

УДК: 617-089.844

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Грошили Виталий Сергеевич¹, Харабет Ефим Игоревич², Мрыхин Глеб Александрович¹,
Кузнецов Владимир Дмитриевич¹, Дубинский Олег Александрович¹, Антонова Анастасия Вячеславовна¹

1 - ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет»,

Министерства здравоохранения России, г. Ростов-на-Дону;

2 – Клинико-диагностический центр «Клиника МЕДСИ на Солянке», Российская Федерация, г. Москва

ДУМҒАЗА – ДУМ СОҶА ПИЛОНИДАЛ КИСТА ВА ОҚМАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА КОМБИНИРЛАНГАН УСУЛНИ ҚЎЛЛАШ

Грошили Виталий Сергеевич¹, Харабет Ефим Игоревич², Мрыхин Глеб Александрович¹,

Кузнецов Владимир Дмитриевич¹, Дубинский Олег Александрович¹, Антонова Анастасия Вячеславовна¹

1 – Олий таълим Федерал давлат бюджети таълим муассасаси "Ростов давлат тиббиёт университети",

Россия Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Ростов-на-Дону ш.;

2 – «Клиника МЕДСИ» клиник – диагностик марказ, Россия Федерацияси, Москва ш.

THE USE OF A COMBINED TREATMENT METHOD FOR PILONIDAL CYSTS AND FISTULAS OF THE SACROCOCCYGEAL REGION

Groshilin Vitalii¹, Kharabet Efim², Mrykhin Gleb¹, Kuznetsov Vladimir¹, Dubinsky Oleg¹, Antonova Anastasiya¹

1 - Rostov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don;

2 - CDC "Clinic MEDSI", Russia, Moscow

e-mail: groshilin@yandex.ru

Резюме. Муаллифнинг ишлаб чиқилган техникаси, шу жумладан оқма йўлининг дозали лазер абляцияси ва Bascom II модификациясида "cleft-lift" жарроҳлик техникаси комбинациясидан фойдаланган ҳолда эпителиал думғаз – дум трактни икки босқичли даволашнинг оригинал радикал усулининг самарадорлиги ўрганилди. Эпителиал думғаз – дум соҳа оқма йўллари радикал жарроҳлик даволашнинг аънавий усуллари билан таққосланди. Истиқболли тадқиқот клиник кузатувларнинг учта таққосланадиган гуруҳидаги 60 беморни ўз ичига олди. Олинган тезкор натижаларни, операциядан кейинги эрта ва кечки асоратларни қиёсий таҳлил қилиш дастлабки техниканинг муҳим афзалликларини аниқлади, бу касаллик қайталаниши сонини камайиши, операциядан кейинги асоратлар, касалхонага ётқизиш ва ногиронлик муддатини қисқартирди. Тақлиф этилаётган усул билан беморларнинг эрта реабилитациясига эришилди ва даволаш вақтини қисқартирди имконини беради.

Калит сўзлар: пилонидал киста ва оқмалар, думғаз – дум соҳа, комбинирланган даволаш.

Abstract. The effectiveness of the original radical method of two-stage treatment of pilonidal fistulas and cysts was studied by using the developed author's technique, including a combination of dosed laser ablation of fistulous tracts and the surgical technique "cleft-lift" in the Bascom II modification, in comparison with traditional methods of radical surgical treatment of pilonidal fistulas and cysts. The prospective study included 60 patients in three comparable groups of clinical observations. A comparative analysis of the obtained immediate results, early and late postoperative complications revealed significant advantages of the original technique, which included a decrease in the number of relapses, postoperative complications, and a reduction in the duration of hospitalization and disability. The proposed method allows to achieve early rehabilitation of patients and reduce the treatment time.

Keywords: pilonidal cysts and fistulas, sacroccocygeal region, combined treatment.

Актуальность: Эпителиальный копчиковый – чрезвычайно распространенная патология, встречающаяся у 3-6% населения и занимающая IV место в структуре колопроктологических заболеваний, уступая лишь геморрою, парапроктиту и анальной трещине [1,4,8,9]. Чаще всего страдают молодые и активные люди (от 15 до 30 лет). Воспалительные осложнения эпителиального копчикового хода стали одной из серьезных причин ограничения социальной активности, ухудшения трудоспособности и снижения качества жизни [2,3,10].

