

© Р.К. Палієнко<sup>1</sup>, Є.В. Цема, 2013

УДК 611.711.8:616.315.3-002.3-089: 615.837.3

Р.К. ПАЛІЄНКО<sup>1</sup>, Є.В. ЦЕМА<sup>2</sup><sup>1</sup> Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, кафедри хірургії та проктології, Київ; <sup>2</sup> Центральний госпіталь військово-медичного управління Служби безпеки України, Київ**ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМАЛЬНОГО СТРОКУ РАДИКАЛЬНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПІЛОНІДАЛЬНОМУ АБСЦЕСІ**

Проаналізовані результати лікування 618 хворих на гострий абсцес пілонідальної кістки, які були розподілені та три групи. В групу I включено 174 (28,2%) пацієнти, яким виконувалася екстрена радикальна операція. До групи II включено 263 (42,6%) хворих, яким лікування проводили в два етапи (екстрена інцизійна санація гострого пілонідального абсцесу з відстроченим радикальним оперативним втручанням). В групу III увійшов 181 (29,3%) пацієнт, яким виконували екстрену інцизійну санацію гострого пілонідального абсцесу з наступним плановим радикальним хірургічним втручанням. Як радикальний етап лікування у 362 (58,6%) пацієнтів виконувалася широка ексцизія усіх елементів пілонідальної кістки з різними способами ушивання післяопераційної рани: марсупіалізація країв рани – 105 (17,0%) хворих, ушивання рани 8-подібними вертикальними швами з проточно-промивним дрениванням ранової порожнини – 120 (19,4%) пацієнтів, ушивання рани горизонтальними П-подібними («турнікетними») швами – 137 (22,2%) хворих. У 177 (18,9%) пацієнтів виконувалася операція Vascom I, а у 139 (22,5%) хворих проводився ультразвуковий кюретаж пілонідальної кістки. У досліджуваних хворих зареєстровано 116 (18,8%) випадків нагноєння післяопераційної рани: 56 (32,2%) випадків у хворих групи I, 36 (13,7%) – групи II та 24 (13,3%) – групи III. В післяопераційному періоді у хворих груп спостереження виникло 55 (8,9%) випадків первинного розходження країв післяопераційної рани: 19 (10,9%) випадків – в групі I, 23 (8,7%) – в групі II та 21 (11,6%) – в групі III. У 82 (13,3%) пацієнтів виявлено вторинне розходження країв післяопераційної рани: у 24 (13,8%) хворих групи I, 35 (13,3%) – групи II та 23 (12,7%) – групи III. В групах спостереження зареєстровано 53 (8,6%) випадки гематоми післяопераційної рани: у 14 (8,0%) хворих групи I, 23 (8,7%) – групи II та 16 (8,8%) – групи III. В строки спостереження від 1 до 3 років виявлено 63 (10,2%) рецидиви захворювання: у 19 (10,9%) пацієнтів групи I, 23 (8,7%) – групи II та 21 (11,6%) – групи III. Виконання відстроченого радикального оперативного втручання дозволяє вірогідно зменшити тривалість загальної непрацездатності за рахунок зменшення строків амбулаторного долікування та достовірно зменшити частоту випадків нагноєння післяопераційної рани ( $P < 0,001$ ).

**Ключові слова:** гострий пілонідальний абсцес, пілонідальна кістка, хірургічне лікування, результати лікування

**Вступ.** У більшості хворих, госпіталізованих із діагнозом пілонідальної кістки (ПК) захворювання маніфестує у вигляді гострого пілонідального абсцесу. У структурі невідкладних проктологічних оперативних втручань операції з приводу цієї форми пілонідальної хвороби посідають друге місце, поступаючись лише гострому парапроктитові [1, 5].

Методи хірургічного лікування гострого абсцесу ПК за об'ємом оперативного втручання традиційно поділяються на радикальні та паліативні операції, а за строками виконання – на екстрені, відстрочені та планові хірургічні втручання [1, 5, 7, 9, 10]. Паліативні операції виконуються в екстреному порядку і передбачають розкриття та дренивання гострого абсцесу ПК. Ці втручання необхідно розглядати як підготовчий етап до радикального оперативного лікування. Радикальні операції передбачають видалення всіх патологічно змінених тканин у крижово-куприковій ділянці: первинні та вторинні норицеві ходи, гнійні порожнини, рубцево змінені тканини, грануляційна тканина, волосся. Залежно від строків виконання радикальні операції можуть проводитися відразу після поступлення до стаціонару – екстрені первинно-радикальні операції; безпосередньо після

санації гострого абсцесу ПК (без виписки зі стаціонару) – відстрочені радикальні операції; при повторній госпіталізації, після повної санації ранової порожнини – планові радикальні операції. У сучасній фаховій літературі існує ціла низка повідомлень щодо переваг та недоліків того чи іншого методу лікування гострого абсцесу ПК. Проте єдиного загальновизнаного підходу щодо лікувальної тактики при цій формі пілонідальної хвороби так і не вироблено [1, 8].

Останнім часом відзначається тенденція до виконання не лише паліативних, але і радикальних операцій в амбулаторних умовах за рахунок впровадження новітніх хірургічних технологій (лазерне опромінення, ультразвук, електрозварювання тощо), що скорочує строки лікування пацієнтів, зменшує травматичність хірургічних маніпуляцій [1, 5, 9]. Зазначений напрямок є перспективним щодо удосконалення лікувальної тактики при гострому абсцесі ПК та потребує подальшого всебічного наукового вивчення.

**Мета дослідження.** Порівняти результати радикального хірургічного лікування хворих на гострий абсцес ПК залежно від строків виконання радикального етапу хірургічного лікування.

**Матеріали та методи.** В основу проведеного дослідження покладений досвід діагностики та лікування 618 хворих на гострий абсцес ПК, які проходили лікування у хірургічних відділеннях військово-медичного управління Служби безпеки України та Головного військово-медичного клінічного центру Міністерства оборони України з 2005 по 2012 роки. В залежності від кількості етапів хірургічного лікування та строків виконання радикального етапу оперативного втручання досліджувані хворі були розподілені на три групи. В групу I увійшло 174 (28,2%) пацієнти, яким проводили одноетапне хірургічне лікування – екстрена радикальна операція. До групи II включено 263 (42,6%) хворих, яким лікування проводили в два етапи: екстрена інцизійна санація гострого пілонідаального абсцесу (розкриття, санація та дренування порожнини гнійника) з радикальним оперативним втручанням у відстроченому порядку. До групи III увійшов 181 (29,3%) пацієнт, яким першим етапом виконували екстрену інцизійну санацію гострого пілонідаального абсцесу, а другим (радикальний етап) – планову радикальну операцію. Як радикальний етап лікування у 362 (58,6%) пацієнтів виконувалася широка ексцизія усіх елементів ПК з різними способами ушивання післяопераційної рани: марсупіалізація країв рани – 105 (17,0%) хворих (підгрупа А); ушивання рани 8-подібними або П-подібними вертикальними швами з проточно-промивним дренуванням

ранової порожнини [2-4] – 120 (19,4%) пацієнтів (підгрупа Б); ушивання рани горизонтальними П-подібними («турнікетними») швами на поліхлорвінілових трубах – 137 (22,2%) хворих (підгрупа В). У 177 (18,9%) пацієнтів (підгрупа Г) як радикальний етап оперативного лікування виконувалася операція Vascom I (висічення та ушивання первинного норицевого ходу з боковим дренуючим розрізом) [7, 10], а 139 (22,5%) хворим (підгрупа Д) виконувався ультразвуковий кюретаж ПК з використанням низькочастотного ультразвуку (25 кГц) за запропонованою методикою [6].

Серед досліджуваних хворих було 570 (92,2%) чоловіків та 48 (7,8%) жінок. Переважна більшість пацієнтів груп спостереження була віком від 20 до 30 років (376, або 60,8%). Тоді як, 52 (8,4%) хворих були віком до 20 років, а 190 (30,7%) – старше 30 років. Досліджувані групи та підгрупи хворих були співставні за віком та статтю. Статистичний аналіз отриманих результатів лікування проводили з використанням критерію відповідності  $\chi^2$  (критерій Пірсона).

**Результати досліджень та їх обговорення.** З метою визначення, яким чином впливає вибір строків виконання радикального оперативного втручання на тривалість стаціонарного та амбулаторного лікування, ми провели порівняльний статистичний аналіз середніх строків лікування між підгрупами хворих груп спостереження (табл. 1-3).

Таблиця 1

Порівняльний аналіз тривалості стаціонарного лікування хворих на гострий пілонідальний абсцес у групах спостереження (N = 618)

Підгрупи	Тривалість стаціонарного лікування в групах хворих (дні)					
	Група I (N = 174)		Група II (N = 263)		Група III (N = 181)	
	М	М	М	m	М	m
А (N = 105)	14,3	1,14	14,0	1,24	13,6	1,17
Б (N = 120)	10,7	0,91	13,1	1,19	11,2	1,01
В (N = 137)	13,1	1,09	11,5	1,07	12,1	0,94
Г (N = 117)	5,4	0,45	5,1	0,49	6,5	0,53
Д (N = 139)	0	0	3,9	0,3	3,5	0,3
Вірогідність різниці середніх строків стаціонарного лікування						
Підгрупи	груп I та II		груп II та III		груп I та III	
	T	P	T	P	T	P
А (N = 105)	0,18	0,859	0,23	0,815	0,43	0,670
Б (N = 120)	1,60	0,113	1,22	0,227	0,37	0,714
В (N = 137)	1,05	0,298	0,42	0,674	0,69	0,490
Г (N = 117)	0,45	0,653	1,94	0,056	1,58	0,119
Д (N = 139)	13,00	<0,001	0,94	0,349	11,67	<0,001

При порівнянні середніх строків стаціонарного лікування в групах спостереження виявлено, що середня тривалість госпіталізації досліджуваних хворих (загальна та в межах кожної з підгруп) суттєво не відрізнялася ( $P > 0,05$ ). Виняток становить підгрупа Д групи I, в якій

усі пацієнти лікувалися за методикою ультразвукового кюретажу ПК виключно амбулаторно. Таким чином, строки стаціонарного лікування хворих у групах спостереження не залежали від вибору строків виконання радикального хірургічного втручання.

Таблиця 2

Порівняльний аналіз тривалості амбулаторного лікування хворих на гострий пілонідальний абсцес у групах спостереження (N = 618)

Підгрупи	Тривалість амбулаторного лікування в групах хворих (дні)					
	Група I (N = 174)		Група II (N = 263)		Група III (N = 181)	
	М	М	М	m	М	m
A (N = 105)	21,7	1,55	14,75	1,05	25,6	2,45
Б (N = 120)	23,1	1,37	12,1	1,09	22,5	2,24
В (N = 137)	23,8	1,89	11,4	0,8	22,6	2,02
Г (N = 117)	16,8	1,45	10,6	0,94	19,6	1,83
Д (N = 139)	18,7	1,28	9,7	0,68	17,3	1,6
Вірогідність різниці середніх строків амбулаторного лікування						
Підгрупи	груп I та II		груп II та III		груп I та III	
	T	P	T	P	T	P
A (N = 105)	3,71	<0,001	4,07	<0,001	1,35	0,184
Б (N = 120)	6,28	<0,001	4,17	<0,001	0,23	0,820
В (N = 137)	6,04	<0,001	5,15	<0,001	0,43	0,666
Г (N = 117)	3,59	0,001	4,37	<0,001	1,20	0,235
Д (N = 139)	6,21	<0,001	4,37	<0,001	0,68	0,496

Тривалість амбулаторного лікування була вірогідно меншою ( $P = 0,001$ ) в усіх підгрупах групи II, порівняно із групами I та III. Тоді як, суттєвої різниці між строками амбулаторного лікування з використанням одноетапного екстреного оперативного втручання (група I) та двоетапного лікування в плановому порядку (група III) не виявлено

( $P > 0,05$ ). Таким чином, проведення двоетапного оперативного втручання з виконанням радикального етапу у відстроченому порядку дозволяє вірогідно скоротити тривалість амбулаторного лікування, порівняно з іншими строками проведення радикального хірургічного втручання (не залежно від методики радикальної операції).

