



ний отмечались у 82,0% из всех наблюдавшихся нами пациентов, и у 48,8% из них осложнения были связаны с нарушением функции и состояния резервуара. При этом в раннем периоде послеоперационного наблюдения средняя частота осложнений, связанных с резервуаром, не превышала 6,75 случаев на 100 больных, тогда как в позднем периоде наблюдений она возросла почти в 11 раз и составила 71,93 случая на 100 больных. Установлено, что чаще всего больным с РМП организовывались ортотопические (47,0%) и наружные (37,6%) способы деривации, и, поскольку выбор внутреннего и наружного способа деривации во многом определяется более

поздней стадией развития опухолевого процесса в МП (что подтвердили и наши исследования), большая доля больных с «наружной» деривацией указывает на запаздывание и неэффективность современных методов диагностики и диспансеризации больных с этой патологией. Именно среди больных с наружными и, особенно, внутренними формами деривации выявлены наихудшие показатели выживаемости и самые высокие показатели пораженности различными видами осложнений, особенно в сравнении с больными с орто- и гетеротопическими способами деривации мочи (с энтероцистом по Studer, с инверт-илеоцистом и с Kock pouch).

ЛИТЕРАТУРА

1. Глыбочко П.В., Понукалин А.Н., Митряев Ю.И. и др. Качество жизни и отдаленные результаты радикальной цистэктомии у больных инвазивным раком мочевого пузыря // Саратовский научно-медицинский журнал, 2008, № 3, с. 97–101.
2. Hautmann R.E., Petriconi R.C., Volkmer B.G. Lessons learned from 1,000 neobladders: the 90-day complication rate. J. Urol., 2010, v. 184, p. 990-994.
3. Studer U.E., Burkhard F.C., Schumacher M. et al. Twenty years experience with an ilealorthotopic low pressure bladder substitute. J. Urol., 2006, v. 176, p. 161-166.
4. Матвеев В.Б., Волкова М.И., Фигурин К.М., Петерс М.В. Спасительная цистэктомия у больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря // Онкоурология, 2009, № 1, с. 27-31.
5. Shabsigh A., Korets R., Vora K.C. et al. Defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology. Eur. Urol., 2009, v. 55, p. 164-176.
6. Demco L. Pain mapping of adhesions. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc., 2004; v. 11, p. 181-183.
7. Buscarini M., Pasin E., Stein J.P. Complications of radical cystectomy. Minerva Urol. Nefrol., 2007, v. 59, p. 67-87.
8. Novara G., De Marco V., Aragona M. et al. Complications and mortality after radical cystectomy for bladder transitional cell cancer. J. Urol., 2009, v. 182, p. 914-921.
9. Gerharz E.W., Roosen A., Mansson W. Complications and quality of life following urinary diversion after cystectomy. E. A. U. Update Series, 2005, № 3, p. 156-168.
10. Красный С.А., Суконко О.Г., Поляков С.Л. и др. Прединдикторы ранних тяжелых осложнений радикальной цистэктомии // Онкоурология, 2010, № 4, с. 42-47.

ПОСТУПИЛА 30.05.2014

УДК 616.711.8: 611 – 018.7-08

**П.М. Лаврешин, В.К. Гобеджишвили, С.С. Кораблина, В.В. Гобеджишвили,
О.В. Владимирова, Х.М. Байчоров**

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Кафедра общей хирургии.*

Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310. E-mail: gobshah@mail.ru.

Цель: путем оптимизации лечебной тактики, разработки и внедрения новых модификаций операций улучшить результаты лечения больных эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ).

Материалы и методы: обследованы 267 больных с разными клиническими формами эпителиального копчикового хода. Разработана новая лечебная тактика и модификации операций при этой патологии.

