

С. М. ГАЛСТЯН

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КИСТЫ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Эпителиальные кисты крестцово-копчиковой области принадлежат к числу нередких врожденных заболеваний. Насколько часто они встречаются, можно судить хотя бы по литературным данным, указывающим, что на каждые 10 больных с параректальными свищами приходится один такой больной.

Частая ошибочность диагноза при этом заболевании и высокий процент рецидивов (30% и выше) после хирургического вмешательства требуют большого внимания к этой патологии.

В целях изучения вопросов диагностики, клиники и лечения эпителиальных кист крестцово-копчиковой области и заострения внимания практических хирургов на этой патологии мы подвергли анализу истории болезней больных, бывших на излечении в факультетской хирургической клинике Ереванского медицинского института в течение 1939—1962 гг. В указанном периоде времени в клинику поступило 102 больных с эпителиальными кистами крестцово-копчиковой области.

Диагнозы заболеваний, установленные направляющими врачами, у 72 больных значатся как «дермоидная киста копчика». Известно, что дермоидные кисты принадлежат к числу смешанных опухолей, характерной особенностью которых является развитие в них сальных желез, зубов и костей, чем они отличаются от эпителиальных кист крестцово-копчиковой области. Они располагаются между крестцом, копчиком и прямой кишкой.

Для эпителиальных кист крестцово-копчиковой области характерно наличие кожных ямок и углублений по средней линии, подкожное расположение с наличием волос, а также то, что они никогда не бывают больших размеров, как это часто отмечается при истинных дермоидных кистах.

Поэтому в названии болезни целесообразнее придерживаться определения Ходжеса (1880 г.) — «пилонидальный синус» — киста, содержащая в себе волосы.

Следовательно, учитывая дифференциально-диагностические отличия и эпителиальный эмбриогенез заболевания, правильнее его назвать эпителиальной кистой.

Следует заметить, что в трех случаях диагноз вовсе не был поставлен, а в 27 случаях (из 102 направлений) он был неправильный: свищ заднего прохода — у 11 больных, парапроктит — у 7, гнойник области коп-

чика—у 5, параректальный свищ—у 3, остеомиелит копчика—у 1 больного.

Основной причиной ошибочности диагнозов является то, что при диагностике не учитывалось поверхностное расположение гнойных полостей, наличие у некоторых больных срединных вдавлений и отверстий на коже, а также не учитывались сведения из анамнеза, указывающие на выхождение волос у ряда больных с гнойным выделением.

Из 102 больных эпителиальными кистами крестцово-копчиковой области было 73 мужчины и 29 женщин (2,5 : 1). Примерно такое же соотношение отмечается и у многих других авторов. Сравнительно большую частоту заболевания у мужчин вряд ли можно объяснить эмбриогенезом эпителиальных кист. Скорее это можно объяснить особенностями труда и личной гигиены, которые и создают более или менее благоприятные условия для инфицирования и выявления существующих и до этого не распознанных эпителиальных кист.

Многолетние наблюдения дали нам возможность отметить особую частоту эпителиальных кист крестцово-копчиковой области у лиц обоего пола с выраженным ростом волос. Из-за отсутствия данных по поводу отмеченного нами факта мы лишены возможности путем сопоставления данных других авторов должным образом оценить его значение при этой патологии.

Необходимо отметить, что специальность не содействует проявлению болезни. Среди наших больных было 30 рабочих, 39 служащих, 33 учащихся.

По данным как отечественных, так и зарубежных авторов, чаще всего болезнь проявляется в возрасте от 20 до 40 лет. Наши больные распределялись таким образом: от 15 до 20 лет—21 человек, от 21 до 25—30, от 26 до 30—30, от 31 до 35—11, от 35 лет и старше—10.

Приведенные данные показывают, что 81 больной из 102 был в возрасте от 15 до 30 лет и только 21—свыше 31 года. Как видим, преобладающее большинство больных было в возрасте от 15 до 30 лет, на что и должно быть обращено внимание.

Из общего числа больных только у 21 длительность заболевания исчислялась несколькими месяцами (только у 4 из них диагностирована неосложненная эпителиальная киста), остальные же больные по давности заболевания распределялись: до 1 года—26 человек, до 2 лет—18, до 3 лет—13, от 3 до 5 лет—10, более 5 лет—14.

Основываясь на классификации Б. Е. Стрельникова, в которой отражены наблюдаемые клинические формы проявления болезни и стадии заболевания, мы отмечаем: неосложненные формы—у 4 больных, первично-абсцедирующие—у 14, осложненные свищи—у 58, вторично-абсцедирующие—у 26.

Характерно, что 98 из 102 больных эпителиальными кистами обратились за хирургической помощью только после развития у них клинической картины воспаления в виде различных гнойных процессов. Кроме того, как видно из приведенных данных, 84 из 98 больных уже имели

сформированные свищи или рецидив нагноительного процесса, не раз имевшего место в прошлом.

27 больных из 102 в прошлом подвергались операции 38 раз, но ввиду функционирования свищей или повторного абсцедирования (рецидивы составляют 26,5%) вновь вынуждены были обращаться за помощью.

Все вышеуказанное говорит о явном неблагополучии как в своевременной диагностике, так и в организации рационального лечения больных. Неблагополучному состоянию вопроса способствует и то обстоятельство, что первая помощь, оказанная хирургами поликлиник (разрез и эвакуация гноя), приносит больным заметное облегчение, ввиду чего большинство больных избегает новых радикальных необходимых для окончательного излечения оперативных вмешательств.

Вместе с тем, клинический диагноз заболевания обычно ставится на основании анамнеза и данных объективного исследования, а рентгенологическое исследование больных в основном служит для исключения других заболеваний крестцово-копчиковой области. Лечение проводилось в клинике различными оперативными методами, исключая 8 больных, лечавшихся консервативным способом—пенициллинотерапией, которая не ликвидировала рецидивов.

У 45 больных сделано вылушение кист, у 28 применен разрез с выскабливанием, а у 21—иссечение с тампонадой раневой полости.

Вылушение производилось в тех случаях, когда воспалительный процесс, поражая ткани, распространялся недалеко за пределы капсулы кисты.

У этой группы больных в 38 случаях послеоперационная рана зажила первичным натяжением, а у 7 больных, ввиду нагноения раны, заживление шло вторичным натяжением. Чтобы избежать нагноения операционных ран, необходимо при вылушении кисты в этой стадии принимать надлежащие меры по предупреждению послеоперационной гнойной инфекции раны.

Разрез с выскабливанием применен в тех случаях, когда кисты как таковой видеть не удавалось, а имелись гнойные полости с тканями, измененными в различной степени, которые поддерживали длительное функционирование, чаще всего одного свищевого хода.

При применении этого метода в послеоперационном периоде наблюдались гематомы у 10 больных. Это осложнение отрицательно сказывалось на ходе заживления операционных ран.

Метод иссечения с тампонадой раны был применен в тех случаях, когда в результате длительного нагноительного процесса в крестцово-копчиковой области были отмечены значительные рубцовые изменения мягких тканей этой области с наличием одного или более свищей.

В данном случае, несмотря на заживление раны вторичным натяжением, послеоперационный период отличался благоприятным гладким течением, что, по-видимому, может служить основанием для суждения о целесообразности выбора примененного метода операции у этой группы больных.

В удаленных кистах и в гнойных полостях 46 больных были обнаружены волосы, которые следует рассматривать как важное доказательство правильности диагноза и эмбриогенеза эпителиальных кист.

Рецидив болезни установлен у 17 больных, что по отношению к общему числу лечившихся составляет 16,7%. Из числа подвергнутых оперативному лечению 94 больных рецидив отмечен у 9 больных (9,6%).

Итак, опыт клиники и разбор архивных материалов по диагностике и лечению эпителиальных кист крестцово-копчиковой области дает основание сделать следующие выводы:

1. Отмеченное неблагополучие с диагностикой эпителиальных кист, вероятнее всего, связано с недостаточным знакомством широкого круга врачей с сущностью этого заболевания.

2. Ввиду дифференциально-диагностических отличий эпителиальных кист от дермоидных, не следует отождествлять это заболевание с дермоидными кистами и правильнее их называть эпителиальными кистами.

3. Консервативное лечение эпителиальных кист, в частности разрез и пенициллинотерапия, не обеспечивает радикальности излечения.

4. При ранних, неосложненных формах болезни, а также при отсутствии больших изменений в тканях лучшим методом оперативного вмешательства является вылушивание кисты.

Глухое закрытие операционной раны при вылушивании кист допустимо лишь в строго показанных случаях.

5. При наличии свищей или повторных абсцедирований с большими изменениями в мягких тканях следует сделать разрез с выскабливанием гнойной полости или иссечение кисты с тампонадой раневой полости.

Кафедра общей хирургии ПСС факультетов

Ереванского медицинского института

Поступило 17.X 1963 г.

Ս. Մ. ԳԱԼՏՅԱՆ

ՍՐՔԱՆ-ՊՈԶՈՒԿԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԻ ԷՊԻԹԵԼԻԱԼ ԿԻՍՏԱՆԵՐ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Սրբան-պոշուկային շրջանի կիստան ոչ հազվադեպ հանդիպող ի ծնե հիվանդություն է հանդիսանում, որի ախտորոշման և բուժման հարցերը դեռևս բարվոք վիճակում չեն գտնվում:

Ելնելով վերջինից, հեղինակը նպատակ է դրել ֆակուլտետային վիրաբուժական կլինիկայի ու սեփական փորձի հիման վրա վերլուծել այդ հիվանդության պատճեններին, կլինիկային և բուժմանը վերաբերող մի քանի կարևոր հարցեր:

Վերլուծելով ու ամփոփելով այդ հիվանդությամբ տառապած 102 հիվանդներին վերաբերող նյութերը, հեղինակը հանգել է գործնական տեսակետից կարևոր ներքոհիշյալ հետևություններին.

Հիվանդության ախտորոշման ոչ բարվոք վիճակը մեծապես պայմանավորված է այս հիվանդության վերաբերյալ անհրաժեշտ պատկերացում չունենալու հետ:

Ղեկավարվելով դիագնոստիկ տարբերանշաններով ավելի ճիշտ պետք է համարել հիվանդությունը անվանել ոչ թե «Դերմոիդ կիստա», այլ «էպիթելյալ կիստա»:

էպիթելյալ կիստաների կոնսերվատիվ բուժումը պենիցիլինով կամ կտրրվածքներով արդյունավետ չէ, և հետևապես սպասել նրանից արմատական բուժում չի կարելի:

Հիվանդության վաղ՝ չբարդացած շրջանում, երբ հյուսվածքներում դեռևս մեծ փոփոխություններ չկան, բուժման լավագույն եղանակը կիստայի ամբողջական հեռացումն է:

Թարախային ինֆեկցիայի հնարավոր զարգացման նկատառումով, օպերացիոն վերքը խուլ կարելու ցուցումների հարցում պետք է անհրաժեշտ զգուշություն ցուցաբերել:

Հիվանդության ուշ շրջաններում՝ կրկնակի թարախակալումների, հյուսվածքներում խիստ արտահայտված փոփոխությունների և խուղակների առկայության ժամանակ կտրվածքը խոռոչի պատերի քերումով կամ բացահատումը վերքի տամպոնացիայով առավել ցուցված պետք է համարել: