

С. З. ОГАНЕСЯН

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КОПЧИКОВЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ХОДОВ И ИХ ЛЕЧЕНИИ

Крестцово-копчиковая область является местом, где чаще всего наблюдаются различные дефекты и патологические новообразования врожденного характера. Из опухолей здесь встречаются тератомы (И. А. Сорокин [15], К. Н. Виноградова [4]), дермоидные кисты (Ю. Ю. Джанелидзе [5]), хордомы (Н. И. Пушкарев [9], И. С. Брейдо [3]), а также всякого рода дефекты, связанные с спинномозговым каналом (Р. С. Яхнина [16]), конские хвосты (Е. Данелян [6]) и, наконец, копчиковый эпителиальный ход и кисты (А. Н. Рыжих [11], В. Л. Ривкин [12], Б. Раменский [13], Б. Е. Стрельников [14], С. З. Оганесян [8], L. H. Block and B. L. Greene [17], R. Bgearly [18], M. Gage [21], H. B. Stone [22], L. J. Fox [20] и др.).

Целью настоящей работы в основном является освещение вопроса частоты поражения населения копчиковыми эпителиальными ходами, с анализом материала по возрастным показателям и по полу, а также обобщение некоторых данных по лечению этого страдания.

Для выяснения вопроса о частоте нахождения копчиковых эпителиальных ходов мы подвергли обследованию 3942 здоровых людей и больных, из коих было 1780 рабочих Ереванского шинного завода и завода им. Кирова, и 1849 больных III детской больницы. 313 человек составляли больные, поступившие к нам по поводу различных заболеваний.

Отечественная литература, посвященная этому вопросу, очень бедна. Нам удалось найти только две работы, касающиеся частоты нахождения копчиковых эпителиальных ходов и их видов. В работе Ш. Б. Долинко и Л. В. Логиновой [7] имеется указание о том, что копчиковые эпителиальные ходы имеют различные виды и формы. Ими было обследовано 1000 детей до 16 лет и 1000 взрослых людей. По представлению этих авторов, чаще всего наблюдаются воронкообразные углубления кожи крестцово-копчиковой области (около 5%), которые являются начальной стадией копчикового эпителиального хода. Дальше описываются неглубокие отдельные эпителиальные ходы и, наконец, наблюдаются сложные копчиковые эпителиальные ходы, которые могут давать различные разветвления.

Нам кажется, что воронкообразные углубления не имеют никакого отношения к копчиковым эпителиальным ходам и вообще не являются патологией (рис. 1, 2). Что действительно воронкообразные углубления не имеют отношения к копчиковым эпителиальным ходам доказывают следующие факты. 1. Воронкообразные углубления большей частью

располагаются намного выше места обычной локализации копчикового эпителиального хода.

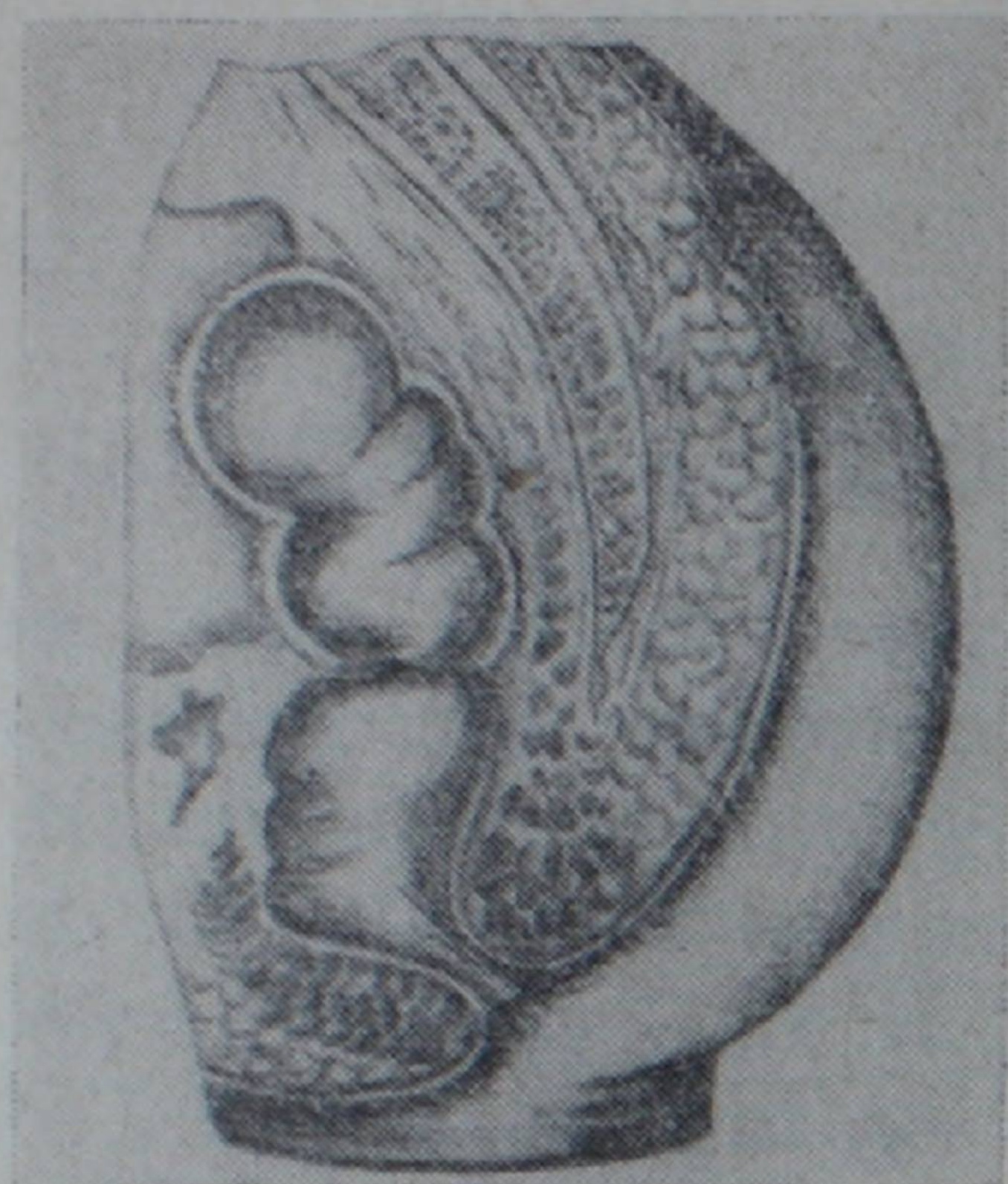


Рис. 1. Воронкообразное углубление.

Рис. 2. Кончиковый эпителиальный ход.

2. Копчиковые эпителиальные ходы по внешнему виду не похожи на воронкообразные углубления. Последние имеют очень широкое горлышко и небольшую глубину, в то время как копчиковый эпителиальный ход представляет собой узкий длинный канал, наружное отверстие которого едва пропускает кончик пуговчатого зонда. Он никогда не начинается у вершины воронкообразного углубления и, наконец, мы никогда не наблюдали промежуточных переходных форм между этими двумя образованиями.

3. Воронкообразные углубления, не являясь патологическим образованием, имеют строение нормальной кожи, в то время как копчиковые эпителиальные ходы в определенном проценте случаев не покрыты эпителием: если же последний имеется, то часто отсутствуют другие составные части кожи (волосяные фолликулы, сальные и потовые железы и т. д.).

4. Частота нахождения копчиковых эпителиальных ходов и воронкообразных углублений весьма различна. По данным Ш. Б. Долинко, копчиковые эпителиальные ходы у взрослых встречаются в 0,3%, а воронкообразные углубления—в 5,1%, т. е. 17 раз чаще. По нашим данным, разница еще больше и составляет соответственно 0,2% и 6,6%.

5. Воронкообразные углубления никогда не восполняются так, как это имеет место при копчиковом ходе, и вообще не вызывают никаких жалоб со стороны их носителей.

Исходя из вышеизложенного, мы в настоящей работе приводим данные, касающиеся частоты поражения населения исключительно копчиковыми эпителиальными ходами. Из нашего материала видно, что имеется некоторая разница в частоте нахождения копчиковых эпителиальных ходов у детей и взрослых, и поэтому мы приводим эти данные отдельно. Такое же указание мы находим в работе Ш. Б. Долинко и Л. В. Логинова [7].

Из 1849 обследованных детей выявлено 14 больных (0,75%) с копчиковыми эпителиальными ходами, из них 8 мальчиков и 6 девочек в возрасте от одного месяца до 3 лет. Приблизительно такой же процент (1%) приводит Л. В. Логинова. Все дети, кроме одного, родились доношенными. Другой патологии врожденного характера у этих детей не выявлено. Из 14 детей с врожденными копчиковыми эпителиальными ходами у 3 вокруг наружного отверстия на небольшом участке обнаружено развитие волосяного пушистого покрова. Все эти дети в течение примерно 2 лет находились под нашим наблюдением без всякого проявления местного воспаления.