Результаты и выводы: рекомендовано выявлять среди больных ЭКХ группы риска по избыточному рубцобразованию и проводить им противорубцовую терапию. Показано, что такая лечебная тактика позволила существенно улучшить результаты лечения больных ЭКХ: снижено количество рецидивов с 8,1% до 2,4%; явлений дискомфорта в результате грубой рубцовой деформации в крестцово-копчиковой области с 21,8% до 7,3%; количество больных со стойким выздоровлением увеличилось с 91,9% до 95,3%; уменьшилось время стационарного лечения у больных основной группы в среднем (в стадии без воспаления на 1,7 к/дня в стадии ремиссии – на 2,1 к/дня; в стадии хронического воспаления – на 2,6 к/дней).

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, хирургическое лечение, рубцы, противорубцовая терапия.



P.M. Lavreshin, V.K. Gobedzishvili, S.S. Korablina, V.V. Gobedzishvili,
O.V. Vladimirova, H.M. Baichorov

COMPREHENSIVE APPROACH TO PILONIDAL SINUS TREATMENT

Stavropol State Medical University,
Department of General Surgery.
310 Mira st., Stavropol, 355017, Russia. E-mail: gobshah@mail.ru

Purpose: to improve results of treatment of patients with pilonidal sinus by developing and implementing of some modifications of operations

Materials and methods: 267 patients with different clinical forms of pilonidal sinus were underwent surgical treatment. A new treatment strategy and some modification of operations are studied.

Results and Summary: it's necessary to identify risk groups of excessive (pathological) scarring and administer antiscarring treatment among the patients with pilonidal sinus. It is shown that such a treatment strategy has significantly improved the patients outcome with pilonidal sinus: the number of relapses reduced from 8,1% to 2,4%; discomfort phenomenon as a result of rough scar deformation in the sacrococcygeal region from 21,8% to 7,3%; number of patients with persistent recovery increased from 91,9% to 95,3%; time of hospital cure reduced in the main group in average: a stage without inflammation on 1,7 b/d (bad day), in remission stage – 2,1 b/d; in the stage of chronic inflammation – 2,6 b/d.

Key words: pilonidal sinus, surgical treatment, scars, antiscarring treatment.

Введение

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) встречается в практике хирурга и колопроктолога. При массовом обследовании здорового населения он выявляется в 3-5% случаев [1, 2]. В проктологических стационарах ЭКХ и его осложнения занимают четвертое место в структуре всех заболеваний после геморроя, парапроктита и анальной трещины. Актуальность изучения патологии объясняется и тем, что заболевание проявляется в наиболее активном трудовом возрасте. Более половины больных оперируются в возрасте до 30 лет. Несмотря на большое количество исследований, посвященных изучаемой патологии у 13-23% пациентов возникают рециди-

вы заболевания, у 13-24% больных – послеоперационные осложнения [3, 4, 5].

Цель исследования - улучшить результаты лечения больных ЭКХ путем оптимизации лечебной тактики, разработки и внедрения новых модификаций операций.

Материал и методы

В «Центре амбулаторной колопроктологии» и колопроктологическом отделении МБУЗ «2-я городская клиническая больница» г. Ставрополя в период с 2008 по 2013 гг. пролечено 267 больных с разными клиническими формами ЭКХ (табл. 1).

Таблица 1

Клинические формы и методы лечения ЭКХ

Клиническая форма ЭКХ	Метод лечения		Всего
	традиционный	комплексный	
Без воспаления	20	19	39
Ремиссии	35	32	67
Хроническое воспаление	85	76	161
Итого:	140	127	267

Наибольшую группу пациентов составили больные ЭКХ в стадии хронического воспаления – 161 пациент (60,3%), в стадии ремиссии было 67 (25,1%) пациентов, в стадии без воспаления (без клинических проявлений) –

39 пациентов (14,6%). Критерии исключения: пациенты в стадии острого воспаления, а также больные с ЭКХ, у которых первичные и вторичные свищи располагались далеко друг от друга и более на 3 см от межъягодичной



складки. Конечными точками исследования были полная эпителизация раны или отказ больного от проводимого лечения.

