

Є. В. Цема

Центральний госпіталь військово-медичного управління Служби безпеки України, Київ

## ДОСВІД МАЛОТРАВМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПІЛОНІДАЛЬНОЮ КІСТОЮ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДИКИ BASCOM II («CLEFT-LIFT»)

В статті представлені результати хірургічного лікування 63 хворих на пілонідальну кістку з використанням методики «cleft-lift» (операція Vascom II). Пацієнти були розподілені на дві групи: група I — 37 (58,7%) хворих на норицеву форму пілонідальної кістки та група II — 26 (41,3%) пацієнтів з післяопераційним рецидивом пілонідальної кістки. Середня тривалість стаціонарного лікування у хворих групи I склала  $3,2 \pm 0,28$  днів, а у пацієнтів групи II —  $3,4 \pm 0,19$  днів. Тривалість амбулаторного лікування у пацієнтів групи I склала  $11,7 \pm 1,05$  днів, групи II —  $12,3 \pm 0,98$  днів. У післяопераційному періоді у 1 (2,7%) хворого групи I та у 1 (3,8%) пацієнта з групи II виникло нагноєння післяопераційної рани. У 1 (2,7%) хворого групи I було діагностовано первинне розходження країв післяопераційної рани. У 2 (5,4%) пацієнтів групи I та у 1 (3,8%) хворого групи II виникло вторинне розходження країв післяопераційної рани. У 3 (8,1%) прооперованих хворих групи I та 1 (3,8%) пацієнта групи II діагностовано гематому післяопераційної рани. В строки спостереження від 1 до 3-х років післяопераційний рецидив пілонідальної кістки виник у 1 (2,7%) хворого з норицевою формою пілонідальної кістки. Повторних рецидивів захворювання у пацієнтів групи II не було. Операція Vascom II є малотравматичним радикальним хірургічним втручанням у хворих, як з вторинними норицями пілонідальної кістки та і при післяопераційних рецидивах захворювання, яке дозволяє усунути основні причини виникнення пілонідальної кістки виходячи з уявлень про набутий етіопатогенез цього захворювання.

**Ключові слова:** пілонідальна кістка, радикальне хірургічне лікування, операція Vascom II, методика «cleft-lift».

Методики радикального хірургічного лікування пілонідальних кіст (ПК) крижово-куприкової ділянки, які використовуються в нашій країні та країнах Європи і Америки принципово відрізняються. Це пов'язано, перш за все, із кардинально різними уявленнями про етіологію та патогенез пілонідальної хвороби (ПХ) [1, 2]. Так, в країнах СНД традиційно вкоренилися уявлення, що ПК або епітеліальний куприковий хід є вродженим захворюванням (порушенням розвитку каудального кінця ембріону), яке потребує проведення широкого висічення усіх елементів ПК в межах здорових тканин. Тоді як, закордонні хірурги притримуються теорії набутого походження ПХ (фолікулярно-ретенційна теорія), з якої випливає можливість проведення малотравматичних тканинозберігаючих оперативних втручань, які спрямовані на усунення лише причини захворювання (глибока міжсіднична складка та розширені волосяні фолікули на її дні) [1—3, 7—9].

Однією з найбільш поширених малотравматичних місцевопластичних операцій є розроблена J. Vascom методика «cleft-lift», яка по суті є вдосконаленою операцією Karudakis (асиметричне висічення ПК), яка була найбільш популярна серед закордонних хірургів у кінці ХХ століття [4-6]. Назва методики операції «cleft lift» походить від англо-

мовних термінів «cleft» — міжсіднична складка та «lift» — підйом, оскільки суть цієї операції полягає у вирівнюванні міжсідничної складки за рахунок місцевопластичного перерозподілу м'яких тканин<sup>1</sup>. Нажаль, в Україні та країнах СНД методика «cleft-lift» практично не відома, про що свідчить відсутність публікацій про результати лікування хворих за цією методикою і лише поодинокі згадування операції Vascom II в оглядах літератури присвячених проблемам хірургічного лікування ПК. Зважаючи на це, хотіли б поділитися власним досвідом та результатами хірургічного лікування пацієнтів з ускладненими формами ПХ крижово-куприкової ділянки з використанням операції Vascom II.

**Мета дослідження** — оцінити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування пацієнтів з пілонідальною кістою крижово-куприкової ділянки з використанням операції Vascom II («cleft-lift»).

<sup>1</sup> Римська цифра II після прізвища автора (операція Vascom II) зазвичай 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.

