

ЛИТЕРАТУРА

1. Хасанов А.Г. Способ хирургического лечения и профилактики послеоперационных перитонеальных спаек / А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфриянов, С.С. Нигматзянов // Хирургия. – 2008 – № 3. – С. 43-45.

2. Матвеев Н.Л. Результаты применения 4% раствора икодекстрина для профилактики спаечного процесса после хирургических и гинекологических операций/ Матвеев Н.Л., Арутюнян Д.Ю., Дигаева М.А.// Эндоскопическая хирургия. – 2008. - №3. - С. - 45-54.

3. Метод узи-контролируемого этапа наложения карбоперитонеума при лапароскопическом рассечении спаек брюшной полости: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 20.05.16.- Минск, 2016 г.- 6 с.

НОВЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ

Маслакова Н.Д., Малевич Р.О., Коханский Е.В., Гривачевский С.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Пилонидальная киста (ПК) – это распространенная хирургическая патология, встречаемость которой, по разным данным, составляет около 5-7% от всего взрослого населения [6]. Доля данной нозологии от числа хирургических заболеваний колеблется от 1 до 2%. В колопроктологической практике ПК встречается в 14-20% случаев [3]. Преимущественно, данной патологии подвержены трудоспособные лица мужского пола в возрасте от 15 до 35 лет [1], чаще в 2-4 раза, в сравнении с женщинами [4].

По поводу этиологии ПК все еще идут споры, наиболее актуальной является дисэмбриогенетическая теория: в раннем эмбриогенезе при редукции хвостового отдела, под действием неблагоприятных факторов, происходит сохранение Lig. Caudale, в результате чего образуется канал, выстланный эпителием, далее с учетом близости прямой кишки, происходит его инфицирование [7].

Интерес к проблеме хирургического лечения данного заболевания, прежде всего, обусловлен неудовлетворительными исходами, частота которых находится в пределах от 20 до 40 % в зависимости от выбора методики хирургического лечения [3], зачастую, подобные неутешительные результаты обусловлены возникновением лигатурных свищей и вторичных полостей, сформированных из-за несостоятельности швов.

Цель: С помощью предложенной модификации и внедрения

новой хирургической тактики улучшить результаты лечения ПК. А также проведение ретроспективного анализа историй болезни прооперированных пациентов, с использованием данной методики.

Материалы и методы: Данная хирургическая тактика лечения ПК применялась на базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» с 2011 по 2016 г.. За весь период было прооперировано 132 пациента.

Методика предполагает двухэтапное хирургическое лечение ПК в стадии острого воспаления. На первом этапе производилось вскрытие абсцесса и лечение, направленное на купирование воспаления, затем, через 7-10 дней, проводилось иссечение ПК в пределах здоровых тканей до крестцовой фасции (КФ), после прокрашивания ходов метиленовым синим, либо с использованием бриллиантового зеленого. Далее, при закрытии раны использовали 2-этажный многостежковый вертикальный «возвратный» П-образный шов без захвата КФ. Вкол иглы (атравматическая лигатура, оптимально применение моноплетей из полипропилена от USP 2 и более, игла длиной 45 мм и более) на расстоянии 1,5-2,0 см от одного из краев раны, затем следует выход иглы на середине глубины раны; далее отступая около 1/3 от глубины раны очередной вкол и проведение иглы на глубину до дна раны, но не вовлекая КФ в шов, следующий шаг это переход на противоположную сторону раны и выполнение аналогичных действий в обратном порядке, не выкалывая иглу на коже противоположной стороны, проводим иглу на исходную сторону на расстоянии 0,5-0,7 см от края раны. Заметим, что целесообразно наложение подобных швов в «шахматном порядке» по отношению к длиннику раны, данный прием обеспечивает оптимальные условия трофики раны и гарантирует наилучшее заживление раны.

Также данный метод подходит и для иссечения ПК вне острого воспаления, т.е. для одномоментной радикальной операции по удалению ПК, без выполнения «первого» этапа и непосредственный переход ко «второму» этапу лечения.

Результаты и обсуждения: С использованием данной методики средняя длительность госпитализации составляла от 10 до 12 суток. Операционные раны заживали первичным натяжением. Рецидивов не зарегистрировано. Регистрировались следующие послеоперационные осложнения: 4 – краевой некроз, 3 – серома, 2 – нагноение раны.

Выводы: Данный метод позволил изменить традиционную концепцию оперативного лечения за счет своей эффективности и

технической простоты исполнения. Предложенный нами способ закрытия операционной раны с помощью двухэтажного шва максимально адаптирует края раны, что предотвращает образование полостей и скопления в них экссудата, также техника предложенного нами шва позволяет не оставлять в рубце лигатуры, тем самым гарантируя отсутствие лигатурных свищей, а закрытие раны без вовлечения КФ – это гарантированная профилактика хронических послеоперационных болей в области рубца, которая во многом улучшает качество жизни пациентов [2,5]. Наложение швов в «шахматном» порядке позволяет создать оптимальные условия для трофики раны, тем самым обеспечивая адекватное заживление.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев, С.В. Сравнительная оценка консервативных методов лечения открытых ран после радикального иссечения эпителиального копчикового хода / С.В. Васильев [и др.] // Сб. научных трудов / Материалы III Всероссийского съезда колопроктологов. - №3 (37) – Белгород. – 2011. – С. 24.

2. Groshilin, V.S. Современные аспекты профилактики осложнений и лечения рецидивных эпителиальных копчиковых ходов / В.С. Groshilin [и др.] // Сб. научных трудов / Материалы Международного объединенного Конгресса Ассоциации колопроктологов России и первого ESCP/ECCO регионального мастер-класса. - №1(51). – Москва. – 2015. – С. 20.

3. Жданов А.И., Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода: клиничко-анатомические аспекты / А.И. Жданов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – Т.4. - №3. – 2013 – С. 385-391.

4. Лаврешин, П.М. Диагностика и лечение эпителиального копчикового хода / П.М. Лаврешин [и др.] // Медицинский вестник северного кавказа – 2011. - №4 – С. 99-100.

5. Помазкин, В.И. Качество жизни пациентов со сложными формами эпителиального копчикового хода при разных способах операции / В.И. Помазкин // Вестник межнационального центра исследований качества жизни. - №15. – Т.16. – Москва. – 2010. – С.74-79.

6. Попков, О.В. Эпителиальный копчиковый ход. Методы хирургического лечения / О.В. Попков [и др.] // Обзоры и лекции. – 2016 – С. 101-106.

7. Ривкин, В.Л. Эпителиальный копчиковый ход – рудиментарный остаток хвоста, причина крестцово-копчиковых нагноений / В.Л. Ривкин // Наука и мир. - № 9 (25). – Т.1. – 2015. – С. 127-129.