

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЕ КОПЧИКА

Горшков А.Ю., Карташев В.Н., Сергеев С.П., Михайлова С.И., Соколова И.А.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Актуальность. Пилонидальная киста копчика — распространенное, гнойно-воспалительное заболевание, встречающееся в разных возрастных группах детей. В 80–90 % случаев заболевание манифестирует острым воспалением (абсцессом) в крестцово-копчиковой области, что является поводом обращения в медицинское учреждение.

Цель. Разработать тактику ведения пациентов с нагноившейся пилонидальной кистой копчика.

Материалы и методы. В отделении гнойной хирургии ДОКБ г. Твери в 2018–2020 гг. пролечено 40 детей с нагноившейся пилонидальной кистой копчика, 10 (25 %) девочек, 30 (75 %) мальчиков в возрасте от 11 до 17 лет.

Результаты. Больные с острым воспалением (средний возраст 15,5 лет) поступали в клинику с выраженной клинической картиной абсцесса крестцово-копчиковой области. Два и более эпизодов воспаления были у 16 (40 %). В 35 % случаев невозможно было определить предрасполагающие факторы развития острого воспаления, в остальных случаях ими были: трудности гигиены при избыточной массе тела, повышенное оволосение, потливость, мацерация кожи. Всем пациентам выполнялось ультразвуковое обследование для уточнения локализации гнойника, а затем его вскрытие и дренирование под местной анестезией. Больные получали антибактериальную терапию с применением антибиотиков широкого спектра действия, физиолечение. Выписывались пациенты с раневым дефектом, заживление которого купировалось в амбулаторных условиях, путем вторичного натяжения.

Перед радикальной операцией, через 1 месяц всем пациентам проводили компьютерную томографию с контрастированием свищевого хода и кисты с целью уточнения анатомии образования. Основным методом хирургического лечения, применяемого нами, является иссечение пилонидальной кисты с закрытием раны простым ушиванием (используем как узловые швы, так и шов по Донати). Резекции копчика не проводилось из-за отсутствия связи кисты с копчиковыми позвонками. Для дренирования «остаточной полости» устанавливаем резиновый выпускник через контрапертурный разрез. Длительность превентивной антибиотикотерапии составляло 7–10 дней. Швы снимаем на 14 день. Антибактериальная терапия 10 дней. Частота рецидивов заболевания снизилась с 20 % до 11 % в последний год за счет слежения за «остаточной полостью» с помощью УЗИ и своевременного опорожнения послеоперационной гематомы.

Заключение. Пилонидальная киста копчика склонна к инфицированию, с рецидивами нагноения и требует радикального хирургического лечения в период ремиссии с закрытием раны швом по Донати и дренированием «остаточной полости».