

նոգլոբուլինների կազմի խանգարումներ, և արյան հիստամինի մակարդակի բարձրացում: Յույց է տրված դիսիմունոգլոբուլինեմիայի և հիպերհիստամինեմիայի կապը հիվանդության ձևից, ընթացքի ծանրությունից, և ախտաբանական պրոցեսի փուլից (սրացում, ռեմիսիա): Պարզված է Ա և Գ կարգի իմունոգլոբուլինների և հիստամինի միջև հակադարձ կորելյացիոն կապ խորնիկական ասթմատիկ բրոնխիտով (նախաասթմա) հիվանդների և բրոնխիալ ասթմայի ինֆիկցիոն-ալերգիկ ու խառը ձևերի ժամանակ:

M. Z. NARIMANOV, A. K. YEGOYAN, V. G. AMATOUNI

DISIMMUNOGLOBULINEMIA AND HYPERHISTAMINEMIA IN BRONCHIAL ASTHMA AND CHRONIC ASTHMATIC BRONCHITIS

The data on the change of immunoglobulins of A,M,G classes and level of histamine in patients with bronchial asthma and asthmatic bronchitis are given.

The correct evaluation of the state of immunocompetent system in different forms of bronchial asthma and preasthma can become the basis for the correcting therapy.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авербах М. М. Иммунологические аспекты легочной патологии. М., 1980.
2. Адо А. Д. Бронхиальная астма. М., 1969.
3. Адо А. Д. Частная аллергология. М., 1976.
4. Ковтюх Л. В. В кн.: Актуальные вопросы эпидемиологии и инфекционных болезней. М., 1975, с. 130.
5. Маянский А. Н. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1979, 5, с. 14.
6. Мещерякова С. А. Лаб. дело, 1971, 2, с. 103.
7. Федосеев Г. Б., Жихарев С. С., Лаврова Т. Р. Клеточные и субклеточные механизмы защиты и повреждения бронхов и легких. Л., 1980.
8. Фонталих Л. Д., Певницкий Л. А. Иммунологическая толерантность. М., 1978.
9. Чернух А. М., Фролов Е. П. Кожа. М., 1982.
10. Чернушенко Е. Ф., Когосова Л. С. Иммунология и иммунопатология заболеваний легких. Киев, 1981.
11. Гершеин М. Э. Бронхиальная астма. М., 1984.
12. Burrell R., Flanetry D., De Neep D. Am. Rev. Resp. Dis., 1974, 109, 106.
13. Mancini G., Carbonara A. O., Heremans J. F. Immunochemistry, 1965, 2, 235.

УДК 616.711.8:616.5—002

Л. У. НАЗАРОВ, Р. А. АМБАРЦУМЯН, Э. Б. АКОПЯН

ГНОЙНИЧКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРОМЕЖНОСТИ И КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ (обзор литературы)

Приведен обзор отечественной и иностранной литературы по гнойничковым поражениям кожи промежности, крестцово-копчиковой и ягодичной областей. Обсуждены вопросы дифференциальной диагностики данного заболевания, встречающегося как изолированно, так и в сочетании с проктологическими заболеваниями. Показана необходимость поиска рациональных методов лечения больных с регионарной пиодермией.

В практике проктолога нередко встречаются обширные пиодермические поражения промежности и крестцово-копчиковой области. Чаще

всего они возникают на фоне длительно существующего свища прямой кишки или эпителиального копчикового хода, однако могут развиваться и вне связи с этими заболеваниями. Лечение хронической пиодермии промежности и крестцово-копчиковой области входит в компетенцию проктолога-хирурга, т. к. образующиеся при этом множественные гнойные очаги и свищевые ходы практически не поддаются консервативной терапии.

Пиодермические поражения являются наиболее распространенными среди всех кожных болезней [8]. Возбудителями заболевания обычно являются пиококки и в ряде случаев кишечная палочка.

Практически пиодермия неконтагиозна, она возникает, как правило, при отсутствии необходимого ухода за кожей, при мацерации, расчесах, трении одежды и в связи с другими предрасполагающими факторами. Постоянно сапрофитирующие в устьях волосяных фолликулов микроорганизмы вызывают воспаление—от поверхностного до глубокого фолликулита. Наиболее часто гнойничковые поражения кожи вторичны, они осложняют какое-либо местное заболевание, имеющее воспалительный характер. Прежде всего изменения перианальной кожи имеют место у больных неспецифическим хроническим парапроктитом. Работ, посвященных этому аспекту парапроктита, весьма мало.

В 1900 г. D. Goodsall, W. Miles [26] описали больного со свищем прямой кишки, у которого почти вся кожа перианальной области была уплотнена, синюшна, и на этом большом инфильтрированном участке открывалось 43 свищевых отверстия. Впоследствии А. Н. Рыжих [17], описывая таких больных, предлагает термин «дермондоз». Термин этот условный, так как не объясняет характера патологии у больных с множественными наружными отверстиями банального свища прямой кишки. Автор, видимо, хотел указать на возможность изменений кожи ягодниц при хроническом рецидивирующем парапроктите. Наиболее подробное описание параректальных свищей, осложненных пиодермией, приведено в публикации Л. У. Назарова с соавт. [13]. При этом указывается, что изменения кожи могут быть настолько выражены, что выступают в клинике на первый план.

Хроническую регионарную пиодермию нередко путают со специфическими поражениями кожи промежности и крестцово-копчиковой области.

За последние годы по вопросу туберкулезного поражения перианальной зоны нам встретилось всего 4 публикации. Обширный обзор литературы и два собственных наблюдения перианального туберкулеза приведены в третьем томе «Руководства по проктологии» А. М. Аминевым [2]. Автор подчеркивает статистическую редкость наблюдений туберкулезного парапроктита и справедливо отмечает вторичный характер инфицирования прямой кишки. На основании обнаружения туберкулезных палочек в гнойном отделяемом свищей прямой кишки туберкулезу приписывалась роль главного этиологического фактора. Однако в последующих, более поздних, публикациях [30] было показано, что туберкулезный парапроктит возникает в результате сапрофитирования туберкулезных бацилл в отделяемом из вульгарных свищей прямой кишки, возникающих после неспецифического острого парапроктита.

К. Alapcar [20] описал больного с узелковым туберкулезом анального канала, а А. Gupta с соавт. [28] указывают на возможность наличия туберкулезной язвы в этой области, которая по внешнему виду иногда может напоминать раковое поражение. Подробное изучение анамнеза и тщательное обследование больных с гистологическим исследованием тканей в пораженной зоне создает возможности для дифференциальной диагностики.

Туберкулез анального канала и периаанальной области в настоящее время встречается исключительно редко. Такие больные представляют казуистическую редкость, хотя возможность изолированного туберкулезного поражения заднего прохода и околопрямокишечной клетчатки отрицать не следует.

К еще более редким заболеваниям относится периаанальная амебоза, которая возникает при специфических амебных колитах, диагностируемых на основании исследования толстой кишки, анамнеза и бактериологического анализа фекалий.

Казуистической является также параректальная локализация болезни Реклинггаузена [31], периаанальной малококплакии [25], периаанального эндометриоза [27, 34] с местной кожной гипоплазией типа остроконечных кондилом (синдром Гольца) [22].

Имеются сведения и о специфической параректальной локализации некоторых паразитарных заболеваний кожи [8, 29]. Среди них могут встретиться и типичные дерматомикозы (микроспорин, парша, эпидермофития) и бластомикозы, особый вид грибка (актиномицет), довольно часто поражающего периаанальные ткани. В работах Г. С. Пинзур [15] и О. Б. Минскера [9, 10] обсуждаются диагностические и лечебные аспекты актиномикоза, в том числе с локализацией в анальной области. Отдельные наблюдения анального актиномикоза приведены в работах М. Е. Миракян [11], Н. Poppel, M. Christiëns [32] и других авторов. На наличие актиномикотического парапроктита указывают: плотность инфильтрата, множественные, как бы подрывные, свищи, отсутствие типичного внутреннего отверстия свищей в анальном канале, а также результаты специфических серологических и кожных проб на актиномикоз. Обнаруженные при биопсии тканей друзы актиномицета подтверждают окончательный диагноз. При множественных свищах прямой кишки, когда анамнез не типичен или эпидемиологически подозрителен, необходимо обследовать больного на актиномикоз. По установлении специфики болезни только длительное этиотропное, главным образом консервативное лечение может дать успех. Поспешная операция в подобных случаях приводит, как правило, к неудовлетворительным результатам.

Несколько шире освещен вопрос изменений кожи у больных гнойными свищами крестцово-копчиковой области на почве эпителиального копчикового хода. Различные эпителиальные погружения в этой области описаны подробно А. М. Аминевым [1]. На основании наблюдений за 58 больными автор приходит к выводу, что такие погружения являются пороками развития кожи. В дальнейшем В. Л. Ривкин [16] в работе, посвященной патогенезу, клинике и лечению гнойных ослож-

нений эпителиального копчикового хода, показал, что это заболевание довольно часто сопровождается изменениями кожи крестцово-копчиковой области, связанными с многократным абсцедированием и развитием многочисленных наружных отверстий вторичных гнойных свищей. Автором проведена дифференциальная диагностика таких свищей с туберкулезом, остеомиелитом, хроническим парапроктитом.