Из 14 больных детей у 10 обнаружено по одному свищевому отверстию, у 3—по 2 отверстия и только у одного ребенка было выявлено 3 наружных хода. Наружное отверстие пропускало кончик мандрена, а глубина ходов в основном колебалась от 0,3 до 0,7 см. Только у одного больного она достигла 1,5 см.

Из 2093 осмотренных рабочих и больных женщин было 784, мужчин—1309; возраст их колебался в пределах 18—65 лет. Среди них обнаружено 4 больных с копчиковыми эпителиальными ходами, что составляет около 0,2%. Из этих 4 мужчин было 3, женщин—1. Все они были не старше 26 лет.

Таким образом, из 1849 обследованных детей копчиковый эпителиальный ход обнаружен у 14 (0,75%), а из 2093 взрослых людей—только у 4 (0,2%). Приблизительно такие же данные приводят Ш. Б. Долинко и Л. В. Логинова (соответственно 1% и 0,3%). Сравнительно высокие цифры приводит В. А. Аминева [2]: из 200 обследованных людей 100 мужчин и 100 женщин в возрасте от 12 до 77 лет, копчиковые эпителиальные ходы обнаружены у 2 женщин.

В зарубежной литературе имеется указание на то, что копчиковые эпителиальные ходы, или Pilonidal sinus, как они их называют, большей частью встречаются у людей с широким тазом, преимущественно с обильным отложением жира и большим развитием волосяного покрова. Ф. Барнс (F. J. Burns [19]) отмечает, что это заболевание преимущественно встречается у кавказцев.

За последние 5 лет в клинике факультета усовершенствования врачей Ереванского мединститута находилось на лечении 43 больных с копчиковыми эпителиальными ходами. Соотношение мужчин и женщин выражается цифрами 4:1—на 34 мужчин было всего 9 женщин.

По возрасту наши больные распределяются следующим образом: до 20 лет—1 больная, от 20 до 30 лет—29 больных, от 30 до 40 лет—10 больных, свыше 40 лет—3 больных. Как видно из приведенных данных, в основном страдают люди в возрасте от 20 до 30 лет. Давность страдания определяется от нескольких дней до 11 лет.

Прежде всего необходимо отметить, что неосложненный копчиковый эпителиальный ход ничем не проявляется, и часто сами больные ничего не знают об их существовании. Из 43 больных только один больной нами оперирован в начальной стадии заболевания (болезнь выявлена случай-

но). Кроме этого, 6 больных обратились к нам в стадии первичного обострения процесса, из них трое не подверглись радикальному оперативному вмешательству. Из остальных 37 больных 7 человек обратились к нам в стадии обострения болезни, а остальные 30—в хронической стадии с наличием организационного свищевого хода.

В зависимости от стадии заболевания проводится соответствующее лечение. При острой стадии болезни необходимо для ликвидации острого воспалительного процесса произвести разрез с тампонадой. В отношении сроков производства последующей радикальной операции существуют разногласия. В. Л. Ривкин (12) рекомендует радикальную операцию производить спустя 2—3 месяца после ликвидации обострения, А. Н. Рыжих (10)—через 1—1,5 месяца, А. М. Аминев (1)—через 5—7 дней. Мы производим радикальную операцию спустя 7—10 дней после стихания воспалительных явлений.

Нет никакого сомнения, что при выполнении радикальной операции наилучшим способом заживления раны является первичное натяжение, которое обеспечивает хорошие функциональные и косметические результаты и сокращает срок пребывания больного в стационаре. При выполнении операции иссечения эпителиальных ходов почти всегда в подкожной клетчатке остается полость, часто значительных размеров, ликвидация которой представляет определенные затруднения. Мы эту операцию производим по разработанному нами способу, принцип которого подробно описан в «Известиях» Академии наук АрмССР (1961, т. 1, 5).

Из 40 радикально выполненных операций в 36 случаях она произведена по указанному способу. Нагноения раны не наблюдалось ни у одного больного. У 31 больного рана зажила первичным натяжением, у двух после снятия швов края раны разошлись, причем у одного больше половины протяженности раны, а у второго—на протяжении 2 см. (В послеоперационном ведении этих больных были допущены ошибки—больные садились раньше времени). У третьего больного на 8-й день во время 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 после этого одновременно с погружающими накладывались кожные адаптирующие швы.

Из 40 радикально выполненных операций отдаленные результаты проверены у 27 больных, причем ни у одного больного не наблюдалось рецидива. Больные прослежены до 3 лет. Таким образом, непосредственные и отдаленные результаты лечения дают нам право рекомендовать эту операцию как оправдывающую себя при лечении копчиковых эпителиальных ходов.

