

УДК 616.746-018.7-056.7-053.2-08-035

Г.В. Корнієнко, В.О. Дмитряков, О.Д. Кокоркін, І.А. Маловічко

Особливості лікування дітей з епітеліальним куприковим ходом, які дають змогу отримати задовільний результат

Запорізький державний медичний університет, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2022). 1(121): 55-58. doi 10.15574/SP.2022.121.55

For citation: Kornienko GV, Dmitryakov VO, Kokorkin OD, Malovichko IA. (2022). Features of treatment of children with epithelial coccygeal course, which enable to obtain a satisfactory result. Modern Pediatrics. Ukraine. 1(121): 55-58. doi 10.15574/SP.2022.121.55.

За 10 років (2010–2020 рр.) проліковано 46 дітей з епітеліальним куприковим ходом. У 40 (87%) дітей були куприкові кісти з куприковою норицею, у 6 (13%) хворих нориці не було. Превалювала кількість хлопчиків — 32 (67%), дівчат — 14 (33%), що відповідає даним літератури. За віком хворі розподілені так: до 10 років — 6 (13%) хворих, 10–14 років — 8 (17%), від 14 років — 32 (70%) хворі.

Кількість гнійних ускладнень за цей період зменшилася удвічі (з 12% до 6%). Оскільки характер застосованих оперативних втручань за цей час суттєво не змінився, то позитивний результат, на думку авторів, отримано унаслідок удосконалення старих і впровадження нових методів ведення перед- і післяопераційного періодів.

У статті проведено детальний аналіз передопераційної підготовки, відображено деякі етапи оперативного втручання, деталізовано правила ведення післяопераційного періоду. Зроблено акцент на важливості таких методів лікування дітей з епітеліальним куприковим ходом.

До операції: проведення фістулографії як край важливого методу діагностики; застосування гіпоалергенних депіляторних кремів із метою підготовки операційного поля.

Операція: проведення і завершення операції без лігатур в операційній рані завдяки ретельному гемостазу, що унеможлиблює виникнення лігатурних фістул у післяопераційному періоді.

Після операції: заборона сидіти протягом двох тижнів і виконання правил асептики в ділянці операційної рани забезпечує зазвичай первинне загоєння. Виконання вказаних особливостей у лікуванні дітей з епітеліальним куприковим ходом дає змогу отримати задовільний кінцевий результат.

Ключові слова: епітеліальний куприковий хід, діти, лікування.

Features of treatment of children with epithelial coccygeal course, which enable to obtain a satisfactory result

G.V. Kornienko, V.O. Dmitryakov, O.D. Kokorkin, I.A. Malovichko

Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

For 10 years (2010–2020) 46 children with epithelial coccygeal course were treated. 40 (87%) had coccygeal cysts with coccygeal fistula, 6 (13%) had no fistula. The number of boys prevailed — 32 (67%), girls — 14 (33%), which corresponds to the literature. By age, patients were distributed: up to 10 years — 6 (13%) patients, 10–14 years — 8 (17%), from 14 years — 32 (70%) patients.

The number of purulent complications during this period has halved (from 12% to 6%). Since the nature of the applied surgical interventions during this time has not changed significantly, the positive result, according to the authors, was achieved due to the improvement of old and introduction of new methods of pre- and post-operative periods. The detailed analysis of preoperative preparation is carried out in the work, some stages of operative intervention are reflected, the rules of conducting the postoperative period are detailed.

Emphasis is placed on the importance of the following methods of treatment of children with epithelial coccygeal course.

Before surgery: fistulography as an extremely important method of diagnosis; the use of hypoallergenic depilatory creams to prepare the operating field.

Surgery: performing and completing the operation without ligatures in the surgical wound due to careful hemostasis, which prevents the occurrence of ligature fistulas in the postoperative period.

After surgery: a ban on sitting for two weeks and following the rules of asepsis in the area of the surgical wound provides, as a rule, primary healing.

Fulfillment of these features in the treatment of children with epithelial coccygeal course allows to obtain a satisfactory end result.

Key words: epithelial coccygeal course, children, treatment

У статтях, присвячених складній проблемі хірургії дитячого віку — лікування дітей з епітеліальним куприковим ходом, основну увагу приділяють питанням клініки, діагностики і особливо техніці оперативних втручань [4,5,8]. Не применшуючи значення цих питань, слід зробити акцент на передопераційній підготовці та післяопераційному веденні хворих, оперованих із приводу пілонідальної (епітеліальної, куприкової) кісти, часто поєднаної з куприковим ходом (норицею). Кожний хірург, який займається патологією крижово-куприкового відділу, знає, наскільки складно встановити правильний діагноз, як непросто ефективно й радикально прооперувати дитину

і бути впевненим, що ускладнень і рецидиву захворювання не буде.

Наведений нижче *клінічний випадок* переконливо свідчить про важливість правильного ведення перед- і післяопераційного періоду у хворого з норицею крижово-куприкової зони.

До клініки дитячої хірургії Запорізького державного медичного університету надійшла дитина (хлопчик віком 12 років), прооперована в центральній районній лікарні (ЦРЛ) за два тижні тому у зв'язку з епітеліальною куприковою кістою з норицею. Слід зазначити, що хірург ЦРЛ припустив порушення, виконавши цю операцію, оскільки зазначену патологію потрібно лікувати на рівні обласної

лікарні. У дитини на 6-ту добу після операції нагноїлася післяопераційна рана на всьому її протязі, шви виявилися неспроможними.

Лікування в ЦРЛ було неефективним, і хворого направили до гнійного відділення КНП «Запорізької обласної клінічної дитячої лікарні» Запорізької обласної ради з діагнозом «Нагноєння післяопераційної рани крижово-куприкової області; рецидивна куприкова нориця».

На момент госпіталізації дитини в міжсідничній ділянці в проекції куприка візуалізувалася рана 8,0x5,0 см — суцільна гнійна поверхня, подекуди вкрита фібрином, з млявими грануляціями по периферії. Тут також було волосся, не видалене навкруги рани. Депіляція не проведена. Склалися враження про нерадикальне проведення операції і рецидивний куприковий хід. Але візуальні, інструментальні та додаткові методи обстеження (ультразвукове дослідження — УЗД, магнітно-резонансна томографія — МРТ) нориці не виявили. Інтенсивне, переважно місцеве лікування, яке включало депіляцію волосся біля рани, призвело до повного вторинного її загоєння протягом 12 днів. Стало зрозуміло, що причиною гнійного ускладнення в даному випадку були не дефекти операції, а недоліки ведення післяопераційного періоду. Сама операція виявилася цілком радикальною.

Проаналізувавши післяопераційні ускладнення у хворих, автори статті відзначили зменшення кількості гнійних ускладнень за останні п'ять років майже удвічі (з 12% до 6%). На думку авторів, це сталося переважно внаслідок удосконалення старих та впровадження нових методів ведення перед- і післяопераційного періодів, оскільки характер застосовуваних оперативних втручань за цей час суттєво не змінився.

Той факт, що вилікувати кісту крижово-куприкової області з норицею можна тільки оперативним шляхом, давно не дискутується [1,2]. Дитячі хірурги здебільшого дотримуються цієї точки зору, вдаючись до консервативних методів лікування тільки в період передопераційної підготовки або за наявності запальних ускладнень у стадії інфільтрації [1,7]. У разі нагноєння кісти, коли вона перетворюється в абсцес, операція полягає в її розтині і дрениванні. Носить вона вимушений характер і не позбавляє дитину вродженої патології. Після завершення запального процесу куприковий хід зазвичай рецидивує і може бути ліквідований тільки після радикальної планової операції.

Відомо, що оперативні втручання з приводу епітеліального куприкового ходу бувають

трьох варіантів: а) радикальне висічення з ушиванням рани наглухо; б) висічення з підшиванням країв рани до дна рани; в) ведення рани відкритою [3,6]. Автори статті дотримуються тактики першого варіанту, обов'язково залишаючи дренаж — гумовий випускник у перші 1–2 доби після операції, для ліквідації можливої гематоми в зоні ложа кісти.

Не вдаючись у деталі оперативного лікування, слід зупинитися на передопераційній підготовці, відмітити деякі моменти самої операції і звернути увагу на правила ведення післяопераційного періоду.

