

С. З. ОГАНЕСЯН

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ХОДОВ И КИСТ КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Единой классификации эпителиальных ходов и кист копчиковой области, охватывающей все стадии и формы клинического проявления этого заболевания и удовлетворяющей запросы современной хирургии, до настоящего времени нет.

Многие авторы эпителиальные ходы копчиковой области относят к порокам и, естественно, дают им неправильное толкование.

В отечественной литературе Б. С. Тартаковский (1938) одним из первых попытался классифицировать эпителиальные ходы копчиковой области, которые он ошибочно, как и многие авторы тех лет, называл дермоидными кистами.

Эпителиальные ходы копчиковой области по локализации автор делит на три категории: 1) дермоидные кисты, расположенные между копчиком, крестцом и задней стенкой прямой кишки в периректальной клетчатке, — это так называемое пресакральное положение дермоидных кист; 2) дермоидные кисты, локализованные на дорзальной стороне крестца и копчика непосредственно под кожными покровами, — это так называемое ретросакральное положение дермоидных кист; 3) дермоидные кисты, находящиеся между копчиком и задним проходом.

В первую группу Б. С. Тартаковский включил эпителиальные ходы, расположенные в периректальном пространстве. Однако известно, что эпителиальные ходы и кисты между прямой кишкой и крестцом никогда не располагаются и, вероятно, автор ошибочно включает в свою классификацию истинные дермоидные кисты. В подтверждение вышесказанного мы ссылаемся на его же высказывание: «При тазовом положении нагноившаяся дермоидная киста может вскрыться в полость прямой кишки, и тогда в кале могут обнаружиться атероматозногнойные массы и волосы». Эта клиническая картина очень характерна для истинных дермоидных кист яичника, которые после воспаления и нагноения могут прорваться в прямую кишку [1, 2, 15].

Кроме того, Б. С. Тартаковский в третью группу своей классификации включает те эпителиальные ходы, которые располагаются между копчиком и задним проходом. На наш взгляд, такого выделения делать не стоит, так как данные ходы в ретроанальном пространстве изолированно не встречаются, они обычно располагаются в копчиковой области и заканчиваются у последнего копчикового позвонка, но иногда могут спускаться в ретроанальную клетчатку или подниматься в крестцовую область. Этот переход следует считать обычным проявлением данного

заболевания. Мы хотим сослаться на самого Б. С. Тартаковского, а также и на других авторов, которые не выделяют крестцовые эпителиальные ходы, и это, на наш взгляд, является правильным. Следовательно, мы считаем, что по аналогии нет необходимости выделять и позадианальные эпителиальные ходы. Нам кажется, что вообще область следует указать лишь для того, чтобы иметь ясное представление о местонахождении патологического очага. Так как эпителиальные ходы в основном встречаются в копчиковой области, а их переход в крестцовую или же позадианальную область не меняет ни клинического течения болезни, ни способа лечения, то нет необходимости усложнять название болезни. Область же заболевания следует упоминать по той причине, что имеются редкие формы проявления этого заболевания, например, эпителиальные ходы межпальцевого пространства у парикмахеров, эпителиальные ходы надлобковой, подмышечной, пупочной областей и т. д.

Из трех групп эпителиальных ходов копчиковой области по классификации Б. С. Тартаковского приемлема только вторая группа. Но ясно, что для классификации любого заболевания такая номенклатура недостаточна и эта классификация не может быть взята за основу, так как она не характеризует всех существующих форм и стадий клинического течения болезни.

Приблизительно такую же классификацию предлагает Фростад [9], выделяя все виды эпителиальных ходов в две группы — ходы впереди и позади крестцово-копчиковой области.

Гейдж [10] пытается систематизировать все существующие эпителиальные ходы копчиковой области с точки зрения теории остаточной мозговой трубки. По его мнению, имеется четыре разновидности этого заболевания: 1) простые кожные ходы и кисты; 2) все виды эпителиальных ходов и кист, которые проникают в подкожную клетчатку и не связаны с подлежащими тканями; 3) эпителиальные ходы, которые проникают в крестцово-копчиковый канал, но не сообщаются со спинномозговым каналом; 4) эпителиальные ходы, которые проникают в спинномозговой канал.

