



Є. В. Цема

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПІЛОНІДАЛЬНОЇ КІСТИ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ, УСКЛАДНЕНОЇ ГОСТРИМ АБСЦЕСОМ ЗА МЕТОДИКОЮ BASCOM I

Центральний госпіталь військово-медичного управління Служби безпеки України, м. Київ

**Ключові слова:** гострий пілонідальний абсцес, пілонідальна кіста, радикальне хірургічне лікування, операція Vascom I.

Наведено результати хірургічного лікування пацієнтів із гострим абсцесом пілонідальної кісти. В обстежених хворих виконували хірургічну санацію (інцизійну, пункційну й ультразвукову) гострого пілонідального абсцесу з наступним радикальним оперативним втручанням у відтермінованому порядку. Як радикальне оперативне втручання використовували операцію Vascom I. Її застосування у пацієнтів із гострим абсцесом пілонідальної кісти дає змогу досягти 0,9% післяопераційних рецидивів захворювання.

### Результаты лечения пилонидальной кисты крестцово-копчиковой области, осложненной острым абсцессом по методике Vascom I

Е. В. Цема

Представлены результаты хирургического лечения пациентов с острым абсцессом пилонидальной кисты. Исследуемым больным выполнена хирургическая санация (инцизионная, пункционная и ультразвуковая) острого пилонидального абсцесса с последующим радикальным оперативным вмешательством в отсроченном порядке. В качестве радикального оперативного вмешательства использовали операцию Vascom I. Ее применение у пациентов с острым абсцессом пилонидальной кисты позволяет достичь 0,9% послеоперационных рецидивов заболевания.

**Ключевые слова:** острый пилонидальный абсцесс, пилонидальная киста, радикальное хирургическое лечение, операция Vascom I.

### The results of treatment of pilonidal sinus disease, complicated by acute abscess with using operation Vascom I

Ye. V. Tsema

The results of radical surgical treatment of 114 patients with acute abscess of pilonidal sinus are presented in the article. The patients were treated by surgical sanitization (incision, puncture and ultrasonic) of acute pilonidal abscess with next radical surgical treatment of pilonidal sinus (delayed operation). As radical operation was used operation Vascom I. Using operation Vascom I in patients with acute pilonidal abscess permits to achieve 0.9% postoperative recurrent of disease.

**Key words:** acute pilonidal abscess, pilonidal sinus disease, radical surgical treatment, operation Vascom I.

Пілонідальна хвороба (ПХ) крижово-куприкової ділянки є одним із найпоширеніших захворювань, із приводу якого виконують хірургічні втручання в загальнохірургічних і спеціалізованих проктологічних відділеннях [1,2]. Поняттям ПХ позначають комплекс патологічних проявів, що виникають під впливом несприятливих анатомо-фізіологічних факторів і зовнішніх чинників. Кінцевим морфологічним субстратом ПХ є формування пілонідальної кісти (ПК) [6–9]. Ключову роль в етіопатогенезі ПХ відіграє запалення волосяних фолікулів на дні міжсідничної складки (гострий гнійний фолікуліт) і проникнення у первинні норицеві ходи вільних волосяних стрижнів [3,4,9]. У фаховій медичній літературі автори користуються великою кількістю термінів на позначення цього патологічного стану: епітеліальний куприковий хід, пілонідальна кіста, кіста куприка, епітеліальна куприкова нориця, дермоїдна кіста, pilonidal sinus, pilonidal disease, pilonidal cyst тощо [1,2,6–9]. Деякі з названих термінів мають лише історичне значення, але багато з них використовуються у сучасній медичній літературі. Така термінологічна плутанина створює певні незручності у викладенні і тлумаченні результатів лікування цього захворювання вітчизняними та зарубіжними фахівцями, тому вважаємо за доцільне використовувати один загально визнаний термін, котрий має відповідний англійський еквівалент. Такими термінами є «пілонідальна хвороба» і «пілонідальна кіста», з англійськими

відповідниками, загально визнаними у світовій медичній літературі, – «pilonidal disease» і «pilonidal cyst». На наше переконання, немає необхідності зловживати термінами «куприковий», «епітеліальний» і «крижово-куприковий», оскільки в переважній більшості випадків патологічний процес локалізується лише у крижово-куприковій ділянці, що вже передбачено поняттям «пілонідальний». Конкретну локалізацію ПХ доцільно зазначати тільки у казуїстичних випадках її нетипового розташування.