Перша порада, яка базується на досвіді лікування 46 дітей з цією патологією за останні 10 років (2011–2021 рр.), така: батьки, навіть якщо вони і не медики, мають одержати максимально повну інформацію про патологічний процес у дитини. Разом із лікуючим лікарем вони мають усвідомлювати можливу появу ускладнень, ознайомитися зі складністю і ризиками операції. З боку лікуючого лікаря — жодного легковажного ставлення, вихвалання перед батьками. Позитивний результат лікування буде «подарунком» як для пацієнта, його батьків, так і для лікаря.

Із 46 хворих у 40 (87%) були куприкові кісти з куприковою норицею. У 6 (13%) хворих нориці не було. Превалювала кількість хлопчиків — 32 (67%), дівчат — 14 (33%), що відповідає даним більшості авторів [1]. За віком хворі розподілилися так: до 10 років — 6 (13%) хворих, 10–14 років — 8 (17%), від 14 років — 32 (70%) хворих.

Детальний і правильний місцевий огляд має велике значення у встановленні діагнозу. Особливо уважним слід бути, оглядаючи хлопчиків, у яких спостерігається значний ріст волосся в міжсідничній ділянці. Іноді тільки після депіляції можна побачити і локалізувати нориці незначних розмірів.

Обов'язковим у всіх хворих є пальцеве ректальне дослідження, яке дає змогу виключити патологію з боку прямої кишки і перианальної області. Особливо детально слід дослідити задню стінку *rectum*.

До комплексу додаткових методів передопераційного обстеження необхідно включити УЗД крижово-куприкової ділянки, рентгенографію крижово-куприкового відділу хребта та МРТ. З появою МРТ діагностика стала точнішою.

Окремо слід зупинитися на фістулографії, яка дає змогу отримати контрастне зображення куприкового ходу. Її проведення є обов'язковим із використанням водорозчинних кон-

трастів. Фістулографію виконує хірург, який оперуватиме дитину. Повне заповнення контрастом нориці (нориць), рішення про кількість інформативних рентгенівських знімків — усе це дуже важливо. Іноді під час фістулографії можна прийняти рішення про оптимальне положення хворого на операційному столі.

Враховуючи локалізацію патологічного процесу, слід приділити значну увагу виробленню в пацієнта гігієнічного навичку — підмивання зони ануса після дефекації. У маленьких дітей це роблять батьки, а діти старшого віку мають засвоїти цей навик і виконувати його самостійно (із 46 пацієнтів 32 (70%) дитини віком від 14 років). Цей гігієнічний навик є корисним і для здорової дитини, а у хворого зі свищем крижово-куприкової ділянки він має бути аксіомою. Щодня дитині потрібно змінювати нижню білизну. Ці, здавалося б, прості заходи щодо підтримання чистоти перинальної зони мають велике значення в профілактиці післяопераційних запальних ускладнень.

Не секрет, що волосся — імовірно джерело інфікування післяопераційної рани. Можливо, воно спричинило тривале загоєння рани і в зазначеному клінічному випадку. Депіляція волосся в місці ймовірного розтину обов'язкова. Гоління волосся, тим більше багаторазове, що рекомендують деякі автори, на наш погляд, є хибною методикою [6,9]. Навіть найакуратніше та ніжніше гоління шкіри залишає мікропорізи та мікросадни, які є «вхідними воротами» інфекції.

Депіляцію проводять у добу перед операцією, використовуючи для цього депіляторний крем (Акт впровадження в Запорізькій обласній клінічній дитячій лікарні від 24.10.2019 «Застосування депіляторного крему (ультраніжний депіляторний крем 9 в 1) у підготовці операційного поля до операції»).

Застосовують гіпоалергенні креми, які містять компоненти, що затримують ріст волосся. Напередодні проводять рекомендовану пробну депіляцію для запобігання алергічної реакції на крем. До речі, у нас не було жодного позитивного результату цієї контрольної проби. Зазвичай одноразової обробки шкіри вистачає на весь післяопераційний період. Цій підготовці шкіри перед операцією слід надавати великого значення.

Підготовка кишечника. У разі порушення функції шлунково-кишкового тракту проводять курси консервативної терапії разом із гастроентерологом. За дві години до операції дистальний відділ кишечника очищують звичайною очисною клізмою.

Операцію виконують з урахуванням положення хворого, під загальним знеболюванням, з інтубацією трахеї та штучної вентиляції легень (ШВЛ). Перед розрізом обов'язково маркують норицю розчином діамантового зеленого, що дає змогу видалити норицю та кістозне утворення в межах здорових тканин. Дуже важливий принцип — оперувати без лігатур. Шви накладають тільки на шкіру. Для цього застосовують фізичні на хімічні методи гемостазу, широко використовують електрокоагуляцію. Важливо пам'ятати, що навіть одна лігатура під час такої операції може бути причиною нориці, яку доводиться диференціювати з рецидивним куприковим ходом. Завершують оперативне втручання накладанням первинних швів. На 1–2-гу добу залишають гумовий випускник. Зазвичай застосовують уривчасті матрацні шви або шви за Донаті, захоплюючи фасцію куприка на дні рани. Після затягування швів рана закривається повністю, а шкірні краї добре зіставляються. Шви зі шкіри знімають не раніше 10 доби після операції.

Обов'язкова жорстка постіль у післяопераційній палаті, краще підкласти дерев'яний щит. У ліжку хворий займає зручне для нього положення.

Рекомендують активну поведінку дитини в перші дні після операції. Вставати і ходити можна уже наступного дня, але обов'язково виконуючи правило: можна лежати, стояти, ходити, але не сидіти. Сідати заборонено тижні два, оскільки в положенні сидячи натягується шкіра в ділянці швів операційної рани, а це може спричинити їхню неспроможність.

Перша перев'язка — на наступну добу після операції. Якщо немає кровотечі, а пов'язка суха, то видаляють гумовий випускник. Наступні перев'язки роблять за необхідності, у разі забруднення й порушення фіксації. Рекомендують накладати асептичну пов'язку з розчином антисептика димексиду (1:4) з метою профілактики гнійних ускладнень.

Дуже важливо — акт сечовипускання і дефекації в перші доби або лежачи (судно, сечоприймач), або стоячи, у положенні «висіти над унітазом». Сідати, із зазначених вище міркувань, заборонено. Підлітки самостійно освоюють ці нескладні рекомендації, а маленьких пацієнтів контролюють батьки.

У разі задовільного перебігу післяопераційного періоду (близько 94% хворих) шви знімають на 10–12-ту добу і виписують дитину додому з такими рекомендаціями: спостере-

ження в сімейного лікаря і домашній режим протягом 10 діб; місцево — обробка діамантовим зеленим до відпадання корок; ще два тижні продовжувати вказаний режим фізіологічних відправлень із поступовим переходом на звичайний; дієта, яка забезпечує нормальний характер випорожнення; звільнення від фізкультури та фізичних навантажень на два місяці; контрольний огляд дитячого хірурга через один місяць.

Висновки

Під час лікування хворої дитини з епітеліальним куприковим ходом для одержання задовільного кінцевого результату важливо не тільки встановити правильний діагноз і радикально на високому професійному рівні провести операцію, але й дотримуватися таких надважливих правил.

Перед операцією:

- інформування батьків дитини про патологічний процес, заплановану операцію та її ризику;
- пальцеве ректальне обстеження, рентгенографія крижово-куприкового відділу хребта, УЗД та МРТ — обов'язкові складові передопераційного обстеження;
- фістулографія куприкового ходу є вкрай важливою і має виконуватися хірургом, який оперуватиме дитину;
- обов'язкова депіляція волосся в ділянці операційного поля із застосуван-

ням гіпоалергенних депіляторних кремів;

- очищення від калових мас дистального відділу кишечника;
- вироблення в майбутнього пацієнта важливого гігієнічного навичку — підмивання зони ануса після акту дефекації.

Операція:

- загальна анестезія з інтубацією трахеї та ШВЛ;
- маркування куприкового ходу розчином діамантового зеленого;
- завершення операції без лігатур в операційній рані завдяки ретельному гемостазу;
- уривчастий матрацний шов на рану і дренаж — гумовий випускник.

