

УДК 611.711.8:616.315.3-002.3-089:615.837.3

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНОЇ ПІЛОНІДАЛЬНОЇ КІСТИ

Цема С. В.*

Військово-медичне управління Служби безпеки України,
вул. Липська, 11, Київ, Україна, 01021,
(отримано 01.12.2013, опубліковано 15.12.2013)

У статті подані результати хірургічного лікування 57 пацієнтів із післяопераційним рецидивом пілонідальної кісти. Досліджувані хворі були розподілені на контрольну та основну групи. До контрольної групи хворих увійшов 31 (54,4 %) пацієнт, якого лікували за методикою широкої ексцизії з ушиванням післяопераційної рани. Основну групу становили 26 (45,6 %) хворих, яких лікували за методикою Vascom II («cleft-lift»). Віддалені результати лікування простежені в терміни від 1 до 3 років. У пацієнтів контрольної групи виникло 23 (74,2 %) випадків післяопераційних ускладнень: нагноєння післяопераційної рани (16,1 %), первинне (16,1 %) та вторинне розходження країв післяопераційної рани (19,4 %), гематома післяопераційної рани (12,9 %), повторний рецидив пілонідальної кісти (9,7 %). У пацієнтів основної групи загалом виникло 3 (11,5 %) випадки ускладнень лікування: нагноєння післяопераційної рани (3,8 %), вторинне розходження країв післяопераційної рани (3,8 %), гематома післяопераційної рани (3,8 %). Повторних рецидивів пілонідальної кісти після операції Vascom II не було. Використання методики Vascom II («cleft-lift») дозволяє достовірно ($\chi^2 = 22,4$; $P = 0,001$) зменшити частоту післяопераційних ускладнень лікування у хворих на рецидивну пілонідальну кісту.

Ключові слова: пілонідальна кіста, післяопераційний рецидив, радикальне хірургічне лікування, методика Vascom II, методика «cleft-lift».

* hemorrhoid@ukr.net

Вступ

Пілонідальні кісти (епітеліальний куприковий хід, дермоїдна кіста) крижово-куприкової ділянки виявляються при профілактичних оглядах у 3–5 % дорослого населення України працездатного віку [1; 3]. Пацієнти з пілонідальними кістами (ПК) становлять до 15–25 % усіх стаціонарних проктологічних хворих та 1–2 % усіх пацієнтів хірургічного стаціонару [2–4].

Підходи до хірургічного лікування ПК крижово-куприкової ділянки, прийняті в Україні та країнах Європи, мають принципові відмінності. Це пов'язано, перш за все, із кардинально різними уявленнями про етіологію та патогенез пілонідальної хвороби [2; 6]. Так, у пострадянських країнах ПК (епітеліальний куприковий хід) традиційно вважається вродженою патологією, яка виникає внаслідок порушення розвитку каудального кінця ембріона. Виходячи з цього, в нашій країні широко використовуються методики значного висічення елементів ПК у межах здорових тканин. Протилежної думки дотримуються

закордонні хірурги, які вважають пілонідальну хворобу набутим захворюванням (фолікулярно-ретенційна теорія). При цьому виникає принципово нова концепція хірургічного лікування ПК, яка базується на застосуванні малотравматичних тканинозберігаючих оперативних втручань, які спрямовані на усунення лише причини захворювання (глибока міжсіднична складка та розширені волосяні фолікули на її дні) [2; 6; 7; 10–12].

Однією з найбільш поширених малотравматичних місцевопластичних операцій в європейських країнах є розроблена J. Vascom методика «cleft-lift», яка, по суті, є вдосконаленою операцією Karydakis (асиметричне висічення ПК), яка вважалася «золотим стандартом» лікування пілонідальної хвороби у кінці XX століття [9; 10]. Назва методики операції «cleft-lift» походить від англійських термінів «cleft» – міжсіднична складка (розщелина) та «lift» – підйом, оскільки суть цієї операції полягає у вирівнюванні міжсідничної складки за рахунок місцевопластичного перерозподілу м'яких

тканин (римська цифра II після прізвища автора, як правило, позначає оперативне втручання за методикою «cleft-lift» на відміну від принципово іншої операції Vascom I, яка виконується при гострій пілонідальній хворобі і передбачає економне висічення первинних норицевих ходів пілонідальної кістки з боковим дренажним розрізом). На жаль, в Україні та країнах СНД операція Vascom II практично не відома, про що свідчить відсутність публікацій про результати лікування хворих за цією методикою, є лише поодинокі згадування про методику «cleft-lift» у вітчизняних оглядах літератури, присвячених проблемам хірургічного лікування ПК. Зважаючи на це, наводимо власні результати застосування операції Vascom II у найбільш складних випадках – у пацієнтів з післяопераційним рецидивом ПК.