Найпоширенішою формою ПХ є гострий пілонідальний абсцес (ГПА), з якого найчастіше маніфестує захворювання, що потребує невідкладного оперативного втручання. Серед операцій, які виконують із приводу ГПА, розрізняють паліативні та радикальні. Перші мають на меті лише санацію ГПА, а інші передбачають видалення морфологічного субстрату ПХ.

За термінами виконання методи радикального оперативного втручання при ГПА поділяють на три основні групи: екстрені, відстрочені та планові радикальні операції [1,2]. За характером оперативного прийому серед радикальних операцій розрізняють наступні групи: методи розсічення ПК, методики широкої ексцизії, місцевопластичні оперативні втручання та малотравматичні операції. Методи розсічення ПК сьогодні втратили самостійне значення і їх вважають паліативним станом двохетапної операції. Місцево-пластичні оперативні втручання (операція Лімберга, Vascom II,



Karydakīs, ромбоподібна транспозиційна пластика, ромбоподібна пластика за Dufourmentel) набули найбільшого застосування при поширених норицевих формах ПХ та у випадку післяопераційного рецидиву [9].

Традиційно при гострій ПХ у нашій країні використовують методики широкої ексцизії ПК із різними способами відновлення післяопераційної рани [1,2]. Малотравматичні оперативні втручання (ультразвуковий кюретаж ПК, операція Vascom I) при ПХ тільки починають своє становлення у вітчизняній хірургії, оскільки вони базуються на теорії набутого етіопатогенезу захворювання, яку у вітчизняній спеціалізованій літературі обговорюють віднедавна [3,4].

#### МЕТА РОБОТИ

Оцінити результати хірургічного лікування хворих на пілонідальний кісту, ускладнену гострим абсцесом із використанням малотравматичної методики Vascom I.

#### ПАЦІЄНТИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В основу здійсненого дослідження покладено досвід діагностики та лікування 114 хворих на ГПА за методикою Vascom I. Усі пацієнти отримали двохетапне лікування, що передбачало екстрену паліативну хірургічну санацію ГПА з наступним відстроченим радикальним хірургічним втручанням (операція Vascom I). Залежно від методики хірургічної санації ГПА обстежених хворих поділили на три групи: група I – 52 (45,6%) пацієнти, яким виконали традиційну інцизійну санацію ГПА (розкриття, санація та дренирування порожнини гнійника); група II – 34 (29,8%) хворих, яким виконували пункційну санацію ГПА; група III – 28 (24,6%) осіб, яких лікували за розробленою нами методикою ультразвукової санації (УЗ-санація) ГПА з використанням низькочастотного ультразвуку із частотою 25 кГц [5].

Групу спостереження склали 102 (89,5%) чоловіки і 12 (10,5%) жінок; серед них 85 (74,6%) були віком від 20 до 30 років, 21 (18,4%) – 31 рік і старше, а 8 (7,0%) – 19 років і молодші. Групи хворих зіставляли за віковою та статеву структуру.

