

РЕЗУЛЬТАТИ МАЛОТРАВМАТИЧНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПІЛОНІДАЛЬНУ ХВОРОБУ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДИКИ *BASCOM II* — «*CLEFT-LIFT*»

Лурін І.А., Цема Є.В., Якімов Д.Ю., Макаров Г.Г., Грушевський О.Я., Кисельов Ю.О., Опарін О.С.

Центральний госпіталь військово-медичного управління Служби безпеки України, Київ

The Results of Minitraumatic Surgical Treatment of Patients with Chronic Pilonidal Sinus Disease with Using Bascom's Procedure — *Cleft Lift* Procedure

I.A. Lurin, Ie.V. Tsema, D.Yu. Yakimov, H.H. Makaroff, O.Ya. Hrushevskui, Yu.O. Kiselev, O.S.Oparin

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

Received: October 2, 2013
Accepted: November 24, 2013

Адреса для кореспонденції:

Військово-медичного управління Служби безпеки України
вул. Липська, 11, Київ, 01021, Україна
тел.: +38-044-281-50-73
e-mail: hemorrhoid@ukr.net

Summary

The results of radical surgical treatment of 37 patients with chronic pilonidal disease with secondary fistulas are presented in the article. Patients with pilonidal disease were treated by Bascom's procedure (cleft lift procedure). Patients with pilonidal sinus were operated inpatient treatment with average duration of hospitalization 3.2 ± 0.28 days. Duration of out-patient treatment was 11.7 ± 1.05 days. There was 1 (2.7%) case of wound abscess in the postoperative period. There were 3 (8.1%) cases of wound dehiscence (1 or 2.7% patients has primary wound dehiscence and 2 or 5.4% patients have secondary wound dehiscence) in patients with chronic pilonidal disease, who were treated with cleft lift procedure. In 3 (8.1%) patients 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. Bascom's procedure (cleft lift procedure) is the minitraumatic radical surgical operation in patients with chronic pilonidal disease with secondary fistulas, which allows eliminates main causes of origin pilonidal disease and grounded on acquired conception of aetiology and pathogenesis this disease.

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

Вступ

Методики радикального хірургічного лікування пілонідальних кіст 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 [1, 2]. Так, в країнах СНД традиційно вкоренилися уявлення, що пілонідальна кіста або епітеліальний куприковий хід є вродженим захворюванням (порушенням розвитку каудального кінця ембріону), яке потребує проведення широкого висічення усіх елементів пілонідальної кісти в межах здорових тканин. Тоді як, закордонні хірурги притримуються теорії набутого походження пілонідальної хвороби (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 Karydakis (асиметричне висічення пілонідальної кісти), яка була найбільш популярна серед закордонних хірургів у кінці ХХ століття [4-6]. Назва методики операції «*cleft lift*» походить від англomовних термінів «*cleft*» — міжсіднична складка (розщилина) та «*lift*» — підйом, оскільки суть цієї операції полягає у вирівнюванні міжсідничної складки за рахунок місцевопластичного перерозподілу м'яких тканин¹. 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 пілонідальних кіст. Зважаючи на це, хотіли б поділитися власним досвідом та результатами хірургічного лікування пацієнтів з пілонідальною хворобою крижово-куприкової ділянки, ускладненою формуванням вторинних норицевих ходів з використанням операції *Vascom II*.

Мета дослідження — оцінити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування хворих на норицеву форму пілонідальної хвороби крижово-куприкової ділянки з використанням операції *Vascom II* («*cleft-lift*»).

Матеріали та методи

Прослідковано результати хірургічного лікування 37 хворих на норицеву форму пілонідальної хвороби з використанням операції *Vascom II* («*cleft-lift*»). Досліджувані пацієнти проходили лікування на базі Центрального госпіталю військово-медичного управління Служби безпеки України. Серед хворих на пілонідальні кісти переважали пацієнти чоловічої статі (31, 83,8% чоловіків). За віковою структурою досліджувані хворі розподілилися наступним чином: 4 (10,8%) хворих були молодшими за 20 років, 17 (45,9%) пацієнтів були у віці від 20 до 30 років та 16 (43,8%) пацієнтів були у віці 31 рік і старше.