Мета дослідження – порівняти результати хірургічного лікування післяопераційного рецидиву пілонідальної кістки з використанням традиційних та малотравматичних методик хірургічного лікування.

Матеріали і методи

Простежені результати хірургічного лікування 57 пацієнтів з післяопераційним рецидивом ПК. Залежно від методики хірургічного лікування досліджувані хворі були розподілені на дві групи. До контрольної групи увійшов 31 (54,4%) пацієнт із рецидивом ПК, якого лікували за традиційною хірургічною методикою – широка ексцизія ПК з ушиванням післяопераційної рани вертикальними адаптувальними багато-стьожковими швами. Основну групу хворих становили 26 (45,6%) пацієнтів з післяопераційним рецидивом ПК, яким хірургічне втручання проводили з використанням малотравматичної методики – операція Vascom II («cleft-lift»).

До контрольної групи хворих увійшло 29 (93,5%) чоловіків та 2 (6,5%) жінки. За віковою структурою пацієнти контрольної групи розподілилися таким чином: 2 (6,5%) хворих були у віці до 20 років, 20 (64,5%) пацієнтів – від 20 до 30 років та 9 (35,8%) хворих були у віці 31 рік та старше. Серед хворих основної групи 24 (92,3%) пацієнти були чоловічої статі, 2 (7,7%) – жінки. За віковою структурою хворі основної групи розподілилися таким чином: 2 (7,7%) хворих були молодшими за 20 років, 15 (57,7%) пацієнтів були у віці від 20 до 30 років та 9 (34,6%) пацієнтів були у віці 31 рік і

старше. Досліджувані групи хворих були зіставні за віком та статтю.

Хворі на РПХ проходили хірургічне лікування в стаціонарних умовах. За відсутності протипоказань оперативне втручання проводилося під спинномозковою анестезією. У пацієнтів з протипоказаннями до провідникової анестезії проводили загальне знеболення (ендотрахеальний наркоз). Усі хворі госпіталізувалися за день до оперативного втручання для передопераційного обстеження та підготовки.

Оперативне втручання у пацієнтів контрольної групи проводилося за традиційною методикою. Після фарбування елементів ПК барвником проводилося її висічення в межах здорових тканин. Цілісність операційної рани відновлювали за допомогою вертикальних багатостьожкових адаптуючих П-подібних швів при помірному розвитку підшкірної жирової клітковини або за допомогою вертикальних 8-подібних швів при вираженій глибині міжсідничної складки та значному розвитку підшкірної жирової клітковини.

У пацієнтів основної групи застосовувалася малотравматична методика операції «cleft-lift», суть якої пояснена графічно на рис. 1. Методика операції Vascom II передбачає асиметричне висічення шкірного клаптя з одного боку від міжсідничної складки (позначено на рис. 1 цифрою 3) та переміщення на це місце шкірно-підшкірного клаптя, мобілізованого з іншого боку (позначено на рис. 1 цифрою 4). Під зміщеними клаптями ушиваються глибокі прошарки підшкірної жирової клітковини з обох боків, за рахунок чого досягається утворення «жирової подушки» (позначено на рис. 1 цифрою 5) у проекції раніше існуючої міжсідничної складки – вирівнювання міжсідничної складки.

