

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ

Шахбанов Р.Р., Шишкин И.А., Ефременков А.М.,
Киргизов И.В., Зыкин А.П.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации,
Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время результаты лечения ЭКХ (эпителиально-копчиковый ход) у детей остаются не всегда удовлетворительными. Это обусловлено длительным послеоперационным периодом и рецидивами заболевания, возникающими в 10–40 % случаев.

Цель: сравнить результаты оперативного лечения ЭКХ у детей по различным методикам.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное наблюдательное исследование с 2015 по 2020 г. у 49 пациентов. Возраст составил от 12 до 18 ($15,3 \pm 0,4$) лет девочек, мальчиков. У всех в анамнезе была клиника воспаления. Оперативное лечение проводилось планомерно в периоде ремиссии. Дети распределены на 2 группы, в зависимости от метода оперативного лечения: 1-я группа — 21, 2-я группа — 28. Всем проведено УЗИ исследование, фистулография (31), МРТ крестцово-копчиковой области (18), КТ крестцово-копчиковой области с контрастированием свищевого хода (7). Детям 1-й группы с предварительным контрастированием свищевых ходов метиленовым синим проведено иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей с ушиванием раны наглухо по Донати. Во 2-й группе так же с предварительным контрастированием свищевых ходов метиленовым синим проведено иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей с подшиванием краев раны ко дну узловыми швами в шахматном порядке. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и распространенности поражения. В 1-й группе: швы 2 пациентам были сняты на 10-е сутки, 19 — на 14-е сутки. Во 2-й группе: швы 2 детям были сняты на 10-е сутки, 23 — на 14-е сутки и 3 — на 20-е сутки. У всех операции проводились под эндотрахеальным наркозом, в положении на животе, задним сагиттальным доступом. Перевязки проводились ежедневно после опорожнения кишечника. Послеоперационная рана обрабатывалась раствором пероксида водорода 3 % и раствором хлоргексидина 0,05 %, после накладывалась полуспиртовая повязка с мазью Левомеколь. Во 2-й группе дети утром перед перевязкой ежедневно принимали гигиенический душ. Контрольный осмотр осуществлен через 1 год с оценкой результатов лечения и возможных рецидивов.

Результаты. В 1-й группе у 2 детей на 10-е сутки после снятия швов отмечалось расхождение краев раны, в связи с чем дальнейшее лечение проводилось открытым способом. Заживление раны наступило на 28–30-й день путем вторичного натяжения. Остальным 19 — швы были сняты на 14-е сутки, расхождения краев раны не отмечалось, заживление раны первичным натяжением. При осмотре через 1 год выявлены рецидивы у 6 (28,6 %). Во 2-й группе у 2 детей на 10-е сутки после снятия швов отмечалось расхождение краев раны, дальнейшее лечение проводилось открытым способом. Заживление раны наступило на 28–30-й день путем вторичного натяжения. Остальным 26 — швы были сняты на 14-е сутки, расхождения краев раны не отмечалось, заживление раны первичным натяжением. У 3 пациентов во 2-й группе, которым швы были сняты на 20-е сутки, отмечался более выраженный болевой синдром и воспалительная реакция вокруг шовного материала. При осмотре через 1 год выявлены рецидивы у 2 (7,1 %).

Заключение. Количество рецидивов во 2-й группе у пациентов с подшиванием краев раны ко дну узловыми швами в шахматном порядке меньше, чем в 1-й группе. Раннее снятие швов на 10-е сутки нецелесообразно из-за вероятности расхождения послеоперационной раны. Позднее снятие швов, более 15 суток, также нецелесообразно в связи с более выраженным болевым синдромом и появлением воспалительной реакции вокруг шовного материала.

Ключевые слова: дети; детский возраст; пилонидальная киста; эпителиальный копчиковый ход; пилонидальный синус.