В основном, это заболевание наблюдается в возрасте от 20 до 39 лет – 228 (85,4%) пациентов. Среди них половину составляют больные в наиболее трудоспособном и активном возрасте 20-29 лет. Мужчины страдают данной патологией в 2,2 раза чаще, чем женщины (184 и 83 соответственно) – они преобладали во всех сравниваемых возрастных группах больных. Так, в возрасте до 29 лет мужчин было 113 (61,4%), а женщин – 52 (62,6%), в возрасте до 39 лет – 160 (86,9%) и 69 (83,1%) соответственно. По мере увеличения возраста количество больных ЭКХ заметно снижается. Так, после 40 лет ЭКХ выявлен только у 39 (14,6%) пациентов. Использованы следующие методы исследования: изучение топографо-анатомических параметров ягодично-крестцово-копчиковой области; пальцевое исследование прямой кишки; зондирование и прокрашивание свищевых ходов антисептиком из группы красителей – 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого; ультразвуковое исследование мягких тканей крестцово-копчиковой области; рентгенологическое исследование крестца и копчика, фистулография. Все 127 пациентов основной группы в предоперационном периоде были обследованы с целью выявления у них предрасположенности к патологическому рубцобразованию. Для этого использовали диагностический алгоритм, разработанный Хутовым А.Б. (2006) [6].

Регистрация материала, статистическая обработка данных произведены с использованием программы «Biostatic» и программ пакета «Microsoft Office»: «Microsoft Excel» и «Microsoft Word». Различия между сравниваемыми средними значениями оценивались с использованием величин стандартного отклонения и считались достоверными по критерию Стьюдента $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При изучении зависимости частоты заболевания ЭКХ от характера выполняемой работы и профессии оказалось, что чаще патология встречается у работников физического труда. Из 267 изучаемых больных 162 (60,7%) пациентов занимались физическим трудом. Заболеваемость значительно выше среди людей, работа которых сопряжена с постоянной травматизацией крестцово-копчиковой области при длительной ходьбе или езде на автотранспорте, например военнослужащих во время военных действий или длительных маршей. В группу риска из 105 (39,3%) лиц умственного труда вошли 73 (27,3%) пациента, профессия которых связана с длительным сидением.

Оказалось, что чаще всего на стационарном лечении пациенты находились в июле и октябре. Однако, по сравнению с госпитализациями больных в другие месяцы, это статистически недостоверно ($p > 0,05$). Изучение частоты обращаемости в разные времена года также не выявила какой-либо статистически значимой ($p > 0,05$) закономерности: зимой поступило 58 (21,7%) пациентов, весной – 64 (24,0%), летом – 75 (28,1%) и осенью – 70 (26,2%).

В подавляющем большинстве случаев за медицинской помощью люди обращаются при появлении болезненности, припухлости, наличии свищей, часто с гнойным отделяемым, в крестцово-копчиковой области. Пациентов с ЭКХ в стадии хронического воспаления было 161 (60,3%). Вторую по частоте встречаемости группу составили об-

следованные при профилактических осмотрах 37 (13,9%) человек. При осмотре у хирурга в поликлинике или стационаре, как сопутствующая патология, ЭКХ выявлен у 28 (10,5%) человек. Еще 28 (10,5%) больных без клинических проявлений, на оперативное лечение направлены медкомиссией военкомата. В 15% случаях ЭКХ обнаружен при обращении в городской травматологический пункт людей, получивших те или иные травмы крестцово-копчиковой области.

Заболевание в стадии без воспаления было впервые выявлено у 39 (14,6%) пациентов, ранее не имевших никаких признаков воспаления в крестцово-копчиковой области. В связи с этим анализ длительности заболевания проведен у 228 (85,4%) больных ЭКХ в стадиях ремиссии и хронического воспаления. Почти 64% пациентов имели длительность заболевания не более 1 года, так как больные оперируются радикально при впервые выявленном заболевании. Лишь у 61 (26,7%) оперированного анамнез заболевания составил от 1 до 5 лет. Рецидивирующее течение заболевания у них было связано как с неадекватным выбором объема и характера оперативного вмешательства, так и ошибками в лечении в послеоперационном периоде. Только в 22% случаях отмечалось хроническое течение заболевания более 5 лет с множественным незаживающими свищами, хроническими рецидивирующими абсцессами, пиодермией.