Залежно від поширеності пілонідальної хвороби в каудальному напрямку ми використовували дві модифікації методики «cleft-lift». Методика оперативного втручання за першою модифікацією пояснена на рис. 2. Перед проведенням хірургічного лікування проводили маркування (розмітку) плану місцевопластичного оперативного втручання. Для цього у пацієнта відмічали лінію природного зіставлення сідниць у положенні стоячи (пунктирна лінія позначена цифрою 3). Ця лінія є основним орієнтиром під час мобілізації шкірно-підшкірних клаптів, в

результаті чого досягається відсутність натягу ушитих тканин і відсутність болювого синдрому при сидінні та ходьбі пацієнта вже на першу добу після оперативного втручання. Орієнтуючись на позначену лінію природного зіставлення сідниць проводять розмітку клаптя шкіри, що видаляється (позначений цифрою 2). Медіальна межа цього клаптя повинна проходити якомога ближче до дна міжсідничної складки, а латеральна – доходити до лінії природного доторкування сідниць.

Перша модифікація методики «cleft-lift» (рис. 2) застосовується за наявності первинних

або вторинних норичевих отворів у безпосередній близькості з періанальною ділянкою (в нижній третині міжсідничної складки) та додатково передбачає формування та ротацію округлого періанального клаптя. Тоді як друга модифікація цієї операції (рис. 3) застосовується при менш поширеному патологічному процесі в крижово-куприковій ділянці та передбачає виконання асиметричного еліптичного висічення шкіри над елементами ПК.

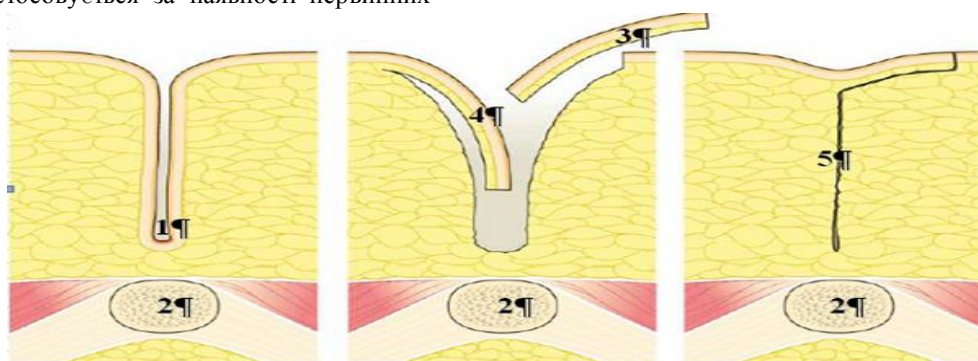


Рис. 1. Схема операції Vascom II («cleft lift») на поперечному до поздовжньої осі тіла зрізу [12]: 1 – міжсіднична складка; 2 – крижова кістка; 3 – шкірно-підшкірний клапоть, що видаляється; 4 – шкірно-підшкірний клапоть, що мобілізується та зміщується; 5 – «підшкірно-жирова подушка», що утворюється при ушиванні глибоких шарів підшкірної жирової клітковини та фіксації мобілизованого шкірно-підшкірного клаптя