Ս. Զ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՊՈԶՈՒԿԻ ԷՊԻԹԵԼԻԱԼ ԽՈՒՂԱԿԻ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ
ՄԻ ՔԱՆԻ ՀԱՐՑԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Բնակչության մեջ պոչուկի էպիթելիալ խուղակի տարածվածությունը որոշելու կապակցությամբ քննության ենթ ենթարկել 3942 հիվանդ և առողջ մարդկանց, որոնցից 1849 երեխաների և 2093 մեծերի: Ուսումնասիրությունները ցույց տվին, որ 1849 երեխաներից 14-ի մոտ հայտնաբերված է պոչուկի էպիթելիոզ խաշուկ (0,75%), իսկ 2093 մեծերից — միայն 4-ի մոտ (0,2%): Վերջին 5 տարիների ընթացքում վիրաբույժների վերապատրաստման ամբիոնում, պոչուկի էպիթելիալ խուղակի կապակցությամբ, ընդունվել են 43 հիվանդներ, որոնցից 34-ը եղել են տղամարդիկ, իսկ 9 կանայք:

40 ռադիկալ օպերացիաներից, 36-ը կատարված է հեղինակի կողմից առաջարկ եղանակով: Վերքը լավացել է առաջնային ձգումով 31 հիվանդի մոտ: Հետօպերացիոն շրջանում 5 հոգու մոտ տեղի է ունեցել տարբեր տեսակի բարդություններ: Հետավոր արդյունքները ստուգված են 27 հիվանդների մոտ: Ոչ մի հիվանդի մոտ հիվանդության կրկնություն տեղի չի ունեցել:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аминев А. М. Атлас операций на прямой и толстой кишке (рецензия). Вестн. хир., 1962, 1, 150—152.
2. Аминева В. А. К вопросу о редких формах эпителиальных погружений крест.-копчиковой области. В кн.: Элементы проктологии. Куйбышев, 1956, 83—87.
3. Брейдо И. С., Демин В. Н., Литвинова Е. В. Крестцово-копчиковые хордомы. В кн.: Вопр. онкол. 1955, 235—242.
4. Виноградова К. Н. Тератома в области копчиковой кости. Журн. для норм. и патол. гист. и клин. мед., 1876, сент.-окт., 506—524.
5. Джанелидзе Ю. Ю. Дермоидные кисты (тератомы) прямой кишки. Вестн. хир., М., 1938, т. 55, кн. 3, 289—298.
6. Данелян Е. Ребенок с «конским» хвостом. Журн. Арохчапаутюн, 1961, 2, стр. 39.
7. Долинко Ш. Б. и Логинова Л. В. Об эпителиальных копчиковых ходах. В кн.: Элементы проктологии. Куйбышев, 1956, 75—82.
8. Оганесян С. З. К вопросу о лечении копчиковых эпителиальных ходов. Известия Акад. наук АрмССР, 1961, т. 1, 5, 69—74.
9. Пушкарев Н. И. Хордома крестцово-копчиковой области. Хирургия, 1957, прилож. к журн., 24.
10. Рыжих А. Н. Атлас операции на прямой и толстой кишке. М., 1960.
11. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956, 190—210.
12. Ривкин В. Л. Об эмбриогенезе эпителиального хода копчиковой области и оперативном лечении его нагноительных осложнений. Вестн. хир., 1961, 5, т. 86, 85—87.
13. Раменский С. Б. К диагностике эпителиальных ходов и кист крестцово-копчиковой области. Хирургия, 1961, 11, 36—41.
14. Стрельников Б. Е. Клиника и лечение эпителиальных кист крестцово-копчиковой области. Хирургия, 1957, 1, 95—98.
15. Сорокин И. А. О тератоидных опухолях крестцово-копчиковой области. Сов. хирургия, 1935, 10, 140—144.

16. Яхнина Р. С. Случай врожденного дефекта части крестца и отсутствия копчика. Хирургия, 1938, 11, 200—201.
17. Block L. H. and Greene B. L. Pilonidal sinus: Sclerosing Method of Treatment Arch. surg. 37: 1938, 112—122.
18. Brearly R. Pilonidal sinus. A new sheorg of origin. British J. Surg. 43: 1955, 177.
19. Burns F. J. Pilonidal sinus and cyst. Arch. of surgery. № 1, vol. 52, 1946, 33—41.
20. Fox J. L. The origin of Pilonidal sinus, surg, Gynec. and obstetries. vol. 60, I—VI. 1935, 137—149.
21. Gage M. Pilonidal sinus, Ann. os Surg. vol. 109, № 2, 1939, 291—303.
22. Stone H. B. Pilonidal sinus, Ann. of Surg. vol. 79, 1924, № 3, 410—414.