

## ЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ И РЕЦИДИВЕ

Федоров А.К.<sup>1</sup>, Ведник Г.А.<sup>2</sup>, Пыхтеев Д.А.<sup>2</sup>, Елин Л.М.<sup>2</sup>, Прокофьев М.В.<sup>2</sup>, Гацуцын В.В.<sup>2</sup>, Маккаева З.М.<sup>2</sup>, Подгорный А.Н.<sup>2</sup>, Цапкин А.Е.<sup>3</sup>, Еремин Д.Б.<sup>3</sup>, Ганиев Ш.А.<sup>3</sup>, Молотов Р.С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский клинический институт педиатрии и детской хирургии им. акад. Ю.Е. Вельтищева, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия;

<sup>3</sup> Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва, Россия

**Обоснование.** По данным детских хирургических отделений Москвы и Московской области, обращаемость за хирургической помощью в подростковом возрасте по поводу пилонидальной болезни крестцово-копчиковой области с 1999 по 2020 г. возросла с 0,37 до 2,82 %. При осложненном течении послеоперационного периода, рецидивах заболевания длительность потери трудоспособности для детей составляет от 10 дней до 2–3 мес.

**Цель:** разработка и внедрение малоинвазивных и пластических методов этапного оперативного лечения пилонидальной болезни, основанных на последних данных о этиопатогенезе заболевания.

**Методы.** С 2019 г. организовано многоцентровое пилотное исследование по исследованию эффективности малоинвазивных и пластических оперативных вмешательств при пилонидальных кистах (ПК). Формирование групп осуществлялось без рандомизации. Выполнен смешанный анализ историй болезни в детских хирургических отделениях НИКИ ПДХ им. Ю.Е. Вельтищева (2017–2021), МОНИКИ (1999–2021), ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского (2018–2021), КБ № 1 МЕДСИ (2021), также проведен анализ катamnестических данных путем телефонного анкетирования.

**Результаты.** С 1999 по 2021 г. в указанных отделениях прооперировано 293 ребенка с пилонидальной болезнью. Из них 39 исключены из отчета в связи с невозможностью оценить катamnез. Тяжесть патологического процесса по Гобеджишвили варьировала от I до III степени. Из 254 детей, 101 ребенок (40 %) был ранее оперирован в связи с абсцедированием ПК, и 84 детям (33 %) ранее выполнялась попытка классического оперативного лечения.

Выделены следующие группы:

Полное классическое симметричное иссечение ПК с ушиванием раны наглухо – 149 детей (57 %), в 45 (30 %) случаях отмечены рецидивы, либо осложненное заживление послеоперационной раны в пределах 6 месяцев от момента выполнения операции.

По методике локального иссечения патологически измененных первичных синус-фолликулов с ушиванием ран по Баском I прооперирован 61 ребенок (24 %) с I степенью тяжести заболевания по Гобеджишвили и без ушивания ран по методике Джипс прооперировано 27 детей (11 %). Рецидив заболевания спустя 3 мес. отмечен в 7 случаях методики Баском I (12 %), и в 2 случаях — после операции по Джипс (7 %).

В случае обширного поражения межъягодичной области — III степень по Гобеджишвили — в 17 случаях выполнялись пластические вмешательства с уплощением межъягодичной складки. В данной группе операций на сроках катamnеза в 16 мес. отмечен 1 рецидив (6 %).

**Заключение.** Операции асимметричного иссечения пилонидальной кисты с уплощением межъягодичной складки являются методом выбора в оперативном лечении осложненных форм пилонидальной болезни. Малоинвазивная методика по Джипс является методом выбора при первичном оперативном лечении.

**Ключевые слова:** пилонидальная болезнь; киста копчика; эпителиальный копчиковый ход; уплощающая пластика; Джипс; дети.