

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА С КРАТКОСРОЧНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ

¹Гаин М.Ю., ¹Шахрай С.В., ²Коленченко С.А., ²Груша В.В., ²Тарловский Е.О.,
²Бурый М.М., ²Нестеренко А.С., ²Колтан М.А., ²Линкевич А.Ю., ¹Гаин Ю.М.
¹ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь

²УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Несмотря на всестороннее изучение проблемы радикальной операции при эпителиальных копчиковых ходах (ЭКХ, пилонидальная болезнь), множество клинических исследований, посвящённых различным способам ушивания ран, сообщают о весьма противоречивых данных, а результаты радикальных операций при этой патологии трудно назвать полностью удовлетворительными. 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 2018 года, риск послеоперационных осложнений достигает 9-31%. Открытое ведение послеоперационной раны и вторичное её заживление приводит к стойкому выздоровлению пациентов и относительно небольшой частоте рецидивов (3-9 %). Однако сроки заживления послеоперационной раны могут достигать до нескольких месяцев и даже лет (например, на фоне иммунодефицита, нарушений регенеративных процессов в ране, присоединении грибковой инфекции). Актуальность изучения результатов лечения и последствий ушивания ран в крестцово-копчиковой области после радикального иссечения ЭКХ обусловлена также необходимостью оценки целесообразности внедрения новых малоинвазивных вмешательств, основанных на ликвидации первичных свищевых отверстий и ходов (так называемый «pit picking»), термической коагуляции и механическом разрушении (кюретаже) пилонидальной кисты, методов «Vascom» и «Cleft-Lift», методов фенолизации кисты, введения склерозантов, фибринового клея, лазерной, электрической, радиоволновой коагуляции и многих других.

Цель. Изучить послеоперационные результаты хирургического лечения хронического воспаления пилонидальной кисты в условиях унификации пациентов в группах сравнения по результатам экоскопии.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Минского городского центра амбулаторной и малоинвазивной хирургии. Вторым этапом хирургического лечения ЭКХ (радикальная операция) за период январь 2020 – январь 2022 г. был выполнен 321 пациенту. Критериями включения в проспективное исследование стали: хроническое воспаление ЭКХ в стадии гнойного свища; расположение свища по срединной линии и отсутствие боковых гнойных затёков на ягодицу и вторичных боковых свищей (по данным экоскопии); ширина парафистулярного воспалительного инфильтрата на всём протяжении не более 3 см; отсутствие грубых послеоперационных рубцов, деформирующих область крестца и межъягодичную складку.

Критерии исключения из проспективного исследования: наличие тяжелых общесоматических заболеваний; сахарный диабет, иммунодефицит, системные коллагенозы, дерматологические заболевания, нарушения трофики тканей на фоне системного атеросклероза. В проспективное исследование было отобрано 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. и др.). 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 экоскопическим критериям: ширине парафистулярного воспалительного инфильтрата, размерам пилонидальной 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 – Buie»), 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%), что также не выявило статистически достоверных различий при сравнении с группой С (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 у данного пациента отмечалось наличие инфильтрата в области послеоперационной раны с рубцом, умеренно деформирующим область крестца и межъягодичную складку. Большинству пациентов, которым рана не ушивалась (группа D), либо швы были сняты в результате раневой инфекции, совокупная длительность временной нетрудоспособности (ВН) превышала 30 суток. При сравнительной оценке медианных сроков заживления послеоперационных ран у пациентов групп А, В, С с помощью Mann-Whitney U-test достоверных различий не было выявлено ($p_{A-B} = 0,9737$; $p_{A-C} = 0,1697$; $p_{B-C} = 0,1732$).

Выводы. Стратификация пациентов проспективного исследования по выбранным экоскопическим критериям, наряду со строгим соблюдением условий включения и исключения из исследования, 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. Достаточно высокая частота развития инфекционных осложнений свидетельствует о наличии «пищи для размышлений» в отношении рациональной хирургической тактики и актуальности дифференцированного выбора оптимального метода оперативного лечения, а также разработке новых малоинвазивных вмешательств, основанных на исключении лоскутного иссечения мягких тканей крестцово-копчиковой области как такового.