

617.434.6

Д 81



ИБЛИОТЕКА

РАКТИЧЕСКОГО

РАЧА

Ю. В. ДУЛЬЦЕВ, В. Л. РИВКИН

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД



МОСКВА · ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

. _ A - ^ (

ВАЖНЕЙШИЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Ю. В. ДУЛЬЦЕВ, В. Л. РИВКИН

**ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ
КОПЧИКОВЫЙ
ХОД**

Ж

МОСКВА • «МЕДИЦИНА» • 1988

ББК 54.5
Д81
УДК 617.559-007.253

Рецензент *В. П. Петров*, проф., зам. начальника кафедры
хирургии Военно-медицинского факультета ЦОЛИУВ.

Дульцев Ю. В., Ривкин В. Л.
Д81 Эпителиальный копчиковый ход. — М.: Медицина,
1988. — 128 с: ил. — (Б-ка практ. врача. Важнейшие
вопр. хирургии). ISBN 5—225—00074—6

В книге показана возможность развития кожной аномалии крестцово-копчиковой области (эпителиального копчикового хода) вследствие неполной редукции хвостовых мышц и хвостовой связки. Описаны причины возникновения острого и хронического воспаления эпителиального копчикового хода, на почве которого возникают хронически и упорно текущие гнойные свищи крестцово-копчиковой области. Приведена собственная классификация гнойных осложнений эпителиального копчикового хода. Описаны современные методы консервативного и оперативного лечения гнойных свищей крестцово-копчиковой области, в том числе собственная модификация радикальной операции.

Книга рассчитана на хирургов, проктологов.

411300000—117
Д — ^ т т г т ^ — ^ — 122—88

ББК 54.5

© Издательство «Медицина»,
Москва, 1988

ПРЕДИСЛОВИЕ

Среди пациентов хирурга и тем более проктолога часто встречаются больные с постоянно функционирующими или рецидивирующими гнойными свищами крестцово-копчиковой области. Причинами таких свищей в большинстве случаев являются инфицирование и хроническое воспаление узкого, выстланного обычным кожным эпителием канала (хода) в дистальной части межъягодичной складки, открывающегося наружу одним или реже несколькими точечными отверстиями вблизи края заднего прохода, между ним и верхушкой копчика.. Этот ход представляет собой врожденную аномалию кожи, связанную, вероятнее всего, с неполной редукцией мышечных и соединительных структур каудального отдела позвоночника эмбриона (хвоста).

Каких-либо серьезных расстройств общего состояния больных при хроническом гнойном воспалении копчикового хода обычно не возникает, но боли, постоянные патологические выделения из свищей или частые рецидивы абсцессов у этих больных — лиц преимущественно молодого, работоспособного возраста — приводят к частой, иногда длительной потере трудоспособности и требуют постоянной тщательной санации кожи крестцово-копчиковой зоны. Врачи разных специальностей пока плохо знакомы с описываемым заболеванием, часто смешивают его с парапроктитом, дермоидными кистами параректальной области, что ведет к неадекватному лечению.

В 1972 г. вышла в свет книга «Гнойные свищи крестцово-копчиковой области», в которой авторами на основании собственных исследований и клинической практики Научно-исследовательского института проктологии Министерства здравоохранения РСФСР приводилась трактовка некоторых аспектов этиологии и патогенеза эпителиального копчикового хода, описывались принципы лечения его гнойных осложнений. Книга быстро разошлась, и многие специалисты ее не получили.

За прошедшие годы появились новые аспекты лечения этого заболевания, прежде всего в связи с учетом осо-

бенностей вариантов анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области. Уточнена дифференциальная диагностика копчикового хода и хронической пиодермии этой зоны. По мере накопления опыта, который в настоящее время в указанном выше институте составляет более 4000 радикальных операций, появились и были внедрены в практику новые важные принципы послеоперационного лечения больных с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода.

Все это дает авторам право предложить читателям новую книгу. Они надеются, что книга будет встречена так же благожелательно, как первая монография на данную тему.

**ПРОИСХОЖДЕНИЕ И РАЗВИТИЕ
ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА**

Гнойное воспаление кожного хода в крестцово-копчиковой области первым описал, видимо, Anderson в 1847 г. Более подробно возможные причины возникновения такого хода и его гнойных осложнений объяснил Warren (1854), который привел клинические наблюдения и дал рекомендации по хирургическому лечению таких свищей. Этот автор считал, что если почему-либо длинные волосы на коже этой зоны начинают «расти назад», т. е. врастать в кожу снаружи внутрь, то они «могут потянуть за собой участок кожи», т. е. дать начало формированию уже заранее инфицированного кожного хода. Интересно, что такое, на наш взгляд, в общем наивное, трудно объяснимое и чисто умозрительное заключение нашло сторонников не только среди современников автора. Такого мнения придерживаются некоторые хирурги, в том числе отечественные [С. Г. Оганесян, 1971], и в настоящее время.

Как правило, хирурги обнаруживали, что у больных с хроническими гнойными свищами этой зоны по средней линии крестцово-копчиковой области, в дистальном участке межъягодичной складки имеется довольно длинный (2—3 см) узкий кожный канал, в просвете которого скапливаются и сваливаются в комок волосы, а затем в связи с близостью заднего прохода образовавшееся «волосяное гнездо» (pilonidal sinus) инфицируется. Понятие «пилонидальный синус» при всей спорности обозначения патологического процесса до сих пор прочно удерживается в иностранной специальной литературе.

Фактов, подтверждающих такое происхождение копчикового хода, нет, да их и трудно ожидать, ибо сама концепция, по нашему мнению, надуманна и искусственна. Тем не менее теория неправильного врастания волоса оказалась весьма живучей, видимо, в связи с отсутствием других, более удовлетворительных объяснений возникновения эпителиального копчикового хода.

Анализ литературы убеждает в том, что до сих пор в ходу не менее странные гипотезы, например разработанная F. Tougneaux и G. Neumann (1880) теория возникно-

вения копчикового хода из остатков спинной хорды. Изучая эмбрионы человека на разных периодах развития плода, эти авторы показали, что хвостовой остаток хорды зародыша («копчиковый мозговой остаток») и есть, вероятно, основа будущей аномалии кожи, а именно копчиковых опухолей и синусов. Возможно, что описываемый рудимент действительно является базовой структурой крестцово-копчиковых опухолей (тератомы и др.). Однако причем же здесь эпителиальный копчиковый ход, не являющийся ни плотной опухолью, ни кистой? Вследствие приведенного объяснения возникновения опухолей этой области в литературе часто смешивают понятия «копчиковый ход» и «копчиковая киста». Ниже показано, что ни в одном наблюдении при макро- и микроскопическом исследовании удаленных копчиковых ходов не выявлено опухолевых элементов или структур, характерных для тератом и дермоидных кист. Это два различных заболевания.

Нам импонирует другая теория — возникновение эпителиального копчикового хода вследствие неполной редукции хвоста у человека [Петров Н. Н., 1908]. А. Dao и M. Netsky (1984) собрали в литературе 34 описания истинного и ложного хвоста у людей. Истинный хвост, достигающий иногда длины 12—13 см, построен из жировой и соединительной ткани, а в центре его имеются и поперечно-полосатые мышцы, и кровеносные сосуды, и нервы. Такой хвост радикально удаляют хирургическим путем; случаев рецидивирования не отмечено. Ложный хвост — это просто выпячивание кожи и подкожной жировой клетчатки, связанное, как правило, с некоторым удлинением копчиковых позвонков. Причина формирования истинного хвоста (очень редкая аномалия у человека) заключается в нарушении процессов эмбриогенеза. Что же происходит при другом варианте, т. е. в случае, если процессы эмбриогенеза, так сказать, визуально завершены, а структуры бывшего хвоста исчезли не полностью? Н. Н. Петров (1903) в этой связи писал, что так называемая хвостовая связка не происходит из остатков спинной хорды, а зависит от неполной редукции мышечных и соединительнотканых элементов хвоста. Остатки эмбриональной спинной струны (хорды) могут быть причиной развития крестцово-копчиковых дермоидных кист и других тератом, но не имеют отношения к развитию эпителиального копчикового хода. Именно эта концепция принята нами для дальнейших исследований и рассужде-

ний: хвостовая связка «тянет» участок кожи к крестцу, что и ведет к образованию эпителиального хода.

Другие теории возникновения эпителиального копчикового хода — теория эктодермальной инвагинации [Fox S., 1935], гипотеза о возникновении копчикового хода вследствие постоянного инфицирования этой зоны и неправильного роста волос [H. Patey^ R. Scarf, 1948] — связаны с приведенными выше взглядами. Они только детализируют патогенез самого кожного хода, а основные посылки одни и те же — неправильный рост волос. Такой взгляд не находит пока удовлетворительного объяснения и тем более экспериментального подтверждения.

Эпителиальный копчиковый ход как аномалия развития кожи, не известная ее носителю и не приведшая ни к каким клиническим проявлениям, при специальных обследованиях практически здоровых детей и юношей встречается в 0,5—1% случаев [Долинко Ш. Б., Логинова Л. В., 1956; Ибрагимова Н. Р., 1972]. При анализе частоты гнойных осложнений этой аномалии кожи установлено, что из каждых 10 больных хроническим парапроктитом один страдает гнойными свищами на почве воспаления эпителиального копчикового хода [Ривкин В. Л., Александров В. Б., 1972]. В проктологических стационарах больные с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода занимают в структуре всех болезней четвертое место после геморроя, парапроктита и анальной трещины.

«Пилонидальной болезни» посвящена большая иностранная литература. В последние 20 лет гнойные осложнения эпителиального копчикового хода описаны в монографиях [Рыжих А. Н., 1956; А. М. Аминев, 1965; В. Д. Федоров и др., 1984], многочисленных журнальных статьях, докторских и кандидатских диссертациях отечественных авторов. По нашему мнению, этот вопрос можно было бы уже не обсуждать, но появляются все новые интересные аспекты проблемы, в том числе и те, которые трактуются в данной книге.

Если попытаться ретроспективно проанализировать основные теории возникновения эпителиального копчикового хода, то окажется, как ни странно, что принцип их один, а субстрат, на котором строились умозаключения, обозначался авторами по-разному. Так, нейрогенная теория базировалась на анатомических исследованиях эмбрионов, выполненных F. Tourneaux и G. Hermann еще в конце XIX столетия. На человеческих эмбрионах ранних

возрастов было показано, что спинальная хорда делится на два неравновеликих сегмента. Впоследствии из большего (краниального) сегмента формируется спинной мозг, а из меньшего (каудального) образуется атрофическая трубка, предназначение которой до сих пор остается неясным. Тогда и было высказано предположение, что этот нейрогенный остаток является основой для возникновения копчикового хода. Эта теория не кажется нам правдоподобной для объяснения возникновения описываемой кожной аномалии хотя бы потому, что каудальный остаток хорды должен был бы возникать у всех без исключения эмбрионов, тогда как кожные ямки и воронки, ведущие к появлению эпителиального копчикового хода, встречаются только в 1—5% случаев. Кроме того, тот факт, что каудальный остаток мозговой трубки эпителизируется, еще не означает, что он и есть будущий эпителиальный ход: ведь эпителизовавшийся остаток хорды располагается под кожей, а эпителиальный канал (будущий ход) формируется снаружи, причем для этого процесса безразлично, какой именно фиксирующий субстрат «тянет» участок кожи к кости копчика, будь то эпителизованный остаток нервной трубки или мышечная (или соединительнотканная) структура.

Нейрогенная теория, получившая после работ F. Mallogi, также проведенных в конце прошлого века, большое распространение, была построена на основании повторных эмбриологических исследований и результатов гистологического изучения хвостовых отделов человеческих эмбрионов. Автор обнаружил остатки спинномозговой трубки в «непосредственной близости» от кожи в области копчика. Снова возникает вопрос: почему обнаруженный остаток дает начало кожному втяжению? Если этот рудимент хорды «тянет» за собой участок кожи, то теория приобретает смысл, но дело в том, что в дальнейшем другие авторы, в том числе и мы, проводя такие же исследования человеческих эмбрионов, не обнаружили остатков спинной хорды, а отмечали, что участок кожи фиксирует к копчику мышечная или соединительная ткань, а вовсе не эпителизовавшаяся нервная трубка.

Другая теория — эктодермальной инвагинации — выдвинута H. Lannelong и разработана L. Ashoff в 90-х годах прошлого века. В ней уже намечен совершенно иной принцип объяснения кожного втяжения в области верхушки копчика. Названные авторы и их последователи [Bland-

Sutton E., 1922; Stone H., 1924; Weinstein M., 1933; Valerio A., 1935, Fox S., 1935; Rogers H., 1944] при исследовании эмбрионов показали, что неравномерный рост позвоночного столба и, соответственно, спинного мозга приводит к фиксации кожи у верхушки копчика, что в дальнейшем создает условия для возникновения эпителиального хода. Какая ткань фиксирует этот участок кожи, было не совсем ясно, но перечисленные авторы считали, что это не остаток мозговой трубки, а некая связка. Правда, большинство сторонников теории эктодермальной инвагинации неправильно трактовали появляющуюся кожную аномалию как кисту, но это уже другой вопрос, который будет рассмотрен ниже.

Некоторые положения теории инвагинации эктодермы поддержал F. Oehlecker (1926), а из отечественных авторов С. Б. Раменский (1960). Согласно их взглядам, в процессе развития человеческого зародыша последние копчиковые позвонки за ненадобностью превращаются в копчиковую связку, идущую от верхушки копчика к коже межъягодичной складки. Если такая связка (авторы не идентифицировали ее макро- или микроскопически, а «вычислили») выражена достаточно сильно, то у таких индивидуумов и образуется втяжение кожи в области верхушки копчика. Эта теория получила название тракционной (от понятия «тракция» — тяга). Наибольший вклад в эту теорию внес S. Fox. Он обнаружил у эмбрионов 29—30 нед развития намек на ямку в крестцово-копчиковой области (пилонидальная расщелина). Он был ближе других сторонников этого взгляда к правильному объяснению появления врожденной аномалии кожи в крестцово-копчиковой области у определенного числа людей при задержке процессов редукции каудальных структур тела.

На наш взгляд, необходимо провести грань между эпителиальным копчиковым ходом и дермоидной кистой. Многие авторы, в том числе современные хирурги, путают эти понятия, что на практике может привести к неоправданно широким вмешательствам по поводу «невинного» (по сравнению с дермоидной кистой) поражения, всегда локализующегося только в толще кожи и не имеющего характерных для дермоидной кисты, т. е. тератомы, ни оболочки, ни содержимого (детрит). Мнение о возможности происхождения эпителиального хода из остатков копчиковой мозговой трубки дало основание некоторым отечественным авторам трактовать нагноившийся эпите-

лиальный ход как дермоидную кисту [Тартаковский Б. С., 1938; Брайцев В. Р., 1952].

В 1909 г. Л. Н. Муханов указывал, что при удалении гнойных свищей в крестцово-копчиковой области он ни разу не обнаруживал признаков настоящей дермоидной кисты, что стенки таких ходов и свищей были выстланы многослойным плоским эпителием, а отнюдь не представляли собой стенку кистозной полости. Однако, видимо, эта работа не была известна за рубежом, в то время как многие цитируют статью Т. Moise (1926), который описал истечение спинномозговой жидкости при иссечении «пилонидального синуса». Через 2 года W. Ripley и D. Thompson сообщили о 2 случаях менингита, развившегося якобы после нагноения копчиковой «кисты». Здесь налицо та самая путаница в терминах, о которой мы говорим. Нельзя смешивать понятия «эпителиальный копчиковый ход» и «дермоидная киста» крестцово-копчиковой области.

Наконец, третья, наиболее живучая, хотя наименее понятная теория возникновения эпителиального хода — неправильный рост волос (снаружи внутрь). Выше мы уже говорили об этой концепции. Добавим лишь несколько доводов. Чем объяснить такой инвертный рост волос (не только в крестцово-копчиковой области, но часто и в мышечных впадинах, на промежности, в области пупка)? Когда некоторые авторы [Hueston J., 1953; Patey D., Scarff R., 1956] обнаружили такое явление в межпальцевых промежутках у парикмахеров, то появились их работы, в которых, во-первых, копчиковые ходы расценивались как заболевание не врожденное, а приобретенное, во-вторых, делался совершенно неверный вывод о таком, чуть ли не травматическом происхождении вообще всех эпителиальных погружений кожи.

Если у парикмахеров чужие волосы, попадающие в нежную кожу межпальцевых промежутков, внедряются в ее толщу, инфицируют дерму и вызывают характерное воспаление, то это не имеет никакого отношения к этиологии и патогенезу врожденного эпителиального копчикового хода. Прежде всего собственные волосы в эпителиальном копчиковом ходе — узком кожном канале — растут, удлиняются, истончаются и выстоят из наружного отверстия хода, а в просвете его сваливаются в пучок и свободно выделяются при потягивании снаружи. Кроме того, само объяснение начала неправильного роста волос снаружи внутрь не приводится, а принимается как что-то заранее данное. Следствие же — инфицирование эпители-

ального копчикового хода из-за близкого соседства заднего прохода — принимается за причину.

Совершенно ясно, что волосы в просвете эпителиального копчикового хода есть нормальный субстрат любой кожной поверхности, имеющей волосяные луковицы. Инфицирование содержимого хода не первично, а вторично; не сами инфицированные волосы, врастая в кожу, вызывают воспаление, а продукты кожного метаболизма копчикового хода скапливаются в узком канале, подвергаются постоянным травмам при сидении, отрицательным воздействиям при несоблюдении правил туалета после дефекации и т. п., вследствие чего начинается воспаление этого содержимого. В том, что эпителиальный копчиковый ход — врожденное заболевание, нет сомнений. Кроме того, он может наблюдаться у членов одной семьи. L. Hones и E. Turner в 1969 г. описали два поколения семьи, члены которой имели копчиковый ход.

Таким образом, первые две из основных теорий возникновения эпителиального копчикового хода трактуют его как следствие фиксации участка кожи в области верхушки копчика к самой кости каким-то рудиментарным образованием, не полностью исчезающим в процессе эмбриогенеза. Одни полагают, что это образование есть остаток копчиковой мозговой трубки, другие считают его рудиментом копчиковой связки. Третья теория, по нашему мнению, также не может претендовать на серьезное обсуждение, ибо основное ее положение пока недоказуемо.

Следует сделать вывод, что появление кожной ямки, воронки, а затем и выраженного эпителиального канала — хода есть врожденный дефект развития каудального конца человеческого зародыша. Сама же субстанция, осуществляющая тракцию кожи, представляет собой, как считал в 1903 г. Н. Н. Петров, остаток мышечных элементов хвоста, исчезнувшего у человека в процессе филогенеза. Все наши дальнейшие рассуждения будут связаны с этой основной идеей.

РАЗВИТИЕ КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЖИВОТНОГО И ЧЕЛОВЕКА

Расположение эпителиального копчикового хода у человека в той области, где у животных начинается хвост, послужило причиной того, что мы еще раз поднимаем вопрос о том, что же остается на месте хвоста, исчезающего в процессе филогенеза.

Человеческий зародыш в начальных стадиях развития (до конца 2-го — начала 3-го месяца утробной жизни) имеет длинный хвост. В 1900 г. А. Видерсгейм писал: «Хвостовой отдел наиболее интересен. Хвост исчезает, оставляя хвостовой бугорок, который иногда имеет следы — *foveae et glabellae cossugeae*». Далее автор перечисляет признаки хвоста, имеющиеся у человека: 1) хвостовую кость, копчик; 2) два хвостовых спинных нерва; 3) хвостовую мышцу; 4) ямки и втяжения в зоне копчика; 5) изменимость хвостового отдела.

Еще до А. Видерсгейма, в 1893 г., И. И. Пятницкий собрал большую литературу о хвостатых людях. В докторской диссертации он писал, что у человеческого эмбриона хвост редуцируется к 9-й неделе и остается хвостовой бугорок. Хвост он называл одним из эмбриональных органов. В редких случаях, когда процесс редукции хвоста не доходит до конца, у человека остается короткий бескостный хвост (первый хвостатый человек описан аббатом Тритемиусом в 1335 г.).

У животных хвостовой отдел филогенетически связан со специальной функцией по передвижению в воде. Хвост как главный орган движения вперед обильно снабжен мускулатурой. С появлением многообразных конечностей (на стадии хвостатых амфибий) движение вперед становится специальной функцией их и появляется опорная кость для ног — крестец. У наземных животных хвост играет роль руля при прыжках (у белки) и дополнительного орудия хватания (у обезьяны) либо предназначается для отпугивания насекомых (у большинства животных).

У человека хвост за ненадобностью полностью исчез, оставив лишь следы в виде сросшихся в одну косточку позвонков (копчик). Вариабельность количества позвонков копчикового отдела позвоночного столба у человека является лишним доказательством рудиментарности этого отдела. Шейных позвонков у человека 7, грудных — 12, поясничных — 5, крестцовых — 5, число же позвонков, составляющих копчиковую кость, может колебаться от 3 до 6. Н. И. Шмальгаузен (1947) и др. подчеркивали непостоянное количество копчиковых позвонков, связывая это явление с неполной редукцией хвостовых позвонков в процессе онтогенеза. О том же говорят частые находки атактистических изменений костной ткани каудального конца позвоночника у больных с пороками развития крестцово-копчиковой области (недоразвитие или атрезия зад-

него прохода или мочеполовых путей). Такие же признаки атавизма имеют место у большинства больных с эпителиальным копчиковым ходом: незаращение дужек крестцовых позвонков и другие рудиментарные анатомические варианты встречаются у них намного чаще, чем у нормально развившихся людей.

Как уже говорилось, наиболее развитой структурой хвоста животных является мускулатура. Мышцы хвоста формируются из мощных комплексов, идущих вдоль спины животного в виде пучков с каждой (вентральной и дорсальной) стороны.

Надпозвоночную (дорсальную) группу мышц образуют длинный и короткий подниматели хвоста. Подпозвоночную (вентральную) группу составляют длинный и короткий опускатели хвоста, а также хвостовая мышца (т. *sossygeus*).

От подпозвоночной (вентральной) группы мышц у человека осталась рудиментарная полусухожильная хвостовая мышца. Это небольшая редуцирующаяся мышца, которая начинается от тазового бугра и прикрепляется к последнему крестцовому позвонку и копчику. На рудиментарность и связь ее с бывшей подпозвоночной группой мышц хвоста животных указывали В. П. Воробьев и Р. Д. Синельников (1952): «Копчиковая мышца, очень тонкая, на тазовой поверхности *lig. sacrospinosium* — рудимент *m. abductor caudae* у животных»¹.

Вопрос же о том, что остается у человека от надпозвоночной (дорсальной) группы мышц хвоста, до сих пор не решен. В связи с этим многие исследователи (Н. Вассон, В. Фох и др.) большое значение в формировании копчикового хода придавали так называемой хвостовой связке.

Однако, во-первых, все они считали эту связку остатком копчиковой мозговой трубки, во-вторых, мы нигде не встретили ее подробного морфологического описания и топографии. Лишь Н. Н. Петров высказал правильную мысль о том, что эпителиальный ход не является остатком копчиковой мозговой трубки, а имеет сравнительно более позднее происхождение и зависит от неправильного течения процессов редукции хвоста и особенно хвостовой связки.

¹ Такой мышцы у животных нет. Очевидно, авторы имеют в виду одну из мышц — опускателей хвоста.

**СРАВНИТЕЛЬНО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ
ПРОИСХОЖДЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО
ХОДА**

Высказанная в 1903 г. Н. Н. Петровым мысль о том, что фистулы и ямки копчика имеют сравнительно позднее происхождение и связаны с неполной редукцией хвоста, находит в наших исследованиях морфологическое подтверждение.

На 2—3-м месяце развития человеческого эмбриона вследствие неблагоприятных условий редукция хвоста не завершается. Со стороны мышц (наиболее развитой структуры хвоста) это выражается в неполной редукции их главных групп. От опускаателей хвоста (вентральная, подпозвоночная группа) у всех людей остается рудиментарная хвостовая мышца, а от поднимающих хвоста (дорсальная, надпозвоночная группа) в 3—5% случаев остается рудиментарная хвостовая связка, фиксирующая участок кожи над верхушкой копчика. В дальнейшем, с развитием подкожной жировой клетчатки, здесь формируется углубление в виде ямки, воронки, складки, а в выраженных случаях — эпителиального хода. Наличие рудиментарной связки — признак атавистический. Он всегда встречается параллельно с другими атавизмами — обильным, распространенным волосяным покровом и незаращением дужек крестцовых и копчиковых позвонков. Очевидно, это является одним из исходов неполной редукции хвоста — образуется эпителиальный ход.

Значительно реже у человека остается небольшой бескостный хвост. Его основу составляет соединительная ткань, заменившая в процессе онтогенеза исчезнувшую за ненужностью мышцу.

Глава 2

**АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ
О СТРОЕНИИ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ
У ЛИЦ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ**

**КОЖНАЯ АНОМАЛИЯ ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОМ
КОПЧИКОВОМ ХОДЕ**

При изучении анатомического и гистологического строения копчиковой области у людей с аномалией развития (эпителиальный ход, воронка, глубокая складка или углуб-

ление ПО средней линии, в продолжении межъягодичной складки) мы исследовали трупы людей, у которых в копчиковом ходе не развился воспалительный процесс и, следовательно, аномалия кожи была в первоначальном виде.

Ясно выраженный эпителиальный ход встретился 2 раза (0,4%). Макроскопически в обоих случаях это был выстланный нормальным кожным эпителием канал глубиной (длиной) в первом случае 1,3 см, во втором — 1,7 см, шедший в мягких тканях по направлению к верхушке копчика. Кожа в этом месте в обоих случаях была фиксирована к копчику и не смещалась. Волос в отверстии ходов не было. У 9 трупов (1,8%) аномалия имела вид глубокой эпителиальной воронки кожи (глубина 0,6—0,9 см) над верхушкой копчика. Волос и в этих 9 случаях не было. Кожа была фиксирована в меньшей степени, но также свободно не смещалась. У 12 трупов (2,6%) межъягодичная складка продолжалась вверх и в 4—6 см над краем заднего прохода углублялась, создавая как бы расщелину кожи, локальную складку. Таким образом, явная аномалия кожи отмечена у 23 из 500 трупов (4,6%). Кроме того, углубление кожи в виде неглубокой широкой ямки, ложбинки над верхушкой копчика было найдено у 71 трупа; такая же ложбинка встречалась почти у всех умерших детей.

Важно отметить, что аномалия кожи в виде хода, воронки или складки-расщелины всегда находилась строго по средней линии копчиковой области, являясь как бы локальным втяжением продолженной вверх межъягодичной складки.

Гистологическое строение нормальной кожи в копчиковой области весьма вариабельно. Например, на срезах кожи новорожденного мальчика, у которого макроскопически никакого углубления кожи над верхушкой копчика не выявлялось, обнаружено крупнопетлистое строение подкожной жировой клетчатки. Толстые коллагеновые пучки образовывали мощную развитую сеть и тянулись до самой надкостницы копчика. Видимо, этот вариант нормы является переходной формой к тем препаратам, которые были взяты от трупов с углублением кожи над верхушкой копчика типа ложбинки или плоской мелкой ямки (71 из 500 трупов). Гистологически на таких срезах мы обнаруживали еще более мощное переплетение грубых коллагеновых волокон.

В то же время на других препаратах, где макроско-



Рис. 1. Микрофото. Тяж между втяжением кожи и копчиком, более массивный у кости. X 16.

пически было ясно выражено углубление кожи в форме ложбинки, при гистологическом исследовании таких мощных коллагеновых пучков не найдено. Пучки были тонкими, редкими (мелкопетлистая сеть), между ними имелось много жировой ткани. Этот вариант в свою очередь является переходным к выраженной аномалии кожи в виде хода, воронки или глубокой локальной складки.

При микроскопическом исследовании кожи, взятой с трупов с выраженной аномалией в форме эпителиального хода, воронки или глубокой складки, на всех без исключения препаратах обнаружен соединительнотканый тяж, идущий от центра кожного углубления до надкостницы копчика.

Форма и толщина этого тяжа широко варьируют. Так, на препаратах кожи 3-месячной девочки над костью копчика ясно виден тяж, который затем, распадаясь на более тонкие пучки коллагеновых волокон, вплетается в ретикулярный слой собственно кожи (рис. 1). Такая же картина выявлена на препаратах кожи у девочки 2 нед, имевшей глубокую складку кожи по средней линии. Здесь, как и на предыдущем препарате, соединительнотканый тяж ясно выражен над костью и также истончается по направлению к ксже (рис. 2).

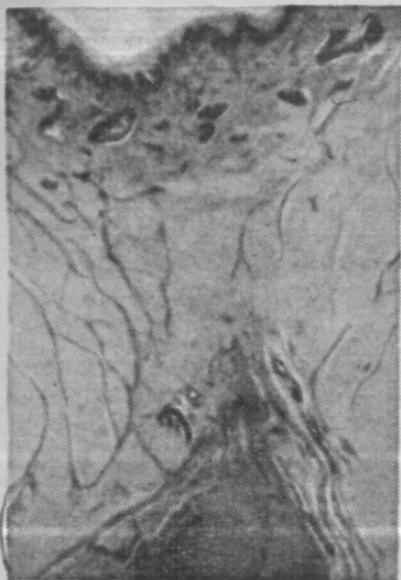


Рис. 2. Микрофото. Соединительнотканый тяж у кости. $\times 16$.

Рис. 3. Микрофото. Тяж от центра углубления в эпидермисе до копчика женщины 69 лет. $\times 16$.