Після операції:

- жорстка постіль;
- активний післяопераційний період — лежати, стояти, ходити, але не сидіти;
- акт дефекації в положенні «висіти над унітазом»;
- асептичні перев'язки із застосуванням розчину димексиду (1:4);
- зняття швів на 10-ту добу після операції;
- виписка з детальними рекомендаціями, у тому числі контрольний огляд дитячого хірурга через 1 місяць.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Halleran DR, Onwuka AJ, Lawrence AE, Fischer BC, Deans KJ, Minneci PC. (2018). Laser Hair Depilation in the Treatment of Pilonidal Disease: A Systematic Review. *Surg Infect (Larchmt)*. 19 (6): 566–572. doi: 10.1089/sur.2018.099.
2. Kalaiselvan R, Bathla S, Allen W, Liyanage A, Rajaganeshan R. (2019). Minimally invasive techniques in the management of pilonidal disease. *Int J Colorectal Dis*. 34 (4): 561–568. doi: 10.1007/s00384-019-03260-y.
3. Manigrasso M, Velotti N, Sosa Fernandez LM, Veraldi S, Maione F, Gennarelli N, Dinuzzi VP, Musella M, De Palma GD, Milone M. (2021). Endoscopic Approach to Recurrent Pilonidal Sinus: A Retrospective Analysis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 31 (1): 1–5. doi: 10.1089/lap.2020.0252.
4. Metzger GA, Apfeld JC, Nishimura L, Beyene TJ, Lutz C, Deans KJ, Minneci PC. (2021). Room for Improvement: The Trephination Procedure for Pediatric Patients with Pilonidal Disease. *J Surg Res*. 12 (267): 605–611. doi: 10.1016/j.jss.2021.06.010.
5. Metzger GA, Apfeld JC, Nishimura L, Lutz C, Deans KJ, Minneci PC. (2021). Principles in treating pediatric patients with pilonidal disease — An expert perspective. *Ann Med Surg (Lond)*. 27 (64): 102233. doi: 10.1016/j.amsu.2021.102233.
6. Milone M, Basso L, Manigrasso M, Pietroletti R, Bondurri A, La Torre M, Milito G, Pozzo M, Segre D, Perinotti R, Gallo G. (2021). Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of pilonidal disease. *Tech Coloproctol*. 25 (12):1269–1280. doi: 10.1007/s10151-021-02487-8.
7. Milone M, Velotti N, Manigrasso M, Milone F, Sosa Fernandez LM, De Palma GD. (2019). Video-assisted ablation of pilonidal sinus (VAAPS) versus sinusotomy for treatment of chronic pilonidal sinus disease: a comparative study. *Updates Surg*. 71 (1):179–183. doi: 10.1007/s13304-018-00611-2.
8. Prieto JM, Checchi KD, Kling KM, Ignacio RC, Bickler SW, Saenz NC, Fairbanks TJ, Nicholson SI, Lazar DA. (2020). Trephination versus wide excision for the treatment of pediatric pilonidal disease. *J Pediatr Surg*. 55 (4): 747–751. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2019.06.014.
9. Shavliuk R, Konopliitskiy V. (2020). Pilonidal disease in children: some links of etiopathogenesis of the disease (clinical observation). *Pediatric Surgery. Ukraine*. 2 (67): 85–90. [Шавлюк РВ, Коноплицкий ВС. (2020). Пілонідальна хвороба у дітей: деякі ланки етіопатогенезу захворювання (клінічне спостереження). *Хірургія дитячого віку*. 2 (67): 85–90]. doi: 10.15574/PS.2020.67.85.

Відомості про авторів:

Корнієнко Григорій Васильович — к.мед.н., асистент каф. дитячих хвороб Запорізького ДМУ, дитячий хірург вищої категорії. Адреса: м. Запоріжжя, вул. Новгородська, 28а; тел. (061) 224-93-75. <https://orcid.org/0000-0002-2097-2363>.
Дмитряков Валерій Олександрович — д.мед.н., проф. каф. дитячих хвороб Запорізького ДМУ, дитячий хірург вищої категорії. Адреса: м. Запоріжжя, вул. Новгородська, 28а; тел. (061) 224-93-75. <https://orcid.org/0000-0002-4553-380X>.
Кокоркін Олексій Дмитрович — к.мед.н., асистент каф. дитячої хірургії та анестезіології Запорізького ДМУ, дитячий хірург вищої категорії. Адреса: м. Запоріжжя, вул. Новгородська, 28а; тел. (061) 224-93-75. <https://orcid.org/0000-0002-0216-3079>.
Маловічко Ігор Алімович — к.мед.н., асистент каф. дитячої хірургії та анестезіології Запорізького ДМУ, дитячий хірург вищої категорії. Адреса: м. Запоріжжя, вул. Новгородська, 28а; тел. (061) 224-93-75.
 Стаття надійшла до редакції 18.11.2021 р., прийнята до друку 07.02.2022 р.