В работе, вышедшей из НИИ проктологии МЗ РСФСР [6], проанализированы результаты лечения более 1500 больных с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода. Однако в ней отсутствуют описания изменений кожи при этом заболевании. Работы по вопросу эпителиальных ходов крестцово-копчиковой области были опубликованы также С. З. Оганесяном [14], Г. И. Мухадзе [12], однако указанные изменения кожи у больных не привлекли внимания исследователей. В последующем многие авторы, затрагивающие вопросы клиники и лечения больных эпителиальным копчиковым ходом [2, 4, 7, 21], также не приводили описаний кожных изменений у этих больных. Не обсуждался этот вопрос и на симпозиуме, посвященном лечению копчиковых ходов [24]. По данным D. Rignault и соавторов [33], обследовавших 572 больных с гнойными свищами крестцово-копчиковой области, 20% составили пациенты, у которых изменения кожи были настолько выражены, что это осложняло тактику хирургического лечения.

Весьма важные сведения в аспекте патологии кожи в крестцово-копчиковой области приведены в работе М. Е. Миракян [11]. В результате проведения микробиологического анализа гнойного содержимого из свищей на почве эпителиального копчикового хода автором установлено, что микробная флора состояла главным образом из гноеродных бактерий, кишечной палочки и стафилококков. Автором описаны редкие поражения кожи крестцово-копчиковой области—актиномикоз (6 наблюдений) и глубокие микозы (у 2 кокцидиоз и у 2 недифференцированный микоз). При этом важно подчеркнуть отсутствие патогномичного признака эпителиального копчикового хода—первичного его отверстия (отверстий) в межъягодичной складке. Можно предположить, что в связи с длительным рубцово-гнойным процессом такое отверстие вполне могло быть скрыто грубыми глубокими рубцами. Вывод, который делает автор, вполне обоснован: при сложных формах эпителиального копчикового хода целесообразно исследовать флору содержимого гнойных свищей на актиномикоз и грибки.

Наиболее подробно анальные и перианальные микозы описаны в работе E. Douel с соавт. [23]. Авторы наблюдали 45 больных с анальным зудом (39 взрослых и 6 детей), из которых у 27 в соскобах кожи были обнаружены грибки, в то время как в контрольной группе грибки с кожи этой области практически не высевались. При идентификации у 12 из 27 пораженных обнаружен грибок *trichophyton rubrum*, т. е. наиболее распространенный их вид.

В работах О. Б. Минскера [9] и В. Н. Вихновой [5] подробно рассматривается кокцидиоз «*sui genesis*». Это заболевание с преимущественной локализацией в области крестца, копчика, ягодиц, наружных гениталий и подкрыльцовой области. Визуально изменения кожи

очень напоминают рассматриваемые нами поражения, а дифференциальная диагностика представляет определенные трудности, так как микроскопия и культуральные исследования на возбудитель дают отрицательный ответ. После тщательных исследований на различные грибки и другие возбудители поражений кожи авторы пришли к важному выводу о том, что здесь речь идет о хронической пиодермии, которая имеет место в 5—14% всех кожных заболеваний. Флора таких гнойничков разная, преимущественно это стафилококки и стрептококки, причем в большинстве случаев весьма устойчивые к антибиотикам.

В. Н. Вихнова [5] приводит результаты обследования и лечения 186 больных с хронической пиодермией, из которых только у 13 человек выявлен актиномикоз или другие, еще более редкие, грибковые поражения (хромомикоз, споромикоз). Автор справедливо пишет, что в настоящее время большинство практических врачей именуют описываемое заболевание кокцидиоидозом, в то время как при углубленном специальном исследовании ни у одного больного с таким диагнозом грибок настоящего кокцидиоидоза выявлен не был. Патоморфологически также ни в одном случае не было выявлено типичного для истинного кокцидиоидоза выхода эндоспер из сферул грибка. К сожалению, проктологического обследования больных, описанных В. Н. Вихновой, не проводилось. Только у одного больного автор наблюдала сочетание пиодермии и эпителиального копчикового хода.

Анализ данных литературы позволяет заключить, что поражения кожи, сопутствующие хроническому парапроктиту и эпителиальному копчиковому ходу, не являются казуистической редкостью. Такие регионарные и обширные кожные поражения у этих больных значительно затрудняют диагностику основного первичного проктологического заболевания и усложняют тактику лечения.

Кафедра проктологии
Ереванского ГИУВа

Поступила 27/III 1985 г.