Таблиця 3

Порівняльний аналіз загальної тривалості непрацездатності хворих на гострий пілонідальний абсцес у групах спостереження (N = 618)

Підгрупи	Тривалість загальної непрацездатності в групах хворих (дні)					
	Група I (N = 174)		Група II (N = 263)		Група III (N = 181)	
	М	М	М	m	М	m
A (N = 105)	36	2,87	28,75	2,08	39,2	3,54
Б (N = 120)	33,8	2,95	25,2	2,19	33,7	3,34
В (N = 137)	36,9	2,71	22,9	1,83	34,7	3,22
Г (N = 117)	22,2	1,78	15,7	1,45	26,1	2,43
Д (N = 139)	18,7	1,28	13,6	1,07	20,8	1,87
Вірогідність різниці середніх показників втрати працездатності						
Підгрупи	груп I та II		груп II та III		груп I та III	
	T	P	T	P	T	P
A (N = 105)	2,05	0,045	2,55	0,013	0,70	0,485
Б (N = 120)	2,34	0,022	2,13	0,036	0,02	0,982
В (N = 137)	4,28	<0,001	3,19	0,002	0,52	0,603
Г (N = 117)	2,83	0,006	3,68	<0,001	1,29	0,200
Д (N = 139)	3,06	0,003	3,34	0,001	0,93	0,357

Аналізуючи результати співставлення середніх строків загальної втрати працездатності на випадок лікування (табл. 3) в залежності від вибору строків виконання радикального оперативного втручання виявлено, що найменша тривалість непрацездатності була у пацієнтів групи II, що вірогідно відрізняється ( $P < 0,05$ ) від відповідних по-

казників у хворих груп I та III. Тоді як, суттєвої різниці між середніми строками непрацездатності груп I та III не виявлено ( $P > 0,05$ ). Таким чином, загальна тимчасова втрата працездатності була найменша у пацієнтів, яким виконували двоетапне хірургічне втручання з виконанням радикального етапу у відстроченому порядку.

Отже, найбільш обґрунтованим підходом до вибору строків виконання радикального оперативного втручання у хворих на гострий пілонідальний абсцес із позицій зменшення строків загальної непрацездатності є виконання екстреної хірургічної санації гострого абсцесу ПК з наступним радикальним оперативним втручанням у відстроченому порядку. Такий

підхід дозволяє максимально зменшити період загальної тимчасової втрати працездатності за рахунок зменшення тривалості амбулаторного лікування.

В таблиці 4 підсумовані результати радикального хірургічного лікування груп спостереження в залежності від виявлених післяопераційних ускладнень.

Таблиця 4

Частота післяопераційних ускладнень у хворих на гострий абсцес ПК після радикального хірургічного лікування (N=618)