У 181 (67,8%) больного ЭКХ строго по средней ягодичной линии на расстоянии 4-6 см от края ануса имелось первичное отверстие хода разных размеров, от едва заметного, до широкого в виде воронки, иногда с торчащим из нее пучком волос. При рецидивирующем течении заболевания или длительном отказе больного от радикального лечения у больных сформировались гнойные свищи: у 72 (27,0%) пациентов – одиночные первичные, у 89 (33,3%) – вторичные. При этом с одной стороны свищи локализовались в 103 (38,6%) случаях, с двух сторон – в 41 (15,4%).

Для выявления сопутствующих заболеваний прямой и дистального отдела сигмовидной кишки кроме осмотра использовали зондирование, прокрашивание ходов и свищей, фистулография, ректороманоскопию, УЗИ и рентгенографию крестцово-копчиковой области. У 42 (15,7%) больных выявлены другие проктологические заболевания. Чаще всего из сопутствующих заболеваний прямой кишки диагностирован геморрой – 12 (4,6%). Реже встречались трещины и свищи прямой кишки – 8 (2,8%). Катаральный проктосигмоидит наблюдался у 6 (2,2%) обследованных, полипы сигмовидной кишки – у 2 (0,7%) больных. В одном случае выявлена пресакральная тератома.

Из 267 больных были сформированы две группы, пациентам которых проводились разные методы исследований и лечения ЭКХ. В контрольную группу включены 140 (52,4%) больных ЭКХ, находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении МБУЗ «2-я городская клиническая больница» Ставрополя в период с 2008 по 2010 годы, во вторую (основную) – 127 (47,6%) пациентов ЭКХ лечившихся там же в период с 2011 по 2013 год. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, характеру патологии.

При выборе хирургического пособия в обязательном порядке учитывали выраженность и распространенность воспалительного процесса, особенности строения ягодично-крестцово-копчиковой области, характер оволосе-



ния кожи в области операции, инфицирование ее в связи с близостью заднего прохода и др. У изучаемой группы больных чаще встречалась средняя конфигурация ягодиц – 120 (44,9%), реже низкая – 92 (34,5%), еще реже – высокая – 55 (20,6%). По данным литературы, наименее благоприятные, для хирургического лечения ЭКХ средняя и высокая конфигурации ягодиц наблюдались у 175 (65,5%) оперированных больных.

Радикальное хирургическое пособие включало иссечение ЭКХ в пределах здоровых тканей вместе со свищевыми ходами. Закрытие образовавшегося дефекта осуществляли разными способами.

У пациентов контрольной группы для закрытия послеоперационной раны применяли глухой шов раны, подшивание краев раны к ее дну, кожную пластику смещенным лоскутом.

Операция иссечение ЭКХ с глухим швом раны выполнена 31 (22,1%) больному: 17 (12,1%) без клинических проявлений, 14 (10,0%) - в стадии ремиссии.

Операция иссечение ЭКХ с подшиванием краев раны к ее дну выполнена 18 (12,9%) пациентам с низкой конфигурацией ягодиц в стадии хронического воспаления.

У 63 (45,0%) пациентов с различными клиническими формами ЭКХ со средней конфигурацией ягодиц выполняли иссечение ЭКХ с подшиванием кожных краев раны к ее дну в модификации НИИ проктологии МЗ РФ.

Высокую конфигурацию ягодиц имели 28 (20%) пациентов: 5(3,8%) пациентов с ЭКХ в стадии ремиссии и 23 (16,2%) больных в стадии хронического воспаления. Для закрытия ран после иссечения ЭКХ у них применяли кожную пластику на питающей ножке смещенным лоскутом. При этом края раны мобилизовывали с обеих сторон и без натяжения низводили и подшивали к дну раны.

