

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

С. З. ОГАНЕСЯН

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ КОПЧИКОВЫХ
ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ХОДОВ

За последние четыре года в клинике факультета усовершенствования врачей находилось на лечении 22 больных с копчиковыми эпителиальными свищевыми ходами.

По данным большинства авторов, копчиковый эпителиальный ход представляет собой врожденное заболевание (Я. М. Волошин [2], А. Н. Рыжих [5, 6], Фокс (Fox S. L. [11] и др.). Однако за последние 10—15 лет в зарубежной литературе появились работы ряда авторов, которые доказывают приобретенный характер этого заболевания.

Как в отношении врожденного, так и приобретенного характера этого заболевания предложено много теорий и предположений, однако мы не собираемся доказывать правильность того или другого взгляда, так как целью настоящей работы является в основном освещение некоторых сторон лечения копчиковых эпителиальных ходов.

Первые описания клинической картины этой болезни относятся к первой половине прошлого столетия, когда Андерсон (1847) описал нагноившуюся копчиковую кисту. В дальнейшем Уоррен (Worren J. M. 1854) сообщил о двух своих наблюдениях, где возникновение заболевания связывалось с неправильным ростом волос. Автор писал: «Волос начинает расти снаружи внутрь и тащит свое углубление за собой». Спустя четверть века в 1800 г. Ходжес (Hodges R. M.) дал этому заболеванию название «волосяное гнездо» (Pilonidal sinus), которое по настоящее время употребляется зарубежными авторами (Фокс, Брирлей и др.). Название это надо считать неподходящим. Pilonidal sinus или cyst не объясняет ни характера, ни происхождения этого заболевания. Надо полагать, что это наименование удержалось в зарубежной литературе лишь в отличие от дермоидных кист.

В отечественной литературе впервые сообщил о дермоидных кистах Волошин Я. М. в 1937 г. Из описания автора видно, что речь шла о копчиковых эпителиальных ходах, которые в то время ошибочно трактовались как дермоидные кисты.

После 1937 г. нам удалось найти по этому поводу ряд работ советских авторов [4, 5, 6, 1, 3, 8, 7] (А. Н. Рыжих и М. И. Битман, А. Н. Рыжих и М. Б. Баркан, А. Н. Рыжих, В. А. Аминева, Ш. Б. Долинко и Л. В. Логинова, Б. Е. Стрельников, В. Л. Ривкин и др.).

Во всех статьях, посвященных копчиковым эпителиальным ходам, акцент в основном ставится на этиопатогенезе, клинике, течении, дифференциальной диагностике этого заболевания, и лишь в отдельных работах говорится и о лечении. Все вышеперечисленные вопросы, безусловно, существенны, но вопросы лечения не менее важны, ибо очень многие больные страдают долгие годы и зачастую неудачно оперируются.

Отечественными хирургами на копчиковые эпителиальные свищевые ходы обращается мало внимания, между тем это заболевание встречается не так уж редко. В вопросах лечения нередко допускаются ошибки, что приводит к частым рецидивам.

Как мы в начале упомянули, наши исследования проводились на 22 больных, давность страдания которых составляет:

до 1 года—	4	больных
от 1 до 2 лет —	8	»
от 2 до 3 лет —	6	»
3 и выше	—	4 »

По возрасту наши больные распределяются следующим образом: от 20 до 30 лет—10 больных, от 30 до 40 лет—9, от 40 и выше—3. Как видно из приведенных данных, в основном страдают люди в возрасте от 20 до 40 лет. Соотношение мужчин и женщины выражается цифрами 2 : 1—на 15 мужчин было всего 7 женщин.

Прежде всего необходимо отметить, что неосложненный копчиковый эпителиальный ход клинически ничем не проявляется, и часто сами больные ничего не знают об их существовании. Из 22 больных только четыре обратилось к нам в начальной стадии заболевания, т. е. в стадии первичного обострения процесса. Из остальных 18 больных, 5 явились в клинику в стадии рецидива болезни, а остальные 13—в хронической стадии с наличием организованного свищевого хода.

При осмотре области копчика, кроме основного свищевого хода, в 9 случаях удалось обнаружить в межягодичной складке еще несколько точечных отверстий, большей частью расположенных выше основного хода, строго по средней линии. Количество этих ходов колебалось от 3 до 6. Из отверстий часто торчали отдельные волосы, или же целый пучок тонких отделившихся волос. Все эти ходы, как правило, сообщались между собой.

Описываемые копчиковые эпителиальные ходы или кисты дают о себе знать только тогда, когда развивается воспалительный процесс, причем, как показывают литературные данные и наш материал, в основном после 20 лет. По всей вероятности, накопление волос и дальнейшее воспаление происходит после полового созревания, когда начинается бурное развитие волос в области лобка, ануса, копчика.

Развитию местной инфекции способствует загрязнение имеющихся ходов, щелей, травматизация кожи, перенесенная общая инфекция. Характерным является направление свищевого хода. Зонд, введенный в свищевой ход, чаще всего направляется в сторону крестца.