Підгрупи	Групи спостереження						Вірогідність різниці		Всього в підгрупі	
	Група I (N = 174)		Група II (N = 263)		Група III (N = 181)		$\chi^2$	P	абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%				
Частота нагноєння післяопераційної рани										
А	11	42,3%	8	19,0%	6	16,2%	6,61	0,037	25	23,8%
Б	10	32,3%	7	13,0%	5	14,3%	5,44	0,066	22	18,3%
В	10	34,5%	10	14,9%	6	14,6%	5,75	0,056	26	19,0%
Г	9	26,5%	5	9,6%	3	9,7%	5,50	0,064	17	14,5%
Д	16	29,6%	6	12,5%	4	10,8%	6,97	0,031	26	18,7%
Всього в групі	56	32,2%	36	13,7%	24	13,3%	28,59	<0,001	116	18,8%
Частота випадків первинного розходження країв післяопераційної рани										
А	7	26,9%	5	11,9%	6	16,2%	2,58	0,275	18	17,1%
Б	5	16,1%	7	13,0%	7	20,0%	0,79	0,673	19	15,8%
В	4	13,8%	5	7,5%	4	9,8%	0,95	0,622	13	9,5%
Г	3	8,8%	1	1,9%	1	3,2%	2,51	0,286	5	4,3%
Д	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-	-	0	0,0%
Всього в групі	19	10,9%	18	6,8%	18	9,9%	2,49	0,288	55	8,9%
Частота випадків вторинного розходження країв післяопераційної рани										
А	9	34,6%	12	28,6%	11	29,7%	0,29	0,864	32	30,5%
Б	10	32,3%	15	27,8%	8	22,9%	0,73	0,693	33	27,5%
В	4	13,8%	7	10,4%	4	9,8%	0,32	0,853	15	10,9%
Г	1	2,9%	1	1,9%	0	0,0%	0,86	0,650	2	1,7%
Д	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-	-	0	0,0%
Всього в групі	24	13,8%	35	13,3%	23	12,7%	0,009	0,955	82	13,3%
Частота випадків гематоми післяопераційної рани										
А	4	15,4%	4	9,5%	3	8,1%	0,93	0,628	11	10,5%
Б	5	16,1%	7	13,0%	5	14,3%	0,16	0,922	17	14,2%
В	4	13,8%	10	14,9%	7	17,1%	0,16	0,924	21	15,3%
Г	0	0,0%	1	1,9%	0	0,0%	1,26	0,532	1	0,9%
Д	1	1,9%	1	2,1%	1	2,7%	0,08	0,962	3	2,2%
Всього в групі	14	8,0%	23	8,7%	16	8,8%	0,09	0,957	53	8,6%

У досліджуваних хворих зареєстровано 116 (18,8%) випадків нагноєння післяопераційної рани: 56 (32,2%) випадки у хворих групи I, 36 (13,7%) – групи II та 24 (13,3%) – групи III. У післяопераційному періоді у пацієнтів з гострим абсцесом ПК виникло 55 (8,9%) випадків первинного розходження країв післяопераційної рани внаслідок прорізання швів: 19 (10,9%) випадків – у групі I,

23 (8,7%) – в групі II та 21 (11,6%) – в групі III. Після зняття швів із післяопераційної рани у 82 (13,3%) пацієнтів із груп спостереження виявлено вторинне розходження країв післяопераційної рани: у 24 (13,8%) хворих групи I, 35 (13,3%) – групи II та 23 (12,7%) – групи III. Загалом, у групах спостереження зареєстровано 53 (8,6%) випадки гематоми післяопераційної рани, які потребували її

пункції або евакуації шляхом зняття швів із рани: у 14 (8,0%) хворих групи I, 23 (8,7%) – групи II та 16 (8,8%) – групи III.

Як видно з даних таблиці 4, частота нагноєння післяопераційної рани виявилася вірогідно більшою ( $\chi^2 = 28,59$ ;  $P < 0,001$ ) у пацієнтів групи I, яким радикальне оперативне втручання виконували в

екстремому порядку. Частота випадків первинного та вторинного розходження країв післяопераційної рани в групах спостереження суттєво не відрізнялася ( $\chi^2 = 2,58$ ;  $P = 0,27$  та  $\chi^2 = 0,29$ ;  $P = 0,86$ , відповідно). Також не виявлено суттєвих відмінностей між групами спостереження в частоті гематом післяопераційної рани ( $\chi^2 = 0,93$ ;  $P = 0,62$ ).