Из 127 больных основной группы 19 (15,0%) пациентов были без клинических проявлений, 32 (25,2%) – в стадии ремиссии и 76 (59,8%) – в стадии хронического воспаления. Из них низкую конфигурацию ягодиц имели 43 (33,9%) больных, среднюю - 57 (44,9%) и высокую - 27 (21,2%) пациентов. Все 127 пациентов в предоперационном периоде были обследованы с целью выявления у них предрасположенности к патологическому рубцобразованию. Для этого использовали диагностический алгоритм, разработанный сотрудниками кафедры общей хирургии СтГМУ А.Б. Хутовым (2006) и дополненный О.В. Владимировой (2011) - быстрая ацетиляторная активность, превалирование заболеваний желудочно-кишечного тракта, аутоиммунных заболеваний, аллергии [1, 2, 3].

Радикальное хирургическое пособие у пациентов ЭКХ как основной группы, так и контрольной включало иссечение в пределах здоровых тканей самого хода и свищевых ходов. Закрытие образовавшегося дефекта осуществляли по нашим методикам с использованием интрадермальных швов (табл. 2).

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств у больных ЭКХ

Иссечение ЭКХ с	Высота стояния ягодиц					
	низкая		средняя		высокая	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
глухим интрадермальным швом раны	14	11,0	-		-	
подшиванием краев раны к ее дну интрадермальным швом	29	22,8	-		-	
ушиванием по нашей методике № 1	-		18	14,2	-	
ушиванием по нашей методике № 2	-		39	30,7	-	
ушиванием по нашей методике № 3	-		-		19	15,0
ушиванием по нашей методике № 4	-		-		8	6,3
Итого:	43		57		27	

Операция иссечение ЭКХ с глухим интрадермальным швом раны выполнена 14 (11,0%) больным с низкой конфигурацией ягодиц: 6 (4,7%) без клинических проявлений, 8 (6,3%) - в стадии ремиссии.

У 29 (22,8%) пациентов с низкой конфигурацией ягодиц имевших отстоящие на расстоянии не более 3 см от первичного отверстия ЭКХ в межъягодичной складке и недалеко друг от друга несколько гнойных свищей с умеренно выраженным инфильтративным процессом по их ходу, после иссечения ЭКХ в пределах здоровых тканей ушивание раны осуществляли подшиванием ее кожных краев к ее дну.

У 18 (14,2%) пациентов со средней конфигурацией ягодиц в стадиях без воспаления и ремиссии рану, образовавшуюся после иссечения ЭКХ в пределах здоровых тканей, ушивали по нашей методике №1. После иссечения патологического очага в пределах здоровых тканей ушивание образовавшейся раны проводили следующим образом: подкожную клетчатку на 1/2 глубины раны ушивали узловыми кетгутовыми швами; затем концами нити узла накладывали интрадермальный шов на кожные края с обеих сторон, после чего нити связывали между собой, вворачивая кожный край раны внутрь, формируя межъягодичную складку. Эту манипуляцию повторяли с нитями



всех узловых швов, причем кожные края захватывали поочередно, с шагом 1,5-1,8 см.

У 39 (30,8%) пациентов со средней конфигурацией ягодиц в стадии хронического воспаления, у которых первичные и вторичные свищи отстояли недалеко друг от друга и на расстоянии менее 3 см от межъягодичной складки, после иссечения ЭКХ в пределах здоровых тканей ушивание раны осуществляли по нашей методике №2. После иссечения патологического очага в пределах здоровых тканей ушивание образовавшейся раны снизу вверх проводили следующим образом: подкожную клетчатку на 1/2 глубины раны прошивали двойной кетгутовой нитью, завязывали узловые швы; затем поочередно одним из концов нити узла накладывали интрадермальный шов на кожные края, после чего с обеих сторон концы первой и второй нити связывали между собой, вворачивая кожный край раны внутрь. Эта манипуляция повторялась с нитями всех узловых швов, формируя межъягодичную складку и дорожку 0,3-0,5 см, обеспечивающую адекватный отток раневого отделяемого.

У 27 (21,3%) пациентов с высокой конфигурацией ягодиц в стадиях без воспаления, ремиссии и хронического воспаления выполнялись аналогичные модификации операций, как при среднем стоянии ягодиц, только подкожная клетчатка ушивалась не на 1/2, а на 2/3 глубины раны (модификации операций №3, 4).