Крім загальноклінічного та лабораторного передопераційного обстеження хворим на пілонідальні кісти в обов'язковому порядку проводили проктологічний

огляд з ретельним дослідженням крижово-куприкової ділянки та зондуванням норицевих ходів гудзиковим зондом. За показами проводилася проба з барвником та фістулографія. Обов'язковою умовою діагностики пілонідальної хвороби 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 дренажу гострого пілонідального абсцесу збоку від міжсідничної складки.

Всі досліджувані хворі проходили хірургічне лікування в стаціонарних умовах. За відсутності протипоказів оперативне втручання проводилося під спинномозковою анестезією (35 хворих). У пацієнтів з протипоказаннями до провідникової анестезії проводили загальне знеболення (ендотрахеальних наркоз). Усі хворі на норицеву форму пілонідальної хвороби госпіталізувалися за день до оперативного втручання для проведення планового передопераційного обстеження.

Суть методики операції «*cleft-lift*» роз'яснена графічно на рис. 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-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 пілонідальної хвороби в каудальному напрямку ми використовували дві існуючі модифікації методики «*cleft-lift*». Методика оперативного втручання за першою модифікацією пояснена на рис. 2. Перед проведенням хірургічного лікування проводиться маркування (розмітка) плану місцевопластичного оперативного втручання. Для цього, у пацієнта відмічають лінію природного зіставлення сідниць в положенні стоячи. Ця лінія є основним орієнтиром під час мобілізації шкірно-підшкірних клаптів, в результаті чого досягається відсутність натягу ушитих тканин та відсутність больового синдрому 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 до лінії природного доторкання сідниць.

¹ 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 кісти з боковим дренажним розрізом.

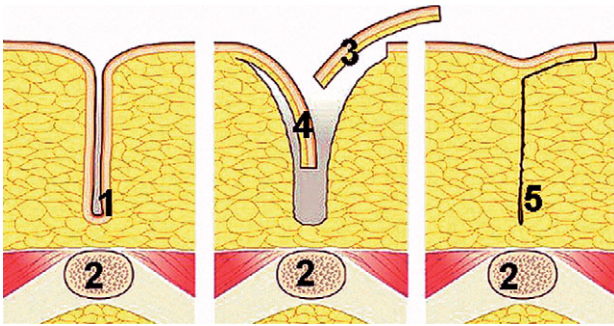


Рис. 1

Схема операції *Bascom 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.

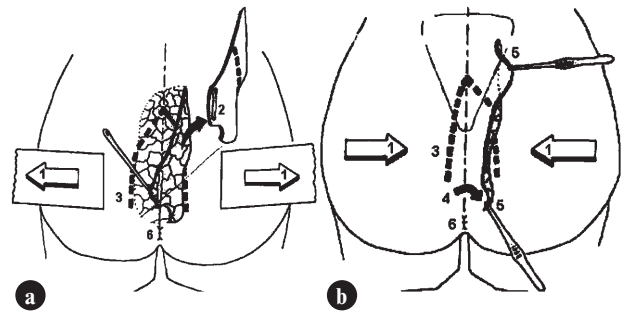


Рис. 2

Схема першої модифікації операції *Bascom II* [4].

- А — схема висічення ділянки шкіри над пілонідаальною кістою.
- В — схема зміщення мобілізованого шкірно-підшкірного клаптя.

- 1 — напрямок тракції м'яких тканин сідниць;
- 2 — видалена ділянка шкіри з первинними норицевими отворами над пілонідаальною кістою;
- 3 — лінія природного зіставлення сідниць (пунктирна лінія);
- 4 — напрямок зміщення («ротації») перианального клаптя шкіри;
- 5 — шкірно-підшкірний клапоть, що зміщується (тракція пінцетом);
- 6 — задній прохід.

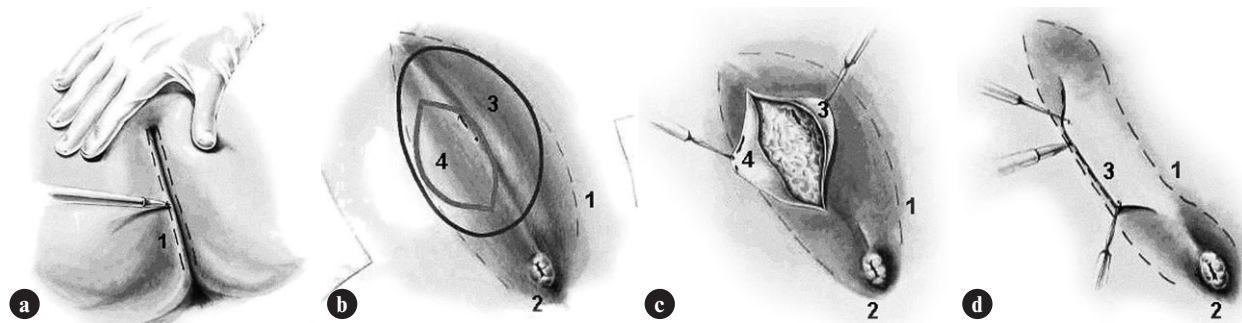


Рис. 3

Схема другої модифікації операції *Bascom 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 пілонідаальною кістою.
 - С — відмобілізовані розмічені шкірно-підшкірні клапті.
 - Д — 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).

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-купrikової ділянці та передбачає виконання асиметричного еліптичного висічення шкіри над елементами пілонідальної кісти.

Операція *Bascom II* виконується (за відсутності протипоказів) під спинномозковою анестезією.

Першим етапом проводиться обколювання крижово-купrikової 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 адренорміметіку 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

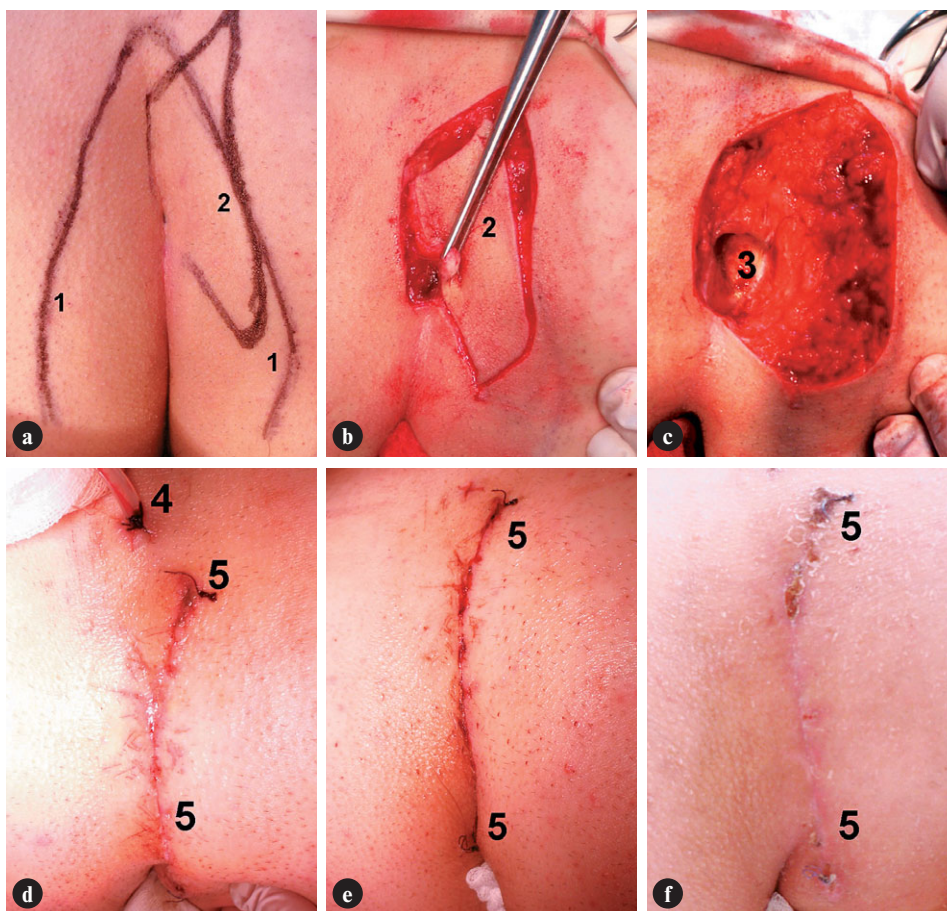


Рис. 4

Хворий М., 16 років. Діагноз: пілонідальна хвороба крижово-куприкової ділянки, норицева форма. Операція *Bascom II* в першій модифікації з ушиванням шкірної рани неперервним інтрадермальним швом.

