

## ТАКТИКА И МЕТОДИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ В СТАДИИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Малевич Р. О., Коханский Е. В.

Научный руководитель – доц., к.м.н. Маслакова Н. Д.

*Гродненский Государственный медицинский университет,*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*г. Гродно*

**Ключевые слова:** пилонидальная киста, эпителиальный копчиковый ход, хирургическое лечение, колопроктология, хирургия.

**Резюме:** В статье проанализирована заболеваемость и распространенность пилонидальных кист, озвучена наиболее приемлемая версия этиопатогенеза заболевания, предложен новый метод хирургического лечения пилонидальных кист в стадии острого воспаления. Оперативный прием состоит в наложении вертикальных «возвратных» швов без вовлечения копчиковой фасции в шов.

**Resume:** In the article were analysed morbidity and prevalence of pilonidal cysts, was given the newest conception of pathogenesis of this disease, and was proposed the surgical method of treatment. Our method consists of imposing vertical recurrent seams without involving the coccygeal fascia.

**Актуальность:** Пилонидальная киста (ПК) – это врожденное заболевание, обусловленное нарушением развития каудального конца эмбриона, при котором под кожей остается выстланный эпителием ход [7]. В практике колопроктолога ПК встречается у пациентов в 14-20% случаев [3]. Преимущественно, данному заболеванию подвержены лица мужского пола в возрасте от пятнадцати до тридцати пяти лет [1], чаще в 2-4 раза, в сравнении с женщинами [6]. Встречаемость данной хирургической патологии, по разным данным, составляет около 5-7% от всего взрослого населения [9]. Доля данной нозологии от числа хирургических заболеваний колеблется от одного до двух процентов.

Касательно этиологии ПК, ученые разных стран до сих пор не пришли к консенсусу, однако, наиболее актуальной является дисэмбриогенетическая теория, которая предполагает, что в раннем эмбриогенезе при редукции хвостового отдела человеческого эмбриона, под действием неблагоприятных факторов, происходит сохранение Lig. Caudale, в результате чего образуется полость, в виде канала, выстланная эпителием, в последующем учитывая близость прямой кишки, происходит его инфицирование и воспаление. [10].

О заболевании как таковом речь заходит в том случае, если появляется воспалительный процесс. Основной причиной нагноения ПК является нарушение дренажной функции через первичное отверстие ПК, и, как результат – возникает гнойно-воспалительный процесс. Инфекционное содержимое начинает расплавлять стенки ПК, и далее происходит инфицирование подкожно-жировой клетки с формированием абсцесса.

Анализируя патогенез, следует, что одного лишь вскрытия абсцесса ПК в остром периоде без радикального иссечения ПК недостаточно, так как с помощью подобной тактики достигается лишь временная ремиссия, срок которой варьируется от пациента к пациенту и зависит от целого ряда факторов. Так, по данным

литературы известно, что данный примитивный метод хирургического лечения приводит к рецидивам ПК у 70-75% оперированных пациентов [5].

Интерес к проблеме хирургического лечения данного заболевания, прежде всего, обусловлен неудовлетворительными исходами, частота которых находится в пределах от 20 до 40 % в зависимости от выбора методики хирургического лечения [5], зачастую, подобные неутешительные результаты обусловлены возникновением лигатурных свищей и вторичных полостей, сформированных из-за несостоятельности швов.

**Цель:** цель исследования состояла в том, чтобы с помощью предложенной модификации и внедрения новой хирургической тактики улучшить результаты лечения ПК, а также в проведении ретроспективного анализа клинических случаев прооперированных пациентов, с использованием данной методики.

**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 и их обсуждение:** методика хирургического лечения ПК предполагает под собой двухэтапное лечение в стадии острого воспаления. Данный двухэтапный подход к лечению является одним из широко используемых для данной патологии. На первом этапе производилось вскрытие абсцесса и лечение, направленное на купирование воспалительного процесса, затем, спустя 7-10 дней, после ликвидации воспаления в области ПК, проводилось ее иссечение в пределах здоровых тканей до крестцовой фасции (КФ), после прокрашивания ходов метиленовым синим, либо с использованием бриллиантового зеленого. Стоит сказать, что радикальное иссечение необходимо проводить учитывая тенденции к распространению гнойного процесса ПК не в глубину, а в ширину межягодичной области, а также необходимо помнить о том, что нельзя травмировать копчиковую фасцию, ведь, ее травматизация ведет к возникновению хронического болевого синдрома, с которым зачастую сложно справиться консервативным способом [4]. Далее, при закрытии раны использовали 2-этажный многостежковый вертикальный «возвратный» П-образный шов без захвата КФ (рис. 1). Данный подход позволяет не включать КФ в послеоперационный рубец, что исключает возникновение хронических болей в области рубца. Для наложения подобных швов наиболее подходящими являются атравматические лигатуры, мононити из полипропилена, калибром от USP 2 и более, с длиной иглы от 45 мм и более. 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. Стоит сказать, что

