

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА



Ашуров Шавкат Искандарович¹, Ризаев Эъзоз Алимджанович², Курбаниязов Зафар Бабажанович¹

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 – Ташкентский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЭПИТЕЛИАЛ ДУМҒАЗА ЙЎЛИНИНГ РЕЦИДИВ ШАКЛЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Ашуров Шавкат Искандарович¹, Ризаев Эъзоз Алимджанович², Курбаниязов Зафар Бабажанович¹

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 – Тошкент давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT METHODS FOR RECURRENT FORMS OF PILONIDAL SINUS DISEASE

Ashurov Shavkat Iskandarovich¹, Rizaev Ezoz Alimdzhanovich², Kurbaniazov Zafar Babajanovich¹

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 – Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@sammu.uz

Аннотация. Эпителиал думгаза йўлининг рецидив шакллари бўлган 102 нафар беморни текшириш ва даволаш натижалари ўрганилди. Ишлаб чиқилган объектив мезонларга ҳамда маҳаллий гидропрессив озонотерапияни қўллашга асосланган табақалаштирилган ёндашув асосий гуруҳда эрта операциядан кейинги асоратлар частотасини 10,2% гача камайтириш имконини берди, бу назорат гуруҳидаги кўрсаткичдан (22,6%) сезиларли даражада паст. Қасаллик рецидивлари частотаси ҳам асосий гуруҳда 5,0% гача камайди, назорат гуруҳида эса у 16,6% ни ташкил этди. Олинган натижалар беморларни даволаш сифатини яхшилашга қаратилган таклиф этилган ёндашувнинг самарадорлигидан далолат беради.

Калим сўзлар: эпителиал думгаза йўли, рецидив, жарроҳлик даволаш.

Abstract. The results of examination and treatment of 102 patients with recurrent forms of pilonidal sinus disease were studied. A differentiated approach to the treatment of patients with recurrent pilonidal sinus disease, based on the developed objective criteria and the use of local hydropressive ozone therapy, made it possible to reduce the rate of early postoperative complications to 10.2% in the main group, which is significantly lower than the corresponding rate in the control group (22.6%). The recurrence rate also decreased to 5.0% in the main group compared with 16.6% in the control group. These results indicate the efficacy of the proposed approach aimed at improving the quality of patient treatment.

Keywords: pilonidal sinus disease, recurrence, surgical treatment.

Актуальность. Недостаточно удовлетворительные результаты лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом, включая рецидивы патологии, в большинстве случаев обусловлены отсутствием достаточных знаний у врачей-хирургов относительно данного заболевания, поздним оказанием высококвалифицированной помощи, применением неадекватных способов лечения гнойного процесса и свищевых затёков в крестцово-копчиковой области. В результате пациенты утрачивают свою трудоспособность на

продолжительный срок, а в ряде случаев эта утрата приобретает стойкий характер (1, 4).

Причинами возникновения инфекционных осложнений и рецидивов патологии в раннем после хирургического вмешательства периоде могут являться: применение нерационального метода оперативного вмешательства, неполное удаление компонентов патологического процесса, неоптимальные методы ведения послеоперационной раны. Спорными остаются вопросы относительно методов лечения ЭКХ, абсцедирования и свищевых её форм. Вопросы

этиопатогенеза, тактики лечения и ведения больных с рецидивными формами ЭКХ в литературе освещены недостаточно (2,6).

Считается, что оптимизация диагностики, лечебной тактики и комплексной терапии ран крестцово-копчиковой области с учётом современных достижений хирургии позволяет улучшить результаты лечения.

Использование в комбинированном лечении послеоперационных ран современных антиоксидантов и антигипоксантов, донаторов оксида азота, а также новых современных раневых покрытий и лекарственных средств позволяет обеспечить эвакуацию гнойного содержимого из ран, способствует гибели патогенных бактерий и обеспечивает защиту поверхности раны от развития в ней вторичного инфекционного процесса.

Недостаточно удовлетворительными считаются отдалённые результаты лечения пациентов с эпителиальным копчиковым ходом. Большое число случаев развития рецидивов патологии, отмечаемое низкое качество жизни у данных пациентов обуславливают необходимость поиска новых способов их лечения (3,5).

В настоящее время имеется достаточно большое количество способов оперативных вмешательств при ЭКХ, при этом в литературе приводятся противоречивые результаты их применения, что обуславливает необходимость проведения дальнейших исследований по улучшению результатов лечения пациентов с рецидивными формами эпителиального копчикового хода.

Цель исследования — улучшение непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения рецидивных форм эпителиального копчикового хода.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты лечения и обследования 102 пациентов с рецидивными формами ЭКХ, которые прошли обследование и лечение в отделении колопроктологии Самаркандской областной многопрофильной клиники. С целью сравнительного анализа результатов лечения больные разделены на 2 группы: в первую группу

(контрольную) включены 53 (51,9%) пациента, во вторую группу (основную) – 49 (48,1%) больных.

В данное исследование были включены больные обоего пола, которые проходили лечение по поводу рецидивных форм эпителиального копчикового хода и свищей крестцово-копчиковой зоны с установленным ранее диагнозом «эпителиальный копчиковый ход» и «пилонидальный абсцесс» и с наличием в анамнезе случаев радикального или паллиативного хирургического вмешательства. Возраст пациентов варьировался от 18 лет до 45 лет.

Пациентов мужского пола с рецидивом эпителиального копчикового хода было 72 (70,6%), а женского пола - 30 (29,4%). Наиболее часто данная патология отмечалась среди пациентов в возрасте 20-29 лет.

Многие пациенты до выполнения первичной операции по поводу ЭКХ дебют своего заболевания связывали с переохлаждением или перегреванием, с наличием выраженного потоотделения, получением травмы в области крестца и/или копчика. На наличие травм, полученных накануне развития воспалительного процесса, указывали 27 (26,4%) пациентов, среди которых труд, у 13 человек, связан с вождением автотранспорта в течение длительного периода времени, что обуславливает хроническую травматизацию указанной зоны (Jeep disease), в 14 (13,7%) случаях пациенты сообщали о случаях переохлаждения до начала развития абсцессов. Остальные 48 (47,1%) больных отрицали травму и другие причины.

Вероятность развития рецидива с каждым последующим оперативным вмешательством повышается, несмотря на их относительное снижение.

Наличие выраженной рубцовой деформации, воспалительного процесса (прежде всего гнойного характера) и склеротических изменений в местных тканях, и наличие рубцовых изменений в покровных тканях в области проведения операции не соблюдались практически у 79 (77,4%) пациентов с рецидивными формами ЭКХ.

Таблица 1. Клинические формы рецидивного ЭКХ

Клиническая форма патологии	Количество случаев	%
Неосложнённый рецидивный ЭКХ	11	10,7
Рецидивный ЭКХ, осложнённый гнойно- воспалительными изменениями	40	39,2
Рецидивный пилонидальный абсцесс	23	22,5
Рецидивный ЭКХ в стадии хронического воспаления	28	27,4
Всего	102	100

Наблюдаемые нами пациенты с рецидивными формами ЭКХ были распределены в зависимости от клинической формы патологии (табл. 1).

Неосложнённый рецидивный ЭКХ (без клинических проявлений) всего наблюдали у 11 (10,7%) пациентов. ЭКХ осложнённый гнойно-воспалительными и инфильтративными изменениями тканей – у 40 (39,2%) пациентов, у 28 (27,4%) отмечали рецидивный ЭКХ в стадии хронического воспаления, у 23 (22,5%) рецидивный пилонидальный абсцесс.

У больных с рецидивными формами ЭКХ было выявлено наличие сопутствующих колопроктологических заболеваний. Среди заболеваний ободочной и прямой кишки в 25,2% случаев наблюдались патологии воспалительного характера, у 6,1% больных был диагностирован колит, а у 10% больных было установлено наличие хронической формы геморроя (без необходимости проведения оперативного вмешательства). Выявленные сопутствующие патологии не оказывали значимого влияния на дальнейшую тактику лечения больных.

Наличие свищевых ходов, как правило, указывало на наличие рецидивных форм. Так у 22 пациентов было установлено наличие двух и более первичных отверстий, расположенных на расстоянии от 3,0 до 12,1 от заднего прохода и имеющих сообщения друг с другом. Образование вторичных свищевых ходов было обусловлено развитием воспалительного процесса в области оставленного копчикового хода, самопроизвольным или неправильным вскрытием инфильтратов и абсцессов, неполным удалением ЭКХ. В 37 (36,3%) случаях отмечали первичные и вторичные свищи.

Результаты и их обсуждение. Для выбора наиболее патогенетически обоснованного способа операции были разработаны объективные критерии, т.е. применялся дифференцированный подход.

При применении разработанной методики необходимо обратить внимание на топографо-анатомические особенности строения ягодично-крестцово-копчиковой зоны, выраженность патологического процесса, общее число и расположение вторичных свищевых ходов, а также данные морфологических исследований, УЗИ и выраженность эндотоксемии.

Согласно разработанной методике после окрашивания свищевого хода бриллиантовым зелёным и ревизии полости свищей зондом для уточнения границ удаляемых тканей (рис. 1).

Затем производятся два полулунных разреза, после чего проводится иссечение ЭКХ в пределах интактных тканей до зоны расположения крестцово-копчиковой фасции вместе с кожным

покровом межягодичной складки, захватывая находящиеся здесь отверстия и подкожную клетчатку, в которой имеются ходы.

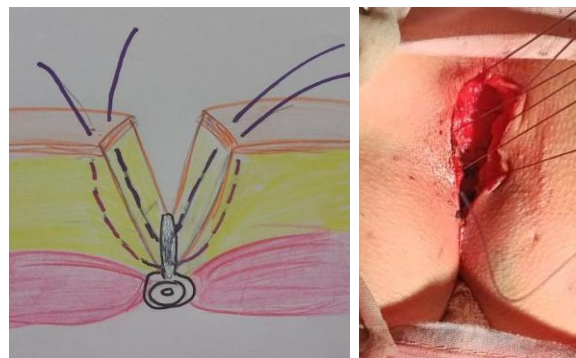


Рис. 1. Укрепление крестцово-копчиковой фасции — схематически (а) и фото (б)

Далее осуществляют тщательный гемостаз с помощью электрокоагулятора. После этого производится укрепление крестцово-копчиковой фасции путём наложения узловых швов из рассасывающейся нити (ПГА, размер 3/0).

С помощью аatraumaticкой иглы производили укрепление крестцово-копчиковой фасции. Накладывают дренажную трубку. Рана ушивается отдельными узловыми швами в «шахматном» порядке путём подшивания раневых краёв ко дну, при этом в шов захватывали укреплённую крестцово-копчиковую фасцию с целью предотвращения формирования полостей.

Проведенное исследование и данные литературы показывают, что в основе развития рецидивов заболевания в большинстве случаев лежит нерадикальное иссечение эпителиальных копчиковых ходов, оставление или неточная диагностика во время операции и инфильтрированных и воспалительных тканей.

Для диагностики наличия оставленных свищевых ходов, инфильтрированных и воспалительно измененных тканей, а также с целью снижения частоты рецидивов заболевания в клинике разработана методика интраоперационной диагностики с использованием УЗ-метода.

По предложенной методике после иссечения эпителиального копчикового хода, гемостаз интраоперационно проводится УЗ-исследование образовавшейся раны справа и слева, дна и верхних её участков. Такое интраоперационное УЗИ выполняется снаружи от образования после иссечения раны (рис. 2).

Особое значение при этом придавали наличию экзогенных инфильтрированных тканей различной протяжённости, требующему дополнительного исследования.

УЗИ также проводили в послеоперационном периоде для характеристики заживления раны и

диагностики раневых осложнений, являющихся одним из дополнительных факторов развития рецидивов ЭКХ.



Рис. 2. Интраоперационное УЗИ

Разработанная методика эффективно использована в 36 (35,3%) наблюдениях при рецидивных ЭКХ.

Для коррекции развившихся у больных с рецидивными формами ЭКХ указанных выше патофизиологических изменений в клинике разработана методика комплексной её коррекции.

На первом этапе проводится хирургическое пособие, направленное на полное и рациональное удаление морфологически неполноценных тканей с обязательным проведением интраоперационного УЗИ. В послеоперационном периоде сразу же начинают инфузионно-трансфузионную терапию, направленную на коррекцию оксидного стресса, гипоксии и эндотелиальной дисфункции. Фармакологическое обеспечение включало в себя:

инфузионная терапия, включающая в себя внутривенное введение 400,0 мл ремаксоло со скоростью 40-60 капель (2-3 мл) в минуту + 100,0 мл в/в донатора азота – Тивортин. Комплексную инфузионную терапию проводили в течение 4-5 суток до нормализации показателей эндотоксемии и дисфункции эндотелия (табл. 4).

Использование комбинации Ремаксоло и Тивортина позволило у больных с рецидивными формами ЭКХ из основной группы уже в первые сутки послеоперационного периода значительно снизить явления гипоксии и эндотоксемии у больных. Коэффициент гипоксии у больных основной группы был достигнут ниже – на 16,1%.

В динамике клинического исследования, также выявлено снижение воспалительных процессов. В ходе развития клинического исследования, также выявлено снижение воспалительной реакции в области крестца и копчика и инфильтрированных участках, о чём свидетельствовало снижение уровней СРБ – с $129,7 \pm 8,6$ мг/мл до $47,47 \pm 7,2$ мг/мл и МДА с $2,7 \pm 0,01$ нмоль/мг до $2,2 \pm 0,06$ нмоль/мг.

Значительно улучшилась мощность энергообразования и утилизация тканей кислородом и восстановилась функция эндотелия. Так уровень оксида азота увеличился с $19,6 \pm 6,2$ мкмоль/л до $27,3 \pm 3,1$ мкмоль/л.

Как было отмечено на основании разработанной дифференцированной хирургической тактики, пациентам основной группы с рецидивными формами ЭКХ выполняли патогенетически обоснованные методы хирургического лечения (табл. 2).

В контрольной группе в 36 (67,9%) случаях выполняли иссечение ЭКХ с открытым и полуоткрытым ведением ран, в основной группе — у 20 (40,8%). Иссечение рецидивного ЭКХ с подшиванием краёв ко дну с использованием швов Донати были выполнены 10 (18,8%) пациентам контрольной и 7 (14,3%) основной группы. Операция Vascom II выполнена в 11 наблюдениях у пациентов основной (n=4) и контрольной (n=7) группы.

В 18 случаях (36,7%) в лечении рецидивных форм ЭКХ применялась разработанная в клинике методика иссечения ЭКХ с фиксацией раневых краёв ко дну с проведением комплексной консервативной терапии.

Исследуемые обеих групп были распределены в зависимости от характера и объёмов комплексного лечения с учётом разработанных и усовершенствованных методик, а также медикаментозной коррекции эндотоксемии, гипоксии, оксидного стресса и дисфункции эндотелия.

В остальных параметрах они были сопоставимы. В основную группу вошли 49 пациентов.

Таблица 2. Характер и объём оперативных вмешательств при рецидивной форме ЭКХ (n=102)

Характер оперативных вмешательств	Количество		Всего (n=102)
	ОГ (n=49)	КГ (n=53)	
Иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краёв ко дну по Донати	7 (14,3%)	10 (18,8%)	17 (16,6%)
Иссечение эпителиального копчикового хода с подшиванием краёв ко дну по методике клиники	18 (36,7%)	-	18 (17,6%)
Открытое и полуоткрытое ведение после иссечения эпителиального копчикового хода и выраженности затёков	20 (40,8%)	36 (67,9%)	56 (54,9%)
Операция Vascom II	4 (8,2%)	7 (13,2%)	11 (10,8%)
Всего	49	53	102

Таблица 3. Общее количество и характер осложнений, возникших в раннем послеоперационном периоде у пациентов с рецидивами ЭКХ

Послеоперационные осложнения	Основная группа (n=49)	Контрольная группа (n=53)
Нагноение раны	2 (4,1%)	5 (9,4%)
Инфильтрат	2 (4,1%)	2 (3,8%)
Гематома	1 (2,1%)	-
Краевой абсцесс	-	1 (1,9%)
Несостоятельность раны	-	4 (7,5%)
Всего	5 (10,2%)	12 (22,6%)

Им выполнены аналогичные оперативные вмешательства, как и в контрольной группе с той разницей, что в комплексе лечения была включена периоперационная локальная озонотерапия.

У больных основной группы в послеоперационном периоде назначали патогенетически обоснованную комплексную консервативную терапию, направленную на снижение и коррекцию эндотоксемии, воспалительного процесса, гипоксемии, оксидантного стресса и дисфункции эндотелия, а также локальную озонотерапию.

Эффективность лечения у наблюдаемых пациентов оценивали по изменению биохимических показателей крови (табл. 5).

В раннем послеоперационном периоде у пациентов основной группы спустя 3-5 дней отмечалось снижение уровня СРБ с $132,5 \pm 7,2$ мг/мл до $98,6 \pm 6,4$ мг/мл и $49,4 \pm 5,1$ мг/мл, МДА с $3,2 \pm 0,07$ нмоль/л до $2,7 \pm 0,05$ нмоль/л и $2,4 \pm 0,07$ нмоль/л соответственно. Отмечалась тенденция к снижению показателей гипоксии на эти же сроки с $1,608 \pm 0,032$ ммоль/мг до $1,523 \pm 0,038$ ммоль/мг и $0,413 \pm 0,051$ ммоль/л – молочной кислоты. Коэффициент гипоксии также за эти же сроки имели тенденцию к снижению и соответствовали $11,9 \pm 0,42$ усл. ед. и $11,32 \pm 0,46$ усл. ед. соответственно. Снижение эндотоксемии, гипоксии и соответствующая их коррекция способствовала повышению уровня оксида азота до $20,6 \pm 7,1$ мкмоль/л и $26,5 \pm 3,1$ мкмоль/л соответственно.

При цитологическом исследовании раневого экссудата у пациентов основной группы оказалось, что на 4-5 сутки количество нейтрофильных лейкоцитов начало уменьшаться с $467,68 \pm 13,02$ до $128,07 \pm 10,90$. Регенеративно-дегенеративный индекс уже на 3 сутки послеоперационного периода был выше по сравнению с контрольной группой на 27,88% ($p < 0,05$). Проведенные выше клинические исследования доказывают терапевтическую эффективность комплексной консервативной терапии у больных основной группы.

У всех 102 пациентов обеих исследуемых групп были изучены непосредственные результаты оперативных вмешательств. При

оценке результатов операции большое значение имеет наличие послеоперационных осложнений, профилактика и лечение которых является наиболее значимым фактором эффективности проведенного хирургического лечения. У пациентов группы контроля ($n=53$), у которых хирургические вмешательства проводилось исключительно с учётом клинических данных, развитие осложнений в раннем послеоперационном периоде отмечалось в 12 (22,6%) случаях. Из 49 пациентов основной группы, где придерживались дифференцированной хирургической тактики с применением разработанных и усовершенствованных методов хирургического и медикаментозного лечения направленные на коррекцию эндотоксемии, гипоксии, оксидантного стресса и дисфункции эндотелия, а также локальная озонотерапия, ранние послеоперационные осложнения отмечены у 5 (10,2%) больных.

Общее количество и характер осложнений, возникших в раннем после хирургического вмешательства периоде у пациентов с рецидивами ЭКХ, приведены в таблице 4.

Для выявления характера ранних послеоперационных осложнений, наряду с объективными методами оценки состояния послеоперационной раны, проводили динамическое УЗИ-исследование.

Комплексное УЗИ мягких тканей послеоперационной области проводили на 3-5 дни при этом изучались размеры инфильтрации мягких тканей. Показатели ширины инфильтративной зоны инфильтрации у пациентов основной группы спустя трое суток после проведения хирургических вмешательств в момент разгара локального воспалительного процесса составляли в среднем $6,3 \pm 0,9$ мм, а в группе контроля этот показатель составлял $9,2 \pm 0,9$ мм ($p < 0,05$) и зависел от характера и методов выполнения оперативного пособия. Объём инфильтрата у пациентов из основной группы составлял в среднем $9,2 \pm 1,03$ мм³, этот показатель в группе контроля составлял в среднем $15,6 \pm 0,9$ мм² ($p < 0,05$).

Спустя 5 суток после проведенного хирургического вмешательства, в момент

стихания воспалительного процесса, показатели ширины зоны инфильтративных изменений в мышечных структурах у больных основной группы снизились до $5,2 \pm 0,9$ мм, тогда как в группе контроля данный показатель снизился незначительно и составил $10,1 \pm 1,15$ мм ($p < 0,05$). Показатели объема инфильтрата у пациентов из основной группы составляли в среднем $9,5 \pm 1,1$, у больных группы контроля этот показатель составил $18,2 \pm 0,9$ мм³ ($p < 0,05$).

Среди послеоперационных осложнений, наиболее грозным у пациентов с рецидивными ЭКХ являлось нагноение, которое наблюдалось у 7 пациентов основной ($n=2$) и контрольной ($n=5$) групп. Оно встречалось после операции иссечения ЭКХ с подшиванием краёв ко дну и после операции по поводу нагноений ЭКХ. Признаки развития гнойного процесса в ране обнаруживаются к 3-5 суткам послеоперационного периода, когда у пациентов наблюдается увеличение температуры тела до $38-39^{\circ}\text{C}$, появляется общая слабость, наличие болевых ощущений в области раны, которые имеют пульсирующий характер. Также в этот период по краям раны отмечается появление гиперемии, гнойных выделений при зондовом исследовании. Вышеуказанные признаки констатируют факт уже возникших гнойных осложнений в ране. Для ранней диагностики нагноения ЭКХ в послеоперационном периоде, а также для дифференциальной диагностики её от инфильтратов в клинике разработана методика ранней диагностики нагноения ЭКХ. Суть разработанной методики заключается в том, что в крови больных с нагноением послеоперационной раны уровень СРБ в крови в динамике критически повышается, особенно на 3-4 сутки, тогда как при инфильтрате послеоперационной раны содержание СРБ повышено, но не до критических значений.

Так показатель уровня СРБ в крови у больных с послеоперационными инфильтратами ран крестцово-копчиковой области составил от 20,4 до 65,3 мг/мл, тогда как у больных с нагноением послеоперационных ран он составлял от 67,4 мг/мл до 200 мг/мл и более.

При комплексной диагностике нагноений ран крестцово-копчиковой области, отмечаемых у 7 больных, производилось снятие швов, осмотр раны, ее промывание с использованием озонированного раствора в основной группе и перевод на открытую тактику ведения. Нагноение инфильтратов отмечали в 4 случаях, чаще ($n=3$) они отмечались у пациентов с высоким «стоянием» ягодиц. Послеоперационные гематомы, имеющие место в 1 наблюдении, были связаны с техническими особенностями операции и характером гемостаза.

У больных группы контроля чаще наблюдались такие осложнения как несостоятельность швов ($n=4$) у больных контрольной группы.

Несостоятельность швов вследствие натяжения характеризовалась тем, что в послеоперационном периоде не наблюдалось наличие видимых осложнений до тех пор, пока не производилось снятие швов: во время проведения перевязки не наблюдались признаки воспалительной реакции, также не отмечалось наличие значительной экссудации либо инфильтрации. Не было установлено и наличие каких-либо объективных причин, которые могли бы привести к несостоятельности швов. Согласно данным некоторых авторов, расхождение краёв раны и развитие в ней некротических изменений возникает вследствие избыточного натяжения тканей во время закрытия раны, что приводит к нарушению. Местной микроциркуляции и ухудшению процессов репарации.

Проведена оценка сроков эпителизации у больных прооперированных по поводу рецидивного ЭКХ. У пациентов обеих групп удаление швов выполнялось спустя 10-12 дней после операции, а спустя 15 дней больному разрешалось уже полноценно садиться. Сроки эпителизации раны при первичном натяжении у больных из основной группы варьировались в пределах 15-17 суток, а при возникновении несостоятельности швов этот срок составлял 25,-30 суток. Таким образом, в среднем данный срок составлял $20,9 \pm 2,2$ дней.

Изучение результатов лечения в отдаленном послеоперационном периоде у данных больных проводилось путем анкетирования и контрольного осмотра в период от полугода до 2 лет (период мониторинга в среднем составлял 15 месяцев). Результаты лечения в отдаленном периоде были изучены у 82 (80,4%) из 102 больных, подвергшихся хирургическому лечению: у 42 больных контрольной группы и 40 основной группы. Критериями оценки эффективности лечения в отдаленном послеоперационном периоде являлись: сроки полной регенерации раны, общая продолжительность временной утраты работоспособности, число случаев развития рецидивов заболевания, формирование грубого деформирующего рубца. Сроки полной регенерации раны у пациентов группы контроля в среднем составляли $28,3 \pm 2,1$ дней после проведенной операции, в основной группе этот период составлял в среднем $15,8 \pm 0,9$ дней ($p < 0,001$).

Сроки временной утраты работоспособности у наблюдаемых больных напрямую зависели от сроков полной регенерации раны. В результате, сроки временной

нетрудоспособности в основной группе пациентов оказались значительно меньше, чем в группе контроля - $19,6 \pm 0,95$ и $32,25 \pm 2,25$ дней, соответственно. Общее число случаев рецидивов заболевания в течение до 24 месяцев после проведенной операции у пациентов из группы контроля составило 7 (16,6%), в то время как в основной группе рецидивы заболевания отмечались только в 2 (5,0%) случаях. То есть, частота случаев рецидива в контрольной группе оказалась более чем в 3 раза выше, чем в основной группе ($p < 0,05$).

Таким образом, применение дифференцированной хирургической тактики с одновременным проведением комплексной медикаментозной коррекции эндотоксемии, гипоксии, оксидантного стресса, а также дисфункции эндотелия, в сочетании с разработанными и усовершенствованными хирургическими пособиями с применением локальной озонотерапии позволяет повысить качество жизни оперированных больных за счёт сокращения сроков заживления ран, снижения частоты послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Выводы:

1. Основными причинами безуспешности оперативного лечения пациентов с эпителиальным копчиковым ходом и его рецидивными формами являются отсутствие дифференцированного подхода к тактике лечения при данной патологии с учетом её формы и степени тяжести, а также нерадикальное удаление инфицированных тканей (натяжение швов, остаточные полости, нагноение раны) при проведении операций.

2. Дифференцированный подход к лечению больных с рецидивными формами ЭКХ, основанный на разработанных объективных критериях и использовании локальной гидропрессивной озонотерапии, позволил снизить частоту ранних послеоперационных осложнений до 10,2% в основной группе пациентов, что значительно ниже аналогичного показателя в контрольной группе (22,6%). Частота рецидивов заболевания также уменьшилась до 5,0% в основной группе, по сравнению с контрольной группой 16,6%. Эти результаты свидетельствуют об эффективности предложенного подхода, направленного на улучшение качества лечения пациентов.

Литература:

1. Ашуров А.Х., Ризаев Э.А. Сравнительный анализ трансабдоминального и экстраперитонеального методов эндоскопической герниопластики паховых грыж // Новый день в медицине. – 2025. – № 5 (79). – С. 1503–1512.
2. Ковалёв А.Л., Зверев Д.Г. Особенности течения и диагностики рецидивирующего эпителиального копчикового хода у подростков // Проблемы современной медицины. – 2020. – Т. 22, № 3. – С. 91–95.
3. Миронов А.В., Гайдук С.И. Современные подходы к диагностике и лечению рецидивов эпителиального копчикового хода // Клиническая медицина. – 2020. – Т. 98, № 5. – С. 39–42.
4. Пирназаров С.П., Ризаев Э.А. Одновременная лапароскопическая холецистэктомия и гинекологическая операция: мультидисциплинарный хирургический подход // Новый день в медицине. – 2025. – № 5 (79). – С. 1513–1523.
5. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б. Прогнозирование исходов острого панкреатита с учётом данных лапароскопии и шкалы Balthazar // Journal of Biomedicine and Practice. – 2025. – Т. 10, № 2. – С. 365–372. DOI: 10.5281/zenodo.15199723.
6. Сафаров А.Б., Иванов С.Н. Диагностика и лечение рецидивирующего эпителиального копчикового хода // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2019. – Т. 178, № 3. – С. 45–49.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Ашуров Ш.И., Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б.

Резюме. Изучены результаты лечения и обследования 102 пациентов с рецидивными формами эпителиального копчикового хода. Дифференцированный подход к лечению больных с рецидивными формами ЭКХ, основанный на разработанных объективных критериях и использовании локальной гидропрессивной озонотерапии, позволил снизить частоту ранних послеоперационных осложнений до 10,2% в основной группе пациентов, что значительно ниже аналогичного показателя в контрольной группе (22,6%). Частота рецидивов заболевания также уменьшилась до 5,0% в основной группе, по сравнению с контрольной группой 16,6%. Эти результаты свидетельствуют об эффективности предложенного подхода, направленного на улучшение качества лечения пациентов.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, рецидив, хирургическое лечение.