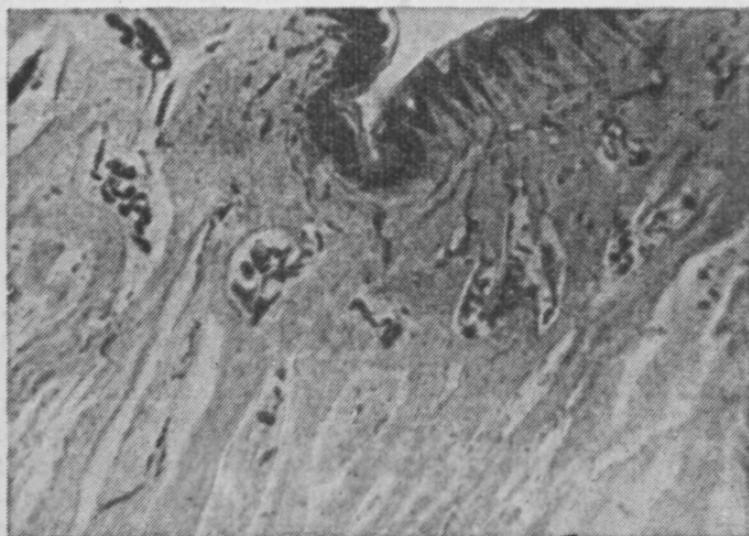


Рис. 4. Микрофото. Пучки соединительнотканых волокон вокруг воронкообразного втяжения кожи у мальчика 15 лет. $\times 16$.



Рис. 5. Микрофото. Эпителиальный копчиковый ход.

1 — соединительнотканый тяж над копчиком; 2 — полусухожильная копчиковая мышца.

Компактный пучок соединительной ткани наиболее ясно прослеживается по всей длине в тех случаях, когда срез проходит через самую верхушку копчика и центр углубления в эпидермисе. При таких условиях, которых можно добиться путем изготовления серии срезов, тяж виден на всем протяжении (рис. 3).

Чем дальше от верхушки копчика проходит срез, тем больше истончается соединительнотканый тяж. Основанием он располагается вдоль дорсальной поверхности копчиковой кости, а его верхняя порция идет к центру углубления в эпидермисе одним, реже несколькими отдельными пучками (рис. 4). При этом имеется не одно, а несколько наружных отверстий эпителиального хода (почти в $1/3$ случаев).

На трупe мальчика 2 мес, у которого по средней линии в 3 см над краем заднего прохода имелась глубокая эпителиальная воронка, удалось сделать серию срезов, прошедших через центр углубления в коже, копчиковую кость и ниже через заднюю стенку прямой кишки (рис. 5). Четко прослеживается тяж соединительной ткани от кожи к копчику. Ниже (от копчика до стенки кишки) срез проходит через полусухожильную редуцирующуюся копчиковую мышцу, являющуюся рудиментом мышц — опускателей хвоста. Она расположена симметрично описываемо-

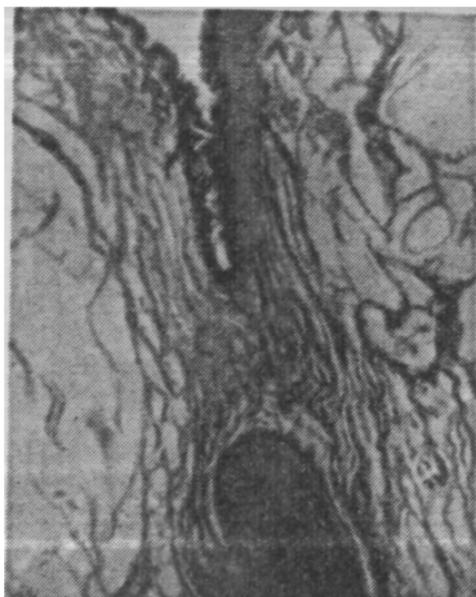


Рис. 6. Микрофото. Эпителиальный копчиковый ход у мальчика 4 лет. Тяж между копчиком и кожей. X 8.

му нами надкопчиковому соединительнотканному тяжу и весьма сходна с ним по строению. Это образование гистологически представлено грубой соединительной тканью и имеет редкие тонкие мышечные волокна.

Наиболее интересны препараты, полученные при исследовании развитых эпителиальных ходов, встретившихся у 2 трупов. В первом случае макроскопически ход имел вид узкого эпителиального канала глубиной 1,7 см. Он начинался по средней линии в 5 см над краем заднего прохода, шел по направлению к верхушке копчика и заканчивался слепо в мягких тканях вблизи копчиковой кости. На срезе гомогенная структура, состоящая из грубой соединительной ткани, идет от основания эпителиального хода, т. е. от центра углубления в коже, к копчику и вплетается в надкостницу, обтекая верхушку копчика со всех сторон (рис. 6). На препаратах, взятых от второго трупа, имевшего выраженный эпителиальный ход копчиковой области, также ясно видно, как мощный гомогенный соединительнотканнный тяж идет от центра кожного углубления и вплетается в надкостницу копчика (рис. 7). Второй эпителиальный ход обнаружен при исследовании трупа девочки 4 мес. Он имел форму узкого эпителиального канала глубиной 1,4 см, шедшего к верхушке копчика и слепо заканчивавшегося в мягких тканях.



Рис. 7. Микрофото. Эпителиальный копчиковый ход. Соединительная ткань между копчиком и кожей у девочки 4 мес. X 32.

Следовательно, в основе различных вариантов аномалии развития кожи в копчиковой области человека (эпителиальный ход, глубокая воронка, складка-расщелина) лежит одна и та же особенность строения; от центра углубления в коже к надкостнице копчика идет соединительнотканый тяж, образованный хорошо видимой тканью. Он сформирован из коллагеновых волокон, которые постепенно, без четких границ вплетаются в ретикулярный слой кожи с одной стороны и в надкостницу копчика — с другой. Обнаруженная соединительнотканная структура по своему строению и расположению может быть обозначена как связка, начинающаяся от дорсальной поверхности копчиковой кости и прикрепляющаяся к коже над задним проходом.

Очевидно, эту связку имели в виду исследователи (прежде всего Н. Н. Петров), писавшие о так называемой хвостовой связке. В доступной литературе мы не нашли описания морфологии и топографии такой связки. Она существовала только номинально. Большинство авторов считали хвостовую связку остатком не полностью редуцировавшейся копчиковой мозговой трубки.

Выявленные нами строение и расположение этой связки позволяют предположить, что она происходит не из остатков копчиковой мозговой трубки, а является руди-

ментом надпозвоночной группы мышц — поднимателей хвоста.

Наша гипотеза основана на следующих положениях:

1) в процессе филогенеза хвост у человека за ненадобностью редуцировался, оставив следующие рудименты: хвостовую кость, хвостовые нервы, хвостовую мышцу и вариабельность хвостового отдела позвоночного столба (непостоянное количество копчиковых позвонков — от 3 до 6);

2) хвостовая мышца является рудиментарным остатком подпозвоночной группы мышц хвоста — бывших опускаателей хвоста;

3) описанная нами соединительнотканная структура располагается точно на месте бывших мышц — поднимателей хвоста (надпозвоночная группа мышц); хвостовая мышца расположена симметрично ей под копчиком;

4) мощное развитие соединительной ткани в жировом слое между копчиком и собственно кожей, т. е. наличие в ряде случаев развитой сети коллагеновых волокон в подкожной жировой клетчатке копчиковой области, по всей вероятности, говорит в пользу того, что раньше здесь, над копчиком, располагалась мышечная структура (надпозвоночная группа опускаателей хвоста), от которой сохранилась рудиментарная хвостовая мышца — связка.

ИЗМЕНЕНИЯ КАУДАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ЛЮДЕЙ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ

Из всех структур человеческого скелета каудальный конец позвоночного столба имеет наибольшее количество анатомических вариантов строения, врожденных аномалий и уродств. Этот факт издавна связывают с задержкой процессов окостенения, наиболее часто происходящей именно в крестцово-копчиковой области. Эта точка зрения считается большинством авторов наиболее вероятной.

В 1931 г. И. С. Рыжов первым из отечественных ученых обстоятельно описал скелет позвоночника в работе «Варианты, аномалии и деформации позвоночника». Применяв анатомический и рентгеновский методы, он обнаружил «расщепление дужек позвонков» в 34 из 177 случаев (24,8%). Автор указывал, что термин «*spina bifida*» введен Реклингаузеном и обозначает расщепление тел и дужек позвонков. Он отметил, что обычно никаких клинических проявлений *spina bifida* не имеет.

В. А. Дьяченко (1949) считал, что «отклонения в ка-

удальном направлении следует понимать как остановку онтогенетического развития на менее прогрессивной ступени». К таким отклонениям прежде всего относится сакрализация, т. е. наличие 6 крестцовых позвонков вместо 5 по норме. Формула позвоночника при этом выглядит так: 7 шейных: + 12 грудных + 4 поясничных + 6 крестцовых. По данным В. А. Дьяченко, при первом, совершенном типе копчика I копчиковый позвонок обособлен. Произведя 600 рентгенограмм, он обнаружил такой вариант копчика у 49,2% здоровых людей. Второй тип — односторонне ассимилированный, когда I копчиковый позвонок связан с крестцом только с одной стороны. Такое строение копчика обнаружено в 14% случаев. При третьем типе, двусторонне ассимилированном, I копчиковый позвонок уже полностью перешел в состав крестцовой кости. Этот процесс (сакрализация) отмечен в 36,6% случаев. В. А. Дьяченко, описавший так называемые кисты крестца, указал, что клинические их проявления неизвестны.

Мы произвели рентгенологические исследования крестца и копчика у 50 больных, лечившихся по поводу воспалительных осложнений эпителиального копчикового хода. Незаращение дужек всех крестцовых позвонков выявлено у 5, незаращение дужек IV и V крестцовых позвонков — у 18, наличие 6 крестцовых позвонков и ассимиляция I копчикового позвонка — у 16, искривление или другие деформации копчиковых позвонков — у 5 больных; у 6 больных изменений не обнаружено.

Таким образом, наиболее часто встречались следующие анатомические варианты развития: наличие 6 крестцовых позвонков, неполная (односторонняя) ассимиляция I копчикового позвонка и незаращение дужек IV и V крестцовых позвонков. Эти изменения, по В. А. Дьяченко, относятся к филогенетическим, т. е. связанным с эволюцией организма. Их можно классифицировать как остановку онтогенетического развития на более низкой ступени.

У 5 больных, у которых обнаружено полное незаращение всех дужек крестцовых позвонков, имелся копчиковый ход, но в периоде ремиссии болей в крестцовой области не отмечалось. У одного из них, кроме того, выявлена деформация копчика (рис. 8).

Таким образом, при рентгенологическом исследовании каудального отдела позвоночника только у 6 из 50 больных с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода не найдено никаких врожденных вариантов его.

Рис. 8. Эпителиальный копчиковый ход, незаращение дужек крестцовых позвонков и сколиоз копчикового отдела позвоночника.



Эпителиальный копчиковый ход, являясь врожденной (рудиментарной) аномалией развития кожи копчиковой области, часто сопровождается другими рудиментарными анатомическими вариантами, к которым, в частности, относится незаращение тел и дужек крестцовых и копчиковых позвонков.

**ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ
КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВО-ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ
У БОЛЬНЫХ С ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ КОПЧИКОВЫМ ХОДОМ**

При современных способах оперативного лечения гнойных осложнений эпителиального копчикового хода и самых эффективных методах профилактики послеоперационных осложнений до сих пор эти осложнения встречаются примерно у 10% оперированных, что снижает результативность отработанной и достаточно унифицированной методики операций при описываемом заболевании. Поскольку в эти 10% входит довольно значительный контингент молодых и работоспособных людей, проблема является актуальной и требует дальнейшего изучения.

Одним из факторов, оказывающих влияние на резуль-

таты радикальных операций при копчиковом ходе и вторичных гнойных свищах, возникающих на его почве, могут быть особенности строения крестцово-копчиково-ягодичной области.

Если другие, уже известные неблагоприятные факторы (слишком выраженное оволосение кожи в области операции, инфицирование ее в связи с близостью заднего прохода и др.) учитываются многими авторами и разработаны методы подготовки таких больных к вмешательствам в этой зоне, то специальных работ по учету индивидуальных топографоанатомических особенностей этой области в литературе нет. В учебниках и руководствах по анатомии не сказано, как проводить измерения для оценки анатомических признаков, и не сравниваются их взаимоотношения. Никаких данных на этот счет нет ни в анатомо-хирургических руководствах Г. А. Рихтера (1964), В. В. Кованова (1978), Р. Д. Синельникова (1982), ни в работах, специально посвященных исследованию крестцово-копчиковой области [Rovelli A., 1978], мышц ягодичных областей [Падалкин Ю. К., 1966] и клетчаточных пространств этого региона [Петров А. П., 1980], кровоснабжения и иннервации ягодичных мышц [Сазонов А. М., 1955; Исмаилов И. К., Ильясов И., 1979]. В атласах и руководствах по проктологии, в разделах, посвященных хирургическому лечению эпителиального копчикового хода и его гнойных осложнений нет сведений об анатомических параметрах этой зоны и их возможном влиянии на выбор и результаты операций [А. Н. Рыжих. 1956; А. М. Аминев, 1965; А. А. Заремба, 1982].

Только в работе В. Hirshowitch и соавт. (1970) мы нашли указания о важности сохранения межъягодичной складки при операциях по поводу копчикового хода, вернее, о нецелесообразности применения фигурных, Z-образных и иных разрезов при таких вмешательствах. S. Nivatvong и соавт. (1983) указывают на необходимость учитывать особенности строения крестцово-копчиковой области, но имеют в виду только применение какого-либо метода местной или регионарной анестезии.

Учитывая это и считая важными предоперационные анатомические исследования у больных с осложнениями эпителиального копчикового хода, мы в 1984—1985 г. обследовали 757 больных с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода и провели у них топографоанатомические измерения в крестцово-копчиково-ягодичной области. Ни по одному из признаков (пол,

возраст, длительность заболевания, число предыдущих паллиативных операций, вскрытия абсцессов, клинические формы воспаления копчикового хода, характер сопутствующих заболеваний) эти больные не отличались от пациентов других групп. Иначе и быть не могло, так как, проводя более 20 лет наблюдения за больными с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода, мы убедились в константности их основных патологических признаков.

В период до 1984 г. мы оперировали больных по поводу эпителиального копчикового хода, не принимая во внимание индивидуальные особенности анатомического строения области операции, а с этого времени модифицировали оперативные пособия в соответствии с изученными особенностями. Как показано ниже, этот фактор способствовал улучшению результатов лечения. Стандартизация операции вообще не может быть абсолютной. Небольшие, на первый взгляд, изменения оперативной техники в зависимости от особенностей структуры операционного поля имеют прогностическое значение.

Основное внимание хирурги уделяют объему поражения, распространенности гнойного или рубцового процессов, общему состоянию больного. Кроме них, необходимо учитывать индивидуальные нормальные взаимоотношения структур, составляющих ягодично-крестцово-копчиковую область: форму расположения («стояния») ягодич, длину и глубину межъягодичной складки, угол, под которым ягодичы отходят от средней линии крестцово-копчиковой области, и расстояние от дистального наружного отверстия копчикового хода до края заднего прохода.

В литературе мы встретили описание устройства для проведения топографоанатомических исследований на теле человека. Однако с помощью этого устройства — специальной сетчатой конструкции с движущимися спицами — можно измерять лишь плоскостные параметры. Мы разработали конструкцию анатомического измерителя для топографоанатомических исследований крестцово-копчиково-ягодичной области.

Измеритель размером 14 X 14 см состоит из трех частей — пластины с направителем, планки измерителя П-образной формы и расположенной в прорези этой планки измерительной пластины с Т-образным выступом на конце (рис. 9, а). Инструмент в принципе может быть использован для анатомотопографических измерений в других областях тела человека, когда необходимо определять

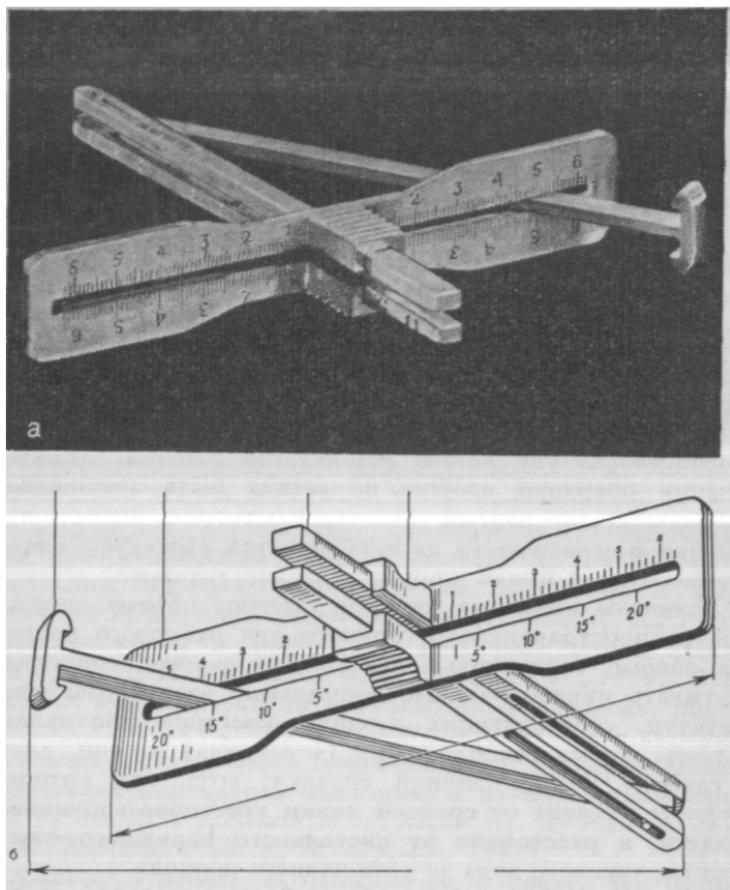


Рис. 9. Анатомический измеритель.
 а — общий вид; б — схема функционирования.

размеры не только на плоскости, но и на различных уровнях и неровностях.

Отдельные элементы конструкции измерителя позволяют точно определить расстояние первичных отверстий эпителиального хода от заднего края заднего прохода, расположение и уровни вторичных свищей относительно средней линии — межъягодичной складки, длину и глубину (высоту) этой складки на разных уровнях, угол, под которым от средней линии отходят ягодицы (расположение ягодиц).

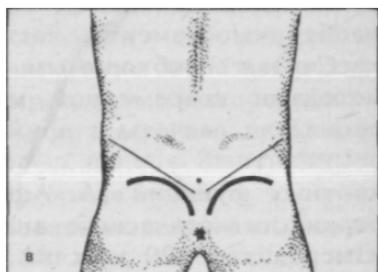
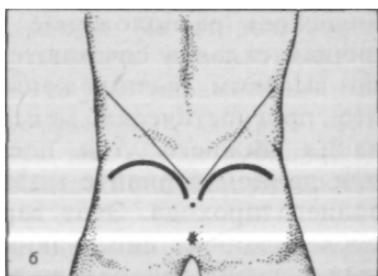
В собранном виде измеритель (рис. 9, б) устанавливают в вертикальное положение в межъягодичную складку,

Рис. 10. Анатомические варианты строения крестцово-копчиково-ягодичной области. Объяснение в тексте.

опускают верхнюю планку устройства на поверхность ягодиц и по делениям на вертикальной планке определяют высоту межъягодичной складки. С помощью другой пластины (3) измеряют угол, под которым отходят ягодицы от средней линии крестцово-копчиковой области. Если ягодицы очень плотно прилегают друг к другу, то подвижная пластина устройства определяет высоту их полного прилегания.

С помощью описываемого измерителя мы определили различные анатомические варианты строения ягодично-крестцово-копчиковой области у 200 больных гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода. Эти измерения не представляют никакого беспокойства больным и выполняются легко, прямо в палате или в перевязочной комнате. Данные измерений суммированы в табл. 1.

Выявлены три анатомических варианта: 1) высокая конфигурация («стояние») ягодиц с глубокой межъягодичной щелью и с относительно близким к заднему проходу расположением первого, самого дистального (если их несколько) отверстия эпителиального хода (рис. 10,а); 2) среднее расположение ягодиц с более «открытой» (с верхней ее трети) межъягодичной складкой и с более высоким расположением первичного отверстия эпителиального хода относительно края заднепроходного отверстия (рис. 10, б); 3) низкое, «плоское» расположение ягодиц с открытой по всей длине складкой и с высокой локализацией первичного отверстия эпителиального хода над краем заднепроходного отверстия (рис. 10, в). Первый и частично второй варианты сравнительно небла-



гоприятны для операции, причем больные с этими вариантами составляют более $\frac{2}{3}$ пациентов, подвергающихся операциям по поводу гнойных осложнений эпителиального копчикового хода.

Данные, приведенные в табл. 1, весьма показательны. Чем ниже («плосче») располагается ягодицы, тем меньше по высоте межъягодичная складка и тем выше находится первичное отверстие эпителиального хода. Если первые два признака логично сочетаются, то третий объяснить трудно. Во всяком случае благоприятные для операции «плоское» расположение ягодиц и неглубокая межъягодичная складка сочетаются с благоприятным, относительно высоким расположением первичного отверстия хода, что прогностически менее опасно в смысле инфицирования нижнего угла послеоперационной раны, которая при данном варианте может не подходить близко к краю заднего прохода. Этот вариант встретился только у 19% обследованных лиц. Таким образом, у большинства больных с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода, по поводу которых им предстоит операция, необходимо изменять частично технику операции.

Считая необходимым проверить полученные данные методами современной математической статистики, мы произвели расчеты с применением ЭВМ, используя дискриминантный анализ с получением линейных дискриминантных функций [А. Афифи, С. Эйзен, 1982]. Для выборки статистического анализа произведены специальные измерения у 299 мужчин и 44 женщин с помощью описанного выше измерителя. Выявлено шесть признаков:

- 1) максимальная высота межъягодичной складки над

Варианты строения ягодично-крестцово-копчиковой

Анатомический вариант расположения ягодиц	Длина межъягодичной складки, см	Высота (глубина) складки над проксимальным первичным отверстием хода, см
Высокое	12,3	6,1
Среднее	10,2	4,5
Низкое	8,6	2,4

* В скобках указан процент больных.

краем заднего прохода; 2) максимальная высота этой складки над верхушкой копчика; 3) максимальная высота межъягодичной складки над крестцово-копчиковым сочленением; 4) угол межъягодичного углубления над крестцово-копчиковым сочленением; 5) длина межъягодичной складки; 6) расстояние первого первичного отверстия эпителиального хода от края заднего прохода.

Было закодировано 19 параметров, получены одномерные характеристики материала для мужчин и для женщин. Наиболее существенными оказались для мужчин 5, а для женщин — 4 параметра. На втором этапе работы послеоперационные осложнения рассмотрены в зависимости от наличия или отсутствия параметров первого класса, т. е. анатомических факторов (второй этап проводился только у мужчин, так как из-за небольшого общего числа женщин было невозможно провести достоверный анализ).

Данные о достоверности прогнозирования послеоперационных осложнений оказались достаточно информативными: у 233 больных осложнений не ожидалось и они не возникли. В другой группе (57 больных) осложнений не предполагалось, но они возникли. Таким образом, коэффициент достоверности прогнозирования послеоперационных осложнений составил 79,6% случаев, т. е. в зависимости от особенностей анатомического строения области операции могло возникнуть 80% осложнений, в то время как остальные 20% могли быть связаны с другими факторами — индивидуальной техникой хирурга, какими-либо упущениями при подготовке к операции, послеоперационном лечении и т. п.

Таблица 1

области у больных с эпителиальным копчиковым ходом

Угол межъягодичного углубления над проксимальным отверстием хода, градусы	Расстояние от края заднепроходного отверстия до первого отверстия хода, см	Число больных
12,2	3,8	76 (38)*
27,1	6,4	86 (43)
36,9	7,8	38 (19)

Всего . . . 200 (100)

Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что у больных с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода перед операцией следует проводить несложные анатомические измерения, чтобы выявить неблагоприятные условия и в связи с этим избрать наиболее рациональную технику операции.

Глава 3

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Не измененный воспалительным процессом эпителиальный копчиковый ход представляет собой подкожный узкий канал, выстланный изнутри по всей длине кожным эпителием и заканчивающийся слепо в мягких тканях над верхушкой копчика. Наружу ход открывается одним точечным отверстием в глубине межъягодичной складки, всегда строго по средней линии. Из отверстия канала (эпителиального хода) часто (по нашим данным, примерно у 40% больных) торчит пучок (как бы косичка или мягкая кисточка) длинных, тонких, атрофичных волос. Вокруг отверстия хода ткани не изменены, при пальпации безболезненны. Обычно выделений из наружного отверстия невоспаленного хода нет или они минимальны.

Реже (примерно в 10% случаев) таких наружных отверстий эпителиального хода бывает 2—3 и больше. Они располагаются одно за другим по средней линии на расстоянии от 3 до 7—8 см над задним проходом. Расстояние между отверстиями колеблется в пределах от 0,5 до 2 см (рис. 11). Все отверстия сообщаются между собой, что легко проследить, если ввести в любое из них подкрашенную антисептическую жидкость (лучше всего слабый раствор метиленового синего); краска сразу выделяется из всех отверстий.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Клинически эпителиальный копчиковый ход проявляется с того момента, когда возникают его гнойные осложнения.

В проктологическом стационаре у 9 из 10 больных со свищами в области промежности имелся свищ прямой

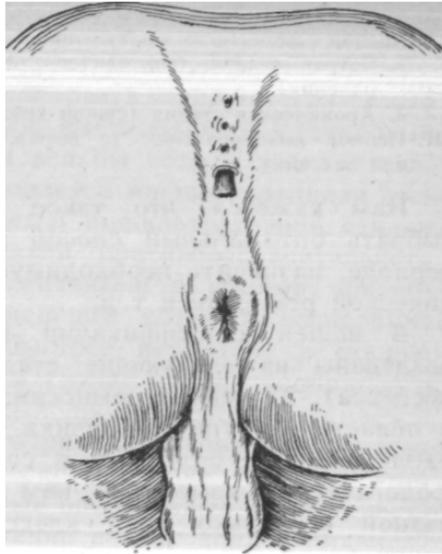


Рис. 11. Эпителиальный копчиковый ход с несколькими точечными наружными отверстиями в межъягодичной складке и «кисточкой» тонких волос в нижнем отверстии (схема).

кишки и у одного — свищ, образовавшийся вследствие эпителиального хода.

У мужчин заболевание встречается почти в 3 раза чаще, чем у женщин. Преобладают больные молодого возраста. Более чем у половины больных, находившихся под нашим наблюдением, нагноение копчикового хода началось в возрасте моложе 30 лет. Эти данные в основном соответствуют литературным.

Разнойой в результатах лечения и применяемых методах во многом объясняется отсутствием общепринятой классификации; при одном и том же процессе, называемом по-разному, выполняются различные оперативные вмешательства. Это вносит путаницу в оценку результатов лечения и определение наиболее адекватного оперативного пособия на разных этапах одного и того же заболевания. Кроме того, это влечет за собой не всегда обоснованные действия хирурга при тех или иных проявлениях данной болезни.

Попытки классифицировать проявления эпителиального копчикового хода чаще ограничивались описанием лишь стадий воспаления [Стрельников Б. Е., 1962; Аминев А. М., 1965; Рыжих А. Н., 1968; Spiesman M., 1957; Goligher J., 1974, и др.]. На основании клинко-морфологических данных А. А. Заремба (1978) предложил следующую классификацию периодов заболевания:

- I. Бессимптомный период.
- II. Период клинических проявлений (осложнений).
 1. Острая стадия (эпителиальный копчиковый ход в стадии воспаления).
 2. Хроническая стадия (свищи крестцово-копчиковой области).
- III. Период выздоровления (с выраженными остаточными явлениями или без них).

Нам кажется, что такое разделение не позволяет выбрать оптимальный способ лечения в бессимптомном периоде, назначить необходимую терапию в периоде клинической ремиссии и т. д.

В нашей классификации (1972) заболевания были разделены на следующие стадии: 1) абсцесс (рецидив абсцесса), 2) период ремиссии; 3) свищи (инфильтраты) в области крестца и копчика. В результате длительных наблюдений за больными и сопоставления клинико-морфологических изменений нам кажется более целесообразной несколько иная классификация эпителиального копчикового хода. Мы преследовали цель в первую очередь дать практическому врачу возможность определять стадию процесса, что облегчило бы выбор метода лечения. Мы предлагаем различать следующие стадии течения эпителиального копчикового хода:

- I. Эпителиальный копчиковый ход без клинических проявлений.
- II. Острое воспаление эпителиального копчикового хода.
 1. Инфильтративная стадия.
 2. Абсцедирование.
- III. Хроническое воспаление эпителиального копчикового хода.
 1. Инфильтративная стадия.
 2. Рецидивирующий абсцесс.
 3. Гнойный свищ.
- IV. Ремиссия воспаления эпителиального копчикового хода.

Эпителиальный копчиковый ход, являясь врожденной аномалией развития, может, как указывалось выше, не проявляться и оказаться находкой при медицинском осмотре. Как правило, в этих случаях он представляет собой одно или несколько втяжений в межъягодичной складке. Диаметр первичных отверстий может колебаться от 1 до нескольких миллиметров. Кожные покровы вокруг них и в межъягодичной складке обычной окраски, эластичны, не инфильтрированы, выделений из первичных отверстий нет.