A — розмітка місцевопластичної операції.

B — розріз шкіри над пілонідальною кістою.

C — шкіра над пілонідальною кістою висічена, пілонідальна кіста 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 пілонідальною кістою, яка висікається;
3 — фіброзна капсула пілонідальної кісти;
4 — дренаж в післяопераційній рані між глибоким та поверхневим рядом швів;
5 — інтрадермальний неперервний шов за Холстедом.

нагноєння післяопераційної рани та загоювання шкірної рани первинним натягом. Так, за рахунок інфільтрації крижово-куприкової ділянки розчином адреналіну в більшій половині виконаних оперативних втручань нам вдалося досягати достатнього інтраопераційного гемостазу взагалі без використання електрокоагуляції.

Наступним етапом виконується розріз шкіри (рис. 4b) в межах заздалегідь промаркованого клаптя, що видаляється (рис. 4a). Окреслену ділянку шкіри за допомогою скальпеля та ножиців видаляють з максимальним збереженням нижче розташованих прошарків підшкірної жирової клітковини. Після видалення зазначеної ділянки шкіри в жировій клітковині крижово-куприкової ділянки відкриваються порожнинні елементи пілонідальної кісти (рис. 4c). Вміст кісти (волосся, грануляційна тканина, рано-

вий детрит, ексудат) видаляють марлевими серветками до чіткої візуалізації сполучнотканинної капсули кісти та оточуючої рубцевої тканини (останні не видаляються). Зазначені фіброзні елементи пілонідальної кісти 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 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 тов-

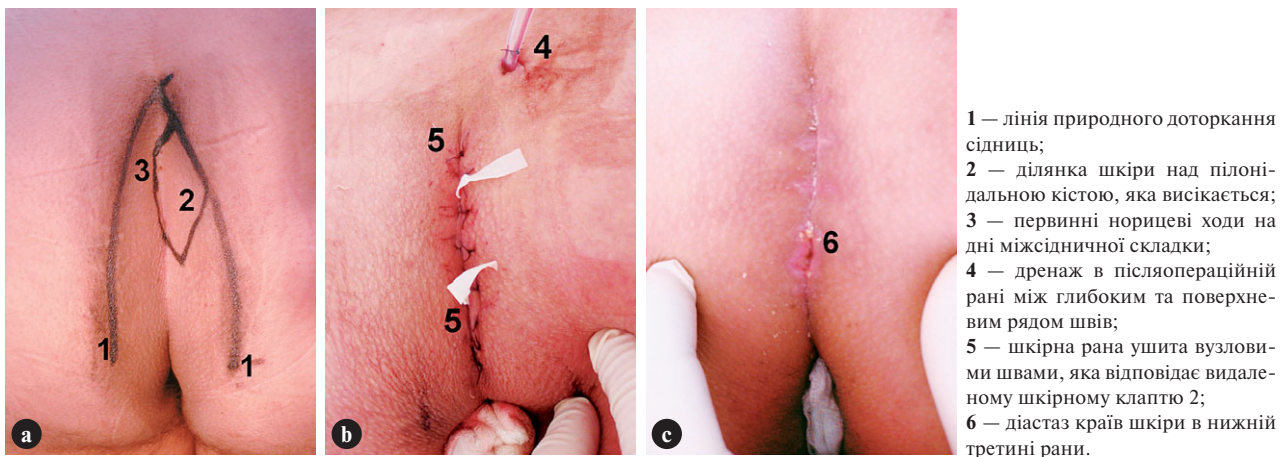


Рис. 5

Хворий Я., 44 роки. Діагноз: пілонідальна хвороба крижово-куприкової ділянки, норицева форма. Операція *Bascom II* в другій модифікації з ушиванням шкірної рани вузловими швами за Донатті.

A — розмітка місцевопластичної операції.

B — вигляд рани після операції.