Малотравматична методика Vascom I полягає в економічному висіченні лише первинних норицевих ходів із виконанням бокового дренируючого розрізу (рис. 1,2). Операцію Vascom I виконують під місцевою інфільтраційною анестезією. Перший етап передбачає розріз паралельно серединній лінії на відстані 2–3 см від дна міжсідничної складки або виконання розширення бокового розрізу від раніше виконаної інцизії ГПА (довжина розрізу – до 2 см). Через розріз здійснюють дисекцію підшкірної жирової клітковини крижово-куприкової ділянки до дна міжсідничної складки (під первинні норицеві ходи). Обов'язковим елементом операції Vascom I є гостре розсічення сполучнотканинних тяжів, що фіксують дно міжсідничної складки до крижово-куприкової фасції. Після цього етапу порожнина ПК відкривається, а міжсіднична складка дещо вирівнюється. Наступний етап – видалення патологічного вмісту ПК. Для цього через розріз у порожнину ПК вводять бранші затискача з марлевою серветкою (тупфер). Виконуючи обертальні рухи, затискачем «вишкрябують» та видаляють патологічний вміст ПК: рановий детрит, волосся, грануляційну тканину, гнійний

ексудат. Фіброзні стінки ПК при цьому залишаються в рані, оскільки, за теорією набутого етіопатогенезу ПХ, вони не несуть патоморфологічного субстрату для розвитку післяопераційного рецидиву ПК.

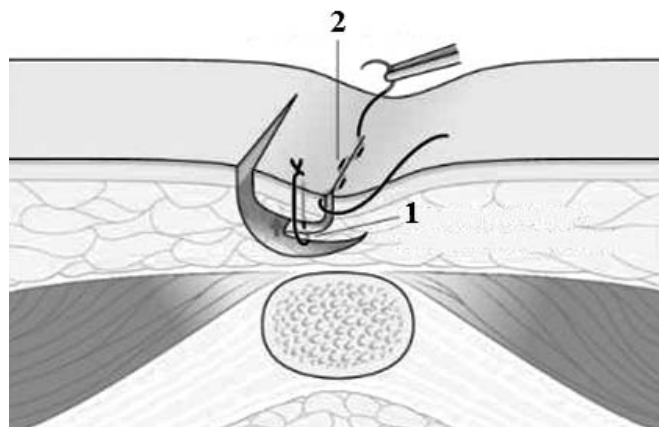


Рис. 1. Схема операції Vascom I [13]: 1 – підшитий до шкіри клапоть підшкірної жирової клітковини (на нашу думку, є необов'язковим елементом оперативного втручання); 2 – інтрадермальний шов за Холстедом.

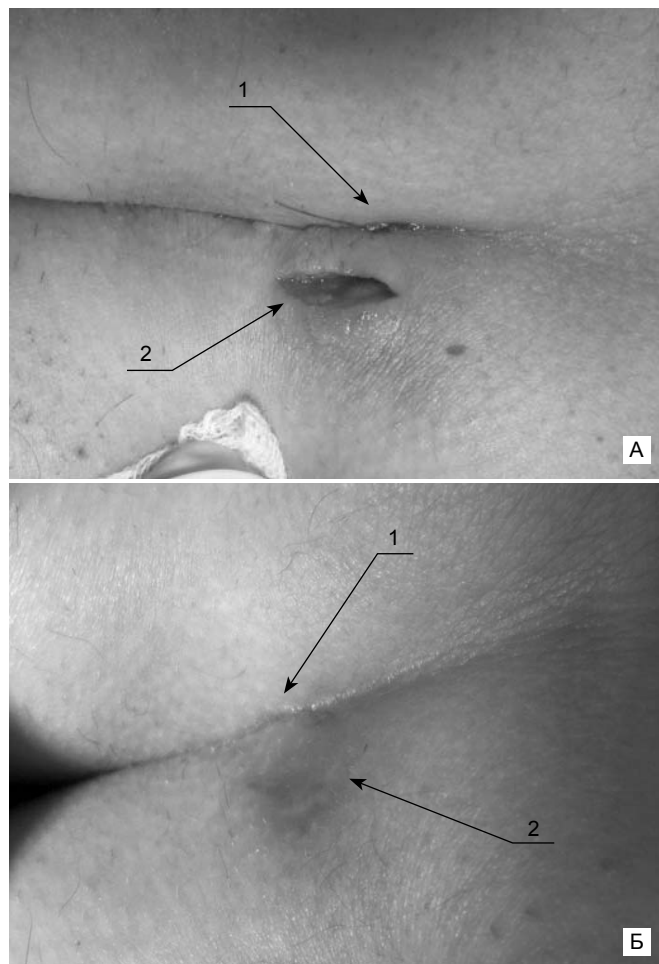


Рис. 2. Пацієнт К, 28 років. Діагноз: гострий пілонідальний абсцес. А – вигляд крижово-куприкової ділянки після операції Vascom I. Б – контрольний огляд на 24 день після операції.

Примітки: 1 – рана після ушивання висічених первинних норицевих ходів; 2 – рана від бокового дренируючого розрізу.



Останній етап – економне висічення первинних норицевих ходів. Для цього з допомогою очного скальпеля виконують ромбоподібні розрізи до 1–2 мм довкола первинних норицевих ходів із залишенням між ними шкірних містків. Первинні норицеві ходи видаляють. Утворені розрізи мають проникати до тунельованого простору під міжсідничною складкою. Як правило, для висічення первинних норицевих ходів достатньо виконати розрізи до 5 мм завглибшки (товщина дерми). Серединні ранові дефекти ушиваються інтрадермальним швом за Холстедом атравматичним шовним матеріалом 5–0 (рис. 2). Оперативне втручання завершують рихлим тампонуванням ранової порожнини через боковий дренажний розріз мажевою турундою.

Класична методика виконання операції Vascom I передбачає підшивання вузловими швами клаптя підшкірної жирової клітковини під дефект шкіри після висічення первинних норицевих ходів (рис. 1). Однак ми вважаємо цей елемент оперативного втручання необов'язковим і, як правило, не виконуємо.

У післяопераційному періоді виконують щоденні перев'язки, на серединний шов накладають напівспиртову пов'язку, а через боковий дренажний розріз у ранову порожнину вводять мазь Левомеколь. Боковий розріз рихло тампонуєть мажевою турундою для забезпечення постійного відтоку ранового вмісту. Інтрадермальний шов із серединної рани видаляють на 7–12 день після операції. Боковий дренажний розріз гоїться вторинним натягом (рис. 2). Антибактеріальну терапію після радикальної операції призначали при виникненні нагноєння післяопераційної рани.

Перший (екстрений) етап оперативного втручання у хворих групи I (інцизійна санація ГПА) виконано в умовах стаціонару. Після інцизійної санації гострого гнійного запального процесу без виписування зі стаціонару виконували радикальний етап оперативного втручання (операція Vascom I) із наступним амбулаторним лікуванням. Пункційну та УЗ-санацію ГПА (групи II та III) здійснювали в амбулаторних умовах. Як правило, після операції Vascom I хворих виписували зі стаціонару на першу-другу добу після операції.

Строки спостереження за хворими становили від 1 до 3 років.

Статистичну обробку отриманих результатів лікування виконали з використанням критерію відповідності Пірсона ( $\chi^2$ ) та критерію Стьюдента (T).

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати хірургічного лікування хворих на ПК оцінювали за такими критеріями: тривалість стаціонарного й амбулаторного лікування, загальна тривалість непрацездатності, частота нагноєння післяопераційної рани, частота незапальних ускладнень із боку післяопераційної рани (первинне та вторинне розходження країв післяопераційної рани, гематома післяопераційної рани), частота післяопераційних рецидивів захворювання.

Середні строки стаціонарного лікування пацієнтів групи I, яким як перший етап проводили інцизійну санацію ГПА, становили 5,1±0,49 дня, амбулаторного лікування – 10,6±0,94 дня, загальної непрацездатності – 15,7±1,45 дня. Середні терміни госпіталізації у хворих, яким як екстрений етап лікування виконали пункційну санацію ГПА (група II), становили 2,7±0,25 дня, амбулаторного лікування – 18,8±1,79 дня, загальної непрацездатності – 21,5±2,09 дня. Середні строки стаціонарного лікування пацієнтів групи III, яким першим етапом лікування виконали запропоновану нами УЗ-санацію ГПА, становили 1,4±0,13 дня, амбулаторного лікування – 10,9±0,87 дня, загальної непрацездатності – 12,3±0,84 дня.

Отже, достовірно більша (T>4,36; P<0,001) тривалість стаціонарного лікування була у хворих групи I, яким виконали інцизійну санацію ГПА, оскільки інші методи санації ГПА (УЗ-санація, пункційна санація) призначали в амбулаторних умовах. Середня тривалість амбулаторного лікування була достовірно більша (T>3,97; P<0,001) у пацієнтів групи II, яким виконали пункційну санацію ГПА. Найменша тривалість (T>2,03; P<0,05) загальної втрати працездатності на випадок лікування ПК була у хворих, яким як перший етап лікування здійснили УЗ-санацію ПК (група III).

У таблиці 1 наведено результати статистичного аналізу частоти післяопераційних ускладнень і рецидивів захворювання в обстежених хворих.

Серед хворих на ГПА після радикального хірургічного лікування за методикою Vascom I зареєстрували 25 (21,9%) випадків післяопераційних ускладнень, зокрема у групі I – 9 (17,3%), у групі II – 12 (35,3%), у групі III – 4 (14,3%) випадки. Після операції Vascom I визначили 14 (12,3%) випадків нагноєння післяопераційної рани, в 1 (0,9%) особи виявили первинне розходження країв післяопераційної рани до зняття швів, у 3 (2,6%) – вторинне розходження післяопераційної рани після зняття швів, у 4 (3,5%) – гематоми післяопераційної рани, у 3 (2,6%) – післяопераційного рецидиву захворювання.

Таблиця 1

Частота післяопераційних ускладнень у групах спостереження (N = 114)

Ускладнення	Групи спостереження						Всього (N = 114)	
	Група I (N = 52)		Група II (N = 34)		Група III (N = 28)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нагноєння післяопераційної рани	5	9,6%	8	15,4%	1	1,9%	14	12,3%
Первинне розходження післяопераційної рани	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%
Вторинне розходження післяопераційної рани	1	1,9%	2	3,8%	0	0,0%	3	2,6%
Гематома післяопераційної рани	1	1,9%	1	1,9%	2	3,8%	4	3,5%
Рецидив ПК	1	1,9%	1	1,9%	1	1,9%	3	2,6%
Загалом	9	17,3%	12	35,3%	4	14,3%	25	21,9%



При статистичному зіставленні частоти післяопераційних ускладнень у групах спостереження достовірно значущі відмінності ( $\chi^2 = 6,31$ ;  $P = 0,04$ ) виявили лише для частоти нагноєння післяопераційної рани, що пов'язано із використанням різних методик хірургічної санації ГПА.

Поряд із мінімальною травматичністю методика Vascom I має доволі високий рівень радикальності (0,9%), що можна пояснити її принциповою відмінністю від традиційних хірургічних методик, в основу яких покладено принцип широкого висічення всіх елементів ПК. Унаслідок цього при використанні традиційних хірургічних методів утворюється значний дефіцит тканин, що призводить до натягу країв післяопераційної рани та розвитку незапальних післяопераційних ускладнень (розходження країв рани та порушення кооптації її країв). З іншого боку, порушення зіставлення країв післяопераційної рани на дні міжсідничної складки призводить до формування в'язлогранулюючої серединної рани, що тривало не загоюється і є вхідними воротами для потрапляння нових волоссяних стрижнів до підшкірної жирової клітковини, призводячи до формування повноцінного рецидиву ПК. Крім того, традиційні хірургічні методики лікування не усувають несприятливих анатомо-фізіологічних факторів розвитку рецидиву ПХ (глибока МС).