У 51 (40,2%) пациента с выявленной предрасположенностью к патологическому рубцеобразованию проводилась противорубцовая терапия по схеме: в/м введение 1 раз в 4 дня Лонгидазы №10; местно с 8 суток мазь Эгаллохит на фоне системной десенсибилизирующей терапии; ультрафонофорезгеля Контратубекс (при наступлении эпителизации) № 10; электрофорез Карипазима 350 ПЕ из раствора - № 10 (после геля Контратубекс), лазеротерапия с 14 суток № 5.

В качестве диагностического теста, позволяющего судить об изменениях, указывающих на развитие патологического рубцевания по динамике аутоантителообразования к антигенному рубцовому комплексу, использовали диагностическую магнимоносорбентную тест-систему, предложенную О.В. Владимировой [2,3]. По снижению количества положительных реакций антител сыворотки крови больных с антигенным рубцовым комплексом судили об эффективности противорубцовой терапии.

Больные ЭКХ в стадии хронического воспаления лечились стационарно в среднем $13,3 \pm 0,27$ койко-дней, ремиссии – $10,4 \pm 0,35$ койко-дней, без воспаления – $9,6 \pm 0,19$ койко-дней. У больных ЭКХ, леченных традиционными методами, послеоперационные осложнения отмечены в 18 (12,9%) случаях: нагноение раны у 7 (5%); отхождение краев раны от ее дна – у 5 (3,6%); их краевой некроз – у 3 (2,2%); воспалительный инфильтрат – у 2 (1,4%) и гематома – у 1 (0,7%). Рецидив заболевания выявлен у 10 (8,1%) больных, явления дискомфорта в крестцово-копчиковой области – у 24 (19,4%), грубая рубцовая деформация в месте хирургического вмешательства – у 27 (21,8%) пациентов.

В основной группе больные ЭКХ в стадии хронического воспаления находились на стационарном лечении в среднем $11,6 \pm 0,13$ койко-дней, ремиссии – $8,3 \pm 0,21$ койко-дней, без воспаления – $7,2 \pm 0,19$ койко-дней. Осложнения в раннем послеоперационном периоде от-

мечены в 8 (6,3%) случаях: нагноение раны – у 3 (2,4%) больных; отхождение кожных краев от дна раны – у 2 (1,6%); краевой некроз кожных краев раны в месте их фиксации швами к дну раны, воспалительный инфильтрат и гематомы в зоне оперативного вмешательства встретились по 1 (0,8%) разу. Чаще всего осложнения имели место после хирургических вмешательств у больных ЭКХ с высокой конфигурацией ягодиц – 3,2% случаев, реже у больных со средней конфигурацией ягодиц – 1,8% и еще реже при наличии низкой конфигурации ягодиц 0,8%. Из 124 (97,6%) пациентов, у которых изучены отдаленные результаты лечения, рецидив заболевания выявлен у 3 (2,4%) больных. Возникновение болей, периодически чувства зуда в крестцово-копчиковой области зафиксировано у 11 (8,9%) пациентов. Грубая рубцовая деформация в крестцово-копчиковой области выявлена у 9 (7,3%) обследованных, имевших склонность к патологическому рубцеобразованию.

Изучение у пациентов контрольной и основной групп после выписки из стационара показателей качества жизни (КЖ) в динамике позволило выявить ряд закономерностей. Анкетирование через 15-18 месяцев показало улучшение параметров по всем шкалам КЖ. В отдаленном послеоперационном периоде у пациентов ЭКХ, которым осуществлен дифференцированный подход к лечению, были существенно выше параметры качества жизни, чем у больных контрольной группы. Сравнительный анализ показал, что наиболее существенные изменения имелись по таким показателям, как: PF (физическое функционирование) в контрольной группе выше по сравнению с таковыми в контрольной группе на 10,4 балла; RP (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием) – на 17,2 балла; BP (интенсивность боли) – на 10,0 балла; SF (социальное функционирование) – на 16,2 балла; RE (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) – на 14,1 балла. По остальным индикаторам КЖ больные основной группы также опережали пациентов контрольной группы: GH (общее состояние здоровья) – на 7,8 балла; VT (жизненная активность) – на 8,0 балла, MH (психическое здоровье) – на 8,4 балла.