Последних двух разновидностей эпителиальных ходов Гейдж сам не наблюдал и классифицирует их лишь на основе наблюдений Майза [14], Риплея и Томсона [16], которые наблюдали эпителиальные ходы у детей с тяжелыми врожденными дефектами позвоночника. Мы, несмотря на большое число наблюдений, ни одного случая проникновения эпителиального хода копчиковой области в крестцово-копчиковый или же в спинномозговой канал не наблюдали. Наши данные подтверждаются данными как отечественной, так и иностранной литературы [3, 4, 5, 6, 8, 11, 12].

На основании всего сказанного можно отметить, что автор, будучи сторонником остаточной мозговой теории, старался представить все возможные варианты этой патологии. Мы считаем, что существующие единичные наблюдения такого порядка следует относить или к случайной комбинации двух совершенно отдельных нозологических единиц или же к диагностическим ошибкам.

Первая и вторая группы, по классификации Гейджа, действительно отражают формы проявления данного заболевания, однако в первую группу автор включил и те формы, которые не встречаются в практике (эти ходы почти не воспаляются и не дают никаких клинических проявлений); во вторую группу он объединяет почти все существующие формы эпителиальных ходов и копчиковой области.

Как видим, классификацию Гейджа нельзя считать удовлетворительной.

Б. Е. Стрельников [7] предлагает свою классификацию.

Во-первых, автор не употребляет термина «эпителиальные свищи», или «ходы», а называет их кистами. Он считает, что первичных свищей не существует, что они появляются лишь в результате воспаления и нагноения кисты. Однако на основании наших данных, а также данных отечественной и зарубежной литературы можно твердо говорить о существовании и эпителиальных ходов и кист (в соотношении 6:1).

Нам кажется, что не стоит смешивать понятие эпителиального хода с понятием кисты. Все существующие теории этиопатогенеза эпителиального заболевания не только не отрицают, а, наоборот, сравнительно лучше объясняют происхождение эпителиальных ходов, нежели кист.

Сам автор не проводит каких-либо специальных исследований, связанных с этиопатогенезом данного заболевания, но придерживается теории эктодермальной инвагинации, сторонники которой как в Советском Союзе, так и за рубежом не отрицают, а, наоборот, утверждают существование эпителиальных ходов. Следовательно, у него нет теоретических оснований отрицать существование эпителиальных ходов; к своему выводу автор приходит, вероятно, на основании клинических исследований.

Анатомически кисту от хода не трудно отличить, и можно классифицировать только те ее случаи, когда эпителиальные образования принимают форму кисты. Но можно ли назвать кистой такой ход, который имеет длину 8—10 см, ширину не более 1,5 см и у которого иногда встречаются боковые разветвления в виде елки. У 6 больных во время операции мы обнаружили наличие вторичного порядка — цилиндрический ход, заполненный аккуратно сложенными наподобие электрического провода волосами.

Б. Е. Стрельников считает, что ходы образуются в результате нагноения кисты. Однако наши исследования показывают, что из 257 больных, страдающих эпителиальными ходами, у 28 в анамнезе не отмечено ни одного обострения и абсцедирования и, наоборот, из 40 больных, страдающих эпителиальными кистами, у 14 в анамнезе имеется от одного до трех обострений воспалительного процесса, и все же абсцедирование не нарушает строения кисты. Следовательно, утверждение автора, что ходы образуются в результате абсцедирования кисты, не верно.

Обследование большого числа детей подтвердило правильность нашего суждения. Ни в одном случае мы не обнаружили эпителиальной кисты. Из 1849 обследованных детей у 14 были обнаружены лишь неболь-

шие ходы глубиной не более 3—4 мм, диаметром наружного отверстия — 2 мм.

Итак, следует считать, что существуют как эпителиальные ходы, так и эпителиальные кисты.

Следовательно, первый существенный недостаток классификации Б. Е. Стрельникова состоит в том, что в ней не отражены основные формы данного заболевания.

По клиническому течению и патолого-анатомической картине заболевания автор выделяет эпителиальные кисты крестцово-копчиковой области в четыре группы: I—неосложненные эпителиальные кисты; II—первично абсцедирующие эпителиальные кисты; III—эпителиальные кисты, осложненные свищами; IV—вторично абсцедирующие эпителиальные кисты.

Деление на первично и вторично абсцедирующие эпителиальные кисты следует считать неверным. Мы не находим никакой разницы между первичным и вторичным абсцедированием и считаем, что в обоих случаях совершенно одинакова как клиническая картина, так и течение заболевания и его лечение.

Однако автор считает, что первично абсцедирующие эпителиальные кисты имеют характерную клиническую картину, резко отличную от клинической картины при вторично абсцедирующих формах, и в связи с этим предлагает и различные методы лечения. По его мнению, при лечении больных в стадии с рецидивом острого воспалительного процесса тем же методом, каким лечат больных в стадии первичного абсцедирования эпителиальных кист, рецидив неизбежен и в этой стадии даже операция с выскабливанием, дающая иногда выздоровление при первично абсцедирующих кистах, обречена на неудачу. Он считает, что только иссечение вторично абсцедирующей кисты и оставление раны открытой может дать исчерпывающий результат.

Против этих доводов возникают как теоретические, так и фактические возражения. Во-первых, при абсцедирующих эпителиальных ходах и при других острых патологических состояниях (парапроктиты, острые остеомиелиты, нагноившиеся кисты и т. д.) радикальная операция не рекомендуется: в процессе воспаления могут вовлекаться окружающие ткани, и отличить стенки эпителиального хода в этих условиях становится зачастую трудной, а иногда даже и невозможной задачей. При недостаточно радикальной операции можно оставить неиссеченной стенку хода, а при сверхрадикальной образуются большие дефекты. Кроме того, становится невозможным глухое зашивание раны из-за наличия инфекции в окружающей клетчатке. При этом затягиваются сроки лечения, получаются грубые и функционально неполноценные рубцы, создаются благоприятные условия для вторичного попадания волос и возможных рецидивов. Затягивание радикальной операции на 10—12 дней резко укорачивает послеоперационный период лечения, создает благоприятные условия для получения первичного натяжения раны, хороших функциональных результатов, а также для уменьшения рецидивов.

Мы считаем, что автор, рекомендуя радикальную операцию в острой стадии, допускает тактическую ошибку. Нельзя согласиться и с другим утверждением автора — производить при первично абсцедирующих эпителиальных ходах вскрытие и выскабливание полости.

Большинство авторов высказывается за то, что метод вскрытия и выскабливания абсцесса дает лишь временное улучшение, окончательное же выздоровление наступает лишь после радикальной операции, когда полностью удаляются стенки хода и волосы. Мы тоже неоднократно убеждались в том, что обычное выскабливание не в состоянии удалить все волосы из хода (очень часто в стенки хода бывает внедрено так много волос, что их невозможно выскоблить или даже вытянуть пинцетом из удаленных макропрепаратов). С другой стороны, нет никакого сомнения, что иногда после обычного вскрытия абсцедирующего эпителиального хода свищ может временно или окончательно закрыться; это в том случае, если в ходах нет инфицированных волос или же если их мало и они в процессе стихания воспалительных явлений постепенно «стерилизуются», инкапсулируются, а в дальнейшем и рассасываются. Как видим, и здесь речь идет не о первичном или вторичном абсцедировании, а о наличии в ходах волос.

В связи с этим можно упомянуть об интересном методе Класса [13], заключающемся, видимо, в профилактике повторного проникновения волос в эпителиальные ходы и поддержанном Гардаувеем [12] и Роффманом [17], которые лечили больных частым бритьем крестцово-копчиковой области и получили относительно хорошие результаты (у Класса из 27 больных 23 выздоровели).

И с этой точки зрения Б. Е. Стрельников прав, считая, что разрез с выскабливанием только иногда приводит к окончательному выздоровлению. Из 23 больных с первично абсцедирующими эпителиальными ходами, излеченных при помощи разрезов и выскабливаний, выздоровели 22; это достаточно хорошие результаты. По-видимому, автором не были проверены отдаленные результаты лечения или же приведены не совсем проверенные сроки наблюдений. Если автор выделяет первично и вторично абсцедирующие формы и предлагает для них отдельные способы лечения, то непонятно, почему к 8 больным (больше 25% больных) с первично абсцедирующими эпителиальными ходами (II гр.) был применен тот способ, который предназначен для больных с вторично абсцедирующим эпителиальным ходом (IV гр.).

Далее автор говорит, что у больных, поступавших с рецидивом острого воспалительного процесса, наблюдается совершенно иная клиническая картина, но не описывает ее.