### Матеріали та методи

Прослідковано результати хірургічного лікування 63 хворих на ПК крижово-куприкової ділянки. Серед досліджуваних хворих у 37 (58,7%) пацієнтів була ПК, ускладнена формуванням вторинних гнійних нориць (група I), а у 26 (41,3%) хворих був рецидив ПК після радикального хірургічного лікування (група II). Усім досліджуваним пацієнтам проводили місцевопластичне оперативне втручання за методикою «cleft-lift» (операція Vascom II). Досліджувані пацієнти проходили лікування на базі Центрального госпіталю військово-медичного управління Служби безпеки України (м. Київ). Серед хворих на ПК переважали пацієнти чоловічої статі (55, або 87,3% чоловіків). За віковою структурою досліджувані хворі розподілилися наступним чином: 6 (9,5%) хворих були молодшими за 20 років, 32 (50,8%) пацієнтів були у віці від 20 до 30 років та 25 (39,7%) пацієнтів були у віці 31 рік і старше.

Крім загальноклінічного та лабораторного передопераційного обстеження хворим на ПК в обов'язковому порядку проводили про-

ктологічний огляд з ретельним дослідженням крижово-куприкової ділянки та зондуванням норицевих ходів гудзиком зондом. За показами проводилася проба з барвником та фістулографія. Обов'язковою умовою діагностики ПХ було виявлення первинних норицевих ходів по серединній лінії на дні міжсідничної складки. Крім первинних норицевих ходів при огляді крижово-куприкової ділянки виявлялися від 1 до 3 вторинних норицевих ходів, як наслідок дренажування гострого пілонідального абсцесу з боку від міжсідничної складки.

Всі досліджувані хворі проходили хірургічне лікування в стаціонарних умовах. За відсутності протипоказів оперативне втручання проводилося під спинномозковою анестезією (59, або 93,7% хворих). Суть методики операції «cleft-lift» роз'яснена графічно на рисунку 1, де на поперечному до осі тіла зрізі показана схема місцевого зміщення м'яких тканин крижово-куприкової ділянки при операції Vascom II. Як видно зі схеми оперативного втручання, методика Vascom II передбачає асиметричне висічення шкірного клаптя з однієї із сторін від міжсідничної складки та переміщення на це місце шкірно-

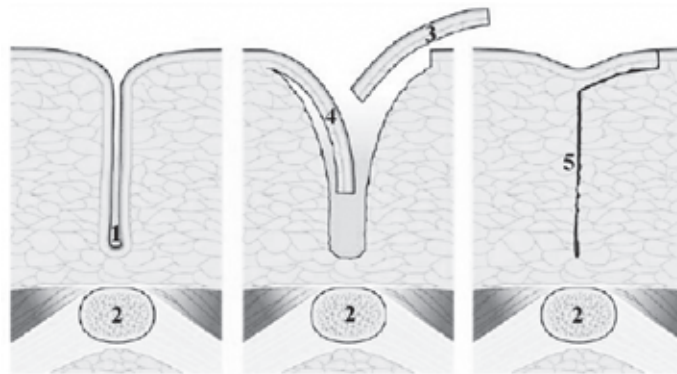


Рис. 1. Схема операції Vascom II («cleft lift») на поперечному до поздовжньої осі тіла зрізі [9]: 1 — міжсіднична складка; 2 — крижова кістка; 3 — шкірно-підшкірний клапоть, що видаляється; 4 — шкірно-підшкірний клапоть, що мобілізується та зміщується; 5 — «підшкірножирова подушка», що утворюється при ушиванні глибоких слоїв підшкірної жирової клітковини та фіксації мобілізованого шкірно-підшкірного клаптя

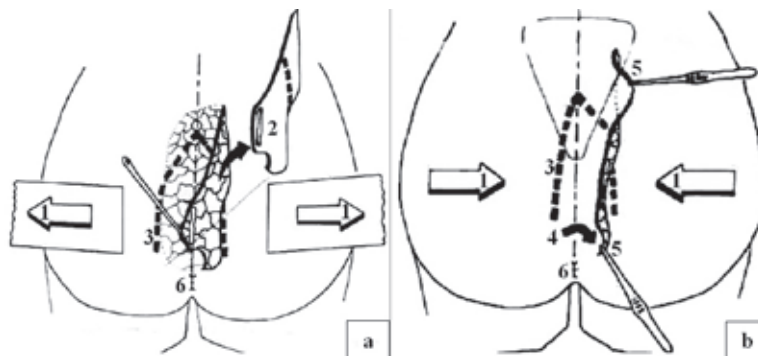


Рис. 2. Схема першої модифікації операції Vascom II [4]. А — схема висічення ділянки шкіри над ПК. В — схема зміщення мобілізованого шкірно-підшкірного клаптя. 1 — напрямок тракції м'яких тканин сідниць; 2 — видалена ділянка шкіри з первинними норицевими отворами над ПК; 3 — лінія природного зіставлення сідниць (пунктирна лінія); 4 — напрямок зміщення («ротачії») перианального клаптя шкіри; 5 — шкірно-підшкірний клапоть, що зміщується (тракція пінцетами); 6 — задній прохід