При неблагоприятных ситуациях (переохлаждение,

микротравмы, нарушение гигиенических условий и др.) точечное первичное отверстие эпителиального копчикового хода перестает адекватно дренировать узкий внутрикожный канал и метаболиты эпителия, выстилающего копчиковый ход, нагнаиваются. Как при всяком остром воспалительном процессе, вначале наблюдается инфильтративная стадия, а затем абсцедирование. В инфильтративной стадии показан комплекс мероприятий противовоспалительного характера (повязки с антисептиками и мазями, физиотерапия и т.д.), при применении которых воспаление либо заканчивается, либо быстрее переходит в стадию абсцедирования. В последнем случае стенки копчикового хода расплавляются и гнойный процесс распространяется на окружающую клетчатку. При формировании абсцесса показано срочное хирургическое лечение. Если в этой стадии выполняют радикальные оперативные вмешательства, предусматривающие удаление стенок хода и ликвидацию первичного его отверстия, то наступает выздоровление.

При паллиативных оперативных пособиях в острой стадии болезни, направленных только на эвакуацию содержимого абсцесса, наступает временное стихание воспалительного процесса, а впоследствии ввиду инфицирования окружающей клетчатки и нарушения целостности стенки эпителиального копчикового хода часто развивается хроническое воспаление. Оно может протекать по типу инфильтрата или рецидивов абсцесса, но чаще сразу после вскрытия первичного или рецидивирующего абсцесса формируется свищ, ведущий в полость гнойника; через него происходит эвакуация гноя. Хроническое воспаление может стихнуть и привести к ремиссии, длительность которой различна. Нередко при новом обострении воспалительного процесса образуются дополнительные гнойники в окружающей клетчатке и формируются новые вторичные свищи.

Таким образом, приведенная классификация, которой пользуются в нашей клинике, достаточно четко указывает на стадии воспаления эпителиального копчикового хода, что дает возможность хирургу избрать оптимальный метод лечения соответственно стадии процесса.

Спорным остается вопрос о самой нозологической форме «эпителиальный копчиковый ход без клинических проявлений». Как относиться к таким пациентам, выявленным при профилактических обследованиях организованных контингентов (чаще всего призывников в армию)?

На наш взгляд, этот вопрос заслуживает отдельного рассмотрения.

Существование эпителиального копчикового хода опасно тем, что в любой момент может возникнуть воспаление. Не случайно при призыве юношей на воинскую службу в случае обнаружения эпителиального копчикового хода врачебная комиссия ставит вопрос о необходимости лечения.

Нами специально осмотрены 5132 подростка в возрасте от 15 до 17 лет. Эпителиальный копчиковый ход без клинических проявлений выявлен у 74 человек (14,4 на 1000 осмотренных). У 17 человек при пальпации и осторожном надавливании на межъягодичную щель из первичного отверстия хода выделялось мутное содержимое. Клинических признаков воспаления в момент осмотра и в прошлом не было. Лишь при направленном опросе несколько человек жаловались на изредка наступающее ощущение неловкости в межъягодичной области. Проведено исследование отделяемого копчикового хода с окраской его по Романовскому — Гимзе. У 15 из 17 обследованных в препаратах на фоне бесструктурных масс, волокнистых тяжей, чешуек плоского эпителия обнаружены эритроциты и клеточные элементы воспаления (нейтрофилы, лимфоциты и многоядерные клетки воспаления). Это свидетельствовало о наличии грануляционной ткани в стенке копчикового хода.

С учетом такого воспалительного процесса, не проявляющегося клинически, произведено иссечение эпителиального копчикового хода с ушиванием раны наглухо. Микроскопическое исследование удаленных эпителиальных копчиковых ходов подтвердило наличие грануляционной ткани в стенке хода и позволило выявить другие изменения стенок хода, характерные для воспаления. Воспалительный процесс локализовался в стенке хода, не распространяясь на окружающую жировую клетчатку.

Таким образом, наличие отделяемого и обнаружение в нем эритроцитов и клеточных элементов воспаления является несомненным подтверждением диагноза эпителиального копчикового хода, на основании чего можно установить показания к оперативному лечению. Выполняемые при этом оперативные вмешательства дают благоприятный результат при глухом ушивании ран.

В начале трудовой деятельности у носителей эпителиального копчикового хода появляются факторы, провоцирующие воспаление копчикового хода (травмы у шофе-

ров и др.). **Возникает вопрос, целесообразно ли** дожидаться острого воспаления и тогда оперировать больных? С ДРУ^{гой} стороны, оперируя больного без признаков воспаления, нельзя быть уверенным в удалении всего копчикового хода и его возможных затеков, что создает опасность рецидива заболевания. Каждый раз вопрос о хирургическом лечении должен решаться индивидуально. Однако несомненно, что наличие копчикового хода при возникновении провоцирующих моментов может привести к воспалению. Исходя из этого, мы считаем показанием к операции у больных без выраженных клинических явлений воспаления наличие первичного отверстия эпителиального копчикового хода с выделениями из него. В связи с этим диспансеризация больных, плановые профилактические осмотры и наблюдение за пациентами с эпителиальным копчиковым ходом очень важны.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

При макроскопическом исследовании препаратов эпителиальных ходов, иссеченных одним блоком со всеми вторичными свищами и затеками, обнаруживаются значительное утолщение и уплотнение кожи, на которой всегда строго по средней линии, т. е. в межъягодичной складке, располагаются одно или реже несколько точечных первичных отверстий эпителиального копчикового хода. В просвете этого отверстия примерно в половине случаев видны тонкие длинные волосы в виде мягкой кисточки. Нередко на сагиттальном разрезе видно, что в просвете хода волосы лежат компактным скрученным пучком. Они почти не фиксированы к коже и при малейшем усилии свободно могут быть удалены из хода. По обе стороны от межъягодичной складки в типичных случаях располагаются несколько (чаще всего 2—3) отверстий вторичных гнойных свищей. Кожа вокруг них резко бляшковидно утолщена, имеет беловатый или красноватый оттенок, мацерирована. В просвете свищевых ходов определяется гноевидная жидкость. Гнойные (вторичные) свищи соединены с просветом эпителиального хода. Как эпителиальный ход, так и вторичные свищи окружены как бы муфтой из плотной ткани рубцового вида. Подкожная жировая клетчатка в этой области слабо выражена.

Для микроскопического исследования мы вырезали кусочки, содержавшие участок эпителиального копчиково-

го хода, окружающей его ткани и свища. В отдельных случаях обработке подвергали весь свищевой ход и производили срезы по Кристеллеру.

В большинстве случаев обнаружена картина острого или хронического неспецифического воспаления. При этом покровный многослойный плоский эпителий вокруг свищевых ходов и первичного копчикового хода резко утолщен, располагается в 20—25 слоев, сосочки сглажены, неравномерной величины и формы, в отдельных участках глубоко проникают в подлежащую грубоволокнистую соединительную ткань. В собственно коже и в глубже лежащих тканях прослеживается ход, стенки которого выстланы многослойным плоским эпителием с правильным чередованием слоев и ороговением со стороны просвета. В просвете такого хода обнаруживаются волосы. Окружающие ход структуры состоят из грубоволокнистой соединительной ткани с коллагеновыми волокнами в ее прослойках и с обильной воспалительной инфильтрацией, состоящей из лимфоцитов, плазматических клеток и эозинофилов.

При остром воспалении в инфильтрате преобладают лейкоциты. В других случаях стенка эпителиального хода уже лишена выстилки и образована грануляционной тканью, в которой обнаруживаются гигантские многоядерные клетки типа клеток вокруг инородных тел. На срезе по Кристеллеру, сделанном через копчиковый ход, где в течение многих лет часто обострялся воспалительный процесс (рис. 12), можно проследить, что эпителиальная выстилка стенок хода отсутствует и замещается на всем протяжении грануляционной тканью.

Лишь в 19 из 220 исследованных препаратов найдена киста со стенками, выстланными плоским эпителием. Это так называемая эпидермоидная киста. По классификации тератоидных опухолей, предложенной А. И. Абрикосовым и А. И. Струковым, эпидермоидные кисты относятся к категории гистиоидных опухолей. Они представляют собой скопления эпидермиса в виде небольших полостей и резко отличаются от дермоидных кист, которые по той же классификации относятся к разряду органоидных опухолей, т. е. опухолей, возникающих вследствие отщепления и неправильного расположения клеточных групп разных зародышевых листков, состоящих из нескольких тканей и по строению напоминающих тот или иной орган. Таким образом, не следует отождествлять эпителиальный копчиковый ход и дермоидную кисту.

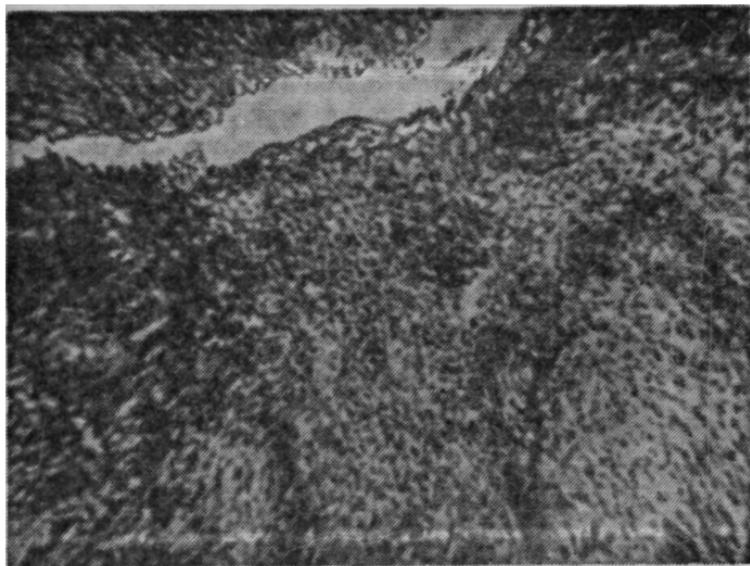


Рис. 12. Микрофото. Эпителиальный копчиковый ход. Эпителиальная выстилка стенок хода заменена грануляционной тканью. X 70.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Диагностика эпителиального копчикового хода не представляет особых трудностей. Однако необходимо помнить о ряде таких заболеваний, как каудальные кистозные тератомы, хронический парапроктит, остеомиелит крестца и копчика и др., протекающих иногда под маской свищей на почве копчикового хода и требующих иной тактики и методов лечения.

Прежде всего эпителиальный копчиковый ход необходимо дифференцировать с каудальными кистозными тератомами.

По данным Научно-исследовательского института проктологии Министерства здравоохранения РСФСР, на каждые 7 больных с эпителиальным копчиковым ходом приходится один больной с каудальной тератомой. Установлено, что в 76% случаев кистозные тератомы осложняются дренирующими свищами, нередко располагающимися на коже в крестцово-копчиковой области и по внешнему виду напоминающими вторичные свищи эпителиального копчикового хода. У 29 больных, направленных в нашу клинику с диагнозом «пресакральная киста», при обследовании обнаружен эпителиальный копчиковый ход. Наб-

людались диагностические ошибки и обратного характера: у 13,7% больных пресакральные кистозные тератомы, осложненные дренирующими свищами, расценивались как эпителиальный копчиковый ход, в связи с чем некоторым из них проводились безуспешные операции — иссечение несуществующего эпителиального копчикового хода.

О трудности дифференциальной диагностики этих двух врожденных заболеваний может свидетельствовать и тот факт, что у некоторых больных с пресакральной локализацией кистозных тератом даже после обследования в нашей клинике был установлен ошибочный клинический диагноз «эпителиальный копчиковый ход», по поводу которого больные были оперированы. Правильный диагноз у больных был поставлен лишь во время операции.

Выявлены следующие сходные и отличительные признаки этих двух заболеваний.

В тех случаях, когда оба заболевания не осложнены вторичными гнойными свищами, дифференцировать их несложно, так как характерной отличительной особенностью эпителиального копчикового хода является обязательное наличие первичного точечного наружного свищевого отверстия, расположенного на коже в межъягодичной складке. Иногда таких первичных отверстий бывает несколько, но все они в виде цепочки располагаются обязательно в межъягодичной складке. Нередко из этих отверстий выступают пучки тонких волос.

У 16% больных с тератомами наблюдались эмбриональные свищи, весьма сходные по внешнему виду с первичными отверстиями эпителиального копчикового хода, что явилось причиной диагностической ошибки. В этих случаях расположение эпителиального копчикового хода было атипичным. Отличительными особенностями наружных отверстий эмбриональных свищей при тератомах от первичного свищевого отверстия эпителиального копчикового хода являются расположение «пилонидальных» свищей всегда точно в межъягодичной складке и наличие выступающих из них волос.

Важным методом распознавания этих заболеваний является пальцевое исследование прямой кишки, при котором обнаружение пресакрально расположенной опухоли исключает эпителиальный копчиковый ход и свидетельствует о наличии тератомы.

При осложнении этих заболеваний вторичными гнойными свищами, располагающимися у копчика и весьма сходными по внешнему виду, обнаружение в межъягодич-

ной складке над копчиком типичного первичного отверстия эпителиального канала может служить диагностическим признаком копчикового хода. Вероятно, возможно сочетание этих заболеваний, но в нашей практике оно не встречалось.

Значительно труднее дифференцировать эти заболевания после нерадикального иссечения эпителиального копчикового хода, когда первичное свищевое отверстие иссечено, но остается часть расположенного в клетчатке копчикового хода. В этих случаях образующееся свищевое отверстие внешне практически неотличимо от свища, дренирующего кистозную тератому. Установлению диагноза способствует контрастная фистулография: при наличии кистозной тератомы весьма отчетливо определяется пресакрально расположенная одно- или многокамерная киста с четкими внутренними контурами.

Иная рентгенологическая картина свойственна эпителиальному копчиковому ходу. При этом на фистулограммах чаще выявляются разветвленные свищевые ходы с нечеткими контурами, слепо заканчивающиеся в мягких тканях под кожей позади копчика; они никогда не связаны с костью копчика и не проникают в пресакральную клетчатку.

Отличить эпителиальный копчиковый ход, не осложненный воспалением, от парапроктита довольно просто: при парапроктите нет первичного отверстия хода в межъягодичной складке. Чаще всего нагноившийся эпителиальный ход копчиковой области можно спутать именно с острым парапроктитом, а хроническую стадию болезни — со свищом прямой кишки.

При остром парапроктите абсцесс в большинстве случаев связан с просветом прямой кишки и при пальцевом обследовании ее почти всегда можно обнаружить болезненность или выбухание той стенки анального канала, к которой примыкает гнойник или инфильтрат. Мы уже не говорим о тех ясных для диагностики случаях, когда при осторожном надавливании на инфильтрат около заднего прохода из кишки начинает выделяться гной. Болезненность в области заднего прохода и прямой кишки, усиливающаяся при дефекации, также свидетельствует в пользу острого парапроктита.

Отличить хроническую стадию заболевания от свища прямой кишки в обычных условиях тоже нетрудно. Необходимо осторожно (чтобы не сделать ложного хода) зондировать наружное отверстие свища. Если свищ происходит

из нагноившегося эпителиального копчикового хода, то зонд идет вверх, к копчику, а при свище прямой кишки — вниз, к заднему проходу. Во всех сомнительных случаях следует проводить пробу с окрашивающей жидкостью. В наружное отверстие свища вводят водный раствор метиленового синего (2-граммовым шприцем без иглы), окрашивающий тампон, который предварительно вставляют инструментом в заднепроходный канал. При осложнении эпителиального копчикового хода прямая кишка, как правило, интактна.

При осложнении эпителиального копчикового хода хроническим воспалением с наличием вторичных свищей диагностика затруднена. В этих случаях нередко эпителиальный копчиковый ход протекает под маской свища прямой кишки; свищевые отверстия и гнойные полости нередко располагаются в постанальной области, в том числе в межъягодичной складке.

Однако при пальцевом исследовании прямой кишки обнаружение внутреннего отверстия (свища) на одной из стенок заднепроходного канала свидетельствует о наличии истинного парапроктита. Следует подчеркнуть, что как эпителиальный копчиковый ход, так и вторичные свищи при этом заболевании никогда не проникают в просвет прямой кишки.

Доказан факт возможного сочетания парапроктита и эпителиального копчикового хода [Назаров Л. У., Оргусян Р. В., 1979].

Нередко больные с остеомиелитом крестца и копчика связывают начало заболевания или его обострение с травмой крестцово-копчиковой области. В таких случаях наличие первичных эпителизированных отверстий в межъягодичной складке над задней поверхностью копчика является единственным признаком, свидетельствующим о наличии эпителиального копчикового хода.

В хронической стадии для остеомиелита копчика или крестца характерно обильное гнойное отделяемое из широких наружных отверстий свищевых ходов, располагающихся на коже в крестцово-копчиковой или промежностной области.

Важные и ценные дифференциально-диагностические признаки этих двух заболеваний могут быть обнаружены при рентгенологическом исследовании крестцово-копчиковой области.

На обзорных рентгенограммах при остеомиелите крестца и копчика выявляется пестрый рисунок кости из-за чередования участков разрежения и уплотнения.

Очаги разрежения имеют удлиненную форму. Нередко на рентгенограммах определяются различной формы и размеров секвестры.

Важную роль играет фистулография. Она позволяет не только установить наличие остеомиелита, но и уточнить локализацию секвестра и выявить его в тех случаях, когда обычные снимки оказываются недостаточно четкими. Остеомиелит крестца и копчика встречается исключительно редко (за 20 лет это заболевание отмечено нами всего у 4 больных). В этих наблюдениях фистулография помогла установить правильный диагноз. Очень редко (всего у 2 больных) мы наблюдали туберкулезный остеомиелит крестца. Рентгенологические изменения костей, биопсия свищевого хода или посев гноя при подозрении на туберкулез, наконец, правильно собранный анамнез — все это помогает определить характер процесса. При эпителиальном копчиковом ходе, осложненном хроническим воспалением и свищами, копчик и крестец интактны.

Глава 4

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Предполагающим моментом к началу гнойного воспаления эпителиального хода нередко является тупая однократная травма или небольшие, но часто повторяющиеся повреждения — падения на копчик при катании на лыжах или коньках, верховая езда, длительная езда на велосипеде, мотоцикле, автомобиле, сидячая работа. Ясное указание на травму имелось в анамнезе у 33% больных, находившихся под нашим наблюдением. Большое значение в этом отношении имеет и постоянное инфицирование позадианальной области, особенно при небрежном или неправильном туалете заднего прохода после дефекации.

При перечисленных неблагоприятных условиях содержимое узкого эпителиального хода (слушенный эпителий, выделения сальных желез и волосы) инфицируется и начинается острое воспаление, обычно быстро реализующееся в абсцесс или гнойный инфильтрат. Клинически заболевание начинается с неприятных ощущений в области копчика при сидении или ходьбе. Как правило, больные не обращаются к врачам и лечатся домашними средствами. **При** осмотре

и ощупывания копчиковой области в этот период определяется слегка болезненная, тестоватой консистенции припухлость в области межъягодичной складки, справа или слева от средней линии. Цвет кожи над припухлостью может не меняться. Флюктуация еще не определяется. Правильно поставить диагноз можно уже в этой стадии болезни. Если больному в коленно-локтевом положении раздвинуть ягодичцы, то в большинстве случаев по средней линии над краем заднего прохода становится видно наружное отверстие эпителиального хода. Приподнятое воспаленной подкожной жировой клетчаткой, это отверстие имеет вид неглубокой воронки.

Консервативное лечение. В этой стадии болезни, т. е. в стадии инфильтрата, можно прервать дальнейшее развитие воспалительного процесса. Для этого необходимо сделать новокаиновую блокаду (100 мл 0,25% раствора с добавлением 300 000 ЕД антибиотиков), а затем наложить компресс с мазью Вишневского. Больного освобождают от работы и назначают постельный режим; блокаду повторяют через 5 дней. Компрессы с мазью Вишневского меняют ежедневно на ночь. Лечение может привести к полному рассасыванию инфильтрата и ликвидации воспалительных явлений. Больных необходимо предупреждать о возможности рецидива болезни и в связи с этим рекомендовать необходимые меры профилактики — предохранение крестцово-копчиковой области от травм и тщательный туалет заднего прохода после дефекации.

Если такое лечение не проведено своевременно, то вскоре появляются сильные боли, не связанные с актом дефекации, припухлость в копчиковой области увеличивается, размягчается, начинает флюктуировать. Развивается общее недомогание, повышается температура тела. Однако даже в этом периоде в периферической крови может не обнаруживаться заметного увеличения количества лейкоцитов и изменения СОЭ.

Больных с абсцессом в копчиковой области обычно доставляют в срочном порядке и оперируют без промедления. Перед операцией ставят очистительную клизму и осторожно, но тщательно бреют область крестца, копчика и заднего прохода.

Операция под местной анестезией 0,5% раствором новокаина сводится к широкому вскрытию гнойника над местом флюктуации линейным разрезом длиной 3—5 см. Разрез чаще всего проводят параллельно средней линии, сбоку (в 2—3 см) от нее. Широко вскрывают абсцесс, эвакуируют

гной, пальцем разъединяют перемычки и, если полость абсцесса переходит на другую сторону, делают противоотверстие над затеками. Рану 2 раза промывают перекисью водорода и затем вводят в нее тампоны с мазью Вишневского следующей прописи:

Rp.: Pix liquidi
Xeroformii aa 3,0
Anaesthesini 1,0
Ol. Ricini 100,0
MDS. Мазь

Сверху на рану накладывают ватно-марлевую повязку, которую туго прибинтовывают к марлевому пояску вокруг живота широким бинтом (Т-образная повязка), или сетчатую наклейку.

В 1-е сутки после операции больной должен лежать на животе. На 2—4 ч поверх повязки кладут пузырь со льдом. Поскольку при вскрытии абсцесса сосуды не лигируют, необходимо следить за промоканием повязки кровью. На следующий день в палате меняют верхние слои повязки, не трогая тампонов в ране. Первую смену тампонов производят на 3-й сутки. Через 1 сут после первой смены тампонов начинают делать ежедневные перевязки, которые заключаются в промывании раны перекисью водорода и рыхлом заполнении ее тампонами, пропитанными раствором антисептика. Стул обычно специально не задерживают, но каждый раз после дефекации необходима перевязка. Через 4—8 дней после операции больного с чистой гранулирующей раной выписывают на амбулаторное долечивание.

Вскрывать в амбулаторных условиях большие, особенно двусторонние, абсцессы, развившиеся в результате нагноения эпителиального копчикового хода, мы не рекомендуем. После операции образуется большая открытая рана вблизи заднего прохода, следить за которой в течение 4—5 дней лучше в стационаре. Больные с гнойниками размером до 1,5Х2 см могут быть оперированы и в поликлинике.

При возникновении острого (первого) абсцесса заболевание может пойти по разным путям. Очень немногие больные (не больше 10%) стойко вылечиваются после вскрытия гнойника, но и у них нередко сохраняются боли в области копчика при сидении и ходьбе. Этот болевой синдром с большим трудом поддается лечению (тепло, шадящий режим, периодические новокаиновые блокады и компрессы с мазью Вишневского).

Значительно чаще абсцесс рецидивирует в том же месте

или рядом. Патогенез рецидива можно объяснить следующим образом. При паллиативной операции вскрытия гнойника источник инфекции — эпителиальный ход — остается, причем теперь имеет место дремлющая инфекция. В этих условиях даже незначительная травма или охлаждение может способствовать появлению повторного нагноения. Эпителиальный ход вовлекается в гнойный процесс лишь частично, ибо окружающая его плотная соединительная ткань рудиментарной связки почти не поддается протеолитическому действию гноя: последний идет по пути наименьшего сопротивления в окружающую жировую клетчатку. Вот почему в большинстве случаев абсцесс, а затем и свищ возникают не по средней линии, а справа или слева от нее.

Сроки наступления рецидива варьируют от 2—3 мес до нескольких лет. Рецидив возникает при малейшем загрязнении или травме крестцово-копчиковой области. Рецидивов может быть несколько. У одного нашего больного за 10 лет возникло 10 рецидивов.

Клиническая картина рецидивирующих гнойников аналогична картине при первичном абсцессе; лечение их проводится одинаково.

В специализированных проктологических отделениях скорой помощи уже при остром (первом или повторном) абсцессе эпителиального копчикового хода можно и целесообразно сразу выполнять радикальную операцию — вскрытие абсцесса и ликвидацию первичного отверстия (отверстий) хода по средней линии. В этих случаях под наркозом (вместе с анестезиологом, умеющим проводить общее обезболивание в положении больного на животе или на боку) вскрывают гнойные затеки сбоку или с обеих сторон от средней линии, а участок межъягодичной складки вместе с первичными отверстиями хода иссекают овальными разрезами, т. е. удаляют переднюю стенку абсцесса.

При остром гнойном воспалении копчикового хода в таких случаях остается рана по средней линии крестцово-копчиковой области, которую saniруют открытым методом. Хотя такое лечение сравнительно длительнее ушивания раны путем подшивания ее краев к дну, как при плановых операциях по поводу копчикового хода, но, во-первых, при остром абсцессе можно иссекать довольно узкий овал кожи, во-вторых, адекватное дренирование боковых гнойных затеков облегчает заживление, ибо эти боковые контрапертуры выполняют роль послабляющих разрезов.

Конечно, радикальное лечение острого гнойного воспаления копчикового хода постепенно свело бы на нет большое

число свищей крестцово-копчиковой области, но дифференциальная диагностика этого абсцесса и других острых воспалений данной области (флегмона, карбункул, постинъекционные абсцессы) не проста, да и сама операция, несмотря на кажущуюся примитивность ее, требует навыка. Радикальное хирургическое лечение острого воспаления эпителиального копчикового хода следует проводить только в специализированных отделениях скорой помощи, которых пока, к сожалению, очень мало.

Как было сказано выше, если ограничиться вскрытием гнойника (так же как после консервативного лечения инфильтрата), то источник инфекции остается, поэтому рецидивы болезни наблюдаются очень часто. В связи с этим необходима радикальная операция в холодном периоде болезни, через 2—3 мес после обострения. Это положение особенно актуально для больных, у которых абсцесс уже рецидивировал. После необходимых разъяснений такие больные являются для радикальной операции сами, даже если их ничто не беспокоит, т. е. в тех случаях, когда не возникает свищ. Операция в холодном периоде аналогична операции в хронической стадии болезни и подробно описывается ниже.

Радикальное лечение острого (первичного или рецидивного) воспаления эпителиального копчикового хода до сих пор, несмотря на кажущуюся простоту, вызывает споры среди хирургов: следует ли в этой стадии просто ликвидировать гнойник, широко дренировать его и надеяться на то, что воспаление больше не повторится или же сразу попытаться уничтожить источник инфекции — эпителиальный ход. Мы, конечно, имеем в виду хирургов, хорошо знакомых с описываемым заболеванием и не принимающих абсцесс на почве эпителиального копчикового хода за банальное нагноение типа фурункула или карбункула ягодичной области. Такое допущение закономерно, ибо и сейчас мы часто встречаем больных, которым в острой стадии воспаления эпителиальный ход копчиковой области был вскрыт или неоднократно вскрывали только абсцесс, оставляя на месте наружное отверстие хода. Если в хронической стадии радикальная операция предпринимается, как правило, опытными хирургами или проктологами, хорошо знакомыми с особенностями этого вида воспаления, то при остром абсцессе, когда больного для оказания экстренной помощи направляют в общехирургическое отделение, сплошь и рядом ограничиваются вскрытием гнойника. Как бы быстро оно ни было предпринято, как бы широко ни вскрывали абсцесс, ника-

кой гарантии от перехода заболевания в хроническую форму или рецидивирования абсцесса при такой тактике дать нельзя.

Указанные вопросы обсуждаются почти 100 лет. Еще в 1883 г. Н. Мауо оперировал больного с острым абсцессом копчикового хода и лечил рану открытым способом, видимо, для того, чтобы ликвидировать источник инфекции, располагавшийся в нижнем углу раны. При этом имелось в виду, что в разрез, обычно полулунный с обеих сторон, попадал и копчиковый ход с его первичным отверствием в нижней части межъягодичной складки. Впоследствии эта операция была взята на вооружение многими хирургами [Gabriel W., Wieliam B. 1949; Vason H., 1949; Рыжих А. Н., Битман М. И., 1949, и др.]. Г. Я. Денисов (1971), В. П. Петров и В. С. Олифирук (1973) предлагали не только широко рассекать сам копчиковый ход, но и выскабливать его острой ложкой. Еще в 1936 г. М. Kleakner, опубликовавший результаты наблюдений за 160 больными, оперированными открытым способом, указывал, что при этом рецидивы относительно редки, но все же составляют не менее 18% [Rogers H., Hall J., 1938]. Отрицательные стороны открытого лечения раны заключались не только в рецидивировании, но в основном в длительных сроках заживления больших открытых раневых поверхностей в крестцово-копчиковой области, отграничить которую от инфицированной зоны заднего прохода почти не удается.

В связи с этим возникла противоположная идея: иссекать переднюю стенку абсцесса эпителиального хода, санировать полость гнойника и зашивать ее частично или даже наглухо. R. Colp [1929] оперировал так называемым полудоткрытым способом: ушивал рану в нижнем углу и тампонировал ее в середине. Интересное предложение внес в 1963 г. Ch. Neumeister: он рекомендовал при абсцессе копчикового хода подшивать края раны к ее дну с четырех сторон. Эта методика не нашла признания среди хирургов, поскольку была затруднена санация полости абсцесса.

Что касается ушивания наглухо ран после вскрытия абсцесса эпителиального копчикового хода, то такая методика не получила распространения: нельзя приравнять этот вид воспаления к «простым» абсцессам мягких тканей, при которых в ряде случаев глухой шов раны вполне прижился. При частичном ушивании ран после вскрытия абсцесса копчикового хода рецидивы наблюдались в 50% случаев, при глухом ушивании — почти с такой же частотой [Rogers H., Hall J., 1935].

Учитывая неудовлетворительные результаты радикального лечения острого воспаления копчикового хода оперативным путем, некоторые хирурги даже пришли к выводу о преимуществах консервативного хирургического лечения, такого, как вскрытие нагноившегося хода и прижигание его ляписом или хлористоводородной кислотой [Crookall A., 1928]. Такой же способ применял К. Smilley (1935), который, кроме того, рекомендовал инъекции смеси из этилового спирта, хлороформа и уксусной кислоты. Конечно, описываемые методы имеют сейчас только исторический интерес, но актуальность проблемы лечения острого абсцесса эпителиального копчикового хода сохраняется.

Склеротерапию при лечении острых нагноений копчикового хода рекомендовал Ю. И. Дайхес (1974). Как и другие авторы [Мацяк С. В., 1961; Церенциян Д. М., 1961], мы убеждены в бесперспективности этого метода. Возможно, его следует применять как паллиатив у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, но в качестве основного метода лечения она не выдерживает критики.

В последнее время при лечении эпителиального копчикового хода, в частности для санации ран после вскрытия гнойников, применяются такие способы, как обработка раневой поверхности лучами лазера и ультразвуком [Яремчук А. Я. и др., 1982; Бабаев О. Г. и др., 1984; Мальцев В. Н., 1985]. Мы положительно относимся к этим методикам, но полученные результаты требуют анализа на большем, нежели сейчас, числе клинических наблюдений. Многие отечественные хирурги проводят лечение абсцессов копчикового хода (как и других нагноений мягких тканей) с помощью дренажа раны с длительным промыванием (до 5 сут) раствором антибиотиков [Каншин Н. Н., 1981; Абасов Б. Х. и др., 1982; Яковцов И. З. и др., 1984; Кибальчич В. И., Флеккель В. А., 1985]. Нам представляется, что при абсцессе копчикового хода метод лечения следует выбирать с учетом близости заднего прохода и постоянной опасности инфицирования его специфической микрофлорой.

Что касается вскрытия гнойника и отсроченного радикального оперирования, то такая тактика, на наш взгляд, нецелесообразна. Нужно либо оперировать радикально сразу, либо, вскрыв абсцесс, выждать, пока не сформируется свищ (не менее 2—3 мес), и тогда оперировать больного по поводу хронического свища. При лечении больных с рецидивирующими гнойниками, когда между обострениями не остается свища, тактика должна быть иной. Если в этих

случаях копчиковый ход выражен, т. е. из наружного отверстия выделяется сукровичная или гнойная жидкость, если область наружного отверстия болезненна при осторожной пальпации или инфильтрирована, то показана радикальная операция. У некоторых больных после самостоятельного вскрытия гнойников или операций с паллиативной целью (в том числе часто при неадекватном маленьком разрезе над центром флюктуации, выполняемом обычно в поликлинике) вся область межъягодичной складки покрыта рубцами, в которые входит («запаивается») и наружное отверстие эпителиального хода. Многое зависит от анамнеза: начала болезни (обычно с детства), наличия выделений из точечного свища над задним проходом, обострений (как правило, после травм или охлаждений), предыдущих операций и др.

Таких больных надо обследовать пальцем через прямую кишку, чтобы не спутать острый абсцесс копчикового хода с острым парапроктитом, при котором в области крестца и копчика иногда также могут возникнуть воспалительные процессы, локализующиеся на коже (часто при расположении внутреннего отверстия парапроктита на задней стенке заднепроходного канала). В подозрительных случаях (очень плотные воспаленные ткани, цианотичная область воспаления, множественные кожные короткие свищи в этой зоне) необходимо помнить о возможности редких инфекций, таких как актиномикоз, а также о поражении всей этой области хронической пиодермией, о чем подробнее сказано ниже.

После очередного обострения эпителиального копчикового хода следует ставить вопрос о радикальной операции как при наличии свища (свищей) в крестцово-копчиковой области, так и в тех случаях, когда свища нет, а имеются только рубцы и эпителиальный ход. В последнем случае не приходится надеяться на стойкое выздоровление. Только у 25—30% больных после широкого хирургического вскрытия гнойника наступает длительная клиническая ремиссия, а если абсцесс вскрылся самостоятельно или если операция выполнена в недостаточном объеме, то сроки ремиссии, как правило, очень малы.

Приведенные рассуждения, в некоторых аспектах намеренно повторяющиеся, представляются нам небесполезными в связи с тем, что лечение именно в первой (острой) стадии воспаления эпителиального копчикового хода до сих пор активно обсуждается в специальной литературе и подчас высказываются совершенно альтернативные взгляды.

Наш опыт (вероятно, наибольший, чем у других отечественных хирургов) позволяет утверждать, что имеется путь

радикального одновременного (одномоментного) хирургического излечения эпителиального копчикового хода в стадии первичного острого воспаления. Такую операцию, несложную по технике, все же должны производить, по нашему мнению, проктологи или специально обученные хирурги в проктологических или хирургических стационарах скорой помощи.

Глава 5

КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВЫЕ СВИЩИ, ОБРАЗОВАВШИЕСЯ ВСЛЕДСТВИЕ НАГНОЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

У большинства больных копчиковым ходом после самостоятельного или нерадикального хирургического вскрытия абсцесса (особенно инфильтрата или рецидивирующего абсцесса) или в результате самолечения (тепловые процедуры, инъекции антибиотиков и др.) образовавшаяся в копчиковой области небольшая по размерам плоская рана долго не заживает и формируется свищ с постоянным, обычно не очень обильным гнойным отделяемым. Болезнь переходит в хроническую стадию.

Гнойный свищ поддерживается наличием постоянной инфекции в просвете самого хода и его вторичных подкожных затеков. Под влиянием неблагоприятных обстоятельств, чаще всего травм (езда на велосипеде, мотоцикле, удары во время спортивных игр, падение со стула и т.п.), охлаждения и др., если наружное отверстие свища или копчикового хода закрывается продуктами кожного метаболизма, периодически возникает обострение. Больной вновь подвергается паллиативной операции — вскрытию гноиника, после чего образуется новый гнойный свищ. Воспалительный процесс распространяется вширь, захватывая окружающую клетчатку. Возникают добавочные вторичные свищевые ходы и отверстия по обе стороны от средней линии крестцово-копчиковой области. Мы наблюдали больных, у которых вся поверхность кожи над крестцом и копчиком представляла собой болезненный уплотненный инфильтрат, испещренный многочисленными послеоперационными рубцами. В разных точках такого инфильтрата могут располагаться несколько свищевых отверстий с гнойным отделяемым. Кожа вокруг отверстий свищей гиперемирована, иногда мацерирована. Почти всегда на расстоянии 3—6 см

от заднего прохода, по средней линии (даже на измененной коже) можно видеть наружное отверстие эпителиального хода. Общее состояние таких больных страдает мало. Приводим одно из подобных наблюдений.

Больной 3., 29 лет, поступил 4.02.1969 г. Болен 8 лет. После ушиба образовался и самопроизвольно вскрылся абсцесс в области копчика. Остался свищ. До 1965 г. после очередных обострений образовалось еще три свища. Оперирован трижды (последний раз в 1965 г.), после чего образовался четвертый свищ.

При объективном исследовании со стороны внутренних органов патологических изменений нет. В моче, крови и при рентгеноскопии органов грудной клетки отклонений от нормы не найдено. На 4 см выше заднего прохода по средней линии одно за другим располагаются 4 точечных отверстия эпителиального хода. Справа и слева от средней линии 3 свищевых отверстия с гнойным отделяемым. От этих вторичных свищевых отверстий под кожей к средней линии тянутся болезненные «шнуры» — ненный гиперемированный инфильтрат с еще одним (четвертым) свищевым отверстием в центре припухлости (рис. 13).

Копчиковый ход может сочетаться с хронической пиодермией, и тогда возникает характерная картина.

Для диагностики копчикового хода применяются обычно только клинические или инструментальные методы исследования: осмотр, пальцевое исследование, зондирование, ректоскопия. Рентгенологический метод для диагностики этого состояния и его осложнений почти не используется, что в определенной степени связано с несовершенством метода фистулографии.

Мы исследовали рентгенологически 46 больных с эпителиальным копчиковым ходом и его гнойными осложнениями. Сравнительные исследования (18 наблюдений) показали, что при копчиковых ходах и их осложнениях обычная фистулография малоэффективна. В узкий ход или свищ (свищи) барий или другая жидкая контрастная взвесь вводится с трудом, все время вытекает, особенно при изменении положения больного. Как правило, на таких рентгенограммах, кроме нечетких тонких полосок контрастного вещества на фоне костей таза, ничего выявить не удается. Практическая ценность обычного рентгенологического исследования (фистулография) при копчиковых свищах очень мала. По-видимому, в связи с этим в литературе почти нет работ, посвященных рентгенологическому исследованию свищей аноректальной области, и рентгенологи крайне неохотно выполняют эту процедуру. С другой стороны, даже опытные проктологи зачастую не могут во всех подробностях представить себе до операции все извилины и затеки копчикового

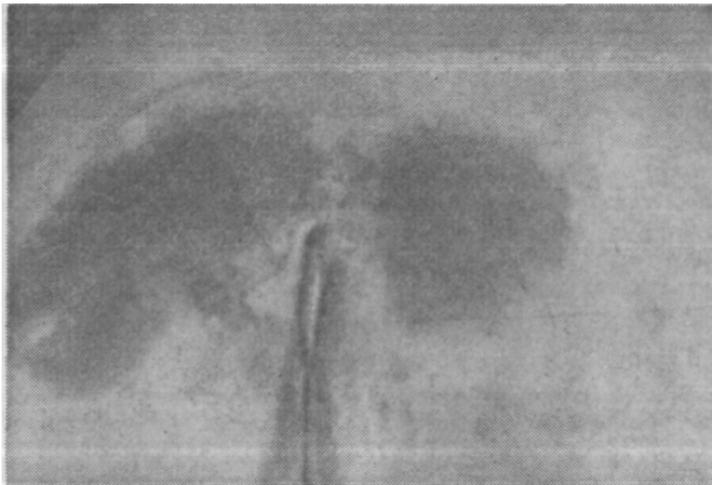


Рис. 13. Хроническое воспаление эпителиального копчикового хода. Гнойные свищи и инфильтраты.

хода и вторичных свищей. Иногда зондирования и маркировки гнойных ходов метиленовым синим оказывается недостаточно и во время операции, ориентируясь по рубцам или патологически измененным тканям, приходится иссекать дополнительные нитевидные ходы и затеки, в которые (особенно после инфильтрации тканей новокаином) не проникает краситель. Вполне возможно, что определенный процент рецидивов или послеоперационных осложнений у больных с копчиковым ходом связан с неполным иссечением или рассечением всех затеков и полостей.

Полноценным рентгенологическим исследованием при свищах, образовавшихся в результате нагноения эпителиального копчикового хода, является фистулография при помощи специального вакуумного цилиндра с иглой. При этом жидкое контрастное вещество не вытекает из свища и больного можно обследовать в любой проекции. Для получения качественных рентгенограмм в ампулу прямой кишки вводят воздух с целью наилучшего изображения крестца и копчика, а также вставляют в задний проход «аноректальную линейку» — рентгеноконтрастную трубку, градуированную в сантиметрах. Это помогает определить отношение свища (свищей) к просвету кишки, длину его, наличие или отсутствие связи копчикового свища с анальным каналом.

Приспособление для фистулографии аноректальных свищей устроено следующим образом. Присасывающийся ци-

линдр диаметром 2 см из прозрачной пластмассы толстой резиновой трубкой соединен с вакуумным отсосом малой мощности. Внутри цилиндра фиксирована тупая игла в виде конуса, соединенная тонкой резиновой трубкой со шприцем. Эта трубка проходит внутри толстой трубки от вакуумного цилиндра. Конец конусообразной иглы осторожно вводят в наружное отверстие свища и вливают в гнойный ход любую водорастворимую контрастную жидкость. Обычно при наличии 1—2 свищей вводят до 5 мл контрастного вещества, и врач по сопротивлению поршня шприца чувствует, что весь гнойный ход заполнен. После этого включают отсос и цилиндр плотно присасывается к коже вокруг иглы. В таком положении игла и цилиндр находятся в течение всего времени исследования.

В отсутствие гнойных затеков можно ограничиться боковыми фистулограммами. При наличии затеков необходимо производить и прямые снимки. Исследование лучше начинать в боковой проекции.

Рентгенологическая картина неосложненных копчиковых ходов характеризуется следующими особенностями. Они располагаются в мягких тканях позади копчиковых позвонков, строго по сагиттальной линии, проведенной через копчик. Копчиковый ход имеет прямолинейное или косое краниальное направление, длина его не превышает 2 см, ширина составляет 2—3 мм, контуры нечеткие. Он отстоит от копчиковых позвонков на 1—2 см, не сообщаясь с ними, и слепо оканчивается в мягких тканях над верхушкой копчика. Просвет хода выполняется контрастным веществом неравномерно. На фистулограммах в прямой проекции тень копчикового хода наслаивается на тень костей таза, поэтому ход лучше виден в боковой проекции (рис. 14). Он может располагаться прямолинейно по средней копчиковой линии, чаще всего направляется вверх или вниз. При этом гнойный ход располагается под кожей позади копчика и крестца и не связан с ними, так же как с прямой кишкой.

Осложненные эпителиальные ходы копчиковой области рентгенологически характеризуются тем, что разветвляются, т. е. от прямолинейного хода отходят дополнительные ветви, располагающиеся с одинаковой частотой как справа, так и слева от средней линии. Ходы часто имеют множество наружных отверстий. Одно из них, как правило, располагается по средней линии около ануса.

При разветвленных свищевых ходах клинически свищи, образовавшиеся на почве эпителиального хода копчиковой области, трудно отличить от свищей прямой кишки,

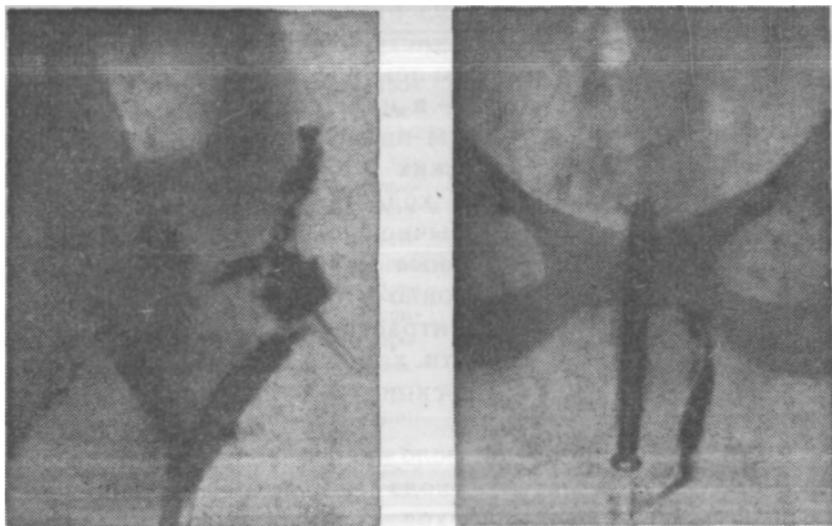


Рис. 14. Фистулограмма эпителиального копчикового хода, полученная с помощью вакуумного цилиндра. В задний проход введен аноконтрастор.

Рис. 15. Фистулограмма вторичного свища копчикового хода, симулировавшего свищ прямой кишки.

особенно в тех случаях, когда одно из наружных отверстий свища располагается около ануса. Необходимо еще раз отметить, что практические врачи плохо знакомы с описываемым заболеванием. Больше половины больных, поступивших в нашу клинику, были направлены с другими диагнозами.

В трудных случаях рентгенологический метод способствует диагностике свищей, развившихся на почве эпителиального копчикового хода, которые симулировали свищ прямой кишки.

Больной Ф., 42 лет. У корня мошонки определяется наружное отверстие свища. При пальцевом исследовании и ректоскопии в прямой кишке патологических изменений не обнаружено. Пальпаторное направление свищевого хода определить не удается. Зондирование и проба с метиленовым синим не удаются. На фистулограммах от наружного отверстия свища (от корня мошонки) ход по передней поверхности промежности направляется к копчику. При этом он раздваивается и обходит заднепроходное отверстие, а затем, не достигнув копчика, в 3 см от него оканчивается в межъягодичной складке на поверхности кожи. Свищевой канал с просветом кишки не связан; в просвете его грануляционная ткань (рис. 15). Заключение: разветвленный свищ из нагноившегося эпителиального хода копчиковой области с наличием вторичного отверстия у корня мошонки. Диагноз подтвержден во время операции.

У 17 больных с разветвленным свищевым копчиковым ходом мы наблюдали при фистулографии гнойные полости (у 6 больных в параректальной клетчатке, у 9 — в мягких тканях ягодиц, у одного — в ишиоректальном и у одного больного в ретроректальном пространстве).

Гнойные полости в мягких тканях ягодиц сообщаются с отверстием копчикового хода при помощи узкого свищевого хода. Полости обычно небольшие (диаметр 3—5 см), контуры их неровные и нечеткие. Как правило, в них выражена грануляционно-рубцовая ткань, вследствие чего они выполняются контрастным веществом неравномерно. Эти гнойные полости хорошо выявляются на фистулограммах в боковой проекции. С прямой кишкой и костями таза они не связаны.

В других случаях при осложнении разветвленного эпителиального копчикового хода гнойной полостью может сформироваться свищевой ход, который направляется каудально и открывается в перианальной области. При этом иногда в результате воспалительного процесса первичный копчиковый ход облитерируется. Как правило, при клиническом обследовании такие свищи принимают за аноректальные. Вопрос решается правильно только при фистулографии. При этом в параректальной клетчатке обнаруживается полость, не связанная с кишкой. Чаще всего такие полости располагаются вблизи копчика. В этих случаях копчиковый ход контрастным веществом не заполняется.

К очень редким осложнениям нагноения эпителиального хода копчиковой области относятся разветвленные фистулы, которые сообщаются с просветом прямой кишки. Мы наблюдали всего 4 таких больных. У них гнойный ход начинался от копчикового отверстия и шел прямолинейно и каудально. Затем фистульный канал, огибая копчик, направлялся через параректальную клетчатку в сторону кишки. Основной гнойный ход почти всегда проходил через глубокие волокна наружного сфинктера или даже выше него и сообщался с просветом прямой кишки.

У больного С, 43 лет, при наружном осмотре параректальной области с обеих сторон от заднепроходного отверстия отмечены продольные рубцы после вскрытия гнойников. Наружное отверстие свища располагается на 13 часах, внутреннее — в передней стенке заднепроходного канала. Проба с метиленовым синим положительная. В крестцово-копчиковой области кожа инфильтрирована, в рубцах. Среди них располагается отверстие копчикового хода. Клинический диагноз: пе-

редний сложный свищ прямой кишки и эпителиальный ход копчиковой области со свищом.

Для уточнения хода свища произведено рентгенологическое исследование при помощи вакуумного цилиндра с иглой. Контрастное вещество введено через отверстие, расположенное около заднего прохода. На фистулограммах выявилась гнойная полость в подкожной жировой клетчатке слева. От гнойной полости снизу косо вверх направляется свищевой ход. Фистульный канал проходит через глубокие волокна сфинктера. На высоте 3 см от заднепроходного отверстия слева от главного свищевоего хода на противоположную (правую) сторону направляется подковообразный свищевой ход, сообщаящийся с передней стенкой кишки. Магистральный свищевой канал продолжается вверх, направляясь в копчиковую область. На высоте 5—6 см от заднепроходного отверстия этот ход разветвляется. Ветви, достигнув копчиковой области, заканчиваются слепо. При этом одна из них направляется в ретроректальное пространство. В свищевых ходах резко выражена грануляционно-рубцовая ткань (рис. 16). Заключение: передний экстрасфинктерный подковообразный свищ прямой кишки в сочетании с разветвленным свищом на почве эпителиального копчикового хода. Во время операции диагноз подтвердился.



Рис. 16. Фистулограмма в прямой проекции. Сочетание свища прямой кишки и эпителиального копчикового хода,

Эпителиальные копчиковые ходы в отличие от прямокишечных свищей располагаются в межъягодичных мягких тканях ниже и сзади от копчика. Если при их осложнении наружное отверстие свища находится вблизи заднепроходного отверстия, то свищевой ход все же направляется кзади от прямой кишки. При разветвленном копчиковом ходе разветвления свищей располагаются компактно, близко друг от друга, часто параллельно. Как правило, они соединяются в один общий ход, который заканчивается слепо или открывается наружу сзади копчика. Гнойные полости, развившиеся в результате нагноения эпителиального копчикового хода, в противоположность полостям при параректальных свищах не сообщаются с просветом прямой кишки и, так же как копчиковые ходы, располагаются ниже и сзади копчика и крестца. Спереди крестца и копчика полости при эпителиальных

копчиковых ходах не локализируются. На дифференциальной диагностике свищей и гнойных полостей, возникающих на почве дермоидных кист, мы остановимся ниже.

Иногда нагноение эпителиального хода копчиковой области можно спутать с банальной приобретенной флегмоной ее. При флегмоне зона гиперемии шире, воспалительный процесс течет более остро, с большим расплавлением клетчатки. Однако на основании только этих признаков все же не всегда легко отличить флегмону от острого абсцесса, осложнившего эпителиальный ход, тем более что и последний может захватывать большое пространство и протекать быстро и тяжело. Необходимо помнить о патогномичном признаке эпителиального копчикового хода — его первичном наружном отверстии по средней линии в межъягодичной складке. Наличие этого признака решает вопрос о диагнозе заболевания.

Наконец, в редких случаях трудно на основании клинической картины дифференцировать нагноившийся эпителиальный ход от дермоидной кисты в области крестца или копчика. Тогда при нагноении эпителиального копчикового хода по средней линии над задним проходом всегда можно найти первичное точечное отверстие хода, часто с торчащими из него волосками. Кроме того, дермоидная киста, имеющая плотную капсулу, дает картину опухоли с четкими контурами, часто флюктуирующую в отсутствие воспалительных явлений. В содержимом дермоидной кисты, кроме волос, можно обнаружить ногти, зубы, чего никогда не бывает при нагноении эпителиального хода.

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД И ХРОНИЧЕСКАЯ ПИОДЕРМИЯ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

В связи с тем что описываемые нами поражения кожи в области заднего прохода, крестца и копчика в большинстве случаев характеризовались наличием гнойных свищей, представляется необходимым вкратце рассмотреть вопрос о гнойничковых заболеваниях кожи.

Пиодермические поражения наиболее распространены среди всех кожных болезней [Машкиллейсон Л. Н., 1960], возбудителями заболевания обычно являются пиококки, но иногда его может вызывать и внедрение в кожу кишечной палочки. Чаще всего гнойничковые поражения кожи вторичны, т. е. осложняют какое-либо кожное заболевание — экзему, чесотку и т. д.

Практически пиодермия неконтагиозна. Как правило,

она возникает в отсутствие ухода за кожей, при мацерации, расчесах, трении одежды и в связи с другими predisposing факторами. Постоянно сапрофитирующие в устьях волосяных фолликулов стафилококки вызывают воспаление разной степени — от поверхностного до глубокого фолликулита. Мы особо подчеркиваем связь пиодермических поражений с патологией волосяных фолликулов: наши больные (почти все — мужчины) имели выраженную или повышенную степень оволосения тела.

Тот же автор сообщает, что некоторые соматические заболевания, в том числе хронические поражения желудочно-кишечного тракта, способствуют заселению кожи пиококками, особенно (это обстоятельство мы также подчеркиваем) при повышенной потливости, ведущей к изменению реакции кожи в щелочную сторону. Повышенная потливость также была выражена почти у всех наших больных.

Из стафилококковых пиодермий наиболее часты фолликулит (син.: импетиго Бокхардта), фурункул и фурункулез, карбункул, гидраденит, сикоз. Стрептококковые пиодермии — это импетиго фокса, эктима, пиококковые язвы, рожа, эризипеллоид и хроническая вегетирующая пиодермия, характеризующаяся гранулематозным воспалением кожи с пролиферацией эпидермиса. Последняя форма пиодермии напоминает описываемые нами кожные поражения, но только на первый взгляд. Кожные изменения у большинства наших больных отличались от вегетирующей пиодермии. Многие дерматологи посвящают работы вегетирующему гранулематозу, а в последнее время специально рассматривают возможность и частоту этого поражения в перианальной области.

S. Alexander (1975), наблюдавший пиодермию у больных неспецифическим язвенным колитом, указывает, что ее трудно отличить от IV венерической болезни (болезнь Никола — Фавра). Автор описывает сочетанные поражения гидраденитом подмышечной и аноректальной области, при которых конгломераты угрей вызывают выраженное, хотя и локальное воспаление, чаще у мужчин и почти всегда летом (потливость). В тяжелых случаях в процесс вовлекаются мошонка, бедра, ягодицы. При этом могут формироваться абсцессы, вскрывающиеся в заднепроходный канал. В таких случаях лечение хирургическое — иссечение пораженных участков кожи.

Весьма редкой причиной возникновения патологических изменений кожи перианальной и крестцово-копчиковой

области могут быть микозы и кокцидиомикозы. При этом возникают множественные свищи, которые с трудом можно отличить от хронического парапроктита. Необходимы бактериологические, микроскопические и серологические исследования [Аминев А. М., 1973; Миракян М. Е., 1976].

В работах О. Б. Минскера (1977) и В. Н. Вихновой (1979) подробно рассматривается кокцидиоидоз *sui generis*. При этом заболевании поражения кожи локализуются (преимущественно стафило- и стрептококки, в большинстве наружных гениталий и подкрыльцовой области. После исследований на грибы и другие возбудители поражений кожи авторы пришли к важному выводу о том, что речь идет о хронической пиодермии с разнообразной флорой (преимущественно стафило- и стрептококки, в большинстве случаев весьма устойчивые к антибиотикам штаммы).

В. Н. Вихнова приводит результаты обследования и лечения 186 больных с такой пиодермией, из которых у 146 был поставлен именно этот диагноз, а у 13 остальных выявлен актиномикоз или еще более редкие грибковые поражения (хромомикоз, споромикоз).

Автор указывает, что в настоящее время большинство практических врачей неправильно именуют описываемое заболевание кокцидиоидозом: при углубленном специальном обследовании ни у одного больного с таким направительным диагнозом возбудитель кокцидиоидоза (*coccidioides immitis*) не был выявлен.

Отметим, что специально проктологическое обследование больных, описываемых В. Н. Вихновой, к сожалению, не проводилось. Только у одного больного автор наблюдал и посчитал случайным сочетание пиодермии и эпителиального копчикового хода. С другой стороны, проктологи довольно часто у больных с параректальными свищами или гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода наблюдали такого рода хронические региональные поражения кожи, о чем уже говорилось выше.

А. Н. Рыжих (1956) предлагает во всех таких случаях пользоваться термином «дермоидоз». Конечно, он не объясняет характер патологии у больных с множественными наружными свищами перианальной области, но автор, видимо, хотел обратить внимание врачей на возможность и не такую уж редкость изменений кожи ягодиц при хроническом рецидивирующем парапроктите.

Специалисты-проктологи встречаются в своей практике больных свищами прямой кишки и копчиковым ходом,

у которых изменения кожи настолько выражены, что занимают ведущее место в клинической картине. Ряд проблем, возникающих у таких больных, требует, на наш взгляд, специального изучения. В. Л. Ривкин (1961) в диссертационной работе показал, что при эпителиальном копчиковом ходе довольно часто обнаруживаются изменения кожи крестцово-копчиковой области, связанные с многократным абсцедированием и развитием многочисленных наружных отверстий вторичных гнойных свищей.

По данным D. Rignault и соавт. (1977), за 13 лет наблюдения из 572 больных с гнойными свищами в области крестца и копчика не меньше чем у 20% изменения кожи были настолько выражены, что это выступало на первый план, очень затрудняло диагностику и резко осложняло тактику хирургического лечения.

В монографии М. Corman «Толсто- и прямокишечная хирургия» (1984) осложнения эпителиального копчикового хода, часто сочетающиеся с поражениями кожи, именуется гнойным гидраденитом. Автор считает это заболевание хроническим, рецидивирующим инфицированием кожи и подкожной жировой клетчатки, исходящим из апокриновых желез (подмышечных, паховых, промежностных, желез молочной железы и половых органов).

На наш взгляд, вряд ли следует отождествлять классический гидраденит подмышечной впадины с описываемым вариантом пиодермии. Поражение кожи крестцово-копчиково-ягодичной области настолько характерно, особенно у лиц с выраженным оволосением тела, что у больных с эпителиальным копчиковым ходом следует обращать особое внимание на этот синдром. Этиология этого хронического нагноительного процесса неизвестна, клиника симулирует и парапроктит, болезнь Крона, и туберкулез перианальной области и, конечно, эпителиальный копчиковый ход. В последнем случае дифференциальная диагностика основывается на наличии в межъягодичной щели первичных отверстий самого эпителиального хода, но в связи с широким распространением воспалительного процесса, множеством деформирующих рубцов от предыдущих операций эти наружные отверстия могут не быть четко обозначены, а имеют вид неглубоких складок или воронок, втяжений кожи над заднепроходным отверстием.

Лечение гнойничковых поражений М. Corman рекомендует начинать с применения антибиотиков широкого спектра действия, что, по нашему мнению, носит скорее характер предоперационной подготовки. В других же слу-

чаях рекомендуются минимальные, сугубо паллиативные, хирургические пособия типа рассечения мелких гнойников, дренирования затеков и т. п. Что касается радикальных операций, то рекомендуются те же методы, что и при распространенном воспалении эпителиального копчикового хода: иссечение гнойничковых поражений с открытым лечением раны, кожная аутопластика, марсупиализация и, наконец, в редких случаях глухое ушивание ран.

В клинике Мэйо за 6 последних лет накоплен опыт лечения 132 больных с аногенитальным гидраденитом. Из 30 больных, у которых поражение локализовалось в области заднего прохода и окружающей кожи, $\frac{2}{3}$ составляли мужчины. Ранее они перенесли от одной до нескольких операций, кончавшихся рецидивированием гнойников. Марсупиализация выполнена 17 из 30 больных; во всех случаях раны зажили не менее чем за 8 нед. Несмотря на отсутствие рецидивов в этой группе, длительность лечения не позволяет рекомендовать его для применения в широкой практике. При лечении больных другой группы (104 человека) применена тактика широкого иссечения зоны поражения вниз до фасции ягодич и тампонада ран йодоформной марлей. Средний срок пребывания в стационаре у них составил 1 нед (хотя у больных старше 40 лет госпитализация длилась в среднем 19 дней). Раны заживали в сроки от 1 до 2 мес. Рецидив обнаружен у 4 оперированных.

Собственный опыт позволяет М. Согман при небольших по распространенности поражениях рекомендовать иссечение воспалительных очагов с глухим ушиванием ран, а в других случаях прибегать к пластическому закрытию кожных дефектов. Можно прибегнуть и к иссечению с оставлением раны открытой для гранулирования в течение 4—5 дней, а затем выполнить пластику кожными островками.

А. М. Feller и R. Hettich (1986) сообщили о 2 больных с перианальным поражением так называемой тяжелой угревой сыпью. На основании описания, данного авторами, и приводимого ими обзора литературы можно считать, что речь идет именно о перианальной хронической пиодермии, не связанной с каким-либо проктологическим заболеванием. Описывая большие участки перианальной кожи, пораженной угревым процессом, авторы предлагают широко иссекать все эти участки, а затем производить аутопластику кожными лоскутами. Здесь, как и в работах многих дерматологов (хотя данная статья опубликована в специ-

альном журнале по проктологии), описываемое гнойничковое поражение кожи совершенно не связывается с эпителиальным копчиковым ходом. Действительно, в определенном числе случаев такой гидраденит («вегетирующая пиодермия», «дермоидоз», «тяжелое угревое поражение» и другие термины, которые, на наш взгляд, можно считать синонимами) поражает преимущественно кожу вокруг заднего прохода и всю зону промежности. Однако, как показано ниже, у больных с эпителиальным копчиковым ходом гнойничковое поражение близрасположенной кожи имеет место чаще, чем без него. Если принять во внимание такой возможный провоцирующий фактор, как постоянное гнойное инфицирование кожи из первичных отверстий эпителиального хода, да еще на фоне повышенного оволосения этих участков, то объяснение этого вида гнойного гидраденита становится понятным.

Таким образом, гнойничковые поражения кожи у больных с эпителиальным копчиковым ходом могут быть настолько значительно выражены, занимать такое большое пространство межъягодичной складки и вокруг нее, что остаются незамеченными наружные отверстия самого хода и даже вторичные гнойные свищи, возникшие у таких больных после вскрытия (спонтанного или хирургического) абсцесса нагноившегося первичного хода. Конечно, опытный проктолог сразу отличает копчиковый ход с сопутствующей пиодермией от пиодермии как таковой. Стоит развести ягодицы больного, как можно увидеть патогномный для копчикового хода первичный свищ — точечное отверстие (или несколько отверстий одно за другим), из которого часто торчит кисточка мягких волос. Однако если заболевание протекает много лет и больной подвергался неоднократным паллиативным операциям — вскрытию гнойников, то и это первичное отверстие может быть замуровано в грубых рубцах. Если при этом на фоне повышенного оволосения кожи ягодиц и крестцово-копчиковой области имеется еще несколько отверстий свищей и, кроме того, вся эта зона покрыта гнойничками, расположенными на общем уплотненном основании (инфильтрат), то трудно сразу поставить правильный диагноз.

Повторяем: до сих пор эпителиальный копчиковый ход представляет собой заболевание, мало известное практическим врачам городских поликлиник и центральных районных больниц. Как правило, больных направляют в хирургические и проктологические отделения с самыми

различными диагнозами: дермоидная киста, фурункулез, флегмона ягодичной области, тератома и т. п. (табл. 2).

Первый вывод из таблицы весьма важен: у 85 больных выявлена хроническая пиодермия, не связанная с парапроктитом или эпителиальным копчиковым ходом. Эти больные идентичны описанным в 1979 г. В. Н. Вихновой. С другой стороны, более чем у половины больных (136) пиодермия была или могла быть обусловлена наличием парапроктита или эпителиального копчикового хода. Это обстоятельство ускользало от внимания врачей, ранее описывавших такого рода больных.

У 17 больных с первичным диагнозом свища прямой кишки при клиническом обследовании диагностирован гнойный свищ на почве эпителиального копчикового хода. Первичное отверстие (отверстия) хода в амбулаторных картах ни разу не описывались, что еще раз свидетельствует о недостаточной осведомленности практических врачей об этом заболевании.

Из таблицы видно, что на втором месте по частоте (53 больных) был направительный диагноз эпителиального копчикового хода. В таких случаях более правильно говорить о гнойном свище (свищах) на почве копчикового хода, но это не главное. Важно подчеркнуть, что в стационаре у большинства больных этой группы (44) диагноз был подтвержден, хотя, повторяем, ни в одном случае он не был полным: сопутствующая пиодермия в направительном диагнозе не фигурировала. Однако дело не в названии, а в том, что на это обширное поражение кожи в области копчиковых свищей специально не обращали внимания. Интересно отметить, что в этой группе больных только у 7 в клинике выявлена пиодермия без копчикового свища, т. е. в большинстве случаев изменения кожи крестцово-копчиковой области сочетались с эпителиальным копчиковым ходом. Заметим еще, что диагнозы «эпителиальный копчиковый ход» и «копчиковая киста» мы считали идентичными. В литературе по этому вопросу нет единого мнения. Вероятно, можно называть этот патологический процесс и копчиковым ходом, и копчиковой кистой, отличающейся, конечно, от дермоидной кисты.

На третьем месте был направительный диагноз «дермоидная киста промежности». Между тем настоящие дермоидные кисты не имеют ничего общего с гнойничковым поражением, о котором идет речь в наших наблюдениях. Однако такая ошибка практических врачей связана скорее

всего с тем, что в специальной литературе [Рыжих А. Н., 1956; Оргусян Р. В., 1979] для таких случаев предлагался термин «дермоидоз», который отдельными авторами был принят на вооружение. Однако, как показано ниже, ни дермоидоз, ни дермоидная киста не имеют отношения к хронической пиодермии.

Наконец, следует подчеркнуть, что у 25 больных диагнозов вообще не был поставлен и они были направлены в клинику для уточнения характера заболевания. Это положение следует признать если не нормальным, то во всяком случае вполне возможным, ибо распространенное поражение кожи и подкожной жировой клетчатки промежуточной подчас создает настолько непонятную картину, что точная диагностика в поликлинике, на общехирургическом приеме очень трудна.

При гистологическом исследовании иссеченных во время операции участков пиодермии установлено, что изменения были обусловлены хроническим неспецифическим воспалительным процессом. Однако у больных с эпителиальным копчиковым ходом обнаруженные изменения можно было связать с воспалением этого хода и широким распространением процесса на окружающие ткани. О наличии эпителиального копчикового хода свидетельствовали группы пушковых волос, располагавшихся в просвете свищей и эпидермальных кист. В части случаев прямых доказательств наличия эпителиального копчикового хода обнаружить не удалось из-за гнойного расплавления эпидермиса.

По обширности и распространенности воспалительный процесс кожи этой области с образованием множественных свищей выходит за рамки таких проктологических заболеваний, как эпителиальный копчиковый ход и свищи прямой кишки. Специальное окрашивание препаратов для выявления грибов и попытки обнаружить грибы в отделяемом из свищей не дали положительных результатов, поэтому сходство симптомов, выявляемых у обследованных больных с описанными в литературе признаками хронической пиодермии позволяет отнести данную патологию к этой группе заболеваний кожи.

В микробном ценозе «кожных» свищей, развивающихся при описанной форме пиодермии, превалируют эпидермальные и золотистые стафилококки, обнаруженные у 61% обследованных больных. Будучи высеянными из патологического субстрата, эти микроорганизмы обладали признаками агрессивности: гиалуронидазной и фибрино-

Первичные и окончательные диагнозы у больных с воспалением перианальной и крестцово-копчиковой области

Диагноз при направлении	Клинический диагноз (число больных)			
	свищ прямой кишки и хроническая пиодермия	эпителиальный копчиковый ход и хроническая пиодермия	только хроническая пиодермия	свищ прямой кишки, эпителиальный копчиковый ход и хроническая пиодермия
Свищ прямой кишки, парапроктит	41	17	46	1
Эпителиальный копчиковый ход, копчиковая киста	1	44	7	1
Дермоидная киста промежности	10	3	17	—
Острый парапроктит	1	1	2	—
Остеомиелит крестца	—	1	—	—
Геморрой	—	—	1	—
Свищ в области копчика (описательный диагноз)	—	1	—	—
Глубокий микоз	—	—	1	—
Для уточнения диагноза	6	8	11	—
Всего . . .	59	75	85	2

литической активностью (59,8—63,5% штаммов), а также гемолитическими свойствами (53,6% культур).

На наш взгляд, микробный ценоз свищевых ходов при глубоких пиодермиях может формироваться под влиянием аутофлоры различного происхождения: с одной стороны — флоры кожи перианальной области, с другой — фекальной флоры. Ведущим фактором в этом процессе является микрофлора кожных покровов, представленная различными видами стафилококков, в том числе в отделяемом свища.

Фекальная микрофлора в меньшей степени принимает участие в инфицировании «кожных» свищевых ходов при глубоких пиодермиях. Из фекальных микроорганизмов мы наиболее часто выявляли эшерихии. Находки протеев носили спорадический характер. Условно-патогенные энтеробактерии других родов, а также псевдомонады не обнаружены нами ни у одного больного.

Мы провели сравнение микрофлоры поверхностных

«кожных» свищей, «банальных» свищей прямой кишки и копчиковых ходов. Видовой состав микрофлоры банальных свищей определялся фекальной аутофлорой и был представлен теми же микроорганизмами, что и в просвете кишки. Частота обнаружения эшерихий, протей, условно-патогенных энтеробактерий была достоверно выше, чем в свищах первой группы, а кокковых микроорганизмов — ниже.

Таким образом, по нашим данным, аутофлора, располагающаяся на месте формирования свища, принимает непосредственное участие в инфицировании свищевого хода. Среди аэробных микроорганизмов нам не удалось выявить каких-либо специфических, характерных для поверхностных или более глубоко расположенных свищей.

У 75 больных, находившихся под нашим наблюдением, хроническое гнойное поражение кожи крестцово-копчиковой области возникло на фоне эпителиального копчикового хода. Можно с уверенностью утверждать, что пиодермические очаги у этих больных возникли позже, чем сам копчиковый ход, поскольку последний является врожденной патологией и большинство этих больных сначала беспокоил именно сам копчиковый ход или гнойные свищи на его почве, а затем через разные промежутки времени возникли и стали усугубляться изменения кожи, окружающая свищи.

Больной А., 17 лет, с детства отмечал скудные выделения из маленьких свищей в области копчика. К врачам не обращался. Год назад возник большой абсцесс. После его вскрытия в поликлинике осталась гнойный свищ. Затем постепенно вся область крестца «стала нарываться», появлялись и самостоятельно вскрывались гнойники. Патологических изменений внутренних органов нет. Кожа в области нижней трети крестца, копчика и межъягодичной складки уплотнена, рубцово изменена. По средней линии, в 4—5 см от края заднего прохода имеются три точечных первичных отверстия эпителиального хода, а справа от средней линии гнойный свищ, связанный с первичными отверстиями хода (проба с метиленовым синим) (рис. 17).

В данном наблюдении все достаточно типично: и молодой возраст больного, и наличие первичных отверстий эпителиального хода, и развитие пиодермии после первого нагноения копчикового хода с образованием гнойного свища. Диагностика в общем не была трудной. Однако у многих таких больных вследствие неоднократных прорывов или оперативного вскрытия абсцессов рубцы настолько изменяют поверхность кожи данной области, что, захватывая межъягодичную складку, деформируют ее

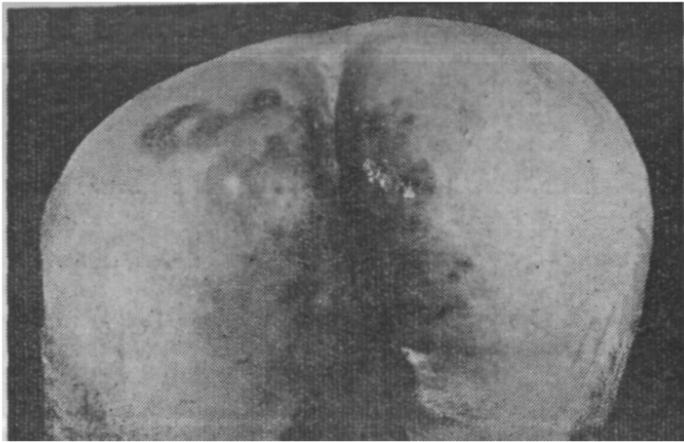


Рис. 17. Эпителиальный копчиковый ход в сочетании с хронической пиодермией.

и «запаивают» наружные отверстия эпителиального хода — единственный патогномоничный признак данного заболевания.

В редких случаях свищи и инфильтраты на почве эпителиального копчикового хода распространяются не только на крестцово-копчиковую зону, но и на другие ближайшие участки кожи, вплоть до мошонки.

Надо полагать, что хотя морфологические проявления хронической пиодермии идентичны при поражении ею как таковой и при сочетании ее с копчиковым ходом, причины развития хронического широкого гнойного поражения кожи в этих случаях все же различны. Наличие длительного гнойного свища при копчиковом ходе нельзя сбрасывать со счетов при определении причины пиодермии. Легко представить себе, что постоянные гнойные выделения из свищей у лиц с повышенным оволосением, особенно в условиях жаркого климата, во многих случаях могут привести к поражению кожи на окружающих свищи участках. Как показывают наши наблюдения, у $2/3$ таких больных эта опасность становится реальностью, с которой проктолог должен считаться, не относя такие случаи к казуистическим.

В некоторых случаях первичный врожденный копчиковый ход почти не беспокоил больных и они не знали о его существовании до развития распространенного гнойного поражения кожи.

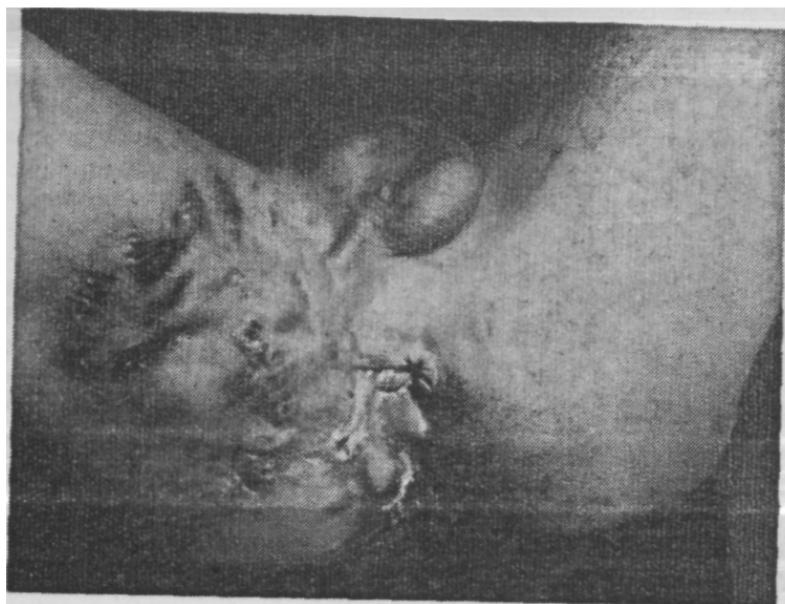


Рис 18. Множественные свищи, рубцы и инфильтраты у больного эпителиальным копчиковым ходом „а фоне хронической пиодермии

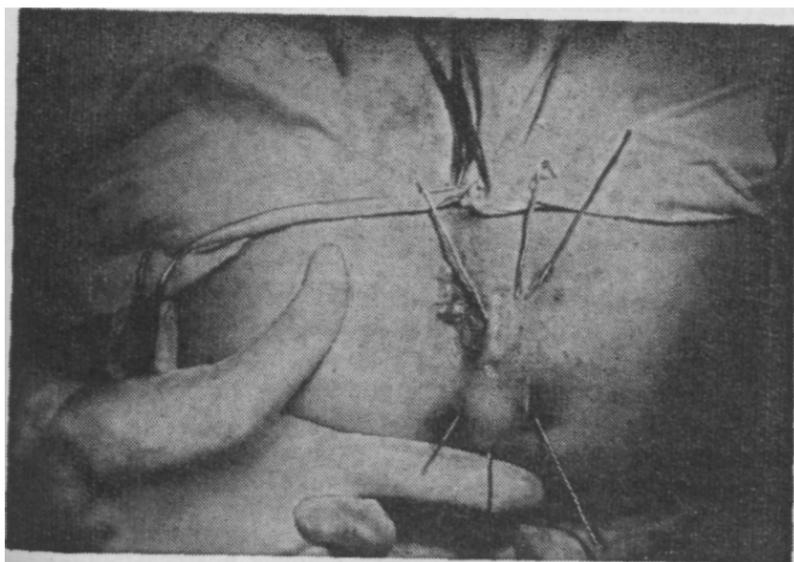


Рис 19. Эпителиальный копчиковый ^{ХОД И}ХОД И хроническая пиодермия.
3*

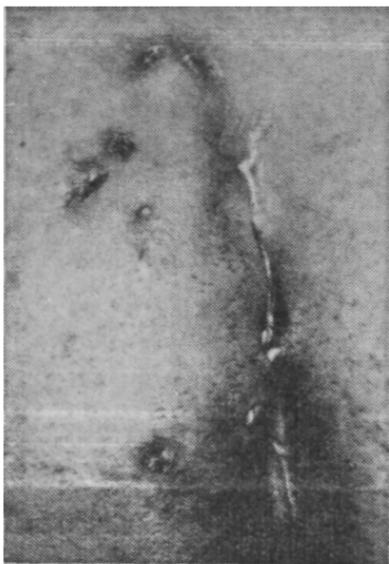


Рис. 20. Рецидивирующие свищи на почве эпителиального копчикового хода в сочетании с хронической пиодермией.

Все же у большинства больных этой группы, т. е. при наличии эпителиального копчикового хода, поражение кожи было достаточно четко связано с этим заболеванием, развивалось именно после вскрытия свищей эпителиального хода. Такая картина наблюдалась у 58 из 75 больных этой группы (рис. 18, 19, 20).

По нашим данным, перечисленные варианты сочетаний первичного копчикового хода, его вторичных гнойных свищей с хроническим гнойным процессом кожи крестцово-копчиковой области встречаются не так уж редко. Каждый такой случай должен быть проанализирован индивидуально, ибо тактика лечения различна. Что касается верификации диагноза эпителиального копчикового хода, то решение вопроса зависит от наличия первичных отверстий, анамнеза болезни и связи вторичных свищей с рубцами, расположенными в межъягодичной складке.

Глава 6

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Добиться стойкого выздоровления при острых воспалениях и хронических свищах, развившихся в результате нагноения эпителиального копчикового хода, подчас довольно трудно. Существует большой разницей в методах хирургического лечения. Различная трактовка этиологии эпителиального копчикового хода и механизма развития его гнойных осложнений, смешивание его с дермоидной

кистой, банальным абсцессом или флегмоной копчиковой области порождают противоречия. В настоящее время проводится консервативное и радикальное хирургическое лечение гнойных осложнений эпителиального копчикового хода.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Многие общие хирурги, зная (правда, на основании своего, как правило, небольшого опыта) о неудовлетворительных исходах радикальных операций при гнойных осложнениях эпителиального копчикового хода (по данным некоторых авторов, до 30 % рецидивов), предпочитают только посильно помогать больным в быстрой ликвидации очередного обострения болезни и давать советы по профилактике их в будущем. Следует заметить, что в некоторых случаях, действительно, приходится прибегать к такой вынужденной тактике. Это касается небольшого числа больных, перенесших уже несколько (иногда более десяти) так называемых радикальных вмешательств с глухим и частичным ушиванием ран и справедливо оставшихся неудовольными результатами. По-прежнему у них периодически возникают абсцессы и инфильтраты, и они предпочитают паллиативное, в том числе самостоятельное, лечение. Необходимо разобраться в причинах этих неудач.

Анализируя истории болезни больных, лечившихся по поводу эпителиального копчикового хода стационарно в одном из отделений нашей клиники только за 1985 г., мы у 14 из 23 выявили в анамнезе от 3 до 5 предыдущих неудачных «радикальных» вмешательств, причем у 2 больных эти операции были выполнены разными хирургами в последние 1 — 2 года. Приходится удивляться тому, как многие, видимо, опытные хирурги упорно стремятся иссечь все рубцы и вторичные свищи и оставляют нетронутым первичное отверстие (или множественные отверстия) самого эпителиального копчикового хода. Понятно, что при этом самая радикальная операция будет безрезультатной, ибо источник постоянного инфицирования подкожной жировой клетчатки крестцово-копчиковой области сохраняется.

Стоило только раздвинуть ягодичы в нижней трети межъягодичной щели, как становились видны нетронутые первичные отверстия эпителиального хода у 3 из 14 больных описываемой группы. Эти отверстия не так уж малы (обычно диаметром 0,2—0,3 см), расположены одно за

другим, из них торчат волосы, так что спутать их с чем-либо невозможно. Остается предположить, что хирурги, выполнявшие операции у этих больных, не знакомы с проявлениями описываемого заболевания и принимают его либо за дренирующуюся наружу дермоидную кисту, либо за свищ прямой кишки. Но тогда следовало бы иссекать все оболочки «кисты» или ликвидировать внутреннее отверстие параректального свища. Ни то, ни другое у поступивших к нам больных не было сделано.

Подчеркиваем, что 14 из 23 больных, нуждавшихся в повторном радикальном вмешательстве, были оперированы хирургами, а не проктологами. Это обстоятельство свидетельствует о необходимости специализации хирургов по проктологии. Кроме того, в настоящее время практически на всей территории страны, в областных или республиканских (краевых) больницах работают с полной нагрузкой специализированные проктологические отделения. Следовательно, хирурги общей лечебной сети, которые не могут не знать этого, просто не направляют больных с эпителиальным копчиковым ходом (как и больных геморроем, анальной трещиной и некоторыми другими проктологическими заболеваниями) к проктологам, а оперируют их сами. Конечно, радикально удалить поверхностные, короткие, оканчивающиеся в мягких тканях крестцово-копчиковой области свищи, на первый взгляд, не составляет труда для опытного хирурга. На деле же это оказывается не так, и больные, переходя от врача к врачу, начинают испытывать чувство безысходности.

В каких же случаях может быть показано только консервативное, т. е. паллиативное, лечение хронического воспаления эпителиального копчикового хода? Это касается очень небольшого числа больных, в основном престарелого возраста и отягощенных другими, более тяжелыми поражениями жизненно важных органов и систем. В таких случаях прибегают к вскрытию гнойника, а затем к санации образовавшейся гнойной раны по современным правилам гнойной хирургии, лучше всего описанным в монографии «Раны и раневая инфекция» под редакцией М. И. Кузина и Б. М. Костюченка (1981).

Из специальных средств консервативного лечения таких больных можно рекомендовать обработку ран (в зависимости от стадии раневого процесса) препаратами прополиса, а также диоксицином, интерфероном [Федоров В. Д. и др., 1984]. Методы физиотерапии таких больных и профилактика обострений болезни не отличаются от реко-

мендуемых при остром абсцессе эпителиального копчикового хода, т. е. при первом проявлении заболевания.

В нашей клинике при остром абсцессе эпителиального копчикового хода рецидивы после радикальных вмешательств в этой стадии болезни исключительно редки. Мы относим это за счет не какого-то особого мастерства врачей, а знания проктологами патогенеза заболевания и понимания того факта, что оставление несанированным первичного отверстия эпителиального копчикового хода вблизи края заднепроходного отверстия, т. е. постоянно инфицируемого фекальной флорой источника инфекции, служит основной причиной неудач при лечении больных с острым гнойным воспалением эпителиального копчикового хода.

К методам профилактики обострений у больных, которым почему-либо не произведена радикальная операция, относится ряд мероприятий и прежде всего туалет пораженной области. Учитывая, что первичные отверстия эпителиального хода, вторичные гнойные свищи, возникшие на его почве, рубцы после предыдущих операций есть благотворный субстрат для повторного инфицирования, необходимо научить больных правильному туалету после дефекации. Образно говоря, кожа промежности и крестово-копчиковой области нуждается в более тщательном туалете, чем, например, руки, которые мы привыкли мыть неоднократно в течение дня, в том числе после посещения туалета. Недаром у отдельных народностей, у которых принято обмывание области заднего прохода водой после дефекации, частота гнойных проктологических заболеваний достоверно меньше. Привычка к пользованию после дефекации обычной бумагой (особенно не в домашней обстановке) и пренебрежение правилом принятия вечером общего душа со специальным подмыванием области заднего прохода сказываются на распространенности проктологических поражений. При наличии же свища на почве парапроктита или эпителиального копчикового хода эти меры становятся не только желательными, но совершенно обязательными.

Неоднократно приходится слышать от больных, что они применяют антисептики, примочки, кремы и другие средства для обработки кожи в области заднего прохода и крестцово-копчиковой зоны, но обмывание водой после дефекации и на ночь почему-то считается недостаточным. Обмывать область заднего прохода после дефекации следует обязательно и регулярно. Это делают с помощью

гибкого шланга или тазика с водой комнатной температуры, без добавления каких-либо средств (перманганат калия и т. д.) Обмывание производят, направляя струю воды сзади, от копчика к заднему проходу, а не наоборот. После обмывания следует промокнуть кожу туалетной бумагой или марлей (не ватой!) и надеть проглаженные, лучше плотно прилегающие к телу трусы, которые меняют ежедневно. Эти правила обязательны для проктологических больных, хотя бесполезны и практически здоровым людям.

После самостоятельного или хирургического (паллиативного) вскрытия абсцесса обычно формируется вторичный свищ, имеющий сообщение с гнойной полостью или просветом эпителиального копчикового хода. Попытки консервативного лечения, включающего промывание свища различными препаратами, не приводят к излечению, а вызывают лишь временную ремиссию воспалительного процесса. Таким образом, хроническое воспаление эпителиального копчикового хода подлежит оперативному лечению. Редким исключением является хроническое воспаление эпителиального копчикового хода в инфильтративной фазе, когда невозможно выявить и идентифицировать первичное отверстие хода и вторичное свищевое отверстие. В этой стадии целесообразно физиотерапевтическое лечение.

Редко после этого открываются вторичные свищевые отверстия или начинает функционировать первичное отверстие, что дает возможность выполнить радикальное оперативное вмешательство. Начать лечение с консервативных методов целесообразно и тогда, когда хроническое воспаление эпителиального копчикового хода протекает с обильным выделением гноя или когда на фоне функционирующих свищей имеются инфильтраты в окружающей клетчатке. В таких случаях, кроме физиотерапевтических процедур, следует 1—2 раза в день промывать свищевые ходы раствором антисептика или антибактериального препарата и накладывать на пораженную область мазовые повязки по типу компресса.

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Первый момент любой радикальной операции по поводу копчикового хода примерно одинаков. Он состоит в иссечении эпителиального хода и всех его разветвлений в пределах здоровых тканей под контролем введения

какой-либо окрашивающей жидкости, чаще всего метиленового синего¹.

Вторая часть операции выполняется по-разному. Имеется четыре способа радикальных операций при хроническом нагноении (свищах) эпителиального хода: 1) радикальная операция с глухим швом раны; 2) радикальная операция с частичным ушиванием раны; 3) радикальная операция с открытой тампонадой раны; 4) экономное иссечение пораженной ткани с подшиванием краев раны ко дну.

Унифицировать операцию при крестцово-копчиковых свищах, возникающих вследствие нагноения эпителиального хода, почти невозможно. Следует выбирать методику сугубо индивидуально, в зависимости от количества свищей, размеров пораженной поверхности (площади инфильтрации), состояния кожи, расстояния между свищами и первичным отверстием хода, количества и сроков предыдущих вмешательств. От всех этих данных зависят объем и характер оперативного пособия.

Кроме того, успех операции во многом обуславливается специальной подготовкой больного. Если общее состояние больных бывает, как правило, удовлетворительным, то местно область операции почти всегда нуждается в соответствующей санации. Постоянное инфицирование позадианальной области, интенсивное оволосение, длительное воздействие гноя из свищей, скопление пота в межъягодичной складке, рубцы после предыдущих операций — все это создает крайне неблагоприятные условия для вмешательства. Больных со свищами на почве нагноившегося эпителиального копчикового хода нельзя оперировать без 3—4-дневной подготовки, которая заключается в следующих мероприятиях.

При поступлении больного в стационар крестцово-копчиковую область бреют, берут отделяемое эпителиального копчикового хода для микробиологического исследования и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Большое внимание следует уделять подготовке операционного поля. Ежедневно 1—2 раза его обрабатывают 1% раствором йодоната. Необходимо соблюдать чистоту межъягодичной области и промежности после дефекации. Особенно тщательно эта подготовка должна проводиться у больных с множественными вторичными

¹ Еще раз отметим, что, кроме маркировки свищей метиленовым синим, в сложных случаях необходима фистулография.

свищами и выраженным рубцовым процессом крестцово-копчиковой области, являющимся следствием частых обострений хронического воспалительного процесса или перенесенных оперативных вмешательств.

Другим важным моментом в подготовке больного к плановому оперативному лечению является обучение больного опорожнению мочевого пузыря в положении лежа. Важно обучить больных этому в предоперационном периоде, чтобы исключить необходимость катетеризации мочевого пузыря в послеоперационном периоде в те несколько дней, когда больные будут вынуждены соблюдать постельный режим.

С момента поступления в стационар в пищу должно быть ограничено количество шлаков.

Вечером накануне операции (если она проводится в плановом порядке) ставят очистительную клизму (до 1 л воды). В день операции выполняют еще одну очистительную клизму и после эвакуации кишечного содержимого в прямую кишку вводят на 20 мин газоотводную трубку для удаления оставшихся промывных вод. Исследование скорости эвакуации содержимого желудочно-кишечного тракта позволило нам у большинства больных отказаться от использования специальных средств, в том числе опиатов, задерживающих дефекацию. Последнее необходимо только небольшой части больных, имеющих склонность к частому жидкому стулу. В качестве препаратов, задерживающих дефекацию, используют сульфаниламиды и левомицетин. Сульфаниламиды назначают по 1 г 2 раза в сутки, левомицетин — по 2 таблетки 3 раза в сутки вместе с нистатином. Питание в послеоперационном периоде с ограничением шлаков и постельный режим в течение 2—3 дней обеспечивали задержку стула на 3—4 дня и более. Казалось бы, при операции по поводу эпителиального копчикового хода, не связанного с прямой кишкой, такие превентивные меры не нужны. Но после этой операции на первые 3—4 дня необходимо задерживать стул, что является важнейшей мерой профилактики нагноения швов.

Важным моментом подготовки к операции является санация свищевых ходов у больных с многочисленными вторичными гнойными свищами. Предварительно, как сказано выше, производят посев отделяемого свища и исследование состава микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Полученные результаты обычно могут быть использованы в послеоперационном периоде, ибо ответ о характере микрофлоры свищей эпителиального копчиково-

го хода может быть дан на 5—7-е сутки после посева. В связи с этим в последние годы мы используем для предоперационной санации свищей раствор диоксида. При наличии инфильтратов крестцово-копчиковой области применяют физиотерапию (УВЧ-терапия, диатермия, облучение ультрафиолетовыми лучами), мазовые компрессы. Такие мероприятия способствуют уменьшению воспалительных явлений и дают возможность выполнить оперативное вмешательство в более благоприятных условиях.

Мы специально останавливаемся на этих вопросах, так как нередко результаты оперативного вмешательства по поводу гнойных заболеваний зависят от качества предоперационной подготовки. Это в большей мере можно отнести к больным с эпителиальным копчиковым ходом, поверхность кожи вокруг которого инфицируется отделяемым как из свища, так и из близко расположенного заднепроходного отверстия.

При операциях по поводу эпителиального копчикового хода применяют два основных положения больного на операционном столе. Наиболее распространенным является положение больного на животе по Депажу. Для этого ножной конец операционного стола опускается на 45°. Угол изгиба плоскости стола в проекции соответствует расположению тазобедренных суставов. Ноги разводят в стороны и стопами упирают в подставки (рис. 21). Это положение удобно при выполнении оперативного вмешательства под местной анестезией.

При общем обезболивании рекомендуется положение на боку. Для этого больного укладывают на правый бок с умеренно согнутыми в тазобедренных суставах нижними конечностями. Правую ногу умеренно сгибают в тазобедренном и коленном суставах, левая располагается на правой (нижней) ноге и левое бедро приводится к животу (рис. 22). В этом положении обеспечивается достаточный доступ к крестцово-копчиковой области. Руки больного укладывают на подставки, что обеспечивает возможность измерения артериального давления и внутривенного введения необходимых препаратов. Со стороны спины или живота устанавливают дополнительно подставку, обеспечивающую устойчивое положение больного на столе.

Операционное поле обрабатывают путем смазывания поверхности кожи раствором йодоната или хлоргексидина на расстоянии 15—20 см от предполагаемого края операционного разреза. С целью исключения попадания растворов, применяемых для обработки кожи, задний проход

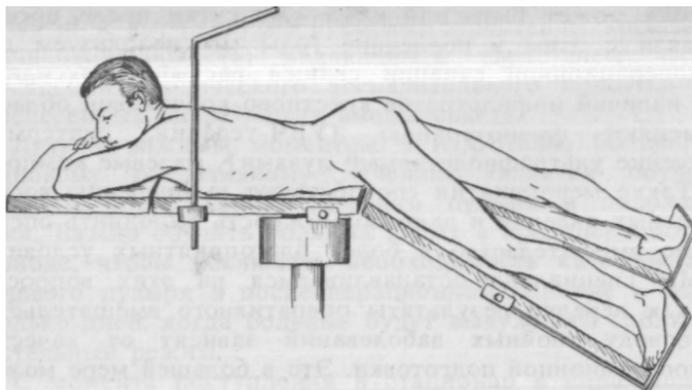


Рис. 21. Положение больного при операции по поводу эпителиального копчикового хода, производимой под местной анестезией.

прикрывают марлевой салфеткой, которую после обработки операционного поля заменяют. Обработку повторяют дважды, чередуя раствор антисептика и сухую салфетку. После этого операционное поле выделяют наложением стерильных простыней. При положении больного на животе используют три стерильные простыни и три пеленки. Простыни накладывают следующим образом: одна закрывает верхнюю часть тела и ограничивает верхний край операционного поля, а две — ноги больного; двумя пеленками ограничивают операционное поле с боков и одной —

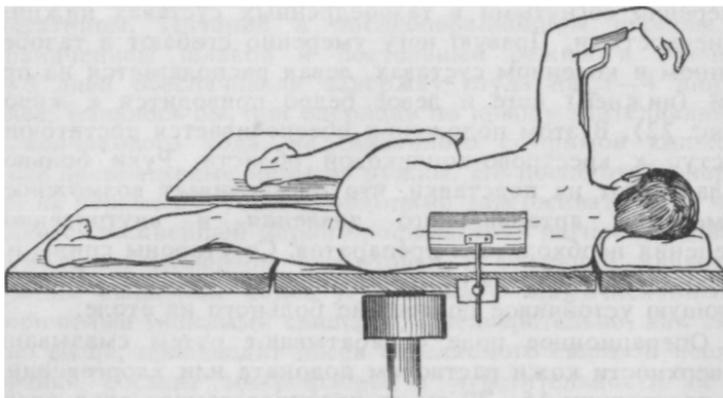


Рис. 22. Положение больного при операции по поводу эпителиального копчикового хода, производимой под наркозом.

снизу. В том случае, когда больной лежит на боку, используют две простыни и две пеленки: одна простыня накрывает верхнюю часть тела, другая — нижнюю до границ операционного поля сверху и снизу, а с боков операционное поле ограничивают пеленками.

Обезболивание при операциях по поводу эпителиального копчикового хода может быть выполнено с помощью местной анестезии, эпидуральной анестезии и наркоза. Общее обезболивание применяется при обширном поражении и необходимости выполнения значительного по объему оперативного вмешательства. Методом выбора является эпидуральная анестезия на уровне L_{1-n} 2,5% раствором тримекаина или лидокаина из расчета 0,5 мл на 1 кг массы тела больного с добавлением 1% раствора морфина (до 1 мл). Такое обезболивание носит стойкий характер, обеспечивая возможность объемного оперативного вмешательства. В случае ограниченного поражения возможно местное инфльтрационное обезболивание новокаином. Оно производится 0,25 или 0,5% раствором новокаина. За 30 мин до операции инъецируют 1 мл 2% раствора промедола или омнопона и 1 мл 1% раствора димедрола. Для выполнения местного обезболивания удобнее использовать шприцы объемом 10 мл. Обезболивание начинается после прокрашивания эпителиального копчикового хода и свищей 1% раствором метиленового синего пополам с 3% раствором перекиси водорода. Тонкой иглой для внутривенных инъекций по линии предполагаемого разреза внутривенно вводят новокаин до образования «лимонной корочки». Поверхность операционного поля повторно обрабатывают, меняют иглу на более толстую и производят более глубокую анестезию, предпуская продвижению иглы раствор новокаина. Конечным этапом является введение новокаина по задней поверхности крестца, покрытого надкостницей. Благодаря этому создается как бы новокаиновая «подушка» и анальгезируется чувствительная зона на задней поверхности крестца. После окончания обезболивания производят повторную обработку кожи и приступают к операции. Необходимо учесть, что в том случае, когда при введении новокаина невольно пунктируют просвет свища или гнойной полости, для предупреждения инфицирования тканей необходимо сразу же извлечь иглу и заменить ее вместе со шприцем.

Методы радикальных операций при копчиковом ходе можно разделить на три группы по характеру завершения оперативного вмешательства: ушивание раны наглухо,

частичное ушивание раны с целью уменьшения раневой поверхности, но с обеспечением оттока раневого отделяемого и, наконец, оставление раны открытой.

Показанием к первой группе операций — иссечения эпителиального копчикового хода с ушиванием раны наглухо — является обнаружение эпителиального копчикового хода случайно или минимально выраженные проявления воспаления в отсутствие инфильтратов, гнойных затеков и вторичных свищей, т. е. в инфильтративной стадии заболевания. Вторая группа операций — иссечение эпителиального хода с частичным ушиванием раны — выполняется либо в начальных стадиях острого воспаления, когда абсцесс (или инфильтрат) располагается вблизи наружного отверстия хода, либо при хроническом воспалительном процессе, когда вторичные гнойные свищи находятся также в непосредственной близости от наружного отверстия эпителиального хода (не далее 3 см от него) и когда диаметр инфильтратов не превышает 3 см.

Иначе говоря, если после операции не будет сформирована большая рана, ушить которую наглухо без сильного натяжения краев невозможно, можно закончить операцию частичным ушиванием раны, причем швы накладывают тем способом, которым хирург владеет лучше всего (по Донати, отдельно ушивают кожу и т. п.). По нашему мнению, в этих случаях не следует оставлять открытый участок раны в ее нижней части, ибо тогда остается желобовидная часть дна раны, близко соседствующая с задним проходом, т. е. подвергающаяся постоянной опасности инфицирования. Такие раны можно ушивать сверху и снизу, оставляя для дренирования ее среднюю часть.

Во всех остальных случаях, когда свищи и инфильтраты располагаются дальше от средней линии, когда дистальное отверстие эпителиального хода локализуется вблизи заднепроходного отверстия, когда больной уже перенес одну или несколько неудачных «радикальных» операций, т. е. практически у большинства больных с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода, ушивание раны после удаления патологически измененных тканей следует производить путем низведения краев раны и подшивания их к ее дну.

В очень редких случаях, когда остается слишком большая (плоская) рана, когда приходится вскрывать, рассекать и экономно иссекать боковые гнойные затеки и дополнительные инфицированные, недренируемые полости, лучше лечить рану открытыми методами, но это ведет к

удлинению периода долечивания и образованию плоских рубцов, впоследствии доставляющих оперированным определенные неудобства.

Предложено много способов ушивания раны после иссечения свищей и копчикового хода. В одной из последних монографий [Cogan M., 1984] приведен, пожалуй, наиболее полный очерк современных методов хирургического лечения описываемого заболевания.

При выполнении операции в острой стадии необходимо производить кюретаж гнойной полости и иссечение самого инфицированного «синуса», т. е. первичного отверстия эпителиального хода и содержащихся в нем волос и других продуктов кожного метаболизма. Если хирурги будут придерживаться этого правила, то число больных с хроническими крестцово-копчиковыми свищами постепенно будет снижаться (примерно так же, как это должно быть и при остром парапроктите, когда радикальная операция во время абсцесса есть профилактика свища прямой кишки).

Как правило, при такой методике необходимы дополнительные манипуляции (длительное тампонирование, каутеризация, иссечение некротических участков и др.). Иногда такое лечение (если копчиковый ход располагался вблизи заднего прохода) продолжается 6 мес и больше. В других случаях, правда редко, приходится повторно иссекать патологически измененные ткани по всей длине раны, иначе она очень долго не заживает. В связи со всем сказанным М. Соган считает, что такая тактика может быть применена только при очень небольшом патологическом очаге. Мы согласны с такой точкой зрения.

Иссечение эпителиального хода вторичных свищей с последующей марсупиализацией раны — это компромисс между открытым лечением раны и ушиванием ее наглухо. При марсупиализации сроки заживления раны несколько сокращаются. Шовный материал должен иметь длительные сроки рассасывания и обладать адсорбирующими свойствами. Если швы удерживают края плоской раны по всей ее длине с обеих сторон, то сроки заживления намного сокращаются. Но если швы нагнаиваются и приходится снимать их и переходить на открытый метод лечения, то все преимущества марсупиализации исчезают.

Иссечение эпителиального копчикового хода и вторичных свищей с глухим ушиванием раны выполняют у больных с хроническим, нерезко выраженным воспалением, при небольшом отстоянии первичного хода до свища и при

относительно далеком расположении самого нижнего отверстия хода от края заднепроходного отверстия. Операцию можно производить амбулаторно¹. Если нет осложнений, то такие раны заживают через 10—14 дней. При более распространенном воспалительном процессе, рекомендуя применять глухой шов раны, М. Согман считает необходимым иссекать гнойные очаги непосредственно до фасции, покрывающей медиальную часть ягодичных мышц, вскрывать и отсепаровывать крестцовую фасцию, чтобы использовать ее с целью пластического закрытия краев раны.

С этим мы не можем согласиться. Ранее мы также полагали, что для большей радикальности следует углублять разрезы при эпителиальном копчиковом ходе до крестцовой фасции и иссекать визуально пораженные рубцами участки. Впоследствии мы от этого отказались. Во-первых, стало ясно, что гнойный процесс при эпителиальном копчиковом ходе распространяется не вглубь, а только вширь. Область поражения может быть какой угодно ширины, но процесс ограничивается только подкожной жировой клетчаткой и не переходит на надкостницу крестца. Во-вторых (и это очень важный, с нашей точки зрения, аргумент), после манипуляции на крестцовой фасции у многих больных остается упорный послеоперационный болевой синдром, справиться с которым бывает трудно. Мы не рекомендуем иссекать или даже надсекать фасцию крестца при операциях по поводу эпителиального копчикового хода.

Наконец, в очень сложных случаях М. Согман советует прибегать к кожной аутопластике, с чем мы, естественно, согласны.

Автор приводит интересные результаты лечения эпителиального копчикового хода при разных методиках обработки ран. При радикальном вскрытии острого абсцесса с открытым лечением раны рецидивов не было (правда, число наблюдений сравнительно невелико). Представлены также данные о так называемой операции Лорда, когда ограничиваются удалением волос из копчикового хода и гнойных «фолликулов» (т. е. только пораженных участков маленького по длине копчикового хода). При остром вос-

¹ В свое время мы опубликовали вполне удовлетворительные результаты более 300 проктологических операций, выполненных амбулаторно, в том числе операций при небольших по распространенности хронических воспалениях эпителиального копчикового хода [Ривкин В. Л., Резник Б. Н., 1973].

палении в дальнейшем прибегают к открытому ведению раны, а при хроническом ее ушивают разными методами. У 4 из 50 больных рецидив выявлен в течение 2 лет после операции Лорда.

Сообщается также о 120 больных, которым сделана операция с Z-образной пластикой кожи. Рецидив возник лишь у 2 больных. Эта операция достаточно адекватна, если не хватает кожи для первичного закрытия раны. В этом смысле напрашивается некоторая аналогия с техникой различных послабляющих разрезов у верхнего и нижнего концов послеоперационной раны, что в определенных случаях помогает закрыть ее.

В общем М. Согтан считает, что при всех вариантах воспаление копчикового хода вмешательство должно быть минимальным, и в этом плане отдает предпочтение методике Лорда. Но, как он сам отмечает, во многих случаях воспаление распространяется вширь и вглубь, и тогда не обойтись без широкого иссечения пораженных тканей с тем или иным методом лечения послеоперационной раны. Проведенный анализ показывает, что до сих пор оперативные пособия при эпителиальном копчиковом ходе не унифицированы.

В связи с этим мы считаем основными три метода хирургического лечения в зависимости от клинической картины, а последняя в большинстве случаев достаточно характерна.

Иссечение эпителиального копчикового хода с ушиванием раны наглухо. В тех случаях, когда в отверстие копчикового хода можно ввести зонд, иссечение самого хода выполняют на зонде («как на вертеле»). Листообразным разрезом вдоль межъягодичной складки рассекают кожу на расстоянии 0,5 см с обеих сторон от наружного отверстия хода. Окаймляющий разрез кожи должен продолжаться на 1,5—2 см вверх и вниз от начала и конца хода. Глубина иссечения окружающей клетчатки хода увеличивается в средней части и уменьшается по направлению к верхнему и нижнему краям разреза. Рана приобретает ладьевидную форму. После тщательного гемостаза на рану с обязательным захватом дна накладывают отдельные шелковые или лавсановые швы, отступя 0,8—1 см от края раны. Кожу прокалывают большой режущей иглой, лигатуры проводят под дном раны и выкалывают на противоположной стороне на том же расстоянии от края раны. Следующий шов накладывают на расстоянии 2 см от предыдущего. Для наилучшей адаптации краев раны могут

быть использованы вертикальные матрацные швы Донати. После проведения нити под дном раны, как описано выше, на свободный конец нити надевают режущую иглу меньших размеров, которой прокалывают кожу в 2—3 мм от края раны сначала с одной, а затем с другой стороны. При неуверенности в тщательности гемостаза между швами вводят резиновые выпускники. Операцию заканчивают наложением салфетки, пропитанной этиловым спиртом, и асептической повязки.

Постельный режим назначают на 3—4 дня. При неосложненном течении швы снимают на 10—12-й день. Выписку из стационара производят на 12—14-й день. При неосложненном течении выписка возможна на 7—9-й день. В этом случае мы снимаем швы в поликлинике. После операции в течение 3 дней больной получает питание с ограничением клетчатки. Затем диету расширяют до № 15 (по Певзнеру). Стул вызывают на 4-й день назначением внутрь 30 мл вазелинового масла 2—3 раза в день. Если стула нет, то ставят очистительную клизму. перевязки производят ежедневно 2 раза со сменой пропитанных этиловым спиртом салфеток.

Наиболее часто эта операция осложняется нагноением послеоперационной раны. Ранним симптомом воспаления является субфебрильная температура тела с 1—3-го дня после операции. Затем в области раны появляются боли распирающего и дергающего характера. Температура тела повышается до 38—39°C. При осмотре раны определяется гиперемия, но вначале чаще можно выявить инфильтрацию тканей. При появлении субфебрильной температуры следует тщательно осмотреть рану и между швами прозондировать ее на всю глубину. При усилении воспалительного процесса необходимо снять один или несколько швов, что обеспечивает хороший отток раневого содержимого. Если действия хирурга по обеспечению дренирования раны несвоевременны, то может развиваться обширный некротический процесс, требующий снятия всех швов и ведения раны открытым способом.

При специально проведенных нами топографоанатомических измерениях крестцово-копчиковой области выявлены три основных типа строения этой зоны. Наиболее благоприятные анатомические отношения отмечены у большинства больных с эпителиальным копчиковым ходом. Решение о том, ушивать ли рану наглухо, частично, подшивать ли края ее к дну или вообще не ушивать рану, должно складываться не только на основании оценки размеров,

т. е. ширины и глубины воспалительного процесса. Нужно учитывать и анатомический вариант строения операционной зоны. В частности, ушивать рану наглухо можно при малом распространении воспалительного процесса, плоском расположении ягодиц, неглубокой и сравнительно короткой межъягодичной складке и относительно высокой локализации первичного отверстия эпителиального хода.

Иссечение копчикового хода с частичным ушиванием раны. Эту операцию выполняют при неблагоприятных анатомических условиях и наличии вторичных гнойных свищей, расположенных вблизи (на расстоянии 1—3 см) от копчикового хода, и инфильтратов диаметром не более 3 см. После прокрашивания свища раствором метиленового синего с перекисью водорода листообразным разрезом, начинающимся на 2—3 см выше и ниже хода, стремятся иссечь единым блоком эпителиальный копчиковый ход, инфильтрат, первичные и вторичные свищевые отверстия, формируя рану в виде ладьи. Необходимость удаления всего пораженного участка кожи и подкожной жировой клетчатки приводит к образованию большого дефекта тканей. Следует щадить надкостницу крестца и копчика, иначе после операции возникают упорные боли. Ушиванию раны путем наложения глухих швов в этом случае препятствуют значительное натяжение тканей и возможность образования небольших полостей в глубине ее. Натяжение тканей происходит вследствие малой подвижности краев раны, фиксации кожи и подкожной жировой клетчатки пучками соединительной ткани к надкостнице крестца и копчика.

С целью уменьшения размеров раны часто производят частичное ушивание ее верхнего края путем наложения вертикальных матрачных швов. Ушивание нижнего края раны не обеспечивает достаточного дренирования ее и способствует возникновению воспалительных осложнений. Нижний край раны, как и ее центральную часть, обычно не ушивают (если не создается натяжения тканей, возможно ушивание и центральной части раны). На область швов накладывают салфетку, смоченную этиловым спиртом, а на открытую часть раны — турунду с мазью Вишневского или раствором диоксидина. При ушивании раны следует помнить о необходимости тщательного гемостаза, недопустимости оставления замкнутых полостей и стремиться обеспечить ладьевидную форму открытой раневой поверхности. Постельный режим назначают на 3—4 дня. При неосложненном течении раны швы снимают на 10—

12-й день. Характер питания, сроки дефекации соответствуют описанным выше.

Наиболее часто причинами нагноения при этой операции являются недостаточный гемостаз, скопление и инфицирование крови в замкнутых полостях. Предупредить осложнения можно тщательным удалением участков тканей, пораженных воспалительным процессом, и наложением лигатур, не обладающих фитильными свойствами. При выполнении оперативного вмешательства хирург должен акцентировать внимание именно на этих деталях. При развитии воспаления следует снять швы, обеспечить отток раневого содержимого и вести раны открытым методом, как описано ниже.

Следует все же подчеркнуть, что как глухой шов, так и частичное ушивание раны можно выполнить у меньшей части больных. При наличии же инфильтратов, множественных рубцов, вторичных свищевых отверстий, располагающихся в нескольких сантиметрах от межъягодичной складки, иссечение пораженных тканей ведет к образованию обширной раневой поверхности. Длительность заживления такой раны обусловила разработку методов оперативного пособия, сочетающих, с одной стороны, обеспечение оттока раневого содержимого, с другой — уменьшение размеров раны. Этим требованиям отвечает иссечение эпителиального копчикового хода с вторичными свищами, вскрытие и дренирование гнойных затеков с подшиванием краев раны ко дну. Этот метод оперативного вмешательства часто применяется при остром воспалении эпителиального копчикового хода.

Иссечение эпителиального копчикового хода с вторичными свищами, вскрытие и дренирование гнойных затеков выполняют после тщательного прокрашивания всех свищевых ходов раствором метиленовой сини пополам с перекисью водорода. По желобоватому зонду рассекают стенки хода и вторичных свищей. Удаляют патологические грануляции и детрит свищевых ходов, рассекают стенки гнойных затеков. Поверхность раны обрабатывают раствором йодоната. Тщательно, но экономно иссекают стенки свищей, гнойных полостей. Во время иссечения скрупулезно контролируют наличие прокрашенных тканей. Нередко участки прокрашивания являются частью свищевых ходов, соединяющих дополнительные гнойные полости различной величины. Их необходимо удалить. Рану обрабатывают раствором диоксида. В некоторых случаях возможно удаление самого эпителиального копчикового

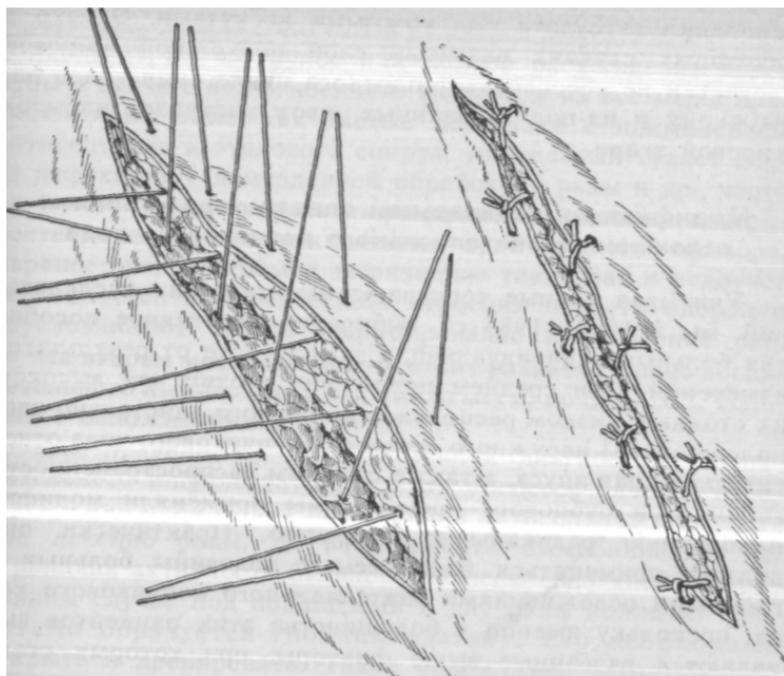


Рис. 23. Подшивание краев раны к дну. Схема наложения швов.

хода вместе с окружающей клетчаткой на зонде, не пересекая его передней стенки.

После иссечения всех пораженных тканей образуется большая рана, ушить которую наглухо нельзя ввиду опасности нагноения. Уменьшение размеров раны производят подшиванием ее краев ко дну. Большой режущей иглой с шелковой или лавсановой нитью (№ 6—8) прокалывают кожу на расстоянии 1,5—2 см от края раны. Затем иглу вместе с лигатурой проводят через слой подкожной жировой клетчатки под дно раны и выводят лигатуру на противоположной стороне, вблизи средней линии, не прокалывая кож.и. Такие швы накладывают в шахматном порядке с обеих сторон раны на расстоянии не менее 2 см друг от друга. После затягивания швов на дне раны остается незащищенной узкая извилистая полоска, обеспечивающая отток раневого содержимого (рис. 23). На рану кладут салфетку, пропитанную мазью Вишневского или раствором диоксидина.

Описанная методика обеспечивает плотное прилегание кожных лоскутов ко дну раны и исключает возможность

скопления экссудата под кожными лоскутами. Однако в некоторых случаях развитый слой подкожной жировой клетчатки не обеспечивает плотного прилегания краев раны к дну и из-под завязанных швов выступает избыток жировой ткани.

Модификация радикальной операции при гнойных осложнениях эпителиального копчикового хода

Учитывая данные топографоанатомических исследований, мы в 1984—1985 гг. выбирали оперативное пособие для больных индивидуально, в зависимости от результатов измерений. При среднем положении ягодиц или высоком их стоянии, низком расположении первого (дистально расположенного) наружного отверстия копчикового хода относительно края ануса, а также с учетом распространенности гнойного и рубцового процесса мы применяли модифицированную радикальную операцию. Практически она должна применяться более чем у половины больных с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода, поскольку именно у большинства этих пациентов выявляются названные выше факторы, при которых стандартная методика иссечения копчикового хода и свищей с подшиванием краев раны к дну менее адекватна, чем модифицированная методика операции. При «высоких» ягодицах и остром угле отхождения их от средней линии низведение толстых кожных краев в рану и подшивание их к дну кетгутом часто заканчиваются неудачно: лоскуты либо отходят от дна раны, либо из-за сильного натяжения швов возникают краевые некрозы кожи. Эти наиболее характерные осложнения радикальной операции приводят к нагноению раны, длительному ее заживлению с образованием плотного, широкого и длинного рубца по средней линии крестцово-копчиковой области, что вызывает много неудобств (прикосновения одежды, длительная ходьба, сидячая работа). Стандартную операцию следует применять только у больных с «плоскими», полого расположенными ягодицами, при достаточно большом расстоянии от края заднего прохода до первого наружного отверстия копчикового хода. Известно, что несмотря на усилия хирургов-проктологов и применение антисептических средств и мероприятий в послеоперационном периоде, не удается уменьшить число нагноительных осложнений радикальных операций копчикового хода (10—15%).

Из табл. 3 видно, что около половины осложнений (45%) приходится на частичное или полное расхождение краев раны в связи с ее нагноением. Несмотря на все меры профилактики, такие, как частые перевязки с применением антисептиков и этилового спирта, тщательный туалет после дефекации с немедленной обработкой раны и др., часто не удается предупредить инфицирование раневых поверхностей, расположенных вблизи края заднего прохода. Заранее предполагаемое загрязнение таких ран и недоучет особенностей анатомического строения области операции обуславливают частые инфицирование и нагноение ран.

На втором месте по частоте стоит развитие в ране воспалительного инфильтрата, что имело место почти у 20% больных с осложнениями.

Как правило, при своевременной диагностике воспалительного инфильтрата развития абсцесса удается избежать, сняв один — два шва, усилив антисептическое местное лечение раны, по возможности иммобилизовав ее, ограничив активность больного на несколько дней. В противном случае под подшитыми к дну раны кожными лоскутами образуется гнойник (затек). Его необходимо вскрыть и дренировать. Такое осложнение встретилось у 1,8% больных.

Почти у 10% больных, оперированных по стандартной методике, осложнение было обусловлено возникновением и нагноением гематомы под швами. Чаще всего наблюдалось имбибирование подкожной жировой клетчатки кровью на ограниченном участке, возникавшее на 1—2-й день после операции. Снятие одного — двух швов, санация образовавшейся раны и дренирование ее в течение 2—3 дней приводят к быстрой и полной ликвидации последствий этого осложнения. Профилактика его состоит в тщательном гемостазе во время операции. Не следует надеяться на остановку кровотечения только за счет сдавливания сосудов подшитыми краями кожной раны. Перед подшиванием их ко дну необходимо еще раз проконтролировать гемостаз и скоагулировать артериальные сосуды.

Другие осложнения, указанные в табл. 3, характерны не только для описываемой операции, но и вообще для операции на мягких тканях. Отметим только, что довольно большое количество сочетанных осложнений (10,8%) связано с особенностями операции в зоне, близкой к заднепроходному отверстию, где относительно велика опасность инфицирования, так же как некроза краев подшитых кожных лоскутов, подверженных инфекции со

Таблица 3

Частота и характер осложнений в ближайшие сроки после стандартной операции эпителиального копчикового хода (1976—1983)

Год	Всего	Число больных с осложнениями									Количество послеоперационных койко-дней				
		нагноение раны		воспалительный инфильтрат	гематома	абсцесс	вялое заживление	некроз кожи	боли в ране	сочетание осложнений	до 13	13—17	18—22	23—27	27
		частичное	полное												
1976	38	17	5	6	2	1	2	1	2	1	3	19	11	4	1
1977	8	2		4	1				1		1	4	2	1	
1978	16	6	4	4			1			1	4	9	2		1
1979	20	11	1		1		1	1	1	5	5	7	4	2	2
1980	26	12	2	2	1	1		1	1	4	7	9	7	3	
1981	19	4		5	6			2	1	1	13	3	3		
1982	15	5		4	1	2				3	1	7	5		2
1983	89	24	7	18	7		5	9	1	8	9	20	34	9	7
Итого . . .	221 (100)*	81 (36,5)	19 (8,5)	43 (19,6)	21 (9,7)	4 (1,8)	9 (4,1)	13 (5,9)	7 (3,3)	24 (10,8)	43 (19,5)	78 (35)	68 (30,9)	19	13 —
		45													

* В скобках указан процент больных.

стороны флоры заднего прохода. Сочетание нескольких осложнений у одного больного, как правило, не было связано с наличием двух проктологических заболеваний или с выполнением сразу (или последовательно, без выписки из стационара) двух проктологических операций.

Опубликованные ранее работы [Назаров Л. У. и др., 1983] свидетельствуют о возможности и целесообразности выполнения одновременно или отсроченно, без выписки больных, двух операций по поводу сочетанных проктологических заболеваний. Такая тактика применяется нами постоянно и дает определенный медицинский и экономический эффект. Ни в одном случае осложнения, возникшие после операций по поводу копчикового хода, не были связаны с другим (одномоментным или отсроченным) вмешательством по поводу геморроя, трещины заднего прохода и т. п.

Сочетание двух или более проктологических заболеваний имело место в 15% наблюдений, описанных в данной главе. До операции такие сочетания отмечались у 35 из 221 больного (16%) с осложнениями операций по поводу копчикового хода. Из них у 13 копчиковый ход сочетался с геморроем, у 9 — с хронической анальной и промежностной пилдермией, у 7 — со свищами прямой кишки, у 3 — с трещиной заднего прохода и у 3 — с полипами прямой или ободочной кишки.

Приведенные данные еще раз свидетельствуют о необходимости полного обследования желудочно-кишечного тракта у хирургических проктологических больных. Хотя эпителиальный копчиковый ход по механизму развития, клинике и типу оперативного лечения не имеет ничего общего с заболеваниями прямой или ободочной кишок, при полном обследовании больных часто (как видно из сказанного выше) обнаруживалось второе заболевание, часто протекавшее клинически почти бессимптомно (это особенно важно при выявлении полипов толстой кишки). Полное обследование больных, поступивших в стационар, является обязательным звеном важного общегосударственного мероприятия — всеобщей диспансеризации населения.

Выше мы указывали, что осложнения после операций по поводу копчикового хода по характеру не были связаны с наличием второго проктологического заболевания, хотя в таких случаях, естественно, увеличивались сроки пребывания больного в стационаре (не очень значительно при одновременном оперировании и почти в два раза при двух отсроченных вмешательствах). В табл. 3 указаны

сроки стационарного лечения больных с послеоперационными осложнениями. Только у 43 больных (около 20% больных с осложнениями) эти сроки ненамного превышали число койко-дней у больных без осложнений, а в остальных случаях задержка с выпиской была значительной, составляя иногда 50—60 койко-дней и более.

Из всех возможных сочетаний проктологических заболеваний только сочетание копчикового хода с обширным гнойничковым поражением кожи этой области и промежности (хроническая пиодермия) может влиять на возникновение осложнений после операции, да и то лишь в отношении удлинения сроков послеоперационного лечения в стационаре, ибо в данном случае раны более обширны по площади и для их заживления потребуется больше времени.

Таковы непосредственные результаты радикального лечения эпителиального копчикового хода без учета особенностей строения ягодично-крестцово-копчиковой области. В связи с тем что при данном заболевании отдаленные исходы полностью коррелируют с ближайшими послеоперационными результатами, мы сочли возможным анализировать именно этот параметр и сравнивать его с таковым у больных другой группы, которым операция сделана по модифицированному методу с учетом этих особенностей.

Основные моменты предлагаемой нами операции и основные отличия ее от стандартной методики заключаются в следующем.

После иссечения копчикового хода и вторичных свищей (рис. 24, а) (рубцов) проводят тщательный гемостаз коагуляцией сосудов и с обеих сторон раны треугольными лоскутами вырезают подкожную жировую клетчатку (рис. 24, б). Эта манипуляция направлена на создание условий для более адекватного прилегания кожных краев раны во время их подшивания к дну. Производят повторный тщательный гемостаз.

Края кожной раны капроновыми или лавсановыми нитями подшивают к дну раны. При этом выкол иглой располагают не по средней линии, а несколько кнаружи от нее, на противоположной от края раны стороне, в 3—4 мм от средней линии. Этот прием позволяет при фиксации низводимого в рану кожного края раны расположить его ближе к средней линии, так что в конце операции ширина полоски, открытой по всей длине для дренирования глубокой раны, не превышает 0,5 см (рис. 24, в, г). Швы

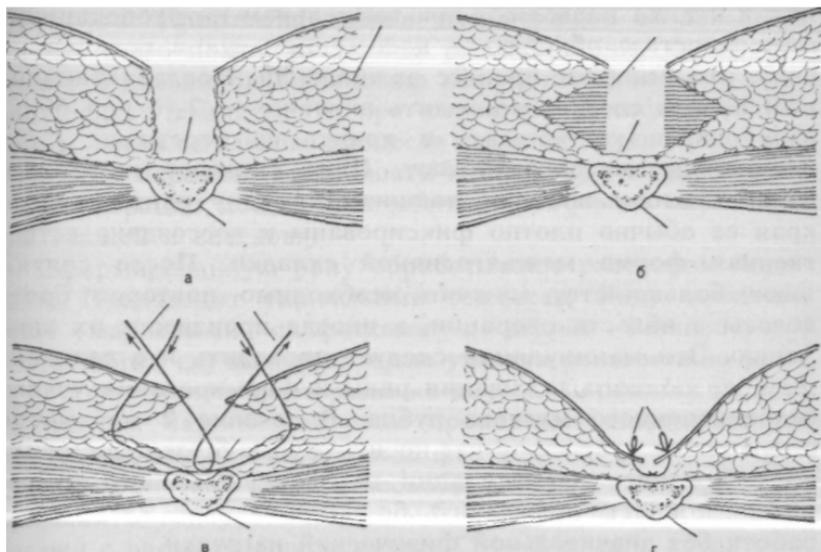


Рис. 24. Модификация радикальной операции с подшиванием краев раны к дну. Перед подшиванием иссекают треугольные лоскуты подкожной жировой клетчатки с обеих сторон раны. Объяснение в тексте.

накладывают не чаще, чем на расстоянии 1,5—1,8 см один от другого; в противном случае возникает опасность краевого некроза кожи между швами. При большем расстоянии между швами возможны кровоизлияния и гематомы.

При сложном копчиковом ходе, с множественными свищами, отстоящими далеко от средней линии крестцово-копчиковой области, когда приходится формировать фигурную рану на коже, среднюю рану ушивают описанным выше способом, а дополнительные раны и разрезы ушивают наглухо возвратными швами или (при значительной распространенности процесса) делают контрапертуры.

При остром воспалении эпителиального копчикового хода (абсцесс, инфильтрат) следует вскрыть, широко дренировать гнойник и в течение 5—7 дней проводить интенсивную противовоспалительную местную терапию, а затем, не выписывая больного, оперировать его радикально.

Приведенное описание модифицированной операции потребовало небольшой коррекции и послеоперационного лечения больных. Прежде всего необходима тщательная предоперационная санация будущей зоны операции. Выбрасывание волос, промывание антисептиками свищевых ходов и ликвидация воспалительных очагов на коже (гной-

нички и т. п.) позволяют при тщательном интраоперационном гемостазе обходиться наложением сухой повязки на рану, что ускоряет процесс заживления. Послеоперационный период следует проводить активно: со 2-го дня больным разрешают вставать и ходить на перевязки. Стул специально не задерживают. Швы снимают на 7—8-й день. К этому времени подшитые ко дну раны кожные края ее обычно плотно фиксированы и воссоздана естественная форма межъягодичной складки. После снятия швов большинству мужчин необходимо повторно брить волосы в области операции, а иногда произвести их эпиляцию. Эти манипуляции следует проводить и в дальнейшем, до полного заживания раны и формирования узкого безболезненного мягкого рубца. В течение 2 мес после операции следует запретить носить грубые брюки (джинсы) во избежание травматизации послеоперационного рубца, по возможности переводить больных на этот же срок на работу без значительной физической нагрузки.

Предлагаемая операция может быть рекомендована большинству больных с гнойными свищами крестцово-копчиковой области, возникшими на почве воспаления эпителиального копчикового хода. Особенно актуально это положение для больных, у которых такие свищи сочетаются с глубокой региональной пиодермией. При этом приходится иссекать плотные большие участки пораженной кожи, после чего трудно подшить края раны ко дну ее без иссечения подкожной жировой клетчатки.

Выполнявшаяся в 1984—1985 г. модифицированная радикальная операция позволила более чем вдвое (с 15 до 6,7%) снизить количество послеоперационных осложнений. Внедрение описанного варианта радикальной операции при гнойных осложнениях эпителиального копчикового хода в практику хирургов и проктологов дает возможность улучшить результаты лечения.

Иссечение копчикового хода и вторичных свищей с открытым лечением раны. При обширном воспалительном процессе, наличии множественных вторичных свищей и инфильтратов опасность гнойного осложнения при ушивании раны крайне высока. Необходимо обеспечить отток раневого содержимого со всей поверхности такой раны. С этой целью иссекают эпителиальный копчиковый ход, вторичные свищи, инфильтраты, образующиеся вокруг гнойных полостей, и лечат рану открытым методом.

После введения маркирующего раствора в свищи иссекают все окрашенные ткани вместе со свищевыми от-

верстиями. Применение зонда при этом не обязательно, однако с его помощью удобно рассечь стенку свищевого хода и в дальнейшем экономно иссечь пораженные участки. Следует помнить, что при выраженном инфильтративном и воспалительном процессе не всегда удастся одноmomentно окрасить все полости и свищевые ходы. В процессе операции может потребоваться повторное окрашивание свищей и затеков.

Сформированную рану обрабатывают раствором йодоната. Производят тщательный гемостаз. Рану тампонируют марлевыми салфетками с мазью Вишневского. В отдельных случаях некоторые участки раны можно ушивать с фиксацией краев раны ко дну ее. Перевязки делают ежедневно. Заживление раны происходит вторичным натяжением. Исходя из анализа фаз течения раневого процесса, мы считаем более целесообразным в фазе гидратации применять гипертонический (5—10%) раствор хлорида натрия с раствором диоксида. С 4—5-го дня, когда отек раны уменьшается, можно применять биостимуляторы (10% мазь прополиса, интерферон и др.). В тех случаях, когда на поверхности раны имеется налет фибрина, до очищения раны мы накладываем повязки с 0,5% раствором лизоцима или трипсина. После очищения раны можно применять мазевые повязки. Перевязки (кроме тех, когда используют препараты на мазевой основе) производят 2 раза в день.

Постельный режим соблюдается только в день операции; в дальнейшем режим палатный. Задерживать стул не нужно. Перед перевязкой широко используют сидячие ванны, а также физиотерапевтические процедуры, способствующие ликвидации воспалительного процесса.

Одним из моментов, способствующих ускорению эпителизации, является пересадка кожи при обширных раневых поверхностях. Пластика кожи может осуществляться лоскутом кожи на ножке, сетчатый лоскутом, по Чайнскому — Девису и др. Однако использование пластического замещения раневых поверхностей с помощью перечисленных выше способов в большинстве случаев не дает эффекта из-за отторжения пересаженных тканей, что обусловлено инфицированием из-за близкого расположения заднего прохода, невозможности иммобилизации и т. д. В связи с этим применение кожной пластики возможно в исключительно редких случаях.

После выписки из стационара оперированные по поводу эпителиального копчикового хода нуждаются в тща-

тельном врачебном наблюдении. Как показали наши исследования, рецидивы заболевания возникают в течение 6 мес после операции. Если были удалены все первичные свищевые отверстия и стенки хода, то возникновение болезни не является рецидивом эпителиального копчикового хода в истинном смысле. Например, в области удаленного хода могут развиваться гнойные процессы, обусловленные в первую очередь некавалифицированным амбулаторным долечиванием больных. Необходим тщательный контроль хирурга за ходом заживления раны. Кожные края раны не должны соприкасаться, пока она не будет заполнена грануляциями почти до их уровня. В противном случае под зажившей кожей формируются полости различной формы, требующие, как правило, повторного оперативного вмешательства. На протяжении 2—3 мес необходимо тщательное бритье волос вокруг раны на расстоянии до 10 см от ее краев. Это исключает врастание волос в рану и не препятствует заживлению ее. В течение 2—3 мес нельзя выполнять работу или физические упражнения, вызывающие травму кожи крестцово-копчиковой области.

Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода, сочетающегося с пиодермией

При сочетании пиодермии с эпителиальным копчиковым ходом мы иссекаем пораженные участки кожи одновременно с ликвидацией основного хода и вторичных гнойных свищей. Типичным завершением операции является подшивание краев образовавшейся раны к ее дну. Хотя в отдельных наблюдениях хирургическое лечение больных хронической пиодермией, как сочетавшейся, так и не сочетавшейся с эпителиальным копчиковым ходом, было связано с иссечением обширных участков кожи и последующей аутопластикой, все же в большинстве случаев эти операции не отражались на общем состоянии больных. В ближайшем послеоперационном периоде профилактика болей в области операции, предупреждение и лечение дизурических расстройств, назначение седативных и легких снотворных средств не отличались от таковых при послеоперационном лечении больных со свищами, развившимися на почве только эпителиального копчикового хода.

Совсем иное дело — лечение послеоперационных ран. В связи с большим числом вариантов поражения кожи

(захват хроническим воспалительным процессом области мошонки, различные типы оперативных пособий по поводу нагноившегося копчикового хода и т. п.) возникла необходимость индивидуального подхода к каждому оперированному. Чаще всего при обширных эксцизиях пораженных участков кожи и пиодермии с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом, когда иссекали и пластически закрывали обширные участки кожи крестцово-копчиковой области, а по средней линии в межъягодичной складке оставалась рана с подшитыми к ее дну краями, тактика послеоперационного лечения определялась размерами и состоянием ран после пластики, а не основной раны. Таких вариантов было множество, и в каждом случае только индивидуальное лечение позволяло полноценно провести ближайший послеоперационный период и по возможности сократить его.

Хирургическое лечение больных хронической пиодермией промежности и крестцово-копчиковой области, включающее иссечение очагов пиодермии и одновременно ликвидацию сопутствующих (или первопричинных?) гнойных свищей на почве эпителиального копчикового хода, оказалась радикальной мерой у этих пациентов. Ни у одного из 44 больных (из 66 оперированных), прослеженных нами в течение 2 лет после такой операции, не выявлено ни одного рецидива.

Сравнительная оценка различных радикальных операций при гнойных осложнениях эпителиального копчикового хода

Выше было показано, что различия в оперативных методах лечения свищей крестцово-копчиковой области, возникших на почве нагноения эпителиального копчикового хода, сводятся в основном к способу ушивания раны, остающейся после иссечения таких свищей. В зависимости от размеров и конфигурации этой раны применяют либо глухое ее ушивание, либо частичное закрытие швами, либо подшивают кожные края раны к ее дну по средней линии, либо, наконец, при очень больших размерах раны и выраженном ее инфицировании гнойным субстратом прибегают к открытому ее лечению, что значительно удлиняет сроки заживления.

С целью сравнения непосредственных результатов операций, проведенных с применением четырех методов санации послеоперационной раны, мы проанализировали

исходы хирургического лечения у 844 из 1539 больных с эпителиальным копчиковым ходом (табл. 4).

Из табл. 4 видно, что тремя способами было оперировано примерно одинаковое число больных. Частичное ушивание раны некоторое время было преобладающей методикой, которая в последние годы почти полностью уступила место подшиванию краев раны к ее дну.

Отдаленные результаты лечения больных, оперированных описанными выше методами, в сроки от 1 года до 14 лет, мы изучали с помощью специальной анкеты. На анкету ответили 615 оперированных (см. табл. 4). В тех случаях, когда в анкете указывалось на какие-либо осложнения, неприятные ощущения или боли в области операции, слишком длительное заживление раны с утратой трудоспособности, мы вызывали больных для осмотра. Всего осмотрено 297 человек (77,4% вызванных для осмотра).

Из 613 больных, у которых по анкете был известен отдаленный результат хирургического лечения, 347 (56,3%) оперированы по поводу хронического воспаления эпителиального хода, т. е. при наличии гнойных свищей в крестцово-копчиковой области. Еще 154 больных (25,2%) оперированы в стадии ремиссии воспаления, когда четко определялось отверстие (или несколько отверстий) эпителиального хода в межъягодичной складке; свищи были временно закрыты, и на их месте сформировались болезненные, беспокоящие больных рубцы. Еще 104 больных были оперированы радикально во время острого (или обострения хронического) воспаления, т. е. в период наличия абсцесса эпителиального копчикового хода. Наконец, 10 больных были оперированы по поводу эпителиального хода, еще не приведшего к гнойному воспалению, т. е. без образования абсцесса или свища. Таких больных (в основном призывников) выявляют обычно при осмотре на медицинской комиссии в военкомате и направляют на операцию в связи с наличием эпителиальных ходов, из которых постоянно или периодически выделяется в небольшом количестве гной или сукровичная жидкость.

Из 605 больных, оперированных по поводу воспаления эпителиального хода, у 338, т. е. более чем у половины, абсцесс или свищ локализовался непосредственно в пределах самого эпителиального хода, открываясь по средней линии крестцово-копчиковой области. В таких случаях глубина гнойной полости или свища обычно не превышает 1 см, в то время как при локализации свищей или гнойных

Таблица 4

Результаты хирургического лечения гнойных осложнений
эпителиального копчикового хода

Способ операции	Число оперированных больных			
	всего	обследо- вано	изучены результаты лечения	
			число больных	% обсле- дованных
Иссечение хода и свищей с глухим ушиванием раны	171	171	124	72,5
Иссечение хода и свищей с частичным ушиванием раны	918	223	158	70,9
Иссечение хода и свищей с открытым лечением раны	241	241	176	73,0
Иссечение хода и свищей с подшиванием кожных краев раны к ее дну	209	209	157	75,1
Итого . . .	1539	844	615	72,9

затеков абсцесса в стороне от средней линии (иногда в 10—13 см от нее) длина гнойных ходов 10 см и более. Больных с такими отдаленными от средней линии свищами и гнойными затеками было 267. Как уже говорилось, в большинстве случаев связь боковых свищей с первичным отверстием (отверстиями) самого эпителиального хода установить легко, стоит только ввести в свищ (иногда в эпителиальный ход) красящую жидкость, которая свободно вытекает из всех отверстий хода.

Ближайшие результаты операций. Из 124 больных, у которых рана была зашита наглухо, в ближайшие сроки после оперативного вмешательства по поводу эпителиального копчикового хода нагноение возникло у 28 (22,6%) (табл. 5).

При частичном ушивании раны частота нагноения ее в ближайшем послеоперационном периоде была примерно такой же (табл. 6).

Таким образом, как глухой шов раны, так и частичное ее ушивание дают неблагоприятный ближайший результат. Если в первом случае это объяснить достаточно просто (близость заднего прохода, попадание **инфекции в ниж-**

Таблица 5

Частота нагноения наглухо зашитой раны после операций по поводу эпителиального копчикового хода

Клиническая форма заболевания	Число больных		
	оперировано	нагноение раны после операции	
		абс. число	$M \pm m$
Без воспаления	3		
Хроническое воспаление (свищи)	79	24	$30,4 \pm 5,2$
Ремиссия	42	4	$9,5 \pm 4,5$
Всего . . .	124	28	$22,6 \pm 3,7$

ную, недренирующуюся часть раны во время туалета после дефекации и т. п.), то при частично ушитой ране это сделать труднее, но и в таких случаях можно говорить о часто возникающей опасности инфицирования нижнего угла раны в связи с близостью заднего прохода. Как правило, хирург, применяя эту методику, старается тщательно ушить именно нижнюю часть раны, что и приводит к неблагоприятному результату, как если бы рана была зашита наглухо. Ведь именно дистальный ее участок наиболее подвержен инфицированию, в то время как проксимальную часть раны можно ушивать с меньшим риском осложнений. В других случаях хирурги, наоборот, стара-

Таблица 6

Частота нагноения частично ушитой раны после операций по поводу эпителиального копчикового хода

Клиническая форма заболевания	Число больных		
	оперировано	нагноение раны	
		абс. число	$M \pm m$
Без воспаления	1		
Хроническое воспаление	96	27	$28,1 \pm 4,6$
Ремиссия	61	5	$8,2 \pm 3,5$
Всего . . .	158	32	$20,3 \pm 4,5$

Таблица 7

Частота нагноения раны при открытом ее лечении после операций по поводу воспаления эпителиального копчикового хода

Клиническая форма заболевания	Число больных		
	оперировано	нагноение раны	
		абс. число	$M \pm m$
Острое воспаление	83	8	$9,6 \pm 3,2$
Хроническое воспаление	93	5	$5,4 \pm 2,3$
Всего . . .	176	13	$7,4 \pm 2,2$

ются оставлять открытой и тампонировать дистальную часть раны, но при этом часто образуется ладьевидный ход, который, инфицируясь при каждой дефекации, формируется в ложный (ятрогенный) свищ.

Варианты глухого и частичного ушивания ран после иссечения гнойных свищей в крестцово-копчиковой области предлагают многие авторы [Кибальчич А. В. и др., 1981]. Такие методы в общем не отличаются от способов санации гнойных ран в других областях тела, после других операций, в частности от способов дренирования гнойных ран мягких тканей [Кузин М. И. и др., 1981]. То же следует сказать и о современных методиках местного лечения гнойных ран с применением новейших антибиотиков, но в данном случае речь идет не о лечении уже заведомо гнойной раны, а о способе закрытия обычной послеоперационной раны, пусть даже с высоким риском инфицирования. В связи с этим мы не рекомендуем ни глухое, ни частичное ушивание ран в крестцово-копчиковой области при операциях, связанных с воспалением эпителиального копчикового хода. С другой стороны, резко снижается частота нагноений в ближайшем послеоперационном периоде, если проводится открытое лечение раны (табл. 7). Из таблицы следует, что как при остром воспалении, так и при свищах нагноений было мало, но это не значит, что данный метод хорош. При изучении сроков временной нетрудоспособности у 158 больных оказалось, что в среднем одному больному требовалось 42,8 дня (стационар -) поликлиника) для полного восстановления трудоспособности (при глухом ушивании ран 39,8 дня, при частичном 41,3 дня).

Теперь об операции иссечения копчикового хода и свищей с подшиванием краев раны к дну. Как видно из табл. 8, эта операция также дает хорошие непосредственные исходы.

Сроки временной нетрудоспособности больных, оперированных с подшиванием краев раны к ее дну, составили в среднем 40,5 дня. При анализе времени долечивания при неосложненном послеоперационном периоде у 418 больных (табл. 9) оказалось, что временная нетрудоспособность наименьшая при глухом шве раны, а второе место занимает подшивание краев раны к ее дну.

Но если учесть, что глухое ушивание раны можно рекомендовать лишь в очень небольшом числе случаев (когда либо операция производится в отсутствие воспалительных явлений, либо свищ располагается по средней линии, а первое, самое дистальное, наружное отверстие хода локализуется достаточно высоко над краем заднего прохода), то станет ясно, что практическое значение этого метода значительно меньше. Описываемый наиболее благоприятный анатомический вариант встречается редко, а во всех остальных случаях приходится оперировать без глухого ушивания раны, иначе число послеоперационных осложнений резко возрастает и тогда сроки нетрудоспособности больных этой группы будут вовсе не такими оптимальными.

Отдаленные исходы хирургического лечения воспалительных осложнений эпителиального копчикового хода. Из 615 больных, у которых известен отдаленный исход

Таблица 8

Частота нагноения раны при подшивании ее краев ко дну после операции по поводу эпителиального копчикового хода

Клиническая форма заболевания	Число больных		
	оперировано	нагноение раны	
		абс. число	$M \pm m$
Без воспаления	6		
Острое воспаление	21	7	$33,1 \pm 12,4$
Хроническое воспаление	79	5	$6,3 \pm 2,7$
Ремиссия	51	3	$5,9 \pm 1,4$
Всего . . .	157	15	$9,6 \pm 2,3$

Временная нетрудоспособность после операций по поводу эпителиального копчикового хода при неосложненном послеоперационном периоде

Способ операции	Число оперированных	Средние сроки временной нетрудоспособности		
		при лечении в стационаре, койко-дни	при амбулаторном лечении, дни	всего
Иссечение хода и свищей с глухим швом раны	83	11,0	10,7	21,7
Иссечение хода и свищей с частичным ушиванием раны	101	12,2	21,9	34,1
Иссечение хода и свищей с открытым лечением раны	121	8,6	29,2	37,8
Иссечение хода и свищей с подшиванием краев раны к дну	113	11,8	20,1	31,9
Итого . . .	418			

радикальной операции, рецидивы возникли у 53 ($8,6 \pm \pm 1,1\%$). К рецидивам мы отнесли повторное воспаление, возникшее после радикальной операции. Причинами такого «истинного» рецидива могут быть неудаление части самого эпителиального, хода или вторичного гнойного затека, возникновение ложного хода в нижней части раны с вращением в него волос и инфицированием их, а также вращение в послеоперационную рану волос, поддерживающих в качестве инородных тел хроническое воспаление.

Иногда дистальное точечное отверстие копчикового хода, расположенное непосредственно над краем заднего прохода, может остаться непрокрашенным (облитерация) и незамеченным, что и ведет к его повторному инфицированию и воспалению.

Другое типичное явление, ведущее к рецидиву, — нависание нижнего края послеоперационного кожного рубца над раной («капюшон»). В этом случае образуется мелкий, узкий ложный ход, который может снова нагноиться из-за постоянной опасности загрязнения во время дефекации.

Третья причина рецидива — формирование кожных «мостиков» над наглухо ушитой раной.

Все эти причины возникают в основном при глухом или частичном ушивании ран. Всего при глухом ушивании ран рецидив возник в 9,7%, при частично ушитой ране — в 10,1%, при открытом лечении раны — в 8% наших наблюдений. При подшивании краев раны к ее дну рецидив в разные сроки после операции обнаружен у 7% оперированных. Эти данные указывают на снижение количества рецидивов при использовании последней методики, но не столь очевидно, как можно было ожидать. Это обстоятельство побудило нас искать дальнейшие пути снижения частоты послеоперационных рецидивов и нагноений. Одним из них являются учет описанных выше особенностей анатомического строения ягодично-крестцово-копчиковой области у больных, подготавливаемых к операции по поводу нагноительных осложнений эпителиального хода, и модификации радикального оперативного пособия в соответствии с этими особенностями.

При анализе отдаленных исходов мы обнаружили, что вторая по частоте причина неудовлетворительной оценки больными произведенной им операции состоит в появлении упорных болей в области операции. Этот симптом был отмечен в анкетах 149 оперированных больных.

При обследовании этих больных у 30 из них (20,1%) мы обнаружили сопутствующий геморрой или другие проктологические заболевания (полипы прямой и сигмовидной кишок, проктосигмоидит и др.). Само по себе это обстоятельство важно, ибо, по данным литературы [Назаров Л. У., Оргусян Р. В., 1983], сочетанные проктологические поражения отнюдь не редки и могут быть причиной постоянных болей типа кокцигодинии. Однако у наших больных такие сопутствующие заболевания прямой кишки, как острый геморрой, или такие деформации копчика и крестца, как незаращение дужек позвонков или посттравматические изменения костного скелета этого отдела позвоночника, встречались редко и объяснить возникновение болей после операций только их наличием (которое имело место и до операции) было нельзя.

У 119 оперированных вообще не было никаких сопутствующих заболеваний этой области и появление болей следует трактовать как следствие операции. У 44 боли носили кратковременный характер и прекратились без всякого лечения в среднем в течение 6 мес после операции. Но у других 75 больных болевой синдром был стойким, выраженным и требовал специального лечения. Прежде всего было выявлено, что ни в одном случае боли не воз-

никали при не осложненном воспалением копчиковом ходе. У большинства больных боли появлялись после операций по поводу сложных, рецидивировавших, длительно текущих свищей крестцово-копчиковой области.

Мы предположили, что такое осложнение может быть связано с проведением самой операции. В ранних литературных источниках рекомендовалось глубоко, до надкостницы крестца, иссекать все свищи и затеки, а при ушивании раны захватывать в швы эту надкостницу для ликвидации в ране мертвых пространств. В прежние годы в нашей клинике придерживались такой же тактики [Рыжих А. Н., 1956]. Со временем стало ясно, что у большинства больных свищи и вторичные гнойные полости и затеки при воспалении копчикового хода локализуются поверхностно, не затрагивая глубоких структур крестцовой области и не поражая надкостницу крестца. В связи с этим в последнее время мы прибегаем только к экономному иссечению копчикового хода и свищей — только в пределах мягких тканей крестцово-копчиковой зоны, почти никогда не доходя до надкостницы крестца и не подшивая ее впоследствии к кожным краям раны. Это сразу дало значительный эффект, а ретроспективно удалось показать, что именно такая операция способствует значительному и достоверному снижению числа больных с выраженным послеоперационным болевым синдромом (табл. 10).

Таблица 10

Послеоперационные боли у больных с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода

Способ операции	Число больных		
	оперировано	болевого синдрома	
		абс. число	$M \pm m$
Широкое иссечение свищей до надкостницы крестца с последующим захватыванием ее в швы	63	15	$23,8 \pm 5,4$
Экономное иссечение копчикового хода и свищей без затрагивания надкостницы крестца	79	8	$10,1 \pm 3,4$
Всего . . .	142	23	$16,2 \pm 3,1$

Из таблицы видно, что изменение хирургической тактики привело к снижению более чем вдвое количества случаев стойкого болевого синдрома.

Глава 7

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ ВРАЧУ ПОЛИКЛИНИКИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА И СХОЖИХ С НИМ ПО СИМПТОМАТИКЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИИ

Как показывает опыт, чаще всего больной с воспалением эпителиального копчикового хода приходит на прием к хирургу. Поскольку в номенклатуре врачебных специальностей проктолог пока не числится, больные этого профиля не имеют «своего» врача, не привыкли к тому, что при появлении каких-либо расстройств функционирования кишечника или при наличии неприятных ощущений, болей в области заднего прохода, патологических выделений из него и т. п. нужно обратиться к проктологу (штатная должность проктолога существует во многих поликлиниках крупных городов, в областных, краевых и республиканских больницах страны). Больной может получить совет и необходимую помощь. Но направить больного к проктологу должен либо участковый терапевт, либо хирург (реже уролог, гинеколог, дерматолог и другие специалисты). Особенно важно это положение для врачей центральных районных больниц, где в основном осуществляется прием населения, работающего в агропромышленных объединениях, а также для врачей участковых больниц, обслуживающих сельских жителей.

Сказанное диктует необходимость разъяснения некоторых характерных симптомов воспаления эпителиального копчикового хода и тактики различных специалистов по отношению к этим больным.

Выше мы уже говорили, что с симптоматологией и дифференциальной диагностикой гнойных осложнений эпителиального копчикового хода врачи общей лечебной сети знакомы плохо. Если они смешивают копчиковый ход с параректальной дермоидной кистой или парапроктитом, то беда еще невелика, ибо во всех этих случаях больной все же попадает к хирургу, который, как правило, лучше знает эти заболевания. К сожалению, еще нередки случаи,

когда врач «первого контакта», чаще всего участковый терапевт, не обращает должного внимания на характерные жалобы больного и не проводит необходимое минимальное проктологическое обследование (визуальный осмотр параанальной зоны и пальцевое исследование прямой кишки). При этом часто врач вообще не осматривает больного, а назначает свечи, ванночки, повязки с мазями и т. п. *ex jvantibus*. Проводя в течение многих лет лекционную и разъяснительную работу с различными врачами, доказывая на примерах вредность подобной тактики и убеждая врачей в необходимости (прежде всего с профилактической целью) проводить в подобных случаях элементарное проктологическое обследование, мы убедились, что пренебрежение этим правилом хотя и становится реже, но все же имеет место.

Терапевт поликлиники должен внимательно прислушиваться к молодым (в большинстве случаев) людям, жалующимся на периодические, связанные, как правило, с однократной травмой или постоянным травмированием (шоферы, машинистки, телефонистки и лица других «сидячих» специальностей) боли в области заднего прохода, частичное недержание газов (или даже кала) или на другие неприятные ощущения в области заднего прохода или крестцово-копчиковой области. При этом следует обратить внимание на характер оволосения тела, в частности на строение бровей: сросшиеся брови (такой же атавистический признак, как и эпителиальный копчиковый ход) у лиц с жалобами на боли в области крестца и копчика зачастую позволяют ставить правильный диагноз «на расстоянии», еще до специального осмотра. Выяснив при опросе характер болей, зависимость их от дефекации (при воспалении копчикового хода они не связаны с дефекацией), определив объективно наличие каких-либо выделений из «свища», узнав о частых воспалительных обострениях болезни, врач может предполагать наличие парапроктита, дермоидной кисты крестцово-копчиковой области или эпителиального копчикового хода. Эти три заболевания в большинстве случаев и проявляются названными выше весьма сходными признаками.

Осматривать больных следует в коленно-локтевом положении или на правом боку с приведенными к животу ногами. Не следует отсылать больного домой для подготовки кишечника: первый осмотр и пальцевое исследование прямой кишки нужно проводить без специальной подготовки, поскольку идентификация таких важных для диаг-

ностики признаков, как изменения кожи в области заднего прохода и межъягодичной складки (расчесы, эксфолиации), наличие наружных отверстий свищей, каловое загрязнение, неправильное расположение заднего прохода, его зияние, наличие наружных геморроидальных бахромок, выпадающих внутренних геморроидальных узлов, не требует специальной подготовки кишечника. Это относится и к пальцевому исследованию прямой кишки, которое обязательно во всех случаях, даже при наличии явных наружных отверстий эпителиального хода и вторичных свищей. Во-первых, как показано выше, у многих больных эпителиальный копчиковый ход сочетается с другими проктологическими заболеваниями, а во-вторых, что еще более важно, квалифицированное пальцевое исследование прямой кишки занимает главное место в системе раннего выявления и профилактики предраковых изменений и рака этого органа, который в последнее время у жителей индустриально развитых стран, в том числе Советского Союза, становится все более частым заболеванием. Только при пальцевом исследовании прямой кишки врач (не обязательно хирург или проктолог) может выявить полипы или ранние стадии рака почти в 70% случаев, что намного облегчает лечение больных и делает возможным достижение в большинстве случаев хорошего стойкого результата.

Пальцевое исследование прямой кишки при первом обследовании больного можно и нужно проводить без подготовки прямой кишки. Наличие или отсутствие каловых масс в ампуле прямой кишки, тонус и волевое сокращение анального сфинктера, неприятные ощущения или боль при введении пальца, определение уплотнений стенок заднепроходного канала сразу выявляются опытным проктологом и должны быть хотя бы определены врачом «первого контакта». Перечисленные признаки свидетельствуют о необходимости или, наоборот, необязательности направления больного к проктологу. Как правило, нарушение нормальной функции прямой кишки (наличие кала в ее ампуле после утренней дефекации), боли или другие неприятные ощущения при исследовании пальцем, патологические выделения на перчатке и т. п. — это признаки проктологического заболевания, симптомы которого могут быть неправильно интерпретированы больным как проявление эпителиального копчикового хода или, как уже говорилось, свидетельствуют о сочетании нескольких проктологических поражений у одного больного.

Осмотр области заднего прохода и дистального отдела

межъягодичной щели многое дает врачу. Прежде всего у верхушки копчика, сразу над краем заднего прохода, можно обнаружить точечное отверстие, из которого выступают (чаще свисают) тонкие волосы. При осторожном надавливании на кожу чуть выше этого отверстия можно увидеть капли жидкости, слегка мутной, а иногда даже гнойной, вытекающей из наружного отверстия эпителиального хода. В некоторых случаях таких отверстий несколько и они располагаются один за другим по средней линии межъягодичной щели. Если при этом нет никаких других наружных проявлений (свищи с гнойным отделяемым в стороне от межъягодичной складки, инфильтраты, участки гиперемии кожи, следы расчесов, каловое загрязнение), то имеет место копчиковый ход в периоде клинической ремиссии, т. е. в том периоде, когда практически больного ничто не беспокоит. Однако в анамнезе, как правило, отмечается воспаление этой области (особенно неоднократное). Если при долгом сидении или резких физических нагрузках появляются боли, увеличивается отделяемое из наружного отверстия хода, то больной подлежит направлению к хирургу, который решает вопрос о дальнейшем лечении.

Обнаружив первичное отверстие эпителиального хода или тем более вторичные гнойные свищи в крестцово-копчиковой области, врач без труда может поставить правильный диагноз. Однако пальцевое исследование прямой кишки все же необходимо по причинам, указанным выше. Если при исследовании прямой кишки никаких патологических изменений в пределах, достижимых пальцем (в среднем 7 см) нет, то больного с диагнозом «эпителиальный копчиковый ход» направляют к хирургу. Терапевт может не детализировать диагноз, ибо это уже прерогатива хирурга и проктолога. Если же обнаружены уплотнения в одной из стенок заднепроходного канала, болезненные инфильтраты или свищевые отверстия с гнойным отделяемым, то следует заподозрить хронический парапроктит, или неполный внутренний свищ прямой кишки, или, наконец, трещину заднего прохода. Во всех этих случаях больного направляют к хирургу.

Пальцевое исследование прямой кишки должно быть выполнено методически правильно, тщательно» без спешки. Сначала необходимо осмотреть задний проход, чтобы убедиться в степени его герметичности. В норме отверстие заднего прохода должно быть сомкнуто, анальный рефлекс живой, кожа умеренно складчатая, сухая, без следов рас-

чесов и калового загрязнения. Если анальный рефлекс ослаблен или не вызывается, или тем более задний проход зияет, то независимо от наличия или отсутствия эпителиального копчикового хода больного должны исследовать невропатолог, а иногда и сексопатолог.

Учитывая довольно частые патологические изменения тонуса сфинктера заднего прохода врожденного характера у детей с последствиями аноректальных пороков развития и у взрослых с сексуальными извращениями, а также участвовавшие во всем мире неспецифические поражения прямой кишки у гомосексуалистов, во всех случаях обнаружения слабости сфинктера заднего прохода (до выполнения таких специальных исследований, как сфинктерометрия и др.) больных необходимо направить к двум названным специалистам. Повторяем, даже если диагноз эпителиального копчикового хода не вызывает сомнений, описанные признаки слабости сфинктера заднего прохода должны настораживать врача. Таким больным показаны полное проктологическое (ректороманоскопия, сфинктерометрия, изучение кишечного микробного ценоза и др.) и невропатологическое обследование.

Пальцевое исследование начинают в коленно-локтевом положении. Смазанный вазелином (или любым другим индифферентным маслом) указательный палец в тонкой перчатке или напальчнике осторожно, ротационными движениями, вводят в задний проход и при этом сразу определяют (хотя бы ориентировочно) тонус и волевое сокращение сфинктера заднего прохода (больного просят сдвинуть палец усилием мышц сфинктера). Даже без определения силы сфинктера с помощью специальных приборов врач только по этому признаку может судить о нормальной функции сфинктера, ослаблении его тонуса или сократительной способности, степени болезненности при прохождении пальцем заднепроходного канала (2—3 см). Специальному исследованию подлежат передняя стенка прямой кишки, у женщин спаянная с задней стенкой влагалища, а у мужчин покрывающая предстательную железу. Обнаружение каких-либо подозрительных уплотнений, болезненных точек и т. п. является показанием для направления к специалисту.

При выявлении следов расчесов и экскориаций кожи необходима консультация дерматолога. Однако следует отметить, что, например, анальный зуд, часто имеющий место у больных с эпителиальным копчиковым ходом и другими проктологическими заболеваниями, как правило,

является симптомом основного заболевания или вторичным проявлением проктита (проктосигмоидита). Постоянные (или периодические) выделения из отверстий копчикового хода или свищей, возникших на его почве (так же как из «банальных» параректальных свищей), при постоянном контакте кожи этой зоны с одеждой во время ходьбы и работы могут обусловить и чаще всего обуславливают упорный анальный зуд. Лечение, проводимое в таких случаях дерматологом, безуспешно, больные отчаиваются, начинают сами применять различные мази, свечи, присыпки, детские кремы и т. п., но излечиться не могут. Нам неоднократно приходилось иметь дело с больными, которые постоянно наблюдаются и проходят лечение у дерматологов. Часто оказывается, что, к сожалению, за все время лечения этим больным ни разу не проводилось ни пальцевое исследование прямой кишки, ни ректороманоскопия, без которых диагностика формы и «качества» анального зуда невозможны.

В специальных руководствах [Федоров В. Д. и др., 1984], других книгах и многочисленных статьях вопросы диагностики, профилактики и лечения анального зуда специально обсуждаются, причем постоянно указывается на необходимость проктологического обследования таких больных. В ряде случаев даже в отсутствие патологических изменений при осмотре, пальцевом исследовании прямой кишки и ректороманоскопии специальное лечение, направленное на санацию стенок дистального отдела толстой кишки, эффективно, в то время как длительное лечение у дерматолога безрезультатно. Все это обязан знать врач поликлиники, который при наличии проктологических жалоб и тем более объективных признаков проктологического заболевания должен направить больного не к дерматологу, а к проктологу.

Примерно такое же положение имеет место при определении пальцем через прямую кишку уплотнений в ректовагинальной перегородке или в области одного из полюсов долей предстательной железы. Мы уж не говорим о плотных опухолях или язвах, чаще всего свидетельствующих о раке, но при внимательном пальцевом исследовании прямой кишки врач, впервые осматривающий больного, должен, определив такое уплотнение, болезненную зону и т. д., направить больного прежде всего к хирургу или к проктологу.

Разные стенки и участки заднепроходного канала и прямой кишки подлежат исследованию пальцем в разных

позициях больного. Так, при подозрении на опухоль, которую можно достигнуть только кончиком пальца, следует попросить больного потужиться в положении сидя на корточках; тогда это подозрительное образование несколько сдвинется вниз и станет более доступно для исследования. Пожилых больных и лиц, страдающих выраженной недостаточностью сердца, сосудов и легких, следует осматривать не в коленно-локтевом положении, а на боку (лучше на правом) с приведенными к животу коленями. В этом положении можно с таким же успехом обследовать все стенки заднепроходного канала и прямой кишки с целью уточнения не только уже имеющегося проктологического заболевания, но в основном для выявления бессимптомно протекающих полипов или других опухолей.

Выше мы неоднократно указывали, что эпителиальный копчиковый ход и его гнойные осложнения относятся к компетенции проктолога, хотя не связаны с патологическими изменениями прямой кишки. Так сложилось традиционно, и эти больные получают квалифицированную помощь именно у проктологов. Однако в связи с довольно частыми сочетаниями проктологических заболеваний и с программой диспансеризации населения страны при наличии копчикового хода (так же как трещины заднего прохода, свища прямой кишки и др.) необходимо выполнить ректороманоскопию. Участковый терапевт не должен делать эту манипуляцию, но его долг — направить больного к специалисту. Мы неоднократно, не боясь повторений, подчеркиваем это важнейшее обстоятельство. Если все больные, попадающие на первый прием к терапевту, хирургу и другим специалистам и предъявляющие какие бы то ни было жалобы на кишечный дискомфорт или имеющие наружные проявления поражений крестцово-копчиковой области и заднего прохода, будут обследованы путем ректороманоскопии или, в идеальном случае, колоноскопии, то значительное количество «немых» бессимптомных полипов, в том числе истинных предраковых аденом, а также злокачественных опухолей в ранних стадиях развития будет обнаружено вовремя. Следовательно, эти больные будут стойко излечены с помощью несравненно меньших по объему радикальных операций, нежели при обнаружении больших полипов и злокачественных опухолей прямой кишки.

Все, что сказано в этой главе, относилось к необходимому (и достаточному) объему обследования больного

эпителиальным копчиковым ходом, обратившегося к участковому терапевту городской поликлиники, центральной районной больницы или к врачу сельской участковой больницы. Однако довольно большой контингент сельских жителей на первом этапе обслуживают фельдшерско-акушерские пункты. Здесь также при условии определенной подготовленности среднего медицинского работника (кратковременные курсы в ЦРБ или в городской больнице, на амбулаторном приеме проктолога) проктологическим больным можно и нужно проводить пальцевое исследование прямой кишки. Опыт показывает, что фельдшер и фельдшер-акушерка быстро овладевают несложными приемами осмотра и обследования прямой кишки и параректальной области и выявляют значительное число проктологических больных, которых вовремя направляют к хирургу. Это звено системы оказания медицинской помощи больным ни в коем случае не следует сбрасывать со счетов.

К урологу и гинекологу больные могут прийти на прием, минуя участкового терапевта или хирурга. Одно из довольно частых урологических заболеваний (хронический простатит) имеет много общих клинических проявлений с дистальным проктитом («анусит»). В таких случаях обследование и лечение лучше проводить совместно. Больных хроническим простатитом желательно обследовать с помощью эндоскопа. Мужчины с хроническими формами проктита и проктосигмоидита должны быть проконсультированы урологом.

Еще более часто встречается сочетанная проктологическая и гинекологическая патология. По данным нашей клиники [Асатиани В. М., 1974], процент проктологических заболеваний у гинекологических больных очень высок (56,7). Как и следовало ожидать, первое место занимал геморрой, второе — колит и проктосигмоидит, третье — анальные полипы (правильнее называть их гипертрофированными анальными сосочками). Истинные полипы (аденомы) прямой кишки выявлены в 6,4% (пятое место), что важно для формирования группы риска, подлежащей диспансеризации. У гинекологических больных проктологические заболевания встречались в 1/г раза чаще, чем в группе условно здоровых женщин. Эпителиальный копчиковый ход обнаруживался редко (0,8%), но при этом важно выявление и других проктологических заболеваний, в том числе бессимптомных новообразований прямой и ободочной кишок.

В определенных случаях гинекологическое исследова-

ние предполагает исследование и прямой кишки. Такое исследование необходимо сделать обязательным в практике гинеколога, а в ряде случаев по показаниям проводить также бимануальное исследование влагалища и прямой кишки. Этим методом выявляют новообразования прямокишечно-влагалищной перегородки, выпадение передней стенки прямой кишки (в том числе синдром солитарной язвы прямой кишки), патологические разрастания кожи в области преддверия влагалища и заднего прохода (перианальные кондиломы и др.).

Как сказано выше, часть проктологических больных длительно и, как правило, безуспешно лечатся у дерматолога по поводу анального зуда. Прежде всего больной должен быть обследован проктологом: пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, анализ кала на состав микрофлоры (дисбактериоз), выявление кишечного дискомфорта (понос, запор, выделения слизи, немотивированные боли внизу живота, метеоризм и др.). В большинстве случаев после такого обследования больной переходит под наблюдение проктолога, лечение у которого даже в случаях так называемого суигенного, эссенциального упорного анального зуда приносит больному не меньшую пользу, чем лечение у дерматолога. Санирование стенок сигмовидной и прямой кишки, нормализация кишечного микробного ценоза, ликвидация заболеваний, вызывающих вторичный анальный зуд (недостаточность сфинктера заднего прохода, геморрой с выпадением узлов, анальная трещина), снимают этот тяжелый синдром или во всяком случае снижают его интенсивность у большинства больных. Довольно часто ликвидация самого эпителиального копчикового хода, даже не имеющего вторичных гнойных свищей, способствует выздоровлению. В очень небольшой по численности, но очень тяжелой по клинике и неэффективности терапии группе больных с анальным зудом, которым специалисты назначают различное лечение (консервативное, оперативное, курортное, обезболивающее, электро- и лазеро-акупунктура и т. д.), проктолог должен быть ведущим врачом. Только при явной дерматологической патологии (доказанное грибковое поражение, глубокая пиодермия этой области или редкие эндемические заболевания) лечение у дерматолога больных с анальным зудом может быть более адекватным.

При обследовании больных с эпителиальным копчиковым ходом в хирургическом кабинете поликлиники следует

не только поставить правильный диагноз и провести дифференциальную диагностику эпителиального копчикового хода, хронического парапроктита (свищ прямой кишки) и дермоидной кисты крестцово-копчиково-ягодичной области, но и уточнить степень гнойного поражения, определить тактику лечения.

В хирургическом кабинете проводится обследование в том же объеме — осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия (при условии, что хирург обучен этой методике). Но хирург может уточнить и топическую характеристику поражения. Он зондирует свищи в крестцово-копчиковой области и при этом удостоверяется, что вторичные свищевые ходы, расположенные с одной или с обеих сторон от средней линии (межъягодичной складки), направляются к этой линии, а не в сторону заднего прохода. В последнем случае больше подозрений на свищ прямой кишки. Зондирование проводят осторожно, не форсируя, во избежание образования ложных свищевых ходов под кожей. В неясных случаях следует прибегнуть к маркировке свищей: в одно из отверстий свища или в первичное отверстие эпителиального хода ввести раствор метиленового синего, который при широких свищах свободно выходит из всех наружных отверстий. Однако этот признак наблюдается далеко не всегда. При длительном существовании гнойных свищей, частых обострениях процесса, а также после предыдущих паллиативных вскрытий абсцессов свищи «запаиваются», проходимость по ним нарушается и они не прокрашиваются, а иногда не сообщаются между собой. В особо сложных случаях можно прибегнуть к фистулографии, хотя это исследование качественно выполняется только в специализированных стационарах рентгенологами, использующими специальные приспособления.

Обследование в хирургическом кабинете проводится с целью выбора тактики лечения конкретного больного. Первая группа больных — это практически здоровые молодые мужчины, в основном призывники, у которых при осмотре на военно-медицинской комиссии обнаруживают эпителиальный копчиковый ход без вторичных свищей и без клинических проявлений. Правда, при специальном опросе иногда можно выяснить, что эпизоды воспаления имели место, особенно после травмы или охлаждения, но в момент осмотра заболевание обычно не беспокоит и возникает вопрос: следует ли считать таких лиц больными. Этот вопрос выходит за пределы конкретного обсуждения

темы об эпителиальном копчиковом ходе, ибо границу между нормой и болезнью во многих случаях, в том числе в проктологии, подчас можно определить с большим трудом. Достаточно указать хотя бы на геморрой, при котором во многих случаях (особенно при профилактических осмотрах организованных контингентов) на определенных участках стенок заднепроходного канала обнаруживаются внутренние геморроидальные узлы, а клинических проявлений геморроя нет.

При эпителиальном копчиковом ходе, клинически не проявляющемся, больных, особенно призывников, все же следует оперировать. Дело в том, что при службе в армии, когда физическая нагрузка (пешие марши, езда по плохим дорогам и т. д.) увеличивается, опасность вспышки воспалительного процесса повышается. Кроме того, в этом периоде болезни операция по объему несравненно меньше и методически легче, чем при распространенном воспалении. Как правило, иссечение невоспаленного копчикового хода с глухим ушиванием сравнительно маленькой продолговатой раны заканчивается благополучно и наступает окончательное выздоровление.

При значительно распространенном воспалении (с обеих сторон от средней линии крестцово-копчиковой области имеется несколько отверстий вторичных свищей с обильным гнойным отделяемым, а между ними рубцово-измененная уплотненная кожа с очагами инфильтрации и множественными пиодермическими очагами) следует не спешить с госпитализацией больного, а провести амбулаторно курс противовоспалительной терапии. Прежде всего нужно тщательно выбрить область поражения и назначить гигиенические мероприятия: водный туалет после дефекации (смывание сверху, со стороны копчика, а не наоборот), обработку кожи и гнойных очагов 10% салициловым спиртом, наложение повязок с мазью Вишневского на ночь. Антибиотики назначать пока не следует, так же как не рекомендуется производить амбулаторно новокаиновую блокаду. Через несколько дней, когда выделяемое из свищей уменьшается и инфильтраты либо вскрываются, либо, наоборот, уплотняются и как бы организуются, можно назначить физиотерапевтическое лечение (облучение ультрафиолетовыми лучами), УВЧ-терапию. В определенных случаях паллиативный эффект дают грязевые аппликации, но следует помнить, что все эти манипуляции носят характер предоперационной подготовки и производятся лишь с целью сокращения стационарного предоперацион-

ного периода. Консервативное лечение при воспалении эпителиального копчикового хода неэффективно. Как основное оно проводится только при тяжелом общем состоянии больных престарелого возраста, а поскольку среди больных с эпителиальным копчиковым ходом таких пациентов очень мало, практически во всех случаях показано хирургическое лечение — операция по одной из описанных выше методик.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Область крестца и копчика — зоны частой локализации врожденных опухолей (дермоидные кисты, каудальные тератомы) и приобретенных гнойных и гнойничковых заболеваний. Хвостовой отдел зародыша человека филогенетически подвержен атавистическим влияниям. Здесь формируются врожденные пороки развития прямой кишки и заднего прохода, во многих случаях сочетающиеся с аномалиями мочеполовой системы у новорожденных обоего пола. Эти заболевания встречаются нередко и хорошо известны педиатрам. В последнее время опыт такого рода накоплен хирургами и в отношении взрослых [Федоров В. Д. и др., 1987]. В связи с неполной редукцией хвостового отдела позвоночника и его отдельных структур — дериватов кожи, мышц, нервной трубки (хорда) — именно в этой области чаще всего обнаруживаются упомянутые выше врожденные опухоли, а также синдром *spina bifida* — незаращение дужек крестцовых и копчиковых позвонков. *Spina bifida* до поры до времени может не проявляться клинически и обнаруживается либо при профилактических обследованиях организованных контингентов, либо после травм или у лиц сидячего труда, особенно при постоянных травмах вибрационного характера в определенных профессиональных группах (шоферы, трактористы и др.).

В одних случаях при наружном осмотре и пальпации, пальцевом исследовании прямой кишки и ректороманоскопии может не наблюдаться никаких признаков воспаления, изменений кожи и подкожной жировой клетчатки. В других случаях врожденные пороки развития каудального отдела могут ярко клинически манифестировать (каловые промежностные свищи, стеноз заднего прохода, влагалищный анус и т. п.). При дермоидных кистах также могут возникать гнойные свищи, открывающиеся как на коже промежности, так и в просвете прямой кишки.

Если учесть еще повышенное оволосение этой области, особенно у жителей южных регионов страны, то понятно сравнительно более частое поражение кожи этой зоны такими гнойничковыми заболеваниями, как пиодермия.

Все сказанное свидетельствует о трудностях точной нозологической и топической диагностики врожденных уродств и приобретенных заболеваний крестцово-копчиковой области. Названные факторы затрудняют распознавание и описываемого в данной книге врожденного заболевания — эпителиального копчикового хода и его гнойных осложнений. Если в последнее время правильная первичная диагностика острого и хронического парапроктита (свищи прямой кишки) благодаря широкому освещению клиники этого заболевания в отечественной печати перестала быть редкостью в практике амбулаторных хирургов и большинство больных парапроктитом вовремя госпитализируют в проктологические отделения, широкая сеть которых развернута во всех регионах страны, то больные с эпителиальным копчиковым ходом находятся не в столь благоприятном положении. Большинство больных с копчиковым ходом направляют в стационар с неправильным диагнозом (чаще всего «дермоидная киста»), что ведет к ошибочной хирургической тактике и прежде всего к тому, что этими больными продолжают заниматься обычные хирурги, а не проктологи.

В любом специализированном стационаре эпителиальный копчиковый ход и его гнойные осложнения (крестцово-копчиковые свищи) по частоте занимают четвертое место после геморроя, парапроктита и трещины заднего прохода. У жителей южных регионов это заболевание встречается чаще парапроктита.

Описываемая врожденная аномалия кожи в области верхушки копчика, т. е. короткий, кончающийся в мягких тканях узкий эпителиальный канал, на первый взгляд — невинный порок развития, альтернатива остатка хвоста у человека. Однако часто этот канал дает начало абсцессам и свищам, заболевание приобретает упорный характер, рецидивирует и плохо поддается консервативной терапии. В принципе оно с самого начала подлежит хирургическому лечению. В связи с разнообразием форм и стадий этого воспаления, протекающего, как правило, на фоне повышенного оволосения кожи, методы радикальной хирургической коррекции его вызывают дