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, продолжительного стационарного и амбулаторного этапов лечения пациентов, что сопряжено с высокими финансовыми 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.

Цель: изучить послеоперационные результаты лазерной коагуляции и кюретажа ПК и провести их сравнительную оценку с результатами традиционного хирургического метода иссечения кисты с ушиванием раны.

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; 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. 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, кюретаж ПК и вторичных свищевых ходов. Лазерное воздействие производилось хирургическим диодным аппаратом «Медиола компакт» (ЗАО «ФОТЭК», Республика Беларусь). Использованы одноразовые оптические наконечники длиной 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 (крестцовой фасции).

Результаты. Средняя длительность операции (Ме [25%-75%]) в группе А составила 15 [15-20] мин, в группе В – 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 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 их отмена 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), $p=0,3091$). 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. Он может стать одним из альтернативных вариантов лечения хронического воспаления ПК и её осложнений в условиях стационара «одного дня».