ВАРИАНТЫ ЗАКРЫТИЯ РАНЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ КОПЧИКОВОГО СИНУСА

Чотчаев М.К., Шамиров С.В., Келин Я.Д., Астежева А.Ю., Кораблина С.С.
Ставропольский государственный медицинский университет
Научный руководитель- к.м.н., доцент кафедрой общей хирургии Кораблина С.С.

Введение. Частота заболевания, молодой возраст пациентов, результаты лечения, не устраивающие сегодня врачей колопроктологов определяют актуальность темы работы. При массовом обследовании населения копчиковый ход выявлен у 3% обследованных. На долю этой патологии среди хирургических заболеваний приходится 1-2%, на колопроктологическом приеме частота этой патологии доходит до 12%. Цель исследования: Разработать новые методы оперативного лечения копчикового синуса, позволяющие значительно улучшить непосредственные и отдаленные исходы заболеваний. Материалы и методы. Исследованы и прооперированы 230 больных копчиковым синусом. В контрольную группу вошли 102 больных. Основную группу составили 128 больных, которым осуществлен дифференцированный подход к выбору метода операции. Результаты. В контрольной группе наблюдалось 19 (18,6%) осложнений: нагноение раны у 8 (7,8%), развитие в ране воспалительного инфильтрата у 5 (4,9%), краевой некроз кожи в области краев раны у 6 (5,9%) оперированных с последующим отхождение краев у 3 больных. В основной группы осложнения отмечены у 6 (4,7%) больных: нагноение раны у 2 (1,6%), развитие в ране воспалительного инфильтрата у 4 (3,1%). Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 года до 8 лет. Рецидив заболевания возник у 11 (10,8%) больных в контрольной группе. В основной группе рецидивов заболевания не было. Заключение: предложенный нами способ хирургического лечения КС с учетом интенсивности и распространенности воспалительного процесса, топографо-анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области, использованием внутрикожного шва позволил улучшить непосредственные и отдаленные исходы заболевания.

Ключевые слова: копчиковый синус, ягодично-крестцово-копчиковая область, способы операций, осложнения

Введение. Копчиковый синус (КС) в структуре заболеваний занимает четвертое место после парапроктита, геморроя и анальной трещины. Этой патологией страдает 0,5% взрослого населения в возрасте 20-40 лет, занимающегося, преимущественно, физическим трудом [1]. Результаты хирургического лечения КС по прежнему остается неутешительными [2]. Об этом свидетельствует высокий процент послеоперационных осложнений, который, по данным подавляющего большинства исследователей, достигает 22-

31%, а длительный срок послеоперационного периода приводит к временной утрате трудоспособности пациентов относительно молодого возраста до 21-31 дней [3,4]. У 10-20% пациентов после различных операций возникают рецидивы заболевания. Основными причинами неудовлетворительных исходов операций является: заведомо неасептические условия проведения операции, оставление незамеченных во время операций патологически изменённых тканей, скопление крови и лимфы в остаточной недренированной полости с последующим инфицированием ее содержимого, чрезмерное натяжение краев раны, нарушение кровообращения в ране при затягивании швов.

Цель работы. Разработать новые методы оперативного лечения копчикового синуса, позволяющие значительно улучшить непосредственные и отдаленные исходы заболеваний.

Материалы и методы. Нами представлены результаты хирургического лечения 230 больных КС. Патологический процесс у них локализован в межъягодичной складке и не более 3 см в стороны от нее на ягодицах. Подавляющее большинство пациентов 208 (90,4%) были в возрасте от 17 до 53. Наблюдаемые нами больные были разделены на 2 группы. В контрольную группу вошли 102 больных, в основную – 128 больных. Хирургические вмешательства выполняли под спинномозговой анестезией.

Первый этап операции у больных обеих групп включал в себя иссечение КС, патологически измененных тканей в пределах здоровых тканей. Второй этап операции – закрытие послеоперационной раны выполняли по-разному. У больных контрольной группы в выборе метода операции учитывали интенсивность и распространённость воспалительного процесса. При отсутствии воспаления в КС и окружающих его тканях у 33 (13,2%) оперированных послеоперационная рана ушивалась наглухо вертикальными матрацными швами Донати. При локализации очага воспаления в копчиковом ходе и не более 3 см в сторону от межъягодичной складки у 62 (51%) оперированных после иссечения КС с кожей и подкожной клетчаткой в пределах здоровых тканей, края раны подшивались к ее дну. У 7 (6,8%) больных с выраженным воспалительным

процессом в межъягодичной складке и окружающих ее тканях после иссечения КС рану оставляли открытой. В последующем она заживала вторичным натяжением.

Выбор метода закрытия послеоперационной раны у больных 2 группы зависел не только от интенсивности и распространенности воспалительного процесса, но и от топографо-анатомического строения структур, составляющих ягодично-крестцово-копчиковую область. Плоская (низкая) конфигурация ягодиц была у 38 больных, средняя конфигурация – у 64 пациентов и высокая – у 26. Во время выполнения операций у этой группы больных использовали рассасывающийся шовный материал ПГА-4.

Методика предлагаемой нами операции заключалась в следующем. Под спинномозговой анестезией электроножом Сургидрон иссекали копчиковый ход в едином блоке с кожей и подкожной клетчаткой. Затем отдельными узловыми швами ушивали рану: при плоском стоянии ягодиц - на 1/3, при среднем – на 1/2, высокой - на 2/3 ее глубины. В дальнейшем учитывали наличие или отсутствие воспаления в КС и окружающих его тканях. При отсутствии воспалительного процесса, концами этих же нитей с обеих сторон внутрикожно захватывали края раны, которые низводили и фиксировали к ее дну. У пациентов с наличием воспаления в КС и окружающих его тканях концы нитей отсекали через один узел. Неотсеченными длинными концами нитей внутрикожно подхватывали с обеих сторон края раны, которые без натяжения фиксировали к ее дну. При этом между узлами швов оставались открытыми участки раны в форме ромба, обеспечивающие отток раневого отделяемого.

В послеоперационном периоде для ускорения процессов заживления раны и формированию мягкого рубца применяли среднечастотный ультразвук и КВЧ-терапию.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2. 4. 3 (разработчик - ООО "Статтех", Россия).

Результаты. В раннем послеоперационном периоде из 128 больных основной группы осложнения отмечены у 6 (4,7%) больных: нагноение раны у 2

(1,6%), развитие в ране воспалительного инфильтрата у 4 (3,1%). У 102 больных контрольной группы наблюдалось 19 (18,6%) осложнений: нагноение раны у 8 (7,8%), развитие в ране воспалительного инфильтрата у 5 (4,9%), краевой некроз кожи в области краев раны у 6 (5,9%) оперированных с последующим отхождение краев у 3 больных. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 до 8 лет. Рецидивы заболеваний наблюдались у 11 (10,8%) больных в контрольной группе. В основной группе рецидивов заболевания не было.

Выводы:

1. Разработанная авторами методики операций с учетом распространенности, интенсивности воспалительного процесса и топографо-анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области дают возможность создать открытую на всем протяжении межъягодичную складку, обеспечивающую адекватный отток раневого отделяемого, уменьшить количество шовного материала в тканях. Использование внутрикожного шва, предупреждающего фитильные свойства для инфекции, не нарушает кровоснабжения тканей в области краев раны.

2. Предложенный комплекс диагностических и лечебных мероприятий значительно улучшил результаты лечения больных основной группы: уменьшилось количество послеоперационных осложнений 18,6 до 4,7%; рецидивов заболевания - с 10,8 до 0%.

Список литературы

13. Сергацкий, К. И. Хирургические аспекты лечения эпителиального копчикового хода: от первоисточников к современности / В. И. Никольский, Р. Ф. Янгуразов // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. - 2022. № 2. - С. 92–106. https://doi. org/:10. 21685/2072-3032-2022-2-10.
14. Хубезов, Д. А. Выбор метода хирургического лечения пилонидальной болезни без абсцедирования / Р. В. Луканин, А. Ю. Огорельцев Д. К. Пучков [и др.] // Хирургия. - 2019, 8(2). - С. 24-31.
15. Peiliang Wu. Progress in the surgical treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus: a review. International Journal of Surgery. 2023 August; 109(8):2388-2403. https://doi. org/: 10. 1097/JS9. 0000000000000447

16. Atak T. Primary closure method after asymmetrical excision of the pilonidal sinus treatment: A retrospective cohort study. J Surg Med. 2023;7(9):564-567. https://doi. org/: 10. 28982/josam. 7904
17. Rhiannon L. Harries, Abdullah Alqallaf, et all. Management of sacrococcygeal pilonidal sinus disease. International Wound Journal. 2019; 16(2):370-378. doi: 10. 1111/iwj. 13042