Предложено весьма большое число теорий происхождения эпителиального копчикового хода [2,5,6]. За рубежом, наиболее распространенным является фолликулярно-ретенционный патогенетический механизм, описанный J. Bascom [2,5,7,9,10]. Известно, что возникновение новых теорий этиологии и патогенеза любого заболевания непрерывно связано с появлением и внедрением новых способов лечения. Несмотря на изобилие описанных техник хирургического лечения эпителиального копчикового хода (пилонидальной болезни), на текущий существует несколько подходов к выбору метода радикального лечения этого заболевания [1,4,10]. Причины этого в довольно высоком проценте неудовлетворительных исходов: рецидивы констатируют в 10-19%, нагноение ран происходит в 25-35%, прорезывание швов с различными вариантами осложненного течения и вторичного заживления – в 11-18% [4,5,8]. Учитывая молодой возраст больных, не меньшее значение имеет косметический эффект, который после традиционных способов оперативного лечения оставляет желать лучшего [1,3].

Последние десятилетия активно предлагаются новые методики радикального лечения эпителиального копчикового хода [3,7,9]. В практику внедряются современные хирургические подходы и решения. Нам представляется перспективным разработка этапного метода радикального иссечения копчикового хода. На первом этапе для уменьшения площади поражения производится лазерную облитерацию копчикового хода. Второй этап заключается в радикальном иссечении и пластическом закрытии дефекта. За счет уменьшения площади хирургического вмешательства данная методика позво-

ляет снизить количество осложнений и рецидивов, уменьшить период нетрудоспособности пациента и улучшить косметический эффект.

Цель работы: улучшение результатов лечения и снижения количества рецидивов у пациентов с эпителиальным копчиковым ходом, путём разработки и обоснования технологии двухэтапного метода лечения (с применением лазерного воздействия и последующим радикальным оперативным вмешательством).

Материал и методики: проведен анализ результатов лечения 60 пациентов на базе хирургического отделения клиники ФГБОУ ВО РостГМУ. Пациенты составили три группы клинически наблюдений:

В I группе (основной, 20 пациентов) проводилось двухэтапное лечение по оригинальной методике (зарегистрирована заявка на изобретение). На первом этапе для проведения лазерной деструкции выстилки копчиковых ходов использовали диодный лазер с длиной волны 1470 нм и мощностью 12 Вт. Лазерная обработка осуществлялась однократно под ультразвуковым контролем, со скоростью перемещения световода 1мм/с и времени воздействия на каждый свищевой ход не менее 15 с.

Второй этап заключался в иссечении свищевых ходов двумя однонаправленными полуовальными разрезами с окружающей их клетчаткой и рубцовыми тканями на стороне большего поражения радикально, на стороне меньшего поражения – экономно. Сформированный таким образом на стороне меньшего поражения кожно-подкожный лоскут перемещали на сторону большего поражения и фиксировали рассасывающейся нитью к краю раны отдельными узловыми швами.

Во II группе (первой контрольной, 20 наблюдений) применяли методику «cleft lift» согласно аутентичному способу Bascom-Karydakis (Bascom II), при реализации которого минимизируется натяжение сводимых краев раны, межъягодичная складка максимально уплощается, а шов выносится в латеральную сторону от срединной линии.

В III группе (второй контрольной, 20 наблюдений) иссекали эпителиальный копчиковый ход с пластикой крестцово-копчиковой области традиционными способами с ушиванием ран и пластикой крестцово-копчиковой области без использования техники «cleft lift».

Для в алгоритме обследования и диагностики применяли клинические, лабораторные, лучевые (УЗИ, КТ), рентгенологические (фистулография). После выписки из стационара амбулаторный мониторинг включал осмотры на 14, 28 и 60 сутки, а также через 6 месяцев после радикальной операции.