В начальной стадии заболевания при ходьбе или сидении больные чувствуют в области копчика неприятные ощущения, боли, которые в дальнейшем усиливаются и принимают постоянный характер. При этом обычно нарушений акта дефекации не бывает. В этом периоде заболевания в крестцово-копчиковой области можно отметить болезненную, тестоватой консистенции, слегка покрасненную припухлость с наличием высокой температуры и всеми признаками общей реакции на гнойную инфекцию. Если вскрыть такой свищевой ход, то можно обнаружить пучки недлинных тонких волос, слизисто-патологическую грануляционную ткань и гной.

Необходимо отметить, что при воспалении и обострении хронического процесса гной большей частью бывает или дегтеобразного или же шоколадного цвета с характерным запахом кишечной палочки. В этой стадии заболевания производить радикальную операцию не рекомендуется, так как окружающие основной очаг ткани воспаляются, появляется инфильтрация, теряется их эластичность, и различить стенки свищевых ходов в окружающей воспалительной инфильтрацией ткани иногда становится невозможным. Все это, естественно, осложняет радикальную операцию и создает условия для рецидивов.

У нас в клинике в острой стадии заболевания или в стадии обострения хронического процесса производится разрез, расширяется свищевой ход и дренируется полость. Через несколько дней воспалительные явления проходят, исчезает имеющаяся вокруг инфильтрация, организуется свищевой ход.

Для уточнения направления эпителиальных свищевых ходов и их разветвления необходимо произвести фистулографию. Фистулография устанавливает степень распространения процесса, направление и характер вторичных эпителиальных ходов, месторасположение и соотношение их с соседними органами и тканями. Фистулографию лучше производить иодолиполом.

Необходимо также произвести тщательное рентгенографическое исследование костей для уточнения дефектов развития и состояния костей, т. е. исключить остеомиелиты—вульгарные и специфические, истинные дермоидные кисты и тератомы. После уточнения всех этих моментов мы приступаем к радикальной операции. Так как наши больные в основном молодого и среднего возраста, то мы производим эту операцию под спинномозговой анестезией (Sol. sovcaini 1%—0,7) и считаем этот вид анестезии в данном случае наилучшим.

После наступления анестезии по зонду вскрывается свищевой ход, очищается от содержимого, острым путем полностью удаляются стенки свищевых каналов со всеми дополнительными ходами. Залогом успеха является полное удаление всех ходов и разветвлений, покрытых эпителием. Операцию можно считать радикальной только тогда, когда с боков раны появляется совершенно нормальная подкожная клетчатка, а на дне раны остается фасция, покрывающая копчик. После этого производится гемостаз. Обычно 3—4-минутной тугой тампонады бывает до-

статочно для гемостаза, но если даже после этого имеется незначительное кровотечение, это не является противопоказанием для зашивания раны, ибо, как мы увидим ниже, после наложения и затягивания швов происходит самотампонада, а незначительное отделяемое выходит наружу через оставленный выпускник.

До последних двух лет мы зашивали рану обычным способом с оставлением тампона, и заживление раны происходило частично вторичным натяжением. При обычном способе зашивания не всегда удается ликвидировать мертвое пространство. Следовательно, создаются условия для развития инфекции и нагноения, удлинения сроков лечения и формирования нового свищевого хода.

В настоящее время мы пришли к другому способу зашивания. Принцип нашего способа зашивания раны заключается в погружении краев и самотампонаде раны. Толстые шелковые нити проводятся через кожу и всю подкожную клетчатку косо до собственной фасции копчика с таким расчетом, чтобы расстояние между краем раны и вколом иглы было приблизительно таким, какова глубина раны.

В зависимости от длины разреза накладываются от 2 до 6 таких швов. Расстояние между швами приблизительно соответствует расстоянию между краем раны и вколом иглы. В дальнейшем накладываются и затягиваются еще 2-3 шва, захватывающие только кожу. Это последнее делается только для того, чтобы перед затягиванием основных погружающих швов было бы обеспечено правильное прилегание краев раны. До затягивания швов в зависимости от длины раны в ней оставляют один или два выпускника. Оператор затягивает швы, а ассистент, вворачивая края раны, погружает их внутрь. Это мероприятие исключает оставление мертвых пространств между кожей и копчиком, вызывает давление, гемостаз, создает условия к срастанию краев кожи с задней поверхностью копчика и обеспечивает первичное заживление раны.

На 2—3-й день удаляется выпускник. В послеоперационном периоде больной лежит на спине, он может встать, но не сидеть. Необходимо назначить антибиотики и Т^{час} Орт. Швы снимаются на 8—10-й день. В большинстве случаев рана заживает первичным натяжением. Среднее послеоперационное число койко-дней составляет 13. Из 22 наших больных у 18 операция была произведена по нашему способу. У 14 рана зажила первичным натяжением. У одного больного на 2-й день после операции один шов прорезался, рана на расстоянии 2 см разошлась. У второго больного на 8-й день после снятия швов рана на протяжении одного шва разошлась (швы были сняты раньше времени), а у остальных двух больных после снятия швов было обнаружено неправильное прилегание краев раны. Исходя из последних двух случаев мы немного видоизменили наш шов. Если раньше мы накладывали только погружающие швы, без кожных адаптирующих швов, то при последних 8 операциях одновременно с погружающими накладывались кожные адаптирующие швы по вышеописанной технике.

Таким образом, наш небольшой опыт дает нам право рекомендовать описанный способ операции как оправдывающий себя при лечении эпителиальных копчиковых ходов.

Кафедра хирургии факультета
усовершенствования врачей
Ереванского медицинского института

Поступило 25.V 1961 г.

Ս. Զ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՊՈԶՈՒԿԻ ԷՊԻԹԵԼԻԻԱԼ ԽՈՒՂԱԿՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Վերջին շորս տարվա ընթացքում խիրուրգների վերապատրաստման ամբիոնում պոչուկի էպիթելիալ խուղակի կապակցությամբ կատարվել է 22 վիրահատում: Հիվանդներից 15-ը եղել են տղամարդ, 7-ը՝ կին:

Մինչև վերջին երկու տարին, պոչուկի էպիթելիալ խուղակը հեռացնելուց հետո, վերքը կարում էինք սովորական եղանակով՝ միջին մասում թողնելով տամպոն, որի պատճառով վերքը լավանում էր երկրորդային ձգումով:

Ներկայումս վերքը կարում ենք նոր եղանակով՝ էպիթելիալ խուղակը իր բոլոր կողմնային ճյուղերի հետ միասին հեռացնելուց հետո գրվում են կարեր, վերցնելով մաշկը, ենթամաշկային ճարպաշարակցական հյուսվածքը մինչև պոչուկոսկրի ծածկող փակեղը, որից հետո մաշկի եզրերն ընկղմվում են վերքի մեջ, առաջացնելով խոռոչի ինքնատամպոնադա:

Նշած կարի առավելությունն այն է, որ կարերը կապելուց հետո ենթամաշկում դատարկ տարածություն չի մնում, մաշկի եզրերը հպվում են հետին պատին և պայմաններ ստեղծում առաջնային ձգման համար: 22 հիվանդներից 18-ի մոտ վիրահատումը կատարվել է մեր եղանակով և 14-ի մոտ վերքը լավացել է առաջնային ձգումով:

Մեկ հիվանդի մոտ վիրահատման երկրորդ օրը կարերից մեկը բացվել էր, և վերքը այդ շրջանում լավացել է երկրորդային ձգումով:

Երկրորդ հիվանդի մոտ 8-րդ օրը կարերը հանելուց հետո (կարերը հանվել են ժամանակից շուտ) մի կարի շրջանում վերքը դարձյալ բացվել էր: Մյուս երկու հիվանդների մոտ կարերը հանելուց հետո պարզվել է, որ մաշկի եզրերը իրար հարում են ոչ լրիվ:

Մեր այս փորձի վերլուծությունը իրավունք է տալիս առաջարկելու այս վիրահատումը, որպես իրեն արդարացնող եղանակ՝ էպիթելիալ խուղակների բուժման ժամանակ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аминева В. А. К вопросу о редких формах эпителиальных погружений крест.-копчик. области. В кн.: «Элементы проктологии», Куйбышев, 1956, 83—87.
2. Волошин Я. М. О дермоидных кистах копчика. Хирургия, 1937, 3, 122—127.
3. Долинко Ш. Б. и Логунова Л. В. Об эпителиальных копчиковых ходах. В кн.: «Элементы проктологии», Куйбышев, 1956, 75—82.

4. Рыжих А. Н. и Битман М. И. Эпителиальные ходы копчиковой области как причина нагноительных процессов. Хирургия, 1949, II, 54—61.
5. Рыжих А. Н. и Баркан М. Б. Парапроктит. Медгиз, М., 1951, 124—129.
6. Рыжих А. Н. Наш опыт хирургического лечения болезней прямой кишки (кроме рака). В кн.: «Тезисы докладов научн. конф. Казан. мединститута», Казань, 1955
7. Ривкин В. Л. Эпителиальные копчиковые ходы, их гнойные осложнения и оперативное лечение. В кн.: «Актуальные вопросы проктологии», 1959, 95—109.
8. Стрельников Б. Е. Клиника и лечение эпителиальных кист крестцово-копчиковой области. Хирургия, 1957, I, 95—98.
9. Brearly R. Pilonidal sinus. A new theory of origin. British j. Sug., 1955, 43, 177.
10. Burns F. L. Pilonidal sinus and cyst. Arch. of surgery № 1. vol. 52, 1946, 33—41.
11. Fox S. L. The Origin of Pilonidal sinus. Surg. Gynec. and Obstetries vol. 60, January to June, 1935, 137—149.