

УДК 611.711.8:616.315.3-002.3-089: 615.837.3

ЦЕМА Є.В., КУЛИК А.М.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСТРЕНОГО РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІЛОНІДАЛЬНОЇ КІСТИ, УСКЛАДНЕНОЇ ГОСТРИМ АБСЦЕСОМ

Резюме. Мета дослідження — порівняти результати екстреного радикального хірургічного лікування пацієнтів із пілонідаальною кістою, ускладненою гострим абсцесом, із використанням традиційних та малотравматичних методик.

Матеріал та методи. У статті наведені результати хірургічного лікування 174 пацієнтів із гострим пілонідаальним абсцесом, яким проводили екстрене радикальне оперативне втручання. 26 (14,9 %) пацієнтам виконували широку ексцизію пілонідаальної кісти з марсупіалізацією операційної рани. У 31 (17,8 %) хворого проводилася широка ексцизія пілонідаальної кісти з ушиванням рани вертикальними адаптуючими багатостібковими швами. 29 (16,7 %) хворим проводили широку ексцизію з ушиванням рани горизонтальними П-подібними швами («турнікетні» шви). У 34 (19,5 %) пацієнтів хірургічне втручання проводили за методикою *Bascom I*. 54 (31,0 %) хворим лікування проводили за запропонованою методикою ультразвукового кюретажу пілонідаальної кісти. Віддалені результати лікування простежені в строки від 1 до 3 років.

Результати та обговорення. У прооперованих хворих виникло 56 (32,2 %) випадків нагноєння післяопераційної рани, 19 (10,9 %) випадків первинного та 24 (13,8 %) випадки вторинного розходження країв післяопераційної рани, 14 (8,0 %) випадків гематоми післяопераційної рани та 19 (10,9 %) рецидивів пілонідаальної кісти. Вірогідно менша кількість ($P = 0,02$) післяопераційних рецидивів захворювання та незапальних ускладнень лікування виявилася у хворих, яким в екстреному порядку виконували операцію *Bascom I* або ультразвуковий кюретаж пілонідаальної кісти.

Висновки. Використання малотравматичних методик лікування (операція *Bascom I*, ультразвуковий кюретаж пілонідаальної кісти) дозволяє суттєво зменшити ($P = 0,02$) частоту післяопераційних ускладнень лікування та рецидивів захворювання.

Ключові слова: гострий пілонідаальний абсцес, пілонідаальна хвороба, радикальне хірургічне лікування, операція *Bascom I*, ультразвуковий кюретаж.

Вступ

Терміном «пілонідаальна хвороба» позначають комплекс патологічних проявів, що виникають під впливом несприятливих анатомо-фізіологічних факторів та зовнішніх чинників, кінцевим морфологічним субстратом якої є формування пілонідаальної кісти (ПК) крижово-куприкової ділянки [4–7]. Ключову роль в етіопатогенезі пілонідаальної хвороби (ПХ) відіграє запалення волосяних фолікулів на дні міжсідничної складки (гострий гнійний фолікуліт) та проникнення у первинні норичеві ходи вільних волосяних стрижнів [2, 3]. У фаховій медичній літературі зустрічається дуже велика кількість термінів, якими позначають цей патологічний стан: епітеліальний куприковий хід, пілонідаальна кіста, пілонідаальний синус, кіста куприка, куприкове епітеліальне занурення, волосяна

кіста, дермоїдна кіста, pilonidal sinus, pilonidal disease, pilonidal cyst, pilonidal fistula [1–7]. Деякі зі згаданих термінів мають лише історичне значення, але багато з них і до сьогодні використовуються у сучасній медичній літературі. Така термінологічна плутанина створює певні незручності у викладенні і тлумаченні результатів лікування цього захворювання вітчизняними та зарубіжними фахівцями. Тому ми вважаємо за доцільне використовувати один загально визнаний термін, який має відповідний англomовний еквівалент. Такими термінами є «пілонідаальна хвороба» або «пілонідаальна кіста», які відповідають їх англomовним еквівален-

© Цема Є.В., Кулик А.М., 2013

© «Український журнал хірургії», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

там — pilonidal disease і pilonidal cyst та є загально визначеними в англійській медичній літературі. Також, за нашим переконанням, немає необхідності зловживати термінами «куприковий», «епітеліальний» та «крижово-куприковий» при згадуванні про ПХ, оскільки в переважній більшості випадків патологічний процес локалізується лише в крижово-куприковій ділянці та має епітеліальне походження, що включається в термін «пілонідальний». Конкретну ж локалізацію ПХ доцільно зазначати лише у казуїстичних випадках її нетипового розташування [6].