Таблиця 5

Частота післяопераційних рецидивів захворювання у хворих на гострий абсцес ПК після радикального хірургічного лікування (N=618)

Підгрупи	Групи спостереження						Вірогідність різниці		Всього в підгрупі	
	Група I (N = 174)		Група II (N = 263)		Група III (N = 181)		$\chi^2$	P	абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%				
А	6	23,1%	7	16,7%	8	21,6%	0,51	0,776	21	20,0%
Б	5	16,1%	6	11,1%	5	14,3%	0,47	0,791	16	13,3%
В	5	17,2%	8	11,9%	7	17,1%	0,74	0,689	20	14,6%
Г	2	5,9%	1	1,9%	1	3,2%	0,98	0,612	4	3,4%
Д	1	1,9%	1	2,1%	0	0,0%	0,75	0,689	2	1,4%
Всього в групі	19	10,9%	23	8,7%	21	11,6%	1,10	0,578	63	10,2%

Зведені дані щодо післяопераційних рецидивів захворювання у хворих груп спостереження наведені в таблиці 5. В строки спостереження від 1 до 3 років у досліджуваних пацієнтів виявлено 63 (10,2%) рецидиви захворювання: у 19 (10,9%) пацієнтів групи I, 23 (8,7%) – групи II та 21 (11,6%) – групи III. Суттєвих відмінностей між групами спостереження в частоті післяопераційних рецидивів захворювання не виявлено ( $\chi^2 = 0,51$ ;  $P = 0,78$ ).

Таким чином, найбільша частота післяопераційних запальних ускладнень виявлена після виконання радикальної операції в екстремому порядку. Частота незапальних післяопераційних ускладнень та рецидивів захворювання не залежала від строків виконання радикального етапу хірургічного лікування.

#### Висновки.

1. Строки виконання радикальної операції у хворих на гострий абсцес пілонідальної кістки сут-

тєво впливають на тривалість втрати працездатності та частоту нагноєння післяопераційної рани.

2. Виконання радикального етапу оперативного лікування у відстроченому порядку дозволяє вірогідно зменшити тривалість непрацездатності на випадок лікування переважно за рахунок зменшення строків амбулаторного долікування.

3. Найменша частота випадків нагноєння післяопераційної рани ( $P < 0,001$ ) виявлена у хворих, яким проводили двоетапне оперативне втручання з виконанням радикального етапу операції у відстроченому або плановому порядку.

4. Строки виконання радикальної операції у хворих на гострий абсцес пілонідальної кістки не впливають на частоту виникнення незапальних післяопераційних ускладнень (первинне та вторинне розходження країв післяопераційної рани, гематоми післяопераційної рани) та рецидивів захворювання після радикального оперативного лікування.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Захараш М.П. Ультрасонографія у діагностиці та виборі лікувальної тактики при епітеліальному куприковому ході / М.П. Захараш, О.В. Лишавський, В.А. Дубовий [та ін.] // Хірургія України. — 2010. — № 2. — С. 66—71.
- Мішалов В.Г. Патент на корисну модель № 41932 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування первинного шва при радикальному хірургічному лікуванні нагноєних кіст крижово-куприкової ділянки / В.Г. Мішалов, Є.В. Цема, А.А. Шудрак, О.І. Уманець; заявл. 18.03.09; опубл. 10.06.09, Бюл. № 11.
- Мішалов В.Г. Патент на корисну модель № 41933 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб формування шва при радикальному хірургічному лікуванні нагноєних кіст крижово-куприкової ділянки / В.Г. Мішалов, Є.В. Цема, О.І. Уманець, В.С. Нечай; заявл. 18.03.09; опубл. 10.06.09, Бюл. № 11.
- Мішалов В.Г. Патент на корисну модель № 43079 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб дренажування післяопераційної рани після висічення кіст крижово-куприкової ділянки / В.Г. Мішалов, Є.В. Цема, О.І. Уманець, В.С. Нечай; заявл. 20.05.09; опубл. 27.07.09, Бюл. № 14.
- Русак О.Б. Комплексне хірургічне лікування ускладнених форм епітеліальних куприкових ходів. — Тернопіль, 2010. — 20 с.