підшкірного клаптя, мобілізованого з іншого боку. При цьому, під зміщеними клаптями ушиваються глибокі прошарки підшкірної жирової клітковини з обох боків, за рахунок чого досягається утворення «жирової подушки» в проекції раніше існуючої міжсідничної складки — вирівнювання міжсідничної складки.

В залежності від розповсюдженості ПХ в каудальному напрямку ми використовували дві модифікації методики «cleft-lift». Методика оперативного втручання за першою модифікацією пояснена на рисунку 2. Перед проведенням хірургічного лікування проводили маркування (розмітка) плану місцевопластичного оперативного втручання. Для цього, у пацієнта відмічали лінію природного зіставлення сідниць в положенні стоячи. Ця лінія є основним орієнтиром під час мобілізації шкірно-підшкірних клаптів, за рахунок чого досягається відсутність натягу ушитих тканин та больових відчуттів при сидінні та ході пацієнта вже на першу добу після оперативного втручання. Орієнтуючись на позначену лінію природного зіставлення (доторкання) сідниць проводять розмітку клаптя шкіри, що видаляється. Медіальна межа цього клаптя повинна проходити якомога ближче до дна міжсідничної складки, а латеральна — доходити зазначену лінію.

Перша модифікація методики «cleft-lift» (рис. 2), застосовується при наявності первинних або вторинних норицевих отворів у безпосередній близькості з перианальною ділянкою (в нижній третині міжсідничної складки) та додатково передбачає формування та ротацію округлого перианального клаптя. Тоді як, друга модифікація цієї операції (рис. 3) застосовується при менш поширеному патологічному процесі в крижово-куприкової ділянки та передбачає виконання асиметричного еліптичного висічення шкіри над елементами ПК.

Першим етапом проводиться обколювання крижово-куприкової ділянки 0,5% розчином новокаїну (100—150 мл) з додаванням 0,10—0,25 мл 0,1% розчину адреналіну гідрохлориду. Ми вважаємо цей етап оперативного втручання принциповим, оскільки інфільтрація периопераційної зони розчином адреноміметіку дозволяє звести до мінімуму інтраопераційну кровотечу, а відповідно, і необхідність проведення електрокоагуляції м'яких тканин в рані, що кровоточать. Відсутність коагуляційного струпу в післяопераційній рані, за нашою думкою, є важливою умовою успішного виконання місцевопластичного оперативного втручання з позицій профілактики нагноєння післяопераційної рани та загоювання шкірної рани первинним натягом. За рахунок такого прийому в більшій половині виконаних оперативних втручань нам вдалося досягати достатнього інтраопераційного гемостазу взагалі без використання електрокоагуляції.

Другим етапом виконується розріз шкіри (рис. 4b) в межах заздалегідь промаркованого клаптя, що видаляється (рис. 4a). Окреслену ділянку шкіри за допомогою скальпеля та ножичів видаляють з максимальним збереженням нижче розташованих прошарків підшкірної жирової клітковини. Після видалення зазначеної ділянки шкіри в жировій клітковині крижово-куприкової ділянки відкриваються порожнинні елементи ПК (рис. 4c). Вміст кісти (волосся, грануляційна тканина, рановий детрит, ексудат) видаляють марлевими серветками до чіткої візуалізації сполучнотканинної капсули кісти та оточуючої рубцевої тканини (останні не видаляються). 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. Формують шкірно-підшкірний клапот 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 наступним розвитком ішемії та некрозу.

Наступним етапом 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 трубка для проведення активної аспірації ранового вмісту в ранньому післяопераційному періоді (рис. 4d). Мобілізований шкірно-підшкірний клапот вкладається на сформовану «жирову подушку» і підшивається до протилежного краю рани окремими вузловими субкутанними швами з використанням атравматичного шовного матеріалу 5/0, що розсмоктується. Після накладання таких швів повинна досягатися максимальна коаптация країв операційної рани. Останнім етапом формують неперервний інтрадермальний шов на всьому протязі операційної рани. Дренаж післяопераційної рани встановлюється на активну аспірацію з допомогою шприца на 20 мл з від'ємним тиском.