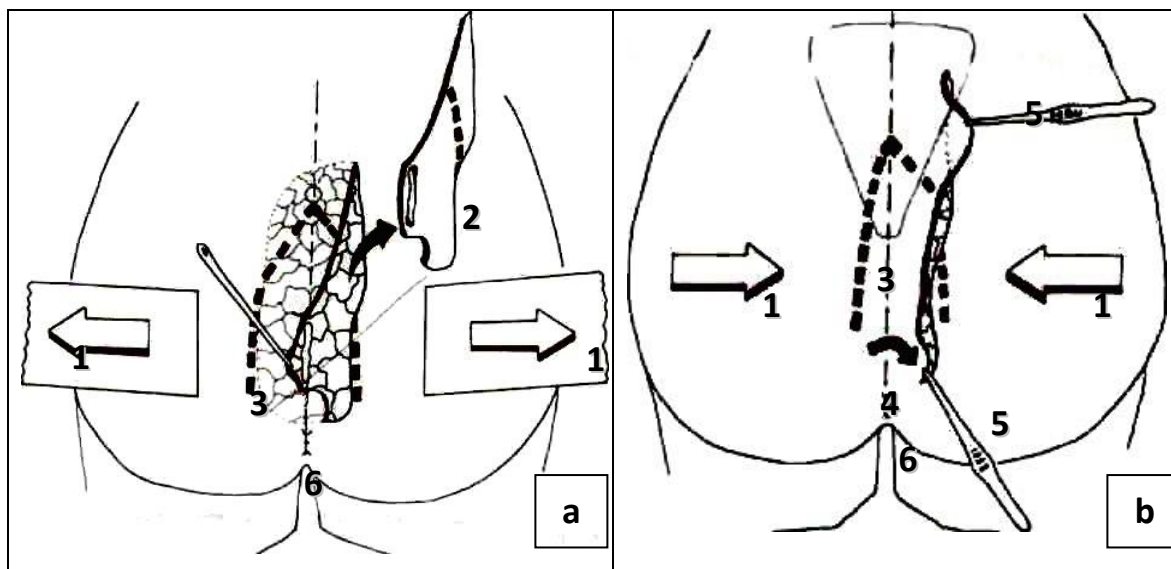


Рис. 2. Схема першої модифікації операції Vascom II [9]: а – схема висічення ділянки шкіри над ПК; б – схема зміщення мобілизованого шкірно-підшкірного клаптя; 1 – напрямок тракції м'яких тканин сідниць; 2 – видалена ділянка шкіри з первинними норичевими отворами над ПК; 3 – лінія природного зіставлення сідниць (пунктирна лінія); 4 – напрямок зміщення («ротації») періанального клаптя шкіри; 5 – шкірно-підшкірний клапоть, що зміщується (тракція пінцетами); 6 – задній прохід

На першому етапі операції проводиться обколювання крижово-куприкової ділянки 0,5 % розчином новокаїну (100–150 мл) із додаванням 0,10–0,25 мл 0,1 % розчину адреналіну гідрохлориду. Ми вважаємо цей етап оперативного втручання принциповим, оскільки інфільтрація періопераційної зони розчином адреноміметика дозволяє звести до мінімуму інтраопераційну кровотечу, а відповідно і необхідність проведення електрокоагуляції м'яких тканин у рані. Відсутність коагуляційного струпу в післяопераційній рані, на нашу думку, є важливою умовою успішного виконання місцевопластичного оперативного втручання з позицій профілактики нагноєння післяопераційної рани та загоювання шкірної рани первинним натягом. Так, за рахунок інфільтрації крижово-куприкової ділянки розчином адреналіну приблизно в двох третинах виконаних оперативних втручань нам вдалося досягати достатнього інтраопераційного гемостазу взагалі без використання електрокоагуляції.

На наступному етапі виконується розріз шкіри в межах заздалегідь промаркованого клаптя, що видалається (рис. 3 б). Окреслену ділянку шкіри за допомогою скальпеля та ножиців видаляють із максимальним збереженням нижчерозміщених прошарків

підшкірної жирової клітковини. Після видалення зазначеної ділянки шкіри в жировій клітковині крижово-куприкової ділянки відкриваються порожнинні елементи ПК (рис. 3 с). Вміст кісти (волосся, грануляційна тканина, рановий детрит, ексудат) видаляють марлевими серветками до чіткої візуалізації сполучнотканинної капсули кісти та рубцевої тканини (останні не видаляються), що її оточують. Зазначені фіброзні елементи ПК розсікають у поперечному та поздовжньому напрямках до крижово-куприкової фасції. Це забезпечує створення відносної мобільності підлеглих тканин та економить (зберігає) тканини для формування «жирової подушки», за рахунок якої досягається вирівнювання міжсідничної складки.

Після видалення висіченого шкірного клаптя проводять мобілізацію шкірно-підшкірного клаптя з іншого боку операційної рани (рис. 3 д). Формують шкірно-підшкірний клапоть товщиною 1,5–2,0 см з метою збереження живильних судин, які проходять у поверхневих шарах підшкірної жирової клітковини. При цьому необхідно постійно контролювати товщину клаптя, що формується для запобігання його надмірного витончення з подальшим розвитком ішемії та некрозу тканин зміщеного шкірно-підшкірного клаптя.