Сопоставление непосредственных и отдаленных результатов лечения пациентов двух изучаемых групп показало, что у больных, которым применен комплексный подход к лечению, показатели заметно лучше: отмечается более существенное, достоверное улучшение практически всех показателей КЖ, снижено количество рецидивов с 8,1% до 2,4%; явлений дискомфорта в результате грубой рубцовой деформации в крестцово-копчиковой области с 21,8% до 7,3%. Количество больных со стойким выздоровлением увеличилось с 91,9% до 95,3%. Уменьшилось время стационарного лечения у больных основной группы в среднем: в стадии без воспаления на 1,7 к/дня в стадии ремиссии – на 2,1 к/дня; в стадии хронического воспаления – на 2,6 к/дней.

Вывод

Предложенный комплекс диагностических и лечебных мероприятий у больных ЭКХ позволил значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания, улучшить функциональные результаты лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Балицкий, В. В. Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода / В. В. Балицкий, Н. А. Янчук, В. В. Керничный // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – Одесса, 2011. – С. 384-386.
2. Помазкин, В. И. Анализ результатов лечения эпителиального копчикового хода при дифференцированном выборе операции / В. И. Помазкин // Уральский мед. журн. – 2010. – № 4. – С. 36-39.
3. Опыт ранней профилактики избыточного рубцеобразования на стационарном этапе лечения / П. М. Лаврешин, В. К. Гобеджишвили, О. В. Владимирова [и др.] // Материалы науч. конф. анестезиологов-реаниматологов и хирургов СКФО с междунар. участием. – Беслан-Владикавказ, 2011. – С. 77-78.
4. A new technique in management of pilonidal sinus, a university teaching hospital experience / S. M. Aldaqal, A. A. Kensarah, M. Alhabboubi [et al.] // Int. Surg. – 2013. – Vol.98, № 4. – P. 304-306.
5. Soll, C. Sinusectomy for primary pilonidal sinus: less no more / C. Soll, D. Dindo, D. Steinmann // Surgery. – 2011. – Vol. 150, № 5. – P. 996-1001.
6. Хутов, А. Б. Прогнозирование избыточного коллагенообразования в области оперативного вмешательства / А. Б. Хутов, В. К. Гобеджишвили, А. Ш. Тотаркулов // Актуал. проблемы клин. медицины. – Ставрополь, 2006. – С. 129-133.

ПОСТУПИЛА 21.04.2014

УДК 616-007.47-089-08

**П.М. Лаврешин, В.К. Гобеджишвили, О.В. Владимирова,
В.В. Гобеджишвили, Т.А. Юсупова**

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Кафедра общей хирургии.
Россия, 355017, Ставрополь, ул. Мира, 310. E-mail: gobshah@mail.ru*

Цель: улучшить результаты лечения больных с ПОВГ путем дифференцированного подхода к выбору способа операции, изучить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: обследованы 288 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами. В зависимости от примененной лечебной тактики больные разделены на 2 группы. 1 группа – контрольная (n=144) – пациенты, у которых в большинстве случаев использовали традиционные натяжные виды пластик грыжевых ворот (Мейо, Сапезко, по Янову). 2 группа (n=144) – пациенты, которым применен дифференцированный подход к выбору хирургического пособия в зависимости от факторов риска развития послеоперационных вентральных грыж, включающий как натяжные так и ненатяжные методики герниопластики («onlay», «sublay», и «inlay»). Методы исследования: общеклинические, лабораторные, диагностика внешних фенотипических признаков синдрома дисплазии соединительной ткани, мониторинг тканевого и внутрибрюшного давления в динамике. Изучены показатели качества жизни обеих групп больных.

Результаты и заключение: разработанный комплекс тактических и лечебных мероприятий позволил уменьшить число ранних послеоперационных осложнений в 2,4 раза, рецидивов заболевания в 8,5 раз, летальность – в 3 раза.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, хирургическое лечение, качество жизни.