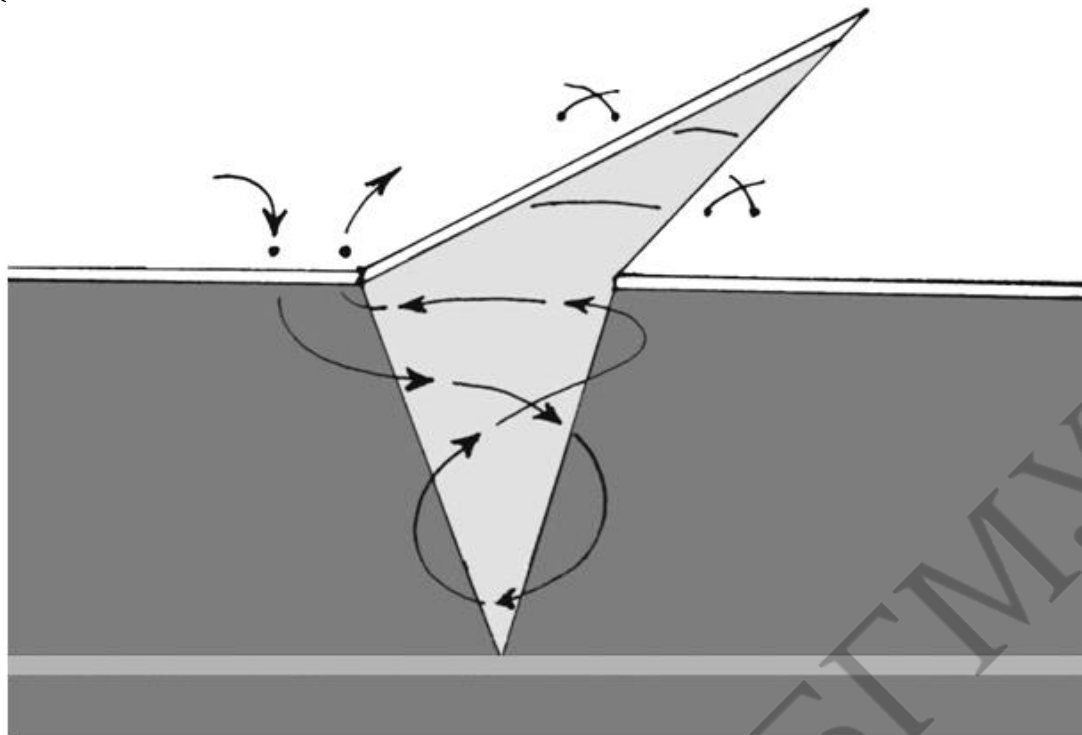


Рис. 1 Схема наложения шва без вовлечения КФ.

целесообразно наложение подобных швов в «шахматном порядке» по отношению к длиннику раны, данный прием обеспечивает оптимальные условия трофики раны и гарантирует наилучшее заживление раны.

Также данный метод подходит и для иссечения ПК вне острого воспаления, т.е. для одномоментной радикальной операции по удалению ПК, без выполнения «первого» этапа и непосредственный переход ко «второму» этапу лечения.

Говоря о результатах, стоит сказать, что при использовании данной методики средняя длительность госпитализации составляла от десяти до двенадцати суток. Для сравнения, стоит отметить, что средние сроки при других методах хирургического лечения составляет от тридцати до семидесяти дней [3]. Операционные раны заживали первичным натяжением. Рецидивов не зарегистрировано. Регистрировались следующие послеоперационные осложнения: четыре случая – краевой некроз, три случая – серома, два случая – нагноение раны.

**Выводы:** Данная хирургическая методика позволила изменить традиционную концепцию оперативного лечения за счет своей эффективности и технической простоты исполнения. Описанный нами способ закрытия операционной 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 [2,8]. Наложение швов в «шахматном» порядке позволяет создать оптимальные условия для трофики раны, тем самым обеспечивая адекватное заживление.

### Литература

1. Васильев, С.В. Сравнительная оценка консервативных методов лечения открытых ран после радикального иссечения эпителиального копчикового хода / С.В. Васильев [и др.] // Сб. научных трудов / Материалы III Всероссийского съезда колопроктологов. - №3 (37) – Белгород. – 2011. – С. 24.
2. Грошилин, В.С. Современные аспекты профилактики осложнений и лечения рецидивных эпителиальных копчиковых ходов / В.С. Грошилин [и др.] // Сб. научных трудов / Материалы Международного объединенного Конгресса Ассоциации колопроктологов России и первого ESCP/ECCO регионального мастер-класса. - №1(51). – Москва. – 2015. – С. 20.
3. Жданов А.И., Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода: клинико-анатомические аспекты / А.И. Жданов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – Т.4. - №3. – 2013 – С. 385-391.
4. Зубайдов Т.Н., Хирургическое лечение сложных форм эпителиального копчикового хода / Т.Н. Зубайдов, М.К. Гулов // Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны». - № 3. – 2015. – С. 138-143.
5. Коплатадзе, А.М Хирургическая тактика у больных с острым нагноением эпителиального копчикового хода / А.М. Коплатадзе [и др.] // Колопроктология. - №4 (6). – 2003. – С. 6-9.
6. Лаврешин, П.М. Диагностика и лечение эпителиального копчикового хода / П.М. Лаврешин [и др.] // Медицинский вестник северного кавказа. – 2011. - №4 – С. 99-100.
7. Магомедова, З.К. Преимущества нового способа оперативного лечения рецидивных эпителиальных копчиковых ходов / З.К. Магомедова, Е.В. Чернышова, В.С. Грошилин // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - №2. – Т. 11. – 2016. – С. 58 – 61.
8. Помазкин, В.И. Качество жизни пациентов со сложными формами эпителиального копчикового хода при разных способах операции / В.И. Помазкин // Вестник международного центра исследований качества жизни. - №15. – Т.16. – Москва. – 2010. – С.74-79.
9. Попков, О.В. Эпителиальный копчиковый ход. Методы хирургического лечения / О.В. Попков [и др.] // Обзоры и лекции. – 2016 – С. 101-106.
10. Ривкин, В.Л. Эпителиальный копчиковый ход – рудиментарный остаток хвоста, причина крестцово-копчиковых нагноений / В.Л. Ривкин // Наука и мир. - №9 (25). – Т.1. – 2015. – С. 127-129.