Отже, лікувальний вплив під час використання методик широкої ексцизії елементів ПК базується на хибних уявленнях про вроджений етіопатогенез ПХ, а тому не може гарантувати відсутність рецидиву захворювання. Малотравматичні оперативні втручання, в основі яких лежить уявлення про набутий етіопатогенез ПХ, виконують керуючись тканиннозберігаючим принципом, який дозволяє максимально зберегти тканини, що не мають потенційного субстрату для розвитку рецидиву захворювання, та забезпечує «ненатяжний» характер оперативного втручання. Так, методика операції Vascom I ліквідує патоморфологічний субстрат хвороби шляхом переривання трихогенного механізму етіопатогенезу ПХ (потрапляння вільних волоссяних стрижнів через пори розширених волоссяних фолікулів на дні міжсідничної складки). Тому основні переваги малотравматичної методики Vascom I полягають, перш за все, в її етіопатогенетичній обґрунтованості та врахуванні анатомо-фізіологічних особливостей крижово-куприкової ділянки.

#### Відомості про автора:

Цема Є.В., к. мед. н., старший лікар відділення малоінвазивних технологій Центрального госпітально військово-медичного управління СБУ.

#### ВИСНОВКИ

1. Операція Vascom I є малотравматичним методом радикального хірургічного втручання при пілоніда́льній кістці, що ускладнена гострим абсцесом. Її виконання дозволяє усунути основні причини виникнення пілоніда́льній кістці, виходячи з уявлень про набутий етіопатогенез цього захворювання.

2. Поєднання запропонованої методики ультразвукової санації гострого пілоніда́льного абсцесу та операції Vascom I дає змогу виконати радикальне хірургічне лікування пілоніда́льної кістці при середній втраті працездатності на випадок лікування протягом  $12,3 \pm 0,84$  дня і тривалості госпітального лікування тривалістю  $1,4 \pm 0,84$  дня.

3. Використання методики ультразвукової санації гострого пілоніда́льного абсцесу дозволяє достовірно зменшити ( $P=0,04$ ) частоту нагноєнь післяопераційної рани після операції Vascom I до 1,9% у порівнянні з методиками інцизійної та пункційної санації.

4. Застосування методики Vascom I при хірургічному лікуванні гострого абсцесу пілоніда́льної кістці дозволяє досягти 0,9% післяопераційних рецидивів захворювання.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Даценко А.Б. Сравнительная оценка двухэтапного хирургического лечения острого нагноения эпителиального копчикового хода / А.Б. Даценко, Гали Мохаммад Або // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2. – С. 23–24.
2. Даценко Б.М. Острое нагноение эпителиального копчикового хода / Б.М. Даценко. – Х.: Прапор, 2006. – 166 с.
3. Лури́н И.А. Этиология и патогенез пилонидальной болезни (обзор литературы) / И.А. Лури́н, Е.В. Цема // Колопроктология. – 2013. – № 3. – С. 35–50.
4. Цема Є.В. Еволюція уявлень про етіопатогенез пілоніда́льної хвороби / Є.В. Цема // Хірургія України. – 2013. – № 2. – С. 9–22.
5. Цема Є.В. Патент на корисну модель № 67080 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб ультразвукової санації гострого абсцесу епітеліального куприкового ходу; заявл. 31.08.11; опубл. 25.01.12. Бюл. № 2 / Є.В. Цема, В.Г. Мішалов, О.Є. Юрків.
6. Dudink R. Secondary healing versus midline closure and modified bascom natal cleft lift for pilonidal sinus disease / R. Dudink, J. Veldkamp, S. Nienhuijs, J. Heemskerk // Scand. J. Surg. – 2011. – Vol. 100. – № 2. – P. 110–113.
7. Gendy A.S. A comparison of the cleft lift procedure vs wide excision and packing for the treatment of pilonidal disease in adolescents / A.S. Gendy, R.D. Glick, A.R. Hong et al. // J. Pediatr. Surg. – 2011. – Vol. 46. – № 6. – P. 1256–1259.
8. Sunkara A. Intermammary pilonidal sinus / A. Sunkara, D. Wagh, S. Harode // Int. J. Trichology. – 2010. – Vol. 2. – № 2. – P. 116–118.
9. 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.

Поступила в редакцію 04.11.2013 г.