C — рана на 20-й день після хірургічного лікування.

щину клаптя, що формується для запобігання його надмірного витончення з наступним розвитком ішемії та некрозу тканин зміщеного шкірно-підшкірного клаптя.

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 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. 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 метою компресії ранової порожнини та кращої аспірації ранового вмісту через дренажну трубку. Дренаж з післяопераційної рани видаляють на 2-3 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 *Bascom II* потребують одно-двократного знеболення ненаркотичними анальгетиками (кетанов, анальгін) в день операції, наркотичні препарати не призначаються. Прооперовані хворі виписуються зі стаціонару на 2-3 день після операції для продовження амбулаторного долікування.

Результати та обговорення

У 28 (75,7%) пацієнтів на норицеву форму пілонідальної хвороби проводилося оперативне втручання за методикою *Bascom II* в першій модифікації (рис. 2; рис. 4), оскільки один з первинних або вторинних елементів пілонідальної кістки розташовувалися в нижній третині міжсідничної складки. Решті пацієнтів, в яких усі елементи пілонідальної кістки розташовувалися в межах середньої та верхньої третин міжсідничної складки, проводили хірургічне втручання за другою модифікацією операції *Bascom II* (рис. 3; рис. 5).

В залежності від анамнезу захворювання досліджувані хворі були розподілені наступним чином: 5 (13,5%) пацієнтів вважали себе хворими менше одного року, 11 (29,7%) хворих — від 1 до 3 років, 16 (43,2%) пацієнтів — від 4 до 6 років і 5 (13,5%) хворих страждали на пілонідальну хворобу 7 та більше років. У 17 (45,9%) хворих на дні міжсідничної складки було виявлено лише один первинний норицевий хід, у 18 (48,6%) пацієнтів — від 2 до 3 таких ходів, а у 2 (5,4%) хворих діагностовано 4 та 6 пер-

винних норицевих ходів. Поширеність пілонідальної хвороби в крижово-куприкової ділянки визначали шляхом вимірювання відстані між найбільш віддаленим первинним та вторинним норицевими ходами. Так, у 12 (32,4%) хворих відстань між первинними та вторинними елементами пілонідальної кістки була меншою за 2 см, у 20 (54,1%) пацієнтів — від 2 до 4 см та у 5 (13,5%) хворих зазначена відстань була більшою за 4 см.

Результати хірургічного лікування хворих на хронічну пілонідальну хворобу оцінювали за наступними критеріями:

1. тривалість стаціонарного та амбулаторного лікування;
2. загальна тривалість непрацездатності;
3. частота нагноєння післяопераційної рани;
4. частота незапальних ускладнень з боку післяопераційної рани (первинне та вторинне розходження країв післяопераційної рани, гематома післяопераційної рани);
5. частота післяопераційних рецидивів захворювання.

Середня тривалість стаціонарного етапу лікування у досліджуваних пацієнтів склала $3,2 \pm 0,28$ днів. В більшості випадків хворі виписувалися зі стаціонару на другий або третій день після хірургічного лікування (на наступний день після видалення дренажу з післяопераційної рани). В післяопераційному періоді виконували щоденні перев'язки, за потреби проводили знеболення ненаркотичними анальгетиками (як правило, було достатньо 1-2 введень ненаркотичного анальгетика). В жодного хворого не було потреби у знеболенні наркотичними анальгетиками. Антибактеріальну терапію після операції призначали лише 4 (10,8%) хворим 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 досліджуваних пацієнтів у середньому склала $11,7 \pm 1,05$ днів. Більшість хворих самостійно виконували перев'язки вдома, які полягали у обробленні спиртом післяопераційної рани та заміні марлевої пов'язки. Два-три рази на тиждень пацієнти приходили на амбулаторний прийом та 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 день після операції, або ж взагалі не видаляли при використанні шовного матеріалу, що самостійно розсмоктується. У випадках, коли шкірна рана уши-

валася вузловими швами за Донатті, останні видаляли на 8-13 день після операції.

