

ОДНОЭТАПНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ

¹Гаин М.Ю., ¹Шахрай С.В., ²Груша В.В., ²Часнойть А.Ч., ¹Гаин Ю.М.

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет,

²УЗ «11-я городская клиническая больница» г. Минска

SINGLE-STAGE TREATMENT METHOD FOR ACUTE PILONIDAL CYST

¹Gain M.Yu., ¹Shakhrai S.V., ²Grusha V.V., ²Chasnoit A.C., ¹Gain Yu.M.

¹Belarusian State Medical University, ²11th City Clinical Hospital of Minsk

Введение. Простым и распространённым методом лечения абсцедирующей пилонидальной кисты (ПК) является вскрытие и дренирование абсцесса, однако он не всегда обеспечивает полное излечение и часто требует второго этапа - радикальной эксцизионной операции. Данные относительно вероятности повторного абсцесса 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 (ремиссия). Одна часть специалистов предлагает в период острого воспаления ПК в стадии гнойного абсцесса ограничиваться простым его вскрытием, без затрагивания кисты. Другая - рассекать и саму кисту тоже, дополняя эту процедуру выскабливанием её стенок различными хирургическими инструментами, например ложкой Фолькмана, щёткой, электрокоагулятором и др. Таким образом, противоречивость данных об отдалённых результатах первичной операции обусловлена её характером и объёмом. Простое вскрытие абсцесса без воздействия на кисту, ликвидации всех первичных свищевых отверстий, не позволяет справиться с заболеванием и может приводить к рецидиву абсцесса.

Цель: изучить послеоперационные результаты чрезраневого лазерной коагуляции абсцедирующей ПК и провести их сравнительную оценку с результатами метода хирургического лечения без коагуляции полости абсцесса.

Материалы и методы. В период с января 2019 по январь 2024 года в отделении хирургии учреждения здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска 987 пациентов проходили стационарное лечение по поводу абсцедирующих ПК. Критерии включения в исследование: острое воспаление ПК в стадии гнойного абсцесса; расположение абсцесса в типичном месте - по срединной линии или с отклонением от неё не более, чем на 4 см (отсутствие латеральных гнойных затёков на ягодицу и/или вторичных боковых свищей). Критерии исключения: наличие тяжёлых общесоматических заболеваний, которые могли бы препятствовать заживлению послеоперационных ран. Всем

пациентам под местной инфильтрационной анестезией было выполнено вскрытие и дренирование абсцесса 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. В ходе проспективного исследования методом простой рандомизации было сформировано 2 группы.

Пациентам группы А (40 человек) на 2-е сутки после первой операции в условиях перевязочного кабинета или малой операционной выполнялось дополнительное вмешательство под местной инфильтрационной анестезией – чрезрассеивающая лазерная коагуляция полости абсцесса и ПК (инструкция по применению №106-1120 «Метод хирургического лечения абсцедирующей пилонидальной кисты»). Критерием готовности послеоперационной раны и выбора такого срока повторного вмешательства было снижение воспалительного процесса и избыточной кровоточивости из раны, что позволило выполнять её тщательную ревизию и хирургическую обработку. Основные этапы чрезрассеивающей лазерной коагуляции: 1) ревизия раны; 2) дополнительный разрез кожи, соединяющий все первичные свищевые отверстия (при необходимости); 3) кюретаж полости абсцесса (ложкой Фолькмана, хирургической щёткой, турундой, удаление участков выстилки кисты, кожных воронок в зоне первичного свища, остатков гнойного детрита, волос (при их наличии); 4) лазерная коагуляция полости абсцесса и ПК на всём протяжении в непрерывном режиме эмиссии лазерного излучения с длиной волны 1560 нм и мощностью 10-15 Вт. Воздействие производится секторально, с отступлением до 2 мм от каждой точки воздействия. При экспозиции 5-7 секунд величина поглощённой энергии не превышала 400 Дж. Использовались одноразовые оптические наконечники длиной 7,5 и 15 см для инструмента «Mediola Colibri» (ЗАО «Фотэк», Республика Беларусь). 40 пациентам группы В (контроль) также выполнялась санация абсцесса, но без лазерной операции на 2-е сутки. Группы были однородны по полу, возрасту, тяжести заболевания. В сроки через 1 месяц, 1 год было выполнено ультразвуковое исследование.

Результаты и обсуждение. Средние сроки заживления ран оказались сопоставимы ($p = 0,8234$, $z = -0,2667$ Mann-Whitney U-test). У 3(7,5%) пациентов в группе В через месяц выявлен вторичный свищ, что позднее потребовало выполнения 2 этапа оперативного лечения – иссечения ПК 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 ($p = 0,1872$, $z = 1,4197$), длительности нетрудоспособности ($p = 0,2038$, $z = 1,2451$ Mann-Whitney U-test). Выявлены преимущества группы А по частоте ремиссии 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 ПК обладает преимуществом по сравнению с традиционным методом санации абсцесса по частоте ремиссии заболевания в контрольные сроки до 1 года. Существует необходимость дальнейших исследований, изучения отдалённых результатов и дискуссии по вопросу совершенствования хирургической тактики.