Լ. Հ. ՆԱԶԱՐՈՎ, Ռ. Ա. ՀԱՄԲԱՐՉՈՒՄՅԱՆ, Է. Բ. ՀԱՎՈՐՅԱՆ

ՇԵՔԻ ԵՎ ՍՐԲԱՆ-ՊՈԶՈՒԿԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԻ ՄԱՇԿԻ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ԱԽՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐԸ

Շեքի և սրբան-պոչուկային շրջանի մաշկի թարախային ախտահարումները գրականության մեջ քիչ են բացահայտված: Հոգվածում բերված ժամանակակից հայրենական և արտասահմանյան գրականության տվյալները վկայում են այն մասին, որ հաճախ ուղիղ աղու խոռակներով և էպիթելային պոչուկային ուղիներով տառապող հիվանդների մոտ առաջանում են թարախային բորբոքումներ: Այդ հիվանդությունները կարիք ունեն վիրաբուժական միջամտության, քանի որ թերապևտիկ բուժումը գրեթե արդյունք չի տալիս:

L. H. NAZAROV, R. A. HAMBARTSUMIAN, E. B. HAKOPIAN
**PUSTULAR AFFECTIONS OF THE PERINEUM AND
 SACROCOCCYGEAL REGION'S SKIN (REVIEW OF THE LITERATURE)**

The data about the pustular affections of the skin of perineum and sacrococcygeal region, brought in the native and foreign literature are discussed. The problem of the differential diagnosis of this disease, isolated as well as combined with the proctologic diseases, is touched upon. The necessity of the revelation of rational methods of treatment of patients with regional pyoderma is stressed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аминов А. М. Руководство по проктологии, т. 1. Куйбышев, 1965.
2. Аминов А. М. Там же, т. 3. Куйбышев, 1973.
3. Аминов А. М. В сб.: Вопросы хирургической гастроэнтерологии. Куйбышев, 1979, с. 99.
4. Ананикян П. П., Оганесян М. А., Балян М. И. Тез. докл. II Всесоюз. конф.: Вопросы проктологии. Ереван, 1981, с. 29.
5. Вихнова В. Н. Дисс. канд. М., 1979.
6. Врублевский В. А. Дисс. канд. М., 1977.
7. Джангиров Э. А. Дисс. канд. Ереван, 1979.
8. Машкилейсон Л. Н. Инфекционные болезни кожи. М., 1960.
9. Минскер О. Б. Дисс. канд. М., 1971.
10. Минскер О. Б. Вестн. дерматол., 1977, 4, с. 28.
11. Милякин М. Е. Хирургия, 1976, 2, с. 65.
12. Мухадзе Г. И. Дисс. канд. Тбилиси, 1970.
13. Назаров Л. У., Акопян Э. Б., Амбарцумян Р. А., Энфенджян А. К. Хирургия, 1983, 4, с. 65.
14. Оганесян С. З. Дисс. докт. Ереван, 1965.
15. Пинзур Г. С. Дисс. канд. М., 1969.
16. Рязкин В. Л. Дисс. канд. М., 1961.
17. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956.
18. Стельников Б. К. Эпителиальные кисты крестцово-копчиковой области. М., 1962.
19. Танинский Л. С., Казаков Э. С., Чичев Е. И. Хирургия, 1978, 5, с. 88.
20. Alancar K. Dis. colon rectum, 1974, 17, 2, 2546.
21. Arnous J., Denis J., Dubois N. Gastroenterol., clin. et biol., 1977, 1, 11, 945.
22. Gargasini O., Ferguson E. Dis. colon rectum, 1977, 2, 1, 43.
23. Drouet E., Villot J., Borderon J. Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1975, 64, 7, 581.
24. Eftaiha M., Abcarian H. Dis. colon rectum, 1977, 20, 4, 219.
25. Filotico M., Renda G. Tumori, 1971, 3, 189.
26. Goodsall D., Miles W. Diseases of the anus and rectum. London, 1900.
27. Gordon P., Schotter J., Balgos E., Goldberg S. Dis. colon rectum, 1976, 19, 3, 260.
28. Gupta A., Sharma V., Rathl G. Amer. J. Proctology, 1976, 27, 1, 33.
29. Lemory J. Ann. gastroenterol. et hepatol., 1976, 6, 403.
30. Logan C. Proc. Roy. Soc. Chir., 1969, 62, 1227.
31. Lubanski J., Orcel L., Natall J. Arch. Fr. Mal. App. Dig., 1973, 62, 7, 625.
32. Poppel H., Christiens M. Colo-Proctology, 1981, 3, 5, 322.
33. Rignault D., Pailler J. Gastroenterol., clin et biol., 1977, 1, 11, 925.
34. Rivera G., Nancy V., Rodrigues R. Rev. cubana obstet. y ginecol., 1977, 3, 1, 93.