Найпоширенішою формою ПХ є гострий пілонідальний абсцес (ГПА), з якого найчастіше маніфестує захворювання та потребує невідкладного оперативного втручання. Операції, що виконуються з приводу ГПА, поділяються на паліативні та радикальні. Паліативні операції мають на меті лише санацію ГПА, тоді як радикальні втручання передбачають видалення морфологічного субстрату ПХ. За строками виконання методи радикального оперативного втручання при гострій ПХ поділяються на три основні групи: екстрені, відстрочені та планові радикальні операції [1]. За характером оперативного прийому радикальної операції поділяються на такі групи: методи розсічення ПК, методики широкої ексцизії, місцевопластичні оперативні втручання та малотравматичні операції. Методи паліативного розсічення ПК на сьогодні втратили самостійне значення і розглядаються лише як паліативний етап двохетапної

операції. Традиційно при гострій ПХ у нашій країні використовуються методики широкої ексцизії ПК із різними способами відновлення післяопераційної рани [1]. Тоді як малотравматичні оперативні втручання при ПХ тільки починають впроваджувати у вітчизняній хірургії, оскільки вони базуються на теорії набутого етіопатогенезу захворювання, яка лише віднедавна почала дискутуватися у вітчизняній літературі [2, 3].

Мета роботи: порівняти результати екстреного радикального хірургічного лікування пацієнтів із пілонідальною кістою, ускладненою гострим абсцесом з використанням традиційних та малотравматичних методик.

Матеріал та методи

Простежені результати хірургічного лікування 174 хворих на гостру пілонідальну хворобу. Усім досліджуваним пацієнтам виконувалося екстрене радикальне оперативне втручання в гострій стадії захворювання. Залежно від методики радикальної операції досліджувані хворі були розподілені на п'ять груп: К1, К2, К3 (контрольні групи) та Д1, Д2 (дослідні групи). У пацієнтів контрольних груп використовувалися методики широкої ексцизії елементів ПК, тоді як у хворих дослідних груп проводилися малотравматичні оперативні втручання. До групи К1 увійшло 26 (14,9 %) пацієнтів з ГПА, яким виконували широку ексцизію ПК з марсупіалізацією післяопераційної рани. Групу К2 становив 31 (17,8 %) пацієнт, у яких рана після широкої ексцизії ПК

Таблиця 1. Порівняльний аналіз тривалості одноетапного екстреного радикального хірургічного лікування хворих на ГПА в групах спостереження (N = 174)

Групи спостереження	Тривалість стаціонарного лікування (дні)		Тривалість амбулаторного лікування (дні)		Загальна втрата працездатності (дні)		
	М	m	М	m	М	m	
Група К1 (N = 26)	14,3	1,14	21,7	1,55	36,0	2,87	
Група К2 (N = 31)	10,7	0,91	23,1	1,37	33,8	2,95	
Група К3 (N = 29)	13,1	1,09	23,8	1,89	36,9	2,71	
Група Д1 (N = 34)	5,4	0,45	16,8	1,45	22,2	1,78	
Група Д2 (N = 54)	0	0	18,7	1,28	18,7	1,28	
Вірогідність різниці середніх показників втрати працездатності в підгрупах							
Метод радикального втручання	Пара порівняння	T	P	T	P	T	P
Методи широкої ексцизії	К1-К2	2,47	0,017	0,68	0,501	0,53	0,595
	К2-К3	1,69	0,096	0,30	0,765	0,77	0,442
	К1-К3	0,76	0,450	0,86	0,394	0,23	0,821
Малотравматичні методи	Д1-Д2	12,00	< 0,001	0,98	0,329	1,49	0,141
Методи широкої ексцизії та малотравматичні методи	К1-Д1	7,26	< 0,001	2,31	0,025	4,09	< 0,001
	К2-Д1	5,22	< 0,001	3,16	0,002	3,37	0,001
	К3-Д1	6,53	< 0,001	2,94	0,005	4,53	< 0,001
	К1-Д2	12,54	< 0,001	1,49	0,140	5,31	< 0,001
	К2-Д2	11,76	< 0,001	2,35	0,021	4,54	< 0,001
	К3-Д2	12,02	< 0,001	2,23	0,028	6,07	< 0,001