Результаты: В раннем послеоперационном периоде у пациентов основной группы в 2 случаях (10%) отмечено нагноение раны, что потребовало снятия нескольких швов и дренирования. Инфильтративно-воспалительные осложнения, связанных с длительно существующими инфильтратами. Прорезыванием швов, расхождением краев ран при использовании разработанной технологии не выявлено. При этом. При двух этапном лечении, на фоне перенесенного лазерного воздействия, значимых воспалительных реакций не отмечалось, что свидетельствует об эффективности лазерной обработки копчиковых ходов, при возможности отграничения зоны воспаления и купировании местных воспалительных проявлений при устранении эпителиальной выстилки ходов. Так, по данным общего анализа крови: число лейкоцитов $8,9 \pm 2,1 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево минимален – в среднем, 6,5-9% палочкоядерных нейтрофилов при отсутствии лимфопении или других системных реакций. В отдалённые сроки при контрольном осмотре (спустя полгода после операции) случаев рецидива заболевания не было выявлено. Койко-день составил $4,6 \pm 1,3$ суток и был обусловлен, главным образом необходимостью контроля за состоянием раны и соблюдения ограничений лечебно-охранительного режима. Продолжительность периода нетрудоспособности не превышала 10 суток при гладком течении и 16 суток – при нагноении раны.

У пациентов II группы, после применения операции «cleft lift» в традиционной модификации Bascom II, у 4 больных (20%) отмечено нагноение послеоперационной раны, потребовавшее разведения краев и вторичного заживления ран продолжительностью от 16 до 32 суток. У 3 пациентов санация раны привела к заживлению. В одном случае сформировался свищевой ход, потребовавший в отдаленные сроки повторной операции, что расценено как рецидив. У 2 больных (10%) имели место длительно, более 2 недель рассасывающиеся инфильтраты, макроскопически без абсцедирования, причем, у 1-го из этих пациентов в отдаленные сроки отмечен рецидив. Однократно имело место прорезывание швов, последующее «открытое» ведение части операционной раны позволило избежать развития рецидива и гнойно-септических осложнений. Воспалительная реакция в общем анализе крови, была в среднем, более выражена, и у 7 больных выходила за пределы физиологических референсных значений (35%). Средний уровень лейкоцитов на 3^и сутки после операции - $9,6 \pm 2,6 \times 10^9/\text{л}$ с достоверным сдвигом лейкоцитарной формулы влево ($10,1 \pm 2,7\%$ палочкоядерных нейтрофилов). К 7 суткам средние показатели вернулись к норме. Койко-день составил $7,0 \pm 2,1$ суток. Период нетрудоспособности - $14,6 \pm 4,7$ дней. Удельный вес рецидивов в группе – 10%, купированных послеоперационных осложнений - 25%.

У пациентов III клинической группы, которым проведено иссечение эпителиальных копчиковых ходов с пластикой крестцово-копчиковой области традиционными способами получены худшие результаты. В 3 случаях (15%) отмечено преждевременное прорезывание швов с расхождением краев раны. Инфильтраты воспалительного генеза без абсцедирования, со сроками «рассасывания» от 2 до 5 недель имели место у 3 пациентов (15%) Нагноение ран наблюдали у 6 больных (30%). Дренирование, санация и антибактериальная терапия привели к заживлению раны у 4 из этих пациентов больных. В 2 случаях развился рецидив через месяц после оперативного

вмешательства, еще один рецидив выявлен спустя полгода у пациента без выявленных ранних послеоперационных осложнений. Очевидно, что выраженность воспалительной реакции крови в этой группе была несравнимо больше, вследствие высокого удельного веса воспалительных и нагноительных осложнений. койко-день составил $8,2 \pm 2,4$ суток при гладком течении, $13,8 \pm 3,2$ – при осложненном. Средний период утраты трудоспособности - $18,9 \pm 3,4$. Суммарный удельный вес рецидивов в группе – 15%, послеоперационных осложнений - 45%.

Полученные результаты в группах сравнения, в целом соответствуют публикуемым литературным данным, включая частоту осложнений и рецидивов. Касательно косметического эффекта, то при неосложненном течении послеоперационного периода в первых двух группах он был сопоставим, в третьей – отмечались грубые деформирующие рубцы не только после нагноения и вторичного заживления, но и в 50% случаев после наложения глухого шва, а также у больных с расхождением краев раны после прорезывания швов.

Выводы: Разработанный способ двухэтапного хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов позволяет повысить эффективность хирургического лечения, снизить количество рецидивов и осложнений, сократить сроки временной нетрудоспособности, получить стабильный качественный косметический эффект.

Эффективность разработанной технологии объясняется возможностью миниинвазивного устранения эпителиальной выстилки свищевых ходов, как базового субстрата для вторичного инфицирования и развития инфильтративного воспаления, а также возможностью выполнять обоснованный пластический этап в отсутствии воспалительной реакции и с соблюдением принципов сглаживания межъягодичной складки и отсутствии натяжения краев сшиваемых раневых поверхностей.

Литература:

1. Брежнев С.Г. Оптимизированная хирургическая тактика в лечении эпителиального копчикового хода / С.Г. Брежнев, А.И. Жданов, Н.Н. Коротких // Колопроктология. - 2017. - № S3 (61). - С. 18.
2. Загрядский, Е.А. Операция Vascom II (cleft-lift) при рецидиве эпителиального копчикового хода / Е.А. Загрядский // Колопроктология. - 2018. - № S2 (64). - С. 18-18а.
3. Крочек И.В. Новый способ лечения эпителиального копчикового хода с помощью высокоэнергетического лазерного излучения / И.В. Крочек, С.В. Сергийко, В.П. Попов // Непрерывное медицинское образование и наука. - 2015. - № S3 (10). - С. 170-171.
4. Лаврешин П.М. Прогнозирование и профилактика избыточного рубцеобразования после операций по поводу эпителиального копчикового хода / П.М. Лаврешин, В.К. Гобеджишвили, В.И. Линченко [и др.] // Колопроктология. - 2015. - № S1 (51). - С. 28-28а.
5. Магомедова, З.К. Обоснование лечебной тактики у больных с рецидивными и местно-распространенными эпителиальными копчиковыми ходами / З.К. Магомедова, В.С. Грошилилин, Д.А. Бадалянц // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы колопроктологии». - Смоленск, 2014. - С. 25-26.
6. Alferink M. Pilonidal Disease Laser Therapy: Short Term Results of an Observational Cohort Study / M. Alferink, L. Atmowihardjo, R. Smeenk // World Journal of Surgery – 2019. - № 2. - 1143 P.
7. Ekici U. A comparative analysis of four different surgical methods for treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus / U. Ekici, Murat Ferhat Ferhatoğlu, Abdulcabbar Kartal // Asian Journal of Surgery. – 2019. –Vol. 10. - №42. – pp. 907–913.
8. Georgiou G.K. Outpatient laser treatment of primary pilonidal disease: the PiLaT technique. / G.K. Georgiou // Techniques in Coloproctology. - 2018 Oct. – Vol. 22. - №10. - pp. 773-778. Epub 2018 Oct 10. PMID: 30306277.
9. Harries R.L. Management of sacrococcygeal pilonidal sinus disease / R.L. Harries // International Wound Journal. - 2019. - Vol. 16. - № 2. – pp. 45-53.
10. Johnson E.K. The American society of colon and rectal surgeons' clinical practice guidelines for the management of pilonidal disease / E. K. Johnson, L. Michelle // Diseases of the Colon and Rectum. – 2019. – Vol. 62, № 2. – pp. 146–157.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ И СВИЩЕЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Грошилилин В.С., Харабет Е.И., Кузнецов В.Д., Дубинский О.А., Антонова А.В.

Резюме. Изучена эффективность оригинального радикального способа двухэтапного лечения эпителиального копчикового хода путем применения разработанной авторской методики, включающей сочетание дозированной лазерной абляции свищевых ходов и оперативной техники "cleft-lift" в модификации Vascom II, в сравнении с традиционными способами радикального хирургического лечения эпителиальных копчиковых ходов. В проспективное исследование включены 60 пациентов, составивших три сопоставимые группы клинических наблюдений. Сравнительный анализ полученных непосредственных результатов, ранних и отдаленных послеоперационных осложнений выявил достоверные преимущества оригинальной техники, заключающиеся в уменьшении числа рецидивов, послеоперационных осложнений, сокращении сроков госпитализации и нетрудоспособности. Предложенный позволяет достичь ранней реабилитации пациентов и сократить сроки лечения.

Ключевые слова: пилонидальные кисты и свищи, крестцово-копчиковая область, комбинированное лечение.