

**КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННЫХ
МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ
КИСТЫ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ
СТАЦИОНАРА С КРАТКОСРОЧНЫМ ПРЕБЫВАНИЕМ**

¹Гаин М.Ю., ¹Шахрай С.В., ²Коленченко С.А., ²Груша В.В., ²Часнойть А.Ч., ²Ржеусская М.Г., ²Зайцев А.И., ¹Гаин Ю.М.

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет,

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

**CLINICAL EVALUATION OF THE RESULTS OF TRADITIONAL
METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF PILONIDAL CYST IN A
HOSPITAL WITH A SHORT-TERM STAY**

¹Gain M.Yu., ¹Shakhrai S.V., ²Kolenchenko S.V. ²Grusha V.V., ²Chasnoit A.C.,
²Rzheusskaya M.G., ²Zaitsev A.I. ¹Gain Yu.M.

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

Введение. Несмотря на всестороннее изучение проблемы радикальной хирургической операции при пилонидальных кистах (ПК) крестцово-копчиковой области, 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 ПК (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 и 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 «Bascom» и «Cleft-Lift», введения склерозантов, фибринового клея, фенолизации кисты, 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 ультразвукового исследования крестцово-копчиковой области.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Минского городского центра амбулаторной и малоинвазивной хирургии. Второй этап хирургического лечения ЭКХ (радикальная операция) за период январь 2020 – январь 2024 г. был выполнен 639 321 пациентам. Критериями включения в проспективное исследование стали: хроническое воспаление ПК в стадии гнойного свища; расположение свища по срединной линии и отсутствие боковых гнойных затёков на ягодицу и вторичных боковых свищей (по данным эхоскопии); ширина околосвищевых 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, иммунодефициты, коллагенозы и другие системные заболевания, патология кожи, 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) – методом 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 в модификации McFee - Buie (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 эхоскопическим критериям: ширине парафистулярного воспалительного инфильтрата, размерам ПК и свищевого хода.

Результаты и обсуждение. Сравнение ранних результатов хирургического лечения свищевой формы ПК по показателю частоты раневой инфекции выявило отсутствие достоверных преимуществ способа подшивания краёв раны к дну (операция «McFee – Buie», 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 ПК 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 межъягодичной складки. Большинству пациентов, которым рана не ушивалась (группа D), либо швы были сняты в результате раневой инфекции, совокупная длительность временной нетрудоспособности (ВН) превышала 48 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 ($p_{A-B} = 0,9817$; $p_{A-C} = 0,1978$; $p_{B-C} = 0,1639$).

Выводы. Стратификация пациентов проспективного исследования по выбранным экскопическим 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, исключающих глубокое лоскутное иссечение мягких тканей крестцово-копчиковой области.