ушивалася вертикальними адаптуючими багатостібковими швами. До групи К3 включено 29 (16,7 %) хворих, яким проводили широку ексцизію ПК з ушиванням операційної рани горизонтальними П-подібними швами («турнікетні» шви). Групу Д1 становили 34 (19,5 %) пацієнти з ГПА, яким хірургічне втручання проводили за методикою Vascom I (економне висічення лише первинних норицевих ходів з виконанням бокового дрекуючого розрізу [7]). До групи Д2 включено 54 (31,0 %) хворих, яким радикальне хірургічне втручання проводили за розробленою нами методикою ультразвукового кюретажу ПК (Патент України № 67078. Спосіб ультразвукового кюретажу гострого абсцесу епітеліального куприкового ходу). Досліджувані пацієнти проходили лікування на базі Центрального госпіталю військово-медичного управління Служби безпеки України та хірургічних відділень Головного військово-медичного клінічного центру Міністерства оборони України.

Серед хворих груп спостереження було 156 (89,6 %) чоловіків та 18 (6,8 %) жінок. Серед пацієнтів груп спостереження 15 (8,6 %) хворих були віком до 20 років, 105 (60,3 %) — від 20 до 30 років та 54 (31,0 %) хворі були віком 31 рік та старше. Досліджувані групи вірогідно не відрізнялися за статеву ($\chi^2 = 5,30$; $P = 0,26$) та вікову ($\chi^2 = 4,86$; $P = 0,78$) структурою хворих на гостру ПХ.

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

Результати та обговорення

Результати хірургічного лікування хворих на пілоїдальну хворобу оцінювали за такими критеріями: тривалість стаціонарного та амбулаторного лікування; загальна тривалість непрацездатності; частота на-

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

Найбільша тривалість стаціонарного лікування (від $10,70 \pm 0,91$ дня до $14,30 \pm 1,14$ дня) зареєстрована у хворих, яким проводили широку ексцизію елементів ПК із різними способами ушивання післяопераційної рани (табл. 1). Найменша тривалість стаціонарного етапу лікування виявилася у пацієнтів груп Д1 ($5,40 \pm 0,45$ дня). Тоді як пацієнти групи Д2, яким проводився ультразвуковий кюретаж (УЗ-кюретаж) ПК лікувалися лише амбулаторно. Середня тривалість стаціонарного лікування у пацієнтів, яким як радикальний етап лікування виконували малотравматичні втручання (дослідні групи хворих) виявилася вірогідно меншою ($P < 0,001$) порівняно зі строками госпіталізації хворих, яким в екстремому порядку виконувалася широка ексцизія ПК (контрольні групи хворих).

Середня тривалість амбулаторного лікування хворих на гостру ПХ, в яких як радикальний етап в екстремому порядку проводили широку ексцизію ПК, вірогідно не відрізнялася ($T < 0,86$, $P > 0,39$). Також не виявлено суттєвої різниці ($T = 0,98$, $P = 0,33$) між строками амбулаторного лікування хворих, що лікувалися з використанням малотравматичних методик (групи Д1, Д2). При попарному зіставленні строків амбулаторного лікування у хворих, які лікувалися з використанням методик широкої ексцизії ПК та з використанням малотравматичних технологій, виявлена вірогідна відмінність середніх строків амбулаторного долікування, крім випадку зіставлення методики широкої ексцизії ПК з марсупіалізацією операційної рани (група К1) та методики УЗ-кюретажу ПК ($T = 1,49$, $P = 0,14$).

Таблиця 2. Частота ускладнень після радикального хірургічного лікування у хворих на ГПА груп спостереження (N = 174)

Групи спостереження	Післяопераційні ускладнення									
	Нагноєння рани		Первинне розходження країв рани		Вторинне розходження країв рани		Гематома післяопераційної рани		Післяопераційний рецидив	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Група К1 (N = 26)	11	42,3	7	26,9	9	34,6	4	15,4	6	23,1
Група К2 (N = 31)	10	32,3	5	16,1	10	32,3	5	16,1	5	16,1
Група К3 (N = 29)	10	34,5	4	13,8	4	13,8	4	13,8	5	17,2
Група Д1 (N = 34)	9	26,5	3	8,8	1	2,9	0	0,0	2	5,9
Група Д2 (N = 54)	16	29,6	0	0,0	0	0,0	1	1,9	1	1,9
Всього	56	32,2	19	10,9	24	13,8	14	8,0	19	10,9
χ^2	1,96		14,73		30,38		11,70		11,46	
P	0,743		0,005		< 0,001		0,020		0,022	

При порівнянні загальних строків тимчасової втрати працездатності на випадок лікування гострої ПХ виявлено, що у пацієнтів груп К1, К2, К3 були найбільші строки втрати працездатності (від $33,8 \pm 2,95$ до $36,9 \pm 2,71$ дня), які суттєво не відрізнялися між собою ($T < 0,77$, $P > 0,44$). У пацієнтів, які лікувалися з допомогою малотравматичних методик, середні строки втрати працездатності на випадок захворювання також суттєво не відрізнялися ($T = 0,23$; $P = 0,82$). Середній показник загальної непрацездатності у пацієнтів, які лікувалися з використанням малотравматичних методик, виявився вірогідно меншим ($P = 0,001$) порівняно зі строками тимчасової непрацездатності у пацієнтів, яким оперативне лікування проводили за методикою широкої ексцизії елементів ПК.

Серед прооперованих хворих на ГПА зареєстровано 56 (32,2 %) випадків нагноєння післяопераційної рани (табл. 2). Частота нагноєння післяопераційної рани в групах спостереження коливалася в межах від 26,5 до 42,3 %. Вірогідної різниці між частотою зазначеного ускладнення в групах хворих не виявлено ($\chi^2 = 1,96$; $P = 0,74$).

У післяопераційному періоді у хворих груп спостереження виявлено 19 (10,9 %) випадків первинного розходження країв післяопераційної рани внаслідок прорізання швів. При статистичному аналізі частоти зазначеного ускладнення в групах хворих виявлена вірогідна різниця ($\chi^2 = 14,72$; $P = 0,005$). Так, у пацієнтів групи Д1, яким проводили УЗ-кюретаж ПК випадків первинного розходження післяопераційної рани не було, оскільки запропонована методика не передбачає накладання швів на післяопераційну рану, а серед пацієнтів, яким проводили операцію Vascom I, було 3 (8,8 %) випадків зазначеного ускладнення. Також вірогідно відрізнялася частота вторинного розходження країв післяопераційної рани (після зняття швів з рани) в групах спостереження ($\chi^2 = 30,4$; $P < 0,001$). Так, серед пацієнтів групи Д1, які лікувалися за методикою Vascom I, зазначене ускладнення виникло лише в 1 (2,9 %) пацієнта. Найбільше випадків вторинного розходження країв післяопераційної рани було в пацієнтів, яким проводили широку ексцизію ПК з марсупіалізацією країв рани (34,6 %) або ушивання її вертикальними багатостібковими швами (32,3 %).

Серед прооперованих хворих у 14 (8,0 %) пацієнтів у післяопераційному періоді було діагностовано гематому післяопераційної рани, яка потребувала пункційної або відкритої її евакуації. Найбільше випадків зазначеного ускладнення було у пацієнтів, яким проводили широку ексцизію ПК (від 13,8 % до 16,1 %). Тоді як найменша частота гематоми післяопераційної рани спостерігалася у хворих, яким виконували малотравматичні втручання (до 1,9 %). Різниця між частотою зазначеного ускладнення в групах спостереження виявилася вірогідною ($\chi^2 = 11,7$; $P = 0,02$).

У строки спостереження від 1 до 3 років у досліджуваних пацієнтів виявлено 19 (10,9 %) післяопераційних рецидивів ПК. Найбільша частота рецидиву ПК була у пацієнтів контрольних груп (від 16,1 до 23,1 %), най-

менша — у хворих дослідних груп (1,9–5,9 %), яким проводили малотравматичні оперативні втручання. Частота післяопераційних рецидивів у групах спостереження мала суттєві відмінності: $\chi^2 = 11,5$; $P = 0,02$.

Таким чином, при порівняльному статистичному аналізі різних методик радикальної операції при одноетапному хірургічному лікуванні хворих на гостру ПХ виявлено, що найменше незапальних ускладнень з боку післяопераційної рани ($P = 0,02$) виникло у пацієнтів, яким проводилося малотравматичне хірургічне втручання: операція Vascom I та УЗ-кюретаж ПК. Частота випадків нагноєння післяопераційної рани суттєво не залежала ($P > 0,05$) від вибору методики радикального оперативного втручання. Вірогідно менше післяопераційних рецидивів захворювання ($P < 0,02$) виявлено у хворих, яким як екстремне радикальне оперативне втручання проводили операцію Vascom I та УЗ-кюретаж ПК.

Висновки

1. Використання малотравматичних методик при екстремному радикальному хірургічному лікуванні хворих на гострий пілонідальний абсцес дозволяє суттєво ($P = 0,003$) скоротити строки загальної непрацездатності за рахунок скорочення тривалості як стаціонарного, так і амбулаторного етапів лікування.

2. Застосування ультразвукового кюретажу пілонідальної кістки та операції Vascom I дозволяє суттєво ($P < 0,02$) зменшити частоту післяопераційних незапальних ускладнень (первинне та вторинне розходження країв післяопераційної рани, гематома після операційної рани) та рецидивів захворювання.

Список літератури

1. Даценко А.Б., Гали Мохаммад Або. Сравнительная оценка двухэтапного хирургического лечения острого нагноения эпителиального копчикового хода // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 2. — С. 23-24.
2. Лурия И.А., Цема Е.В. Этиология и патогенез пионидальной болезни // Колопроктология. — 2013. — № 3. — С. 35-50.
3. Цема Е.В. Эволюция уявлень про етіопатогенез пілонідальної хвороби // Хірургія України. — 2013. — № 2. — С. 9-22.
4. Dudink R., Veldkamp J., Nienhuijs S., Heemskerk J. Secondary healing versus midline closure and modified bascom natal cleft lift for pilonidal sinus disease // Scand. J. Surg. — 2011. — № 2. — P. 110-113.
5. Gendy A.S., Glick R.D., Hong A.R. A comparison of the cleft lift procedure vs wide excision and packing for the treatment of pilonidal disease in adolescents // J. Pediatr. Surg. — 2011. — № 6. — P. 1256-1259.
6. Sunkara A., Wagh D., Harode S. Intermammary pilonidal sinus // Int. J. Trichology. — 2010. — № 2. — P. 116-118.
7. Thompson M.R. Pilonidal Sinus Disease. Anorectal and Colonic Diseases. A Practical Guide to Their Management / M.R. Thompson, A. Senapati, R.B. Kitchen / Jean-Claude R. Givel, Neil Mortensen, Bruno Roche. — 3rd ed. — Springer, 2010. — P. 373-386.

Отримано 10.10.13 □

Цема Е.В., Кулик А.Н.

Центральный госпиталь военно-медицинского управления Службы безопасности Украины, г. Киев, Украина

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРЕННОГО РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ АБСЦЕССОМ

Резюме. Цель исследования — сравнить результаты экстренного радикального хирургического лечения пациентов с пилонидальной кистой, осложненной острым абсцессом, с использованием традиционных и малотравматических методик.