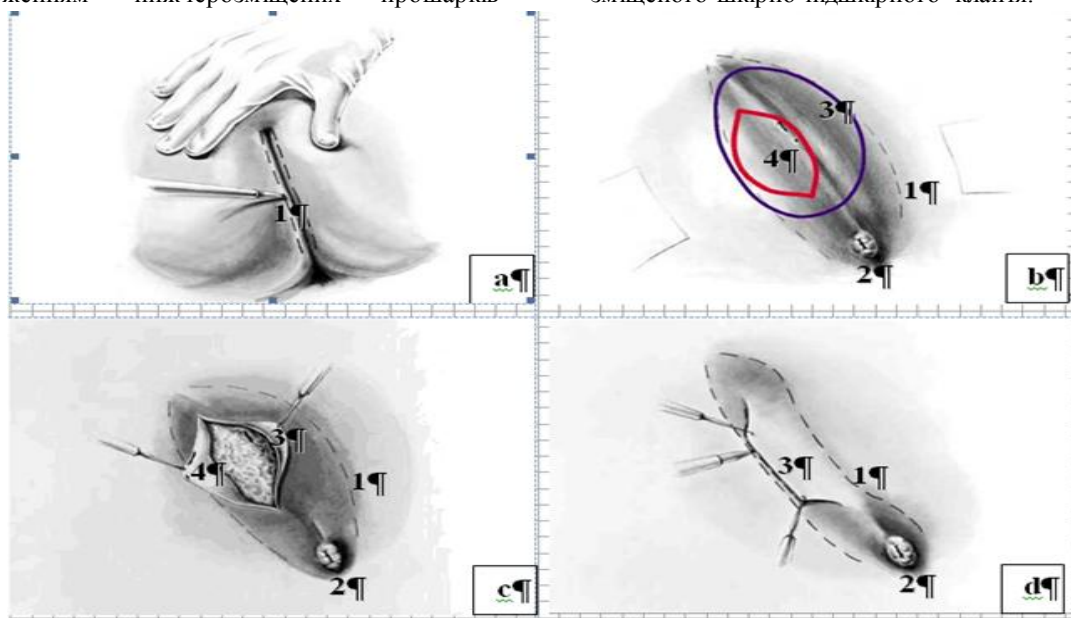


Рис. 3. Схема другої модифікації операції Bascom II [7]: а – схема нанесення лінії природного доторкування сідниць (у положенні стоячи); б – схема меж мобілізації шкірно-підшкірних клаптів (синя лінія) та видалення шкіри (червона лінія) над ПК; с – відмобілізовані розмічені шкірно-підшкірні клапті; д – лівий шкірно-підшкірний клапоть видалений, правий – зміщений у протилежному напрямку, вкриваючи оголену ділянку підшкірної жирової клітковини; 1 – лінія природного доторкування сідниць; 2 – задній прохід; 3 – шкірно-підшкірний клапоть, що зміщується (тракція пінцетом); 4 – шкірно-підшкірний клапоть, що видалається (тракція пінцетом)

Далі проводять ушивання глибокого шару підшкірної жирової клітковини вузловими швами з використанням атравматичного шовного матеріалу, що розсмоктується. При цьому в накладені шви лише іноді захоплюють крижово-куприкову фасцію. Після формування «жирової подушки» над ушитими тканинами через контрапертуру у верхній частині рани вводять тонку перфоровану поліхлорвінілову дренажну трубку для проведення активної аспірації ранового вмісту в ранньому післяопераційному періоді. Мобілізований шкірно-підшкірний клапоть вкладається на сформовану «жирову подушку» і підшивається до протилежного краю рани окремими вузловими субкутанными швами з використанням атравматичного шовного матеріалу 5/0, що розсмоктується. Після накладання таких швів повинна досягатися максимальна коаптация країв операційної рани. На останньому етапі операції формують неперервний інтрадермальний шов по усій довжині операційної рани. Дренаж післяопераційної рани встановлюється на активну аспірацію за допомогою шприца на 20 мл з від'ємним тиском.

У перші 5–6 годин після операції прооперованим хворим рекомендують дотримуватися напівпалатного режиму, при чому, хворий у ліжку повинен перебувати в положення на спині, з метою компресії ранової порожнини та кращої аспірації ранового вмісту через дренажну трубку. Дренаж із післяопераційної рани видаляють на 2–3-тю добу після операції, орієнтуючись на характер та кількість ранового ексудату. Антибіотикотерапія призначається лише за показами при виникненні запальних ускладнень або гематоми післяопераційної рани. Як правило, пацієнти після операції Vascom II потребують одно–двократного знеболення ненаркотичними анальгетиками (кетанов 1,0 мл, анальгін 50 % розчин 2,0 мл) в день операції, наркотичні препарати не призначаються. Прооперовані хворі за відсутності післяопераційних ускладнень виписувалися зі стаціонару на 2–3-й день після операції для продовження амбулаторного долікування.

