

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕННОГО ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

***Василевский В.П., Ждонец С.В., Обухович А.Р., Дайнович В.А.,
Мицкевич В.А.***

*ГУО «Гродненский медицинский университет», Гродненская
университетская клиника, Гродно, Беларусь*

SURGICAL ASPECTS OF COMPLICATED PILONIDAL SINUS

***Vasilevsky V.P., Zhdonets S.V., Obukhovich A.R., Dainovich V.A.,
Mitskevich V.A.***

*State Educational Institution "Grodno Medical University", Grodno University
Clinic, Grodno, Belarus*

Введение. Пилонидальная болезнь (киста) или эпителиальный копчиковый ход – стандартный термин для всего спектра патологий межъягодичной складки и в основном крестцово-копчиковой зоны. Клинически изначально это могут быть относительно бессимптомные, простые тубулярные или кистозные образования, но в ряде случаев патологический процесс может характеризоваться сложными хроническими или рецидивными гнойно воспаленными полостями с множеством свищевых ходов.

Пик заболеваемости захватывает наиболее активный, трудоспособный возраст 15 – 30 лет и мужчины по сравнению с женщинами болеют чаще в соотношении-4:1. Спектр используемых сегодня оперативных вмешательств от миниинвазивных лазерных закрытий свищей до достаточно радикальных тканевых иссечений с открытым ведением раны и даже сложных пластических операций не гарантирует от рецидивов заболевания, которые могут составлять от 2 до 10%, а по некоторым данным и более. Длительная послеоперационная нетрудоспособность обусловлена специфической, а у ряда пациентов проблемной тканевой регенерацией в зоне оперативного вмешательства, что в дополнение к медико-хирургическим аспектам обуславливает и определенную экономическую направленность лечебных подходов патологии.

Цель. Оптимизация тактико-технических подходов и улучшение результатов хирургического лечения осложненного эпителиального копчикового хода.

Материалы и методы. За последние 5 лет в отделении гнойной хирургии Гродненской университетской клиники прооперировано 311 пациентов. Из них мужчин 280 (90%), женщин 31 (10%). У более чем 85% оперированных первичная манифестация или хронический свищевой процесс хода или кисты имели все явные клинические признаки их осложненного течения инфицированием или нагноением.

Диагноз выставлялся на основании данных анамнеза, осмотра и зондирования свищевого хода. С целью визуализации всех копчиковых

ходов, в предоперационном периоде пациентам выполнялось УЗИ межъягодичной области, по показаниям – МРТ, фистулография. При инфицированной форме обязательным был посев отделяемого из ран или свищей на флору и чувствительность к антибиотикам. Интраоперационно ходы прокрашивались раствором бриллиантового зеленого (проба с красителем).

Результаты и обсуждение. На сегодняшний день хирургическое удаление всех элементов трубчатых и полостных структур является основным методом лечения эпителиального копчикового хода. Несколько обособленную позицию, но, безусловно, с большой перспективой широкого практического внедрения занимает лазерное закрытие эпителиальных копчиковых свищей – методика SiLaC (sinus laser closure). По ограниченным показаниям с хорошим клиническим и косметическим эффектом и со всем спектром преимуществ (практически амбулаторная хирургическая интервенция, местная анестезия, минимальный болевой синдром, ранняя реабилитация пациента) нами методика применена у 5 пациентов (1,6%). Оперативное лечение, предполагающее подшивание краев ко дну раны в финальной его части, обладает достаточно высокой инвазивностью и наличием определенного количества отрицательных моментов (дно раны открыто для вторичного инфицирования, натяжение и прорезывание швов при толстом слое подкожной клетчатки, формирование грубого рубца) в абсолютном числе (235 клинических случаев – 75,6%) выполнялось наиболее часто у пациентов с гнойно-воспалительными осложнениями эпителиального копчикового хода. Наличие минимально выраженного воспаления иссекаемых тканей, отсутствие инфильтратов и гнойных затеков, небольшое расстояние между вторичными свищевыми отверстиями в межъягодичной складке дало основание закончить операцию закрытием раны глухим П-образным швом по Донати у 36 (11,6%) пациентов. Крайне высокой степени распространенности и длительности патологические процессы (ходы с наличием 2-х и более свищей на расстоянии более чем 2-3 см от межъягодичной складки, анамнестически неоднократные обострения воспалительного процесса, длительность заболевания более 1 года) характеризовались нами как II А, II Б и даже III ст по классификации свищевых форм эпителиального копчикового хода (Помазкин В.И., 2010) у пациентов с повышенной массой тела (глубокой межъягодичной складкой). Это потребовало после радикального иссечения свищевых ходов и воспалительных тканей выполнения сложных вариантов кожной пластики (25 пациентов -8,0%) или применения оригинальной методики кожной пластикой с дозированным постоянным аспирационным дренированием зоны хирургического вмешательства по Редону (15 операций – 3,5%). Использование позитивных факторов (снижение локального интерстициального отека тканей, усиление местного кровообращения, эвакуация раневого отделяемого и микробная деконтаминация, уменьшение площади раны за счет эффекта постоянного сближения краев)

неинтенсивного постоянного отрицательного давления при дренировании раневой полости способствовало снижению частоты рецидивов патологии, составившей 6,6% у данной группы пациентов при обще статистических 11% всех описываемых клинических наблюдений.

Выводы. Радикальное иссечение патологических тканей распространенных и осложненных форм эпителиального копчикового хода с использованием низкодозированного аспирационного эффекта из раневой зоны снижает риск послеоперационных рецидивных осложнений. Рациональная современная тенденция на широкое внедрение и своевременное использование мининвазивных лазерных обструкций эпителиальных кистозных и свищевых патологических структур копчиковой зоны позволит значительно снизить количество их хирургических диссекций, характеризующихся значимой инвазивностью и слабо контролируемой прогнозируемостью эффективности.