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

У післяопераційному періоді у 1 (2,7%) хворого виникло нагноєння післяопераційної рани, яке куповано п'ятиденним курсом антибактеріальної терапії (цефтрікасон, метронідазол) та частковим зняттям швів у верхній третині післяопераційної рани з евакуацією гнійного ексудату. Ми вважаємо принциповим зняття швів та проведення ревізії ранової порожнини лише через верхню третину післяопераційної рани, оскільки в цій ділянці рана завжди швидко загоюється та не створює передумови для формування післяопераційного рецидиву захворювання.

У трьох прооперованих пацієнтів 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). В усіх 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 первинного розходження країв післяопераційної рани у цих пацієнтів 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 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, ми вважаємо за доцільне проводити ушивання шкірної рани виключно неперервним інтрадермальним швом за Холстедом з використанням шовного матеріалу, що розсмоктується.

У 3 (8,1%) прооперованих хворих в ранньому післяопераційному періоді (на 2-4 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 ексуда-

том; при пальпації післяопераційної рани виявляється флуктуація. В усіх випадках гематома післяопераційної рани підтверджена ультрасонографічно. В усіх хворих із зазначеним ускладненням евакуацію гематоми проводили пункційно під ультразвуковим контролем. Для повної евакуації гематоми знадобилися 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 та частішого застосування з гемостатичною метою електрокоагуляції.

Випадків некрозу зміщеного шкірно-підшкірного клаптя, які описуються в літературі, у наших 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 артеріол та місцевої ішемії шкірного клаптя. Тому важливим моментом операції є інфільтрація розчином адреналіну лише глибоких шарів підшкірної жирової клітковини, які не відіграють суттєвої ролі в кровопостачанні мобілізованого шкірно-підшкірного клаптя і, разом з тим, значно зменшує інтраопераційну кровотечу та запобігає виникненню гематоми післяопераційної рани.

В строки спостереження від 1 до 3 років після операційний рецидив пілонідальної кісти виник у 1 (2,7%) хворого. 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.

Висновки

Операція *Bascom II* є малотравматичним радикальним хірургічним втручанням у хворих з норицевою

формою пілонідальної хвороби, яке дозволяє усунути основні причини виникнення пілонідальної кісти виходячи з уявлень про набутий етіопатогенез цього захворювання.

Використання методики *Bascom II* дозволяє провести радикальне хірургічне лікування норицевої форми пілонідальної кісти при середній втраті працездатності на випадок лікування $14,9 \pm 0,62$ днів та тривалості госпітального лікування $3,2 \pm 0,28$ днів.

Малотравматичність методики *Bascom 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 *Bascom II* є інфільтрація (перед виконанням розрізу шкіри) глибоких шарів підшкірної жирової клітковини розчином адреналіну гідрохлориду.

Література

1. Лурич І.А., Цема Е.В. (2013) Етіологія і патогенез пілонідальної хвороби. Колопроктологія. 3: 35-50
2. Цема Е.В. (2013) Еволюція уявлень про етіопатогенез пілонідальної хвороби. Хірургія України. 2: 9-22
3. Bascom J., Bascom T. (2002) Failed pilonidal surgery: new paradigm and new operation leading to cures. Arch. Surg. 137; 10: 1146–1151
4. Bascom J. (1990) Pilonidal sinus. Current therapy in colon and rectal surgery. (Toronto). B.C. Decker, eds. 32-39
5. Bascom J. (2008) Surgical treatment of pilonidal disease. BMJ. 7649; 336: 842-843
6. Bascom J., Bascom T. (2007) Utility of the cleft lift procedure in refractory pilonidal disease. Am. J. Surg. 193; 5: 606-609
7. Bertelsen C.A., Jorgensen L.N. (2008) Bascom's operation for pilonidal fistula. Ugeskr. Laeger. 170; 26: 2313-2317
8. Nordon I.M., Senapati A., Cripps N.P. (2009) A prospective randomized controlled trial of simple Bascom's technique versus Bascom's cleft closure for the treatment of chronic pilonidal disease. Am. J. Surg. 197; 2: 189-192
9. Thompson M.R., Senapati A., Kitchen R.B. (2010) Pilonidal sinus disease. Anorectal and colonic diseases. A practical guide to their management. Editors: Jean-Claude R. Givel, Neil Mortensen, Bruno Roche. 3rd ed. (Springer). 373-386