Результати хірургічного лікування хворих на РПК оцінювали за такими критеріями: тривалість стаціонарного та амбулаторного лікування; загальна тривалість

непрацездатності; частота нагноєння післяопераційної рани; частота незапальних ускладнень з боку післяопераційної рани (первинне та вторинне розходження країв післяопераційної рани, гематома післяопераційної рани); частота повторних післяопераційних рецидивів захворювання.

Віддалені результати лікування прооперованих хворих прослідковано в терміни від 1 до 3 років. Статистичну обробку отриманих результатів лікування проводили з використанням критерію відповідності Пірсона (χ^2) та критерію Стьюдента (Т).

Результати та їх обговорення

У більшості досліджуваних пацієнтів рецидив ППК формувалася в нижній третині міжсідничної складки, тому у 26 (83,9 %) хворих основної групи проводилося оперативне втручання за методикою Vascom II в першій модифікації (рис. 2). У 5 (16,1 %) пацієнтів, у яких усі елементи РПК розміщувалися в межах середньої та верхньої третин міжсідничної складки, проводили хірургічне втручання за другою модифікацією операції Vascom II (рис. 3).

Тривалість стаціонарного лікування в контрольній групі хворих, які лікувалися за традиційною хірургічною методикою, становила ($8,4 \pm 0,64$) днів, тривалість амбулаторного долікування становила ($27,6 \pm 1,45$) днів. Середня тривалість загальної непрацездатності у пацієнтів контрольної групи становила ($36,0 \pm 1,13$) днів. У післяопераційному періоді усім пацієнтам контрольної групи проводили курс антибактеріальної терапії 5–7 днів, у більшості пацієнтів у перші три доби після операції виникала необхідність проведення знеболення наркотичними анальгетиками.

Середня тривалість стаціонарного етапу лікування у пацієнтів основної групи становила ($3,4 \pm 0,19$) днів, враховуючи день передопераційного обстеження. У більшості випадків хворі виписувалися зі стаціонару на другий або третій день після хірургічного лікування (на наступний день після видалення дренажу з післяопераційної рани). У післяопераційному періоді проводили знеболення ненаркотичними анальгетиками (як правило, було достатньо 1–2 введень препарату на першу добу після операції). У жодного хворого не було потреби у знеболенні

наркотичними анальгетиками. Помірний больовий синдром після операції Vascom II пояснюється ненав'язливим характером оперативного втручання. Антибактеріальну терапію після операції призначали лише 2 (6,5 %) хворим у разі виникнення нагноєння або гематоми післяопераційної рани. Рухомий режим після операції обмежувався лише на перші 5–6 годин після операції. Тривалість амбулаторного лікування у пацієнтів основної групи у середньому становила $(12,3 \pm 0,98)$ днів. Загальна непрацездатність хворих після радикального оперативного лікування за методикою Vascom II становила $(15,7 \pm 0,77)$ днів.

При статистичному зіставленні термінів лікування в групах спостереження виявилось, що в основній групі хворих була достовірно меншою середня тривалість стаціонарного лікування ($T = 7,49$; $P < 0,001$), амбулаторного лікування ($T = 8,74$; $P < 0,001$) та загальної непрацездатності ($T = 14,85$; $P < 0,001$).

Структура післяопераційних ускладнень у хворих на РПК наведена в табл. 1. Під час статистичного аналізу отриманих результатів лікування виявлено, що загальна кількість післяопераційних ускладнень була достовірно більшою ($P = 0,001$) у пацієнтів, які лікувалися з використанням традиційних хірургічних підходів (74,2 %). Також достовірно більше в контрольній групі хворих було випадків первинного розходження країв післяопераційної рани внаслідок прорізання швів ($P = 0,03$). Частота інших післяопераційних ускладнень (нагноєння післяопераційної рани, вторинне розходження країв післяопераційної рани після зняття швів, гематома післяопераційної рани, повторний рецидив захворювання) в групах спостереження достовірно не відрізнялася ($P > 0,05$).