Материал и методы. В статье представлены результаты хирургического лечения 174 пациентов с острым пилонидальным абсцессом, которым проводили экстренное радикальное оперативное вмешательство. 26 (14,9 %) пациентам выполняли широкую экцизию пилонидальной кисты с марсупиализацией операционной раны. У 31 (17,8 %) больного проводилась широкая экцизия пилонидальной кисты с восстановлением раны вертикальными адаптирующими многостежковыми швами. 29 (16,7 %) больным проводили широкую экцизию с закрытием раны горизонтальными П-образными швами («турникетные» швы). У 34 (19,5 %) пациентов хирургическое вмешательство проводили по методике Vascom I. 54 (31,0 %) больным лечение проводили по предложенной методике ультразвукового кюретажа пилонидальной кисты. Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от 1 до 3 лет.

Результаты и обсуждение. У прооперированных больных возникло 56 (32,2 %) случаев нагноения послеоперационной раны, 19 (10,9 %) случаев первичного и 24 (13,8 %) случая вторичного расхождения краев послеоперационной раны, 14 (8,0 %) случаев гематомы послеоперационной раны и 19 (10,9 %) рецидивов пилонидальной кисты. Достоверно меньше ($P = 0,02$) послеоперационных рецидивов заболевания и невоспалительных осложнений лечения выявлено у больных, которым в экстренном порядке выполняли операцию Vascom I или ультразвуковой кюретаж пилонидальной кисты.

Выводы. Использование малотравматических методик лечения (операция Vascom I, ультразвуковой кюретаж пилонидальной кисты) позволяет существенно уменьшить ($P = 0,02$) частоту послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Ключевые слова: острый пилонидальный абсцесс, пилонидальная болезнь, радикальное хирургическое лечение, операция Vascom I, ультразвуковой кюретаж.

Tsema Ye. V., Kulyk A. M.

Central Hospital of Military Medical Directorate of the Security Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine

OUTCOMES OF EMERGENCY RADICAL SURGERY OF PILONIDAL CYST COMPLICATED WITH ACUTE ABSCESS

Summary. The objective of the study — to compare the outcomes of emergency radical surgical treatment of patients with pilonidal cyst complicated by an acute abscess, using traditional techniques and less traumatic techniques

Material and methods. The article deals with outcomes of surgical treatment of 174 patients with acute pilonidal abscess, who underwent emergency radical surgery. 26 (14.9 %) patients underwent a wide excision of the pilonidal cyst with marsupialization of the operative wound. 31 (17.8 %) patients underwent a wide excision of the pilonidal cyst with restoration of wounds by vertical adapting multistich sutures. 29 (16.7 %) patients underwent wide excision with wound closure by horizontal U-shaped sutures («tourniquet» suture). In 34 (19.5 %) patients, surgical intervention is carried out according to the procedure Vascom I. In 54 (31.0 %) patients the treatment was carried out by the proposed method of ultrasonic curettage of pilonidal cyst. Long-term results of treatment were followed in period of 1 to 3 years.

Results and discussion. In operated patients we detected 56 (32.2 %) cases of postoperative wound suppuration, 19 (10.9 %) cases of primary and 24 (13.8 %) cases of secondary dehiscence of postoperative wound, 14 (8.0 %) cases of postoperative hematomas of postoperative wound and 19 (10.9 %) relapses of pilonidal cyst. Significantly lower ($P = 0.02$) postoperative recurrence of the disease and non-inflammatory complications of treatment was found in patients who were operated urgently using surgery Vascom I or ultrasound curettage of pilonidal cyst.

Conclusions. Using less traumatic methods of treatment (surgery Vascom I, ultrasonic curettage of pilonidal cysts) can significantly reduce ($P = 0.02$) the incidence of postoperative complications and recurrence of the disease.

Key words: acute pilonidal abscess, pilonidal disease, radical surgery, operation Vascom I, ultrasonic curettage.