6. Цема Є.В. Патент на корисну модель № 67078 Україна, МПК А 61 В 17/00. Спосіб ультразвукового кюретажу гострого абсцесу епітеліального куприкового ходу / Є.В. Цема, В.Г. Мішалов, О.Є. Юрків; заявл. 31.08.11; опубл. 25.01.12. Бюл. № 2.
7. 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.
8. Muller K. Prospective analysis of cosmesis, morbidity, and patient satisfaction following Limberg flap for the treatment of sacrococcygeal pilonidal sinus / K. Muller, L. Marti, I. Tarantino [et al.] // *Dis Colon Rectum.* — 2011. — Vol. 54, №. 4. — P. 487—494.
9. Nesbakken A. Pilonidal disease — an underprioritized disorder / A. Nesbakken // *Tidsskr Nor Laegeforen.* — 2010. — Vol. 130, №. 9. — P. 920.
10. 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.

R.K. PALIYENKO<sup>1</sup>, YE.V. TSEMA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Shupyk national medical academy of postgraduate education, surgery and proctology chair, Kyiv;* <sup>2</sup>*Central Hospital, Military-Medical Department of Security Service of Ukraine, Kyiv*

#### THE ARGUMENTATION OF OPTIMAL TERMS OF CONDUCTING RADICAL OPERATION OF ACUTE PILONIDAL ABSCESS

The results of treatment of 618 patients with acute abscess of pilonidal sinus have been analyzed. The patients with acute pilonidal abscess were divided on three groups. The group I consists of 174 (25.2%) patients, who were treated by urgent radical operation. The group II included 263 (42.6%) patients, which were treated in two phase (urgent incision sanitization of acute pilonidal abscess with delayed radical operation). The group III consists of 181 (29.3%) patients, who were treated by urgent incision sanitization of acute pilonidal abscess with routine surgery. The wide excision of pilonidal sinus with different methods of wound closure in the capacity of radical operation was used in 362 (58.6%) patients of group of research: the marsupialization of wound was used in 105 (17.0%) patients; wound closure by 8-shaped sutures and irrigation aspiration was conducted by 120 (19.4%) patients; wound closure by U-type horizontal («turnstile») sutures was used in 137 (22.2%) patients. 177 (18.9%) patients were treated by Bascom I operation. 139 (22.5%) patients were treated by proposed ultrasound curettage of pilonidal sinus. It has been detected 116 (18.8%) cases of infected postoperative wound: 56 (32.2%) cases in the patients of group I, 36 (13.7%) – in the group II and 24 (13.3%) – in the group III. There are 55 (8.9%) cases of primary wound dehiscence in the patients of the groups of research in the postoperative period: 19 (10.9%) cases in the patients of the group I, 23 (8.7%) – in the group II and 21 (11.6%) – in the group III. It has been detected second wound dehiscence in 82 (13.3%) patients: in the 24 (13.8%) patients of the group I, 35 (13.3%) – in the group II and 23 (12.7%) – in the group III. There are 53 (8.6%) cases of wound hematoma: in 14 (8.0%) patients of the group I, 23 (8.7%) – in the group II and 16 (8.8%) – in the group III. It has been 63 (10.2%) recurrences of disease in follow-up terms from 1 to 3 years: 19 (10.9%) patients of the group I, 23 (8.7%) – in the group II and 21 (11.6%) – in the group III. The using of delayed radical operation make it possible to essentially decrease the duration of common disability of the patients with acute pilonidal abscess for account of decreasing duration of outpatient after-care and substantially decrease frequency of infected postoperative wound ( $P < 0,001$ ). The terms conduct of radical operation in the patients with acute pilonidal abscess do not influence on frequency of noninflammatory postoperative complications and recurrences of disease.

**Key words:** acute pilonidal abscess, pilonidal sinus, radical surgical treatment, results of treatment

**Стаття надійшла до редакції: 28.09.2013**