Таким чином, за допомогою використання малотравматичних технологій лікування пацієнтів з РПК вдалося покращити безпосередні результати хірургічного лікування без збільшення частоти повторних післяопераційних рецидивів хвороби. Це досягається за рахунок врахування сучасних уявлень про набуту етіологію та патогенез пілонідальної хвороби, що обумовлює необхідність використання тканинозберігаючих технологій хірургічного лікування.

Таблиця 1
Частота післяопераційних ускладнень в групах спостереження хворих на РПК ($N = 57$)

| Ускладнення після хірургічного лікування | Контрольна група ($N = 31$) | | Основна група ($N = 26$) | | Достовірність різниці | |
|---|-------------------------------|-------|----------------------------|-------|-----------------------|-------|
| | абс. | % | абс. | % | χ^2 | P |
| Нагноєння після операційної рани | 5 | 16,1% | 1 | 3,8% | 2,27 | 0,13 |
| Первинне розходження країв після операційної рани | 5 | 16,1% | 0 | 0,0% | 4,60 | 0,03 |
| Вторинне розходження країв після операційної рани | 6 | 19,4% | 1 | 3,8% | 3,16 | 0,08 |
| Гематома після операційної рани | 4 | 12,9% | 1 | 3,8% | 1,45 | 0,23 |
| Повторний рецидив захворювання (у терміни від 1 до 3 років) | 3 | 9,7% | 0 | 0,0% | 2,66 | 0,10 |
| Разом | 23 | 74,2% | 3 | 11,5% | 22,38 | 0,001 |

Висновки

1. Операція Vascom II є малотравматичним радикальним хірургічним втручанням у хворих з післяопераційними рецидивами пілонідальної кістки, яке дозволяє усунути основні причини виникнення пілонідальної хвороби, виходячи з уявлень про набутий етіопатогенез цього захворювання.
2. Малотравматичність та ненав'язливий характер методики «cleft-lift» дозволяє уникнути вираженого післяопераційного больового синдрому, повністю відмовитися від використання наркотичних анальгетиків та забезпечити ранню активацію прооперованих пацієнтів з першого дня післяопераційного періоду.
3. Використання методики Vascom II дозволяє достовірно ($P < 0,001$) зменшити строки стаціонарного та амбулаторного етапів радикального хірургічного лікування пацієнтів з рецидивною пілонідальною кісткою.
4. Використання методики «cleft-lift» дозволяє достовірно зменшити загальну частоту післяопераційних ускладнень ($P = 0,001$) та частоту первинного розходження країв післяопераційної рани внаслідок прорізання швів ($P = 0,03$).

Список літератури

1. Даценко Б. М. Острое нагноение эпителиального копчикового хода / Б. М. Даценко. – Х. : Прапор, 2006. – 166 с.
2. Лурин И. А. Этиология и патогенез пилонидальной болезни / И. А. Лурин, Е. В. Цема // Колопроктология. – 2013. – № 3. – С. 35–50.
3. Маркевич С. В. Використання ультразвукової кавітації в комплексному лікуванні дермоїдних кіст крижово-куприкової ділянки / С. В. Маркевич, А. А. Кобірніченко // Вісник Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова. – 2010. – Т. 14, № 2. – С. 277–279.
4. Русак О. Б. Комплексне хірургічне лікування ускладнених форм епітеліальних куприкових ходів : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.03 / О. Б. Русак ; Буковинський державний медичний університет, Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. – Т., 2010. – 20 с.
5. Ультрасонографія у діагностиці та виборі лікувальної тактики при епітеліальному куприковому ході / М. П. Захараш, О. В. Лишавський, В. А. Дубовий [та ін.] // Хірургія України. – 2010. – № 2. – С. 66–71.
6. Цема С. В. Еволюція уявлень про етіопатогенез пілонідальної хвороби / С. В. Цема // Хірургія України. – 2013. – № 2. – С. 9–22.
7. Bascom J. Failed pilonidal surgery: new paradigm and new operation leading to cures / J. Bascom, T. Bascom // Arch. Surg. – 2002. – № 10. – P. 1146–1151.
8. Bascom J. Surgical treatment of pilonidal disease / J. Bascom // BMJ. – 2008. – Vol. 336. – P. 842–843.
9. Bascom J. Utility of the cleft lift procedure in refractory pilonidal disease / J. Bascom, T. Bascom // Am. J. Surg. – 2007. – № 5. – P. 606–609.
10. Bertelsen C. A. Bascom's operation for pilonidal fistula / C. A. Bertelsen, L. N. Jorgensen // Ugeskr. Laeger. – 2008. – № 26. – P. 2313–2317.
11. Nordon I. M. A prospective randomized controlled trial of simple Bascom's technique versus Bascom's cleft closure for the treatment of chronic pilonidal disease / I. M. Nordon, A. Senapati, N. P. Cripps // Am. J. Surg. – 2009. – № 2. – P. 189–192.
12. Thompson M. R. Pilonidal Sinus Disease. Anorectal and Colonic Diseases. A Practical Guide to Their Management / M. R. Thompson, A. Senapati, R. B. Kitchen; Editors: Jean-Claude R. Givel, Neil Mortensen, Bruno Roche. – 3rd ed. – Springer, 2010. – P. 373–386.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОЙ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ

Цема Е. В.

Центральный госпиталь военно-медицинского управления Службы безопасности Украины,
ул. Липская, 11, Киев, Украина, 01021

В статье представлены результаты хирургического лечения 57 пациентов с послеоперационным рецидивом пилонидальной кисты. Исследуемые больные были разделены на контрольную и основную группы. В контрольную группу больных вошел 31 (54,4 %) пациент, которому проводили лечение по методике широкой экцизии со швением послеоперационной раны. В основную группу больных включено 26 (45,6 %) больных, которым лечение проводили по методике Bascom II («cleft-lift»). Отдаленные результаты лечения прослежены от 1 до 3 лет. У пациентов контрольной группы возникло 23 (74,2 %) случая осложнения лечения: нагноение послеоперационной раны (16,1 %), первичное (16,1 %) и вторичное расхождение краев послеоперационной раны (19,4 %), гематома послеоперационной раны (12,9 %), повторный рецидив пилонидальной кисты (9,7 %). У пациентов основной группы всего зарегистрировано 3 (11,5 %) случая послеоперационных осложнений: нагноение послеоперационной раны (3,8 %), вторичное расхождение краев послеоперационной раны (3,8 %), гематома послеоперационной раны (3,8 %). Повторных рецидивов пилонидальной кисты после операции Bascom II не было. Использование методики Bascom II («cleft-lift») позволяет существенно ($\chi^2 = 22,4$; $P = 0,001$)

снизить частоту послеоперационных осложнений лечения у больных с рецидивной пилонидальной кистой.

Ключевые слова: пилонидальная киста, послеоперационный рецидив, радикальное хирургическое лечение, методика Vascom II, методика «cleft-lift».

THE COMPARATIVE ANALYZES OF SURGICAL TREATMENT RESULTS OF RECURRENT PILONIDAL SINUS DISEASE

Tsema Ye. V.

*Central Hospital of Military-Medical Department of Security Service of Ukraine,
11 Lypska St., Kyiv, Ukraine, 01021*

The article is devoted to discuss the results of radical surgical treatment of 57 patients with recurrent pilonidal disease. Patients with pilonidal disease were divided into the control and main groups. Thus, 31 (54.4 %) patients composed the control group of patients who were treated by wide excision with wound closure, while 26 (45.6 %) patients composed the main group of patients who were treated by Bascom's procedure (cleft lift procedure). The results of treatment patients were following for 1–3 years. There were 23 (74.2 %) complications in patients of the control group: wound abscess (16.1 %), primary wound dehiscence (16.1 %), secondary wound dehiscence (19.4 %), wound hematoma (12.9 %) and repeat recurrent of disease (9.7 %). There were 3 (11.5 %) complications in patients of the main group: wound abscess (3.8 %), secondary wound dehiscence (3.8 %) and wound hematoma (3.8 %). There was no repeat recurrent of disease after Bascom's procedure. The using cleft lift procedure (Bascom's procedure) permits essentially decrease ($\chi^2 = 22,4$; $P=0,001$) frequency of postoperative complications in patients with recurrent pilonidal disease.

Key words: pilonidal sinus disease, recurrent after operation, radical surgical treatment, Bascom's procedure, cleft lift procedure.