В перші 5—6 годин після операції прооперованим хворим рекомендують дотримуватися напівпалатного режиму, при чому, хворий у ліжку повинен знаходитися в положення на спині, з

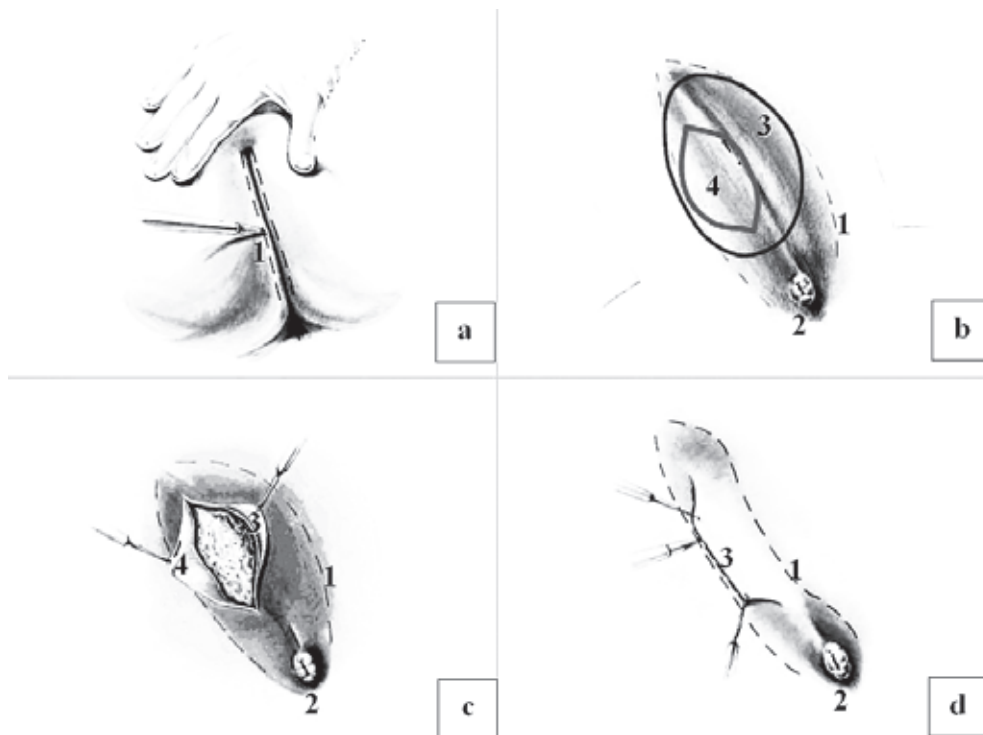


Рис. 3. Схема другої модифікації операції Vascom II [3]. А — схема нанесення лінії природного доторкання сідниць (в положенні стоячи). В — схема меж мобілізації шкірно-підшкірних клаптів (синя лінія) та видалення шкіри (червона лінія) над ПК. С — відмобілізовані розмічені шкірно-підшкірні клапті. D — лівий шкірно-підшкірний клапоть видалений, правий — зміщений в протилежному напрямку, вкриваючи оголену ділянку підшкірної жирової клітковини. 1 — лінія природного доторкання сідниць; 2 — задній прохід; 3 — шкірно-підшкірний клапоть, що зміщується (тракція пінцетом); 4 — шкірно-підшкірний клапоть, що видаляється (тракція пінцетом)

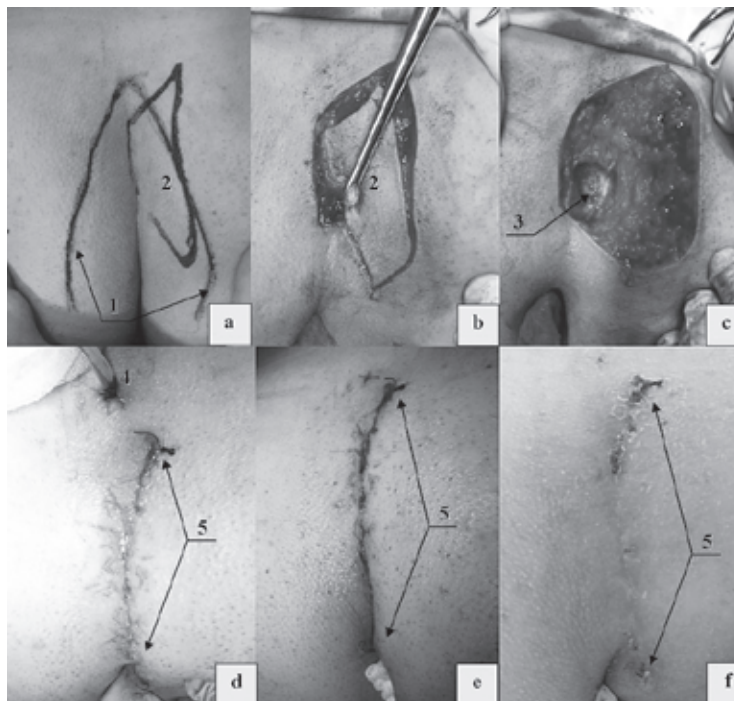


Рис. 4. Хворий М., 16 років. Діагноз: ПХ крижово-куприкової ділянки, норичева форма. Операція Vascom II в першій модифікації з ушиванням шкірної рани неперервним інтрадермальним швом. А — розмітка місцево-пластичної операції. В — розріз шкіри над ПК. С — шкіра над ПК висічена, порожнина ПК розкрита. D — вигляд рани після операції. E — вигляд післяопераційної рани на 7-й день після операції. F — післяопераційної рани на 14-й день після операції, знятий інтрадермальний шов. 1 — лінія природного доторкання сідниць; 2 — ділянка шкіри над ПК, яка висікається; 3 — фіброзна капсула ПК; 4 — дренаж в післяопераційній рані між глибоким та поверхневим рядом швів; 5 — інтрадермальний неперервний шов за Холстедом

метою компресії ранової порожнини та кращої аспірації ранового вмісту через дренажну трубку. Дренаж з 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, анальгін) в день операції, наркотичні препарати не призначаються. Прооперовані хворі виписуються зі стаціонару на 2—3-й день після операції для продовження амбулаторного долікування.

### Результати та обговорення

У 49 (77,8%) досліджуваних хворих операція проводилася за методикою Vascom II в першій модифікації (рис. 2, 4), оскільки один з первинних або вторинних елементів ПК розташовувалися в нижній третині міжсідничної складки. Решті пацієнтів, в яких усі елементи ПК розташовувалися в межах середньої та верхньої третин міжсідничної складки, проводили хірургічне втручання за другою модифікацією операції Vascom II (рис. 3, 5).

Результати хірургічного лікування хворих на ПК оцінювали за наступними 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 післяопераційних рецидивів захворювання.

Середня тривалість стаціонарного етапу лікування хворих на ПК, ускладнену вторинними гнійними норицями (група I) склала  $3,2 \pm 0,28$  днів, а у пацієнтів з післяопераційним рецидивом ПК —  $3,4 \pm 0,19$  днів. У більшості випадків хворі виписувалися зі стаціонару на другий або третій день після хірургічного лікування (на наступний день після видалення дренажу з післяопераційної рани). Антибактеріальну терапію після операції призначали 4 (10,8%) хворим групи I та 2 (7,7%) пацієнтам групи II при виникненні нагноєння або гематоми післяопераційної рани. Рухомий режим після операції обмежувався лише на перші 5—6 годин після операції.

Після виписки зі стаціонару хворі знаходилися під спостереженням проктолога поліклініки. Тривалість амбулаторного лікування у пацієнтів групи I склала  $11,7 \pm 1,05$  днів, групи II —  $12,3 \pm 0,98$  днів. Більшість хворих самостійно виконували перев'язки вдома. Два-три рази на тиждень пацієнти перев'язувалися за участі лікаря. Обов'язковою умовою ведення раннього післяопераційного періоду є гоління крижово-куприкової ділянки кожні 6-10 днів, в залежності від розвитку волосяного покриву та швидкості відростання волосся у пацієнта. Інтрадермальний шов з післяопераційної рани знімали на 10—14-й день після операції, або ж взагалі не видаляли при використанні шовного матеріалу, що самостійно розсмоктується. У випадках, коли шкірна рана ушивалася вузловими швами за Донатті, останні видаляли на 8—13-й день після операції.

Використовуючи вищенаведений підхід до ведення прооперованих хворих середні строки загальної непрацездатності після радикального оперативного лікування за методикою Vascom II склали  $14,9 \pm 0,62$  днів при ПК, ускладнених

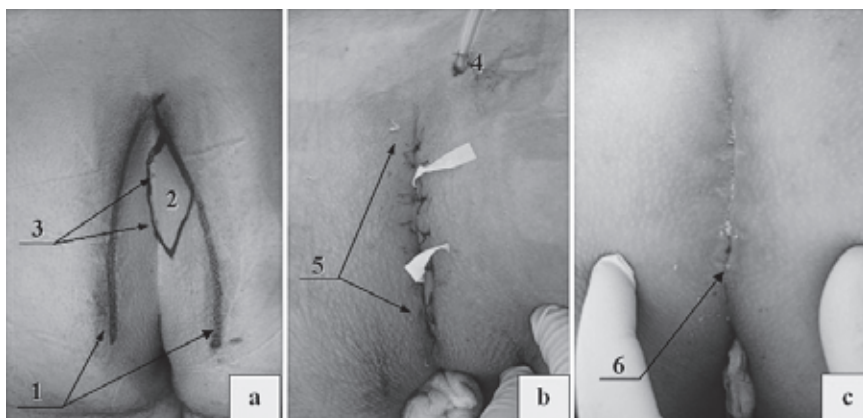


Рис. 5. Хворий Я., 44 роки. Діагноз: ПХ крижово-куприкової ділянки, вторинна гнійна нориця. Операція Vascom II в другій модифікації з ушиванням шкірної рани вузловими швами за Донатті. А — розмітка місцевопластичної операції. В — вигляд рани після операції. С — рана на 20-й день після хірургічного лікування.

1 — лінія природного доторкання сідниць; 2 — ділянка шкіри над ПК, яка висікається; 3 — первинні норицеві ходи на дні міжсідничної складки; 4 — дренаж в післяопераційній рані між глибоким та поверхневим рядом швів; 5 — шкірна рана ушита вузловими швами, яка відповідає видаленому шкірному клаптю 2; 6 — діастаз країв шкіри в нижній третині рани

вторинною норицею та  $15,7 \pm 0,77$  днів, при післяопераційному рецидиві ПК.

У післяопераційному періоді у 1 (2,7%) хворого групи I та 1 (3,8) пацієнта групи II виникло нагноєння післяопераційної рани, яке куповано курсом антибактеріальної терапії та частковим зняттям швів у верхній третині післяопераційної рани з евакуацією гнійного ексудату. Ми вважаємо принциповим зняття швів та проведення ревізії ранової порожнини лише у верхній третині післяопераційної рани, оскільки в цій ділянці рана завжди швидко загоюється та не створює передумови для формування післяопераційного рецидиву ПК.

У трьох прооперованих пацієнтів з ПК, ускладненою вторинною норицею в післяопераційному періоді виникло часткове розходження країв післяопераційної рани: у 1 (2,7%) хворого — внаслідок часткового прорізання швів (первинне розходження країв післяопераційної рани) та у 2 (5,4%) пацієнтів зазначене ускладнення виникло після зняття швів з післяопераційної рани внаслідок порушення коаптації країв рани (вторинне розходження країв післяопераційної рани, рис. 5с). У хворих групи II з рецидивом ПК був лише 1 (3,8%) випадок вторинного розходження країв післяопераційної рани після зняття швів. В усіх зазначених випадках шкірна рана ушивалася з використанням вузлових швів за Донатті в період освоєння методики лікування. У пацієнтів, яким накладався інтрадермальний неперервний шов за Холстедом випадків розходження країв післяопераційної рани не було (рис. 4е, 4ф). Виникнення зазначеного ускладнення ми пов'язуємо із порушенням методики хірургічного втручання, яке було допущено в період освоєння другої модифікації методики «cleft-lift», внаслідок чого виник натяг на краях післяопераційної рани, що і стало причиною часткового прорізання швів. Виникнення вторинного розходження країв післяопераційної рани обумовлене порушенням коаптації її країв, яке виникає при ранній «надмірній» активації хворого (хода по сходах, керування автотранспортом, тощо) та пов'язане з підвертанням країв рани, ушитих вузловими швами. Зважаючи на це, найбільш доцільно ушивати шкірну рану неперервним інтрадермальним швом за Холстедом з використанням шовного матеріалу, що розсмоктується.

У 3 (8,1%) прооперованих хворих групи I та у 1 (3,8%) пацієнта групи II в ранньому післяопераційному періоді (на 2—4-й день після операції) було діагностовано гематому післяопераційної рани. В усіх випадках діагностувати гематому післяопераційної рани вдалося клінічно за наступними ознаками: дренаж з післяопераційної рани перестає функціонувати через закупорку кров'яними тромбами; післяопераційна пов'язка починає просякати геморагічним ексудатом; при пальпації післяопераційної рани виявляється

флюктуація. В усіх випадках гематома післяопераційної рани підтверджена ультрасонографічно та евакуйована пункційно під ультразвуковим контролем (1—2 пункції з інтервалом через день). При ретроспективному аналізі причин виникнення гематоми післяопераційної рани з'ясувалося, що в усіх випадках з тих чи інших причин методика оперативного втручання була порушена і інфільтрацію крижово-куприкової ділянки розчином адреналіну гідрохлориду не проводили, що стало причиною більш вираженої інтраопераційної кровотечі.

Випадків некрозу зміщеного шкірно-підшкірного клаптя, які описуються в літературі, у досліджуваних хворих не було. Це пов'язано з ретельним дотриманням однакової товщини мобілізованого зміщеного шкірно-підшкірного клаптя, що забезпечує його адекватне кровопостачання в післяопераційному періоді. Також, можливою причиною некрозу зміщеного клаптя може бути інтрадермальне введення розчину адреноміметіку на початку оперативного втручання, що призводить до тромбозу дрібних артерій та місцевої ішемії шкірного клаптя. Тому важливим моментом операції є інфільтрація розчином адреналіну лише глибоких прошарків підшкірної жирової клітковини, які не відіграють суттєвої ролі в кровопостачанні мобілізованого шкірно-підшкірного клаптя, проте значно зменшує інтраопераційну кровотечу та запобігає виникненню гематоми післяопераційної рани.

В строки спостереження від 1 до 3-х років післяопераційний рецидив ПК виник у 1 (2,7%) хворого з норицевою формою ПК (група I). Причиною рецидиву було утворення діастазу країв післяопераційної рани в її нижній третині внаслідок вищеописаного випадку вторинного розходження країв післяопераційної рани. Це призвело до формування в'ялогранулюючої рани в нижній третині міжсідничної складки, яка на фоні недотримання пацієнтом рекомендацій щодо необхідності гоління крижово-куприкової ділянки стала причиною формування післяопераційного рецидиву захворювання.

Повторних рецидивів захворювання у пацієнтів з рецидивними ПК (група II) не виявлено.

### Висновки

Операція Vascom II є малотравматичним радикальним хірургічним втручанням при норицевій та рецидивній формах пілонідальної хвороби, яке дозволяє усунути основні причини виникнення пілонідальної кісти виходячи з уявлень про набутий етіопатогенез цього захворювання.

Використання методики Vascom II дозволяє провести радикальне хірургічне лікування ускладнених форм пілонідальної кісти при середній втраті працездатності на випадок лікування  $14,9 \pm 0,62$  днів та тривалості госпітально-

го лікування 3,2±0,28 днів.

Малотравматичність методики Vascom II дозволяє уникнути вираженого післяопераційного больового синдрому, повністю відмовитися від використання наркотичних анальгетиків та забезпечити ранню активацію прооперованих пацієнтів з першого дня післяопераційного періоду.

Найбільш оптимальним способом ушивання шкірної рани при використанні методики «cleft-

lift» є накладання неперервного інтрадермального шва за Холстедом з використанням шовного матеріалу, що розсмоктується.

З метою профілактики гематоми післяопераційної рани та зменшення інтраопераційної кровотечі обов'язковим елементом операції Vascom II є інфільтрація (перед виконанням розрізу шкіри) глибоких шарів підшкірної жирової клітковини розчином адреналіну гідрохлориду.

#### Список літератури

1. Лурич И. А. Этиология и патогенез пилонидальной болезни / И. А. Лурич, Е. В. Цема // Колопроктология. — 2013. — № 3. — С. 35—50.
2. Цема Е. В. Еволюція уявлень про етіопатогенез пилонидальної хвороби / Е. В. Цема // Хірургія України. — 2013. — № 2. — С. 9—22.
3. Vascom J. Failed pilonidal surgery: new paradigm and new operation leading to cures / J. Vascom, T. Vascom // Arch. Surg. — 2002. — Vol. 137, N. 10. — P. 1146—1151.
4. Vascom J. Pilonidal sinus. Current Therapy in Colon and Rectal Surgery. B. C. Decker, eds. — Toronto, 1990. — P. 32—39.
5. Vascom J. Surgical treatment of pilonidal disease / J. Vascom // BMJ. — 2008. — Vol. 7649, N. 336. — P. 842—843.
6. Vascom J. Utility of the cleft lift procedure in refractory pilonidal disease / J. Vascom, T. Vascom // Am. J. Surg. — 2007. — Vol. 193, N. 5. — P. 606—609.
7. Bertelsen C. A. Bascom's operation for pilonidal fistula / C. A. Bertelsen, L. N. Jorgensen // Ugeskr. Laeger. — 2008. — Vol. 170, N. 26. — P. 2313—2317.
8. 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. — Vol. 197, N. 2. — P. 189—192.
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.

Стаття надійшла до редакції: 03.12.2013р.

**Е. В. Цема**

Центральный госпиталь военно-медицинского управления Службы безопасности Украины, Киев

## ОПЫТ МАЛОТРАВМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ VASCOM II («CLEFT-LIFT»)

В статье представлены результаты хирургического лечения 63 пациентов с пилонидальной кистой с использованием методики «cleft-lift» (операция Vascom II). Пациенты были разделены на две группы: группа I — 37 (58,7%) больных со свищевой формой пилонидальной кисты и группа II — 26 (41,3%) пациентов с послеоперационным рецидивом пилонидальной кисты. Средняя длительность стационарного лечения у больных группы I составила 3,2±0,28 дней, а у пациентов группы II — 3,4±0,19 дней. Длительность амбулаторного лечения у пациентов группы I составила 11,7±1,05 дней, группы II — 12,3±0,98 дней. В послеоперационном периоде у 1 (2,7%) больного группы I и у 1 (3,8%) пациента с группы II возникло нагноение послеоперационной раны. У 1 (2,7%) больного группы I возникло первичное расхождение краев послеоперационной раны. У 2 (5,4%) пациентов группы I и у 1 (3,8%) больного группы II возникло вторичное расхождение краев послеоперационной раны. У 3 (8,1%) прооперированных больных группы I и у 1 (3,8%) пациента группы II в раннем послеоперационном периоде диагностировано гематому послеоперационной раны. В сроки наблюдения от 1 до 3-х лет послеоперационный рецидив пилонидальной кисты возник у 1 (2,7%) больного со свищевой формой заболевания (группа I). Повторных рецидивов пилонидальной кисты у пациентов группы II не было. Операция Vascom II является малотравматическим радикальным хирургическим вмешательством, как при вторичных свищах пилонидальной кисты, так и при послеоперационных рецидивах заболевания, которое позволяет устранить основные причины возникновения пилонидальной кисты исходя из представлений о приобретенном этиопатогенезе этого заболевания.

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

*Ye. V. Tsema*

*Central Hospital, Military-Medical Department of Security Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine*

## THE EXPERIENCE OF LOW-TRAUMATIC TREATMENT OF PILONIDAL SINUS DISEASE BY USING BASCOM'S PROCEDURE (CLEFT LIFT PROCEDURE)

The results of radical surgical treatment of 37 patients with pilonidal sinus disease by using Bascom's procedure (cleft lift procedure) are presented in the article. The patients were divided on two groups: group I — 37 (58.7%) patients with pilonidal disease and secondary fistula; group II — 26 (41.3%) patients with postoperative recurrent of pilonidal disease. Patients group I were operated inpatient treatment with average duration of hospitalization  $3.2 \pm 0.28$  days and group II —  $3.4 \pm 0.19$  days. Duration of out-patient treatment of patients group I was  $11.7 \pm 1.05$  days and group II —  $12.3 \pm 0.98$  days. There was 1 (2.7%) case of wound abscess in the postoperative period in group I and 1 (3.8%) case in patients from group II. There was 1 (2.7%) case primary wound dehiscence in patients group I. There were 2 (5.4%) cases of secondary wound dehiscence in patients from group I and 1 (3.8%) case of this complication in the group II. In 3 (8.1%) patients from group I and 1 (3.8%) patient from group II was detected wound hematoma. There was 1 case of postoperative recurrent of disease after surgical treatment of pilonidal sinus with follow-up observation from 1 to 3 years. Patients from group II have not cases of postoperative recurrent. Bascom's procedure (cleft lift procedure) is the low-traumatic radical surgical operation in patients with pilonidal fistulas and recurrent pilonidal sinuses, which allows eliminates main causes of origin pilonidal disease and grounded on acquired conception of aetiology and pathogenesis this disease.

**Keywords:** pilonidal sinus disease, radical surgical treatment, Bascom's procedure, cleft lift procedure.