Однако клиническая картина острого воспаления зависит не от первичного или вторичного абсцедирования, а от вирулентности инфекции, времени предпринятого интенсивного лечения и тех защитных способностей организма, которые он может в это время мобилизовать. Если инфекция очень вирулентна, лечение начинается несвоевременно и общие защитные силы организма слабы, то общие явления и местная картина

протекают очень бурно и наоборот. Следовательно, клиническая картина и течение болезни должны зависеть не от первичного или вторичного абсцедирования, а от взаимоотношений макро- и микроорганизмов и тех защитных приспособлений организма, которые развиваются на этом фоне. Поэтому местные явления при первичном абсцедировании могут быть очень похожими на местные проявления при вторичном абсцедировании, и наоборот.

Необходимость иссечения или рассечения должна решаться, исходя не из количества обострений, а из характера тех местных изменений, которые возникают при данном обострении (если обострение протекает бурно, вопроса об иссечении эпителиального хода стоять не может).

Итак, в делении на первично и вторично абсцедирующие формы нет никакой необходимости, так как клиническая картина, течение и лечение таких больных в основном одинаковы.

В третью группу автор относит больных с хронической стадией эпителиальных ходов и кист.

На наш взгляд, такое объединение всех существующих форм хронического течения этого заболевания не совсем правильно, так как среди данных форм возможны эпителиальные свищи и кисты, которые, несмотря на абсцедирование, не осложнены вторичными свищами и имеют осложненную форму. Имеет значение также и степень осложнения. Очень часто осложнение эпителиального хода выражается в том, что на полсантиметра или же на сантиметр от средней межъягодичной линии имеется один или два небольших вторичных хода. Встречаются осложненные эпителиальные ходы, вторичные свищи которых располагаются по обе стороны от средней линии, доходя иногда до середины ягодич. Лечение таких больных следует проводить иначе: вместо овального (иногда более широкого) иссечения эпителиального хода здесь необходима пластическая операция.

Следует отметить, что в этой классификации не отведено место для рецидивирующих форм эпителиальных ходов, а между тем рецидивы этой болезни довольно часты.

Исходя из всего вышесказанного, а также имея в виду, что клиническая классификация эпителиальных ходов должна отражать все известные на сегодняшний день формы проявления эпителиальных ходов и кист, мы считаем необходимым внести в классификацию Б. Е. Стрельникова некоторые исправления и дополнения. Она должна также давать представление о различных периодах течения заболевания. Эпителиальные ходы и кисты по клиническому течению могут быть выделены в две большие группы.

- I. Острое воспаление эпителиального хода и кисты.
 1. Инфильтративные эпителиальные ходы и кисты.
 2. Абсцедирующие эпителиальные ходы и кисты.
 3. Флегмонозные эпителиальные ходы и кисты.
- II. Хроническое воспаление эпителиального хода и кисты.
 1. Неосложненные эпителиальные ходы и кисты.

2. Осложненные эпителиальные ходы и кисты.

а) I степени, б) II степени.

3. Рецидивировавшие эпителиальные ходы.

В I группу входят больные в острой стадии заболевания независимо от числа обострений; во II—в хронической. Эта группа делится на 3 подгруппы. К первой подгруппе относятся больные, у которых имеется одно или несколько точечных отверстий строго по средней линии, независимо от анамнеза; ко второй—больные, у которых было одно или несколько абсцедирований, после которых остались вторичные свищи. Эта подгруппа в свою очередь подразделяется надвое—I и II степени. К I степени относятся те случаи, когда свищевые ходы находятся на расстоянии 2—2,5 см от среднемежъягодичной линии (у этих больных удается произвести эллипсоидный разрез с охватом всех ходов. Лечение сводится к обычному, но более широкому иссечению свищевого хода); ко II степени—больные, у которых свищевые ходы располагаются на расстоянии свыше 3 см от средней межъягодичной линии и которым необходимо произвести широкие разрезы, удалить большие участки кожи со свищами или хроническими инфильтратами. Как правило, такие больные нуждаются в пластической операции.

К третьей подгруппе относятся больные, одно- или многократно подвергшиеся радикальной операции, но с незакрывшимися свищами.

Нам кажется, что описанная выше классификация эпителиальных ходов и кист отражает все возможные варианты этого заболевания и удобна для практического применения.

Кафедра хирургии
Ереванского ГИДУВ-а

Поступило 23/IV 1965 г.

