

ЧРЕЗРАНЕВАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕДИРУЮЩИХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ

Гаин М.Ю., Шахрай С.В., Гаин Ю.М., БелМАПО, Минск

Введение. Простым и распространённым методом лечения абсцедирующего эпителиального копчикового хода (ЭКХ) является вскрытие и дренирование абсцесса, однако он не всегда обеспечивает полное излечение и требует второго этапа - радикальной эксцизионной операции. Данные относительно вероятности повторного абсцедирования (рецидива) в различных исследованиях весьма противоречивы. Одни исследователи сообщают о 60-80% рецидива. Другая точка зрения состоит в том, что после адекватного вскрытия гнойника радикальная операция показана не всегда, так как более чем у 60% пациентов после такого лечения вовсе отсутствуют признаки заболевания. Одна часть специалистов предлагает в период острого воспаления ЭКХ в стадии гнойного абсцесса ограничиваться простым вскрытием гнойника без затрагивания пилонидальной кисты. Другая - рассекать и саму кисту, дополняя эту процедуру выскабливанием её стенок различными хирургическими инструментами, например ложкой Фолькмана, электрокоагуляцией и др. Таким образом, противоречивость данных об отдалённых результатах первичной операции обусловлена её характером и объёмом. Общеизвестным является тот факт, что простое вскрытие абсцесса без воздействия на пилонидальную кисту, ликвидации всех первичных свищевых отверстий, не позволяет справиться с заболеванием и может приводить к повторным абсцессам.

Цель изучить послеоперационные результаты чрезраниевой лазерной коагуляции абсцедирующих эпителиальных копчиковых ходов и провести их сравнительную оценку с результатами метода хирургического лечения без коагуляции полости абсцесса.

Материалы и методы. В период с января 2018 по январь 2020 года в отделении хирургии учреждения здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска 478 пациентов проходили стационарное лечение по поводу абсцедирующих ЭКХ. Критерии включения в проспективное исследование: острое воспаление ЭКХ в стадии гнойного абсцесса; расположение абсцесса в типичном месте - по срединной линии или с отклонением от неё не более 4 см

латерально (отсутствие боковых гнойных затёков на ягодицу или вторичных боковых свищей); отсутствие грубых послеоперационных рубцов, деформирующих область крестца и межъягодичную складку. Критерии исключения: наличие тяжёлых общесоматических заболеваний, которые могли бы препятствовать заживлению послеоперационных ран. Пациентам всех групп исследования под местной инфльтрационной анестезией было выполнено вскрытие и дренирование абсцесса ЭКХ с использованием разреза, соответствующего размеру гнойной полости. После извлечения гноя, некротического детрита или волос, при их наличии, выполнялась полная санация полости абсцесса 3% раствором перекиси водорода. Далее полость дренировалась марлевой турундой, с гипертоническим раствором на 7-10 часов до следующей перевязки.

Пациентам группы А (40 человек) на 2 сутки после первичной операции в условиях перевязочного кабинета выполнялось дополнительное вмешательство под местной инфльтрационной анестезией – чрезраниевая лазерная коагуляция полости абсцесса и пилонидальной кисты. Критерием готовности послеоперационной раны и выбора данного срока повторного вмешательства было снижение острого воспалительного процесса и избыточной кровоточивости раны, что позволило выполнять её тщательную ревизию и хирургическую обработку. Основные этапы чрезраниевой лазерной коагуляции: 1) ревизия раны; 2) дополнительный разрез кожи, соединяющий все первичные свищевые отверстия (при необходимости); 3) кюретаж полости абсцесса (ложкой Фолькмана, хирургической щёткой, удаление участков эпителиальной выстилки, остатков гнойного детрита, волос (при их наличии); 4) лазерная коагуляция полости абсцесса и пилонидальной кисты на всём протяжении в непрерывном режиме эмиссии лазерного излучения с длиной волны 1560 нм и мощностью 15 Вт. Воздействие производится веерообразно, секторально с отступлением до 2 мм от каждой точки воздействия. При экспозиции 5-7 секунд величина поглощённой энергии не превышала 350-400 Дж. Использовались одноразовые оптические наконечники длиной 7,5 и 15 см для многократного стерилизуемого держателя световода «Mediola Colibri», универсальный световодный инструмент. Пациентам группы В (контроль) также выполнялась санация абсцесса, но без лазерной операции. Группы были однородны по полу, возрасту, тяжести заболевания. В сроки через 1 месяца, 1 год было выполнено ультразвуковое исследование крестцово-копчиковой области.

Результаты и обсуждение. Средние сроки заживления ран оказались сопоставимы ($p = 0,8061$, $z = -0,2459$ Mann-Whitney U-test). У 7,5% пациентов в группе В через месяц выявлен вторичный свищ, что позднее потребовало выполнения 2 этапа оперативного лечения – иссечения ЭКХ через 1,5 месяца после первичной операции. Применение лазерной коагуляции пилонидальной кисты достоверно не ухудшало состояние пациентов. Отсутствовали статистически значимые различия при сравнении групп по стационарному койко-дню ($p = 0,1586$, $z = 1,4097$), длительности нетрудоспособности ($p = 0,2092$, $z = 1,2557$ Mann-Whitney U-test). Выявлены преимущества группы А по частоте ремиссии

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.

заболевания через месяц и 1 год после начала лечения (Chi-square, $p=0,0009$, $p=0,001$). При эхоскопии через 1 год наличие инфильтрата без жидкостных структур и воспаления в основной группе было выявлено в 5% наблюдений, в контрольной - в 22,5%, что свидетельствует о более радикальном характере лазерного вмешательства, выполненного на 2 сутки.

Выводы. Метод лазерной коагуляции полости абсцесса и пилонидальной кисты обладает преимуществом по сравнению с методом санации абсцесса по частоте ремиссии заболевания в контрольные сроки до 1 года. Существует необходимость дальнейших исследований, изучения отдалённых результатов и дискуссии по вопросу хирургической тактики.