Ս. Զ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՊՈԶՈՒԿԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԻ ԷՊԻԹԵԼԻՅԱԼ ՈՒՂԻՆԵՐԻ ԵՎ ԲՇՏԵՐԻ
ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակը, քննադատորեն մոտենալով գոյություն ունեցող կլասիֆիկացիաներին և ելնելով իր սեփական փորձից, առաջարկում է նոր լրացված կլասիֆիկացիա, ըստ որի էպիթելյալ ուղիները և բշտերը բաժանվում են երկու խմբի:

1. էպիթելյալ ուղիների և բշտերի սուր բորբոքումներ, որոնք իրենց հերթին լինում են հետևյալ ձևերի. 1. Ինֆիլտրատիվ, 2. Թարախակույտային,

3. Ֆլեգմանոզ:

II. էպիթելյալ ուղիների և բշտերի խրոնիկ բորբոքումներ, որոնք լինում են.

1. Չբարդացված,
2. Բարդացված՝ ա) I աստիճանի, բ) II աստիճանի:
3. Ռեցիդիվիվող էպիթելյալ ուղիներ:

Առաջին խմբին հեղինակը դասում է հիվանդության բոլոր սուր դեպքերը անկախ անցյալում ունեցած սրացումների հաճախականությունից: Երկրորդ խմբի մեջ դասվում է հիվանդության խրոնիկ դեպքերը, որոնք նորից բաժանվում են 3 ենթախմբերի. 1-ին ենթախմբի մեջ մտնում են այն հիվանդները, որոնք ունեն մեկ կամ մի քանի կետավոր անցքեր, դասավորված ուղիղ միջին գծով, անկախ անամենզտիկ տվյալներից: 2-րդ ենթախմբի մեջ մտնում են այն հիվանդները, որոնք ունեցել են մեկ կամ մի քանի թարախակալումներ և որպես հետևանք առաջացել են խուղակներ: Այս ենթախումբը նորից բաժանվում է 2 աստիճանների: 3-րդ ենթախմբի մեջ մտնում են այն հիվանդները, որոնք ենթարկվել են ռադիկալ օպերատիվ միջամտության մեկ կամ մի քանի անգամ, բայց խուղակները չեն փակվել: Առաջարկված կլասսիֆիկացիան լրիվ արտացոլում է այդ հիվանդության բոլոր կլինիկական ձևերը և շատ հարմար է պրակտիկ գործածության համար:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Джанелидзе Ю. Ю. Вестник хирургии, 1938, т. 5, 3, стр. 289.
2. Ишханов В. И. Врачебное дело, 1955, 3, стр. 262.
3. Рыжих А. И. Хирургия прямой кишки. М., 1956, стр. 190.
4. Ривкин В. Л. Вестник хирургии, 1961, т. 86, 5, стр. 85.
5. Раменский С. Б. Хирургия, 1961, 11, стр. 36.
6. Стрельников Б. Е. Диссертация, 1958.
7. Стрельников Б. Е. Эпителиальные кисты крестцово-копчиковой области. М., 1962.
8. Downind Y. G. Barber's pilonidal sinus. J. A. M. A. 148:1501, 1952 (April 26).
9. Frostad H. Sacral dermoid cysts. Especially with a view to their treatment. Acta chir. scand., 1946, 93, 1, p. 23—32.
10. Dage M. Pilonidal sinus: an explanation of the embryologic development. Arch. surg 1935, 31, 175—189.
11. Gerard M. Etiology of Pilonidal sinus, of the Umbilicus. American J. surg. v. 103/3, 1962, pp. 394—396.
12. Hardaway R. M. Pilonidal sinus of the Umbilicus. U. S. Armed Forces M. J. 10:88 1959.
13. Klass A. A. The so-called pilonidal sinus. Canad. M. A. J., 75:737, 1956.
14. Moise T. S. Staphylococcus meningitis secondary to congenital sacral sinus. Surg. Gynec., and Obstet, 1926, 42:3, 394—397.
15. Nigam R. A case of dermoid arising from the rectal Wall, Brit. J. surg, 1947, 35: № 138, 218—219.
16. Ripley N. and Thompson D. C. Pilonidal sinus as a Route of Infection in case of Staphylococcus meningitis. Am. J. Dis. child., 1928, 36:785—788.
17. Roffman R. A. A Re-evaluation of the Pathogenisis of pilonidal sinus. Ann. surg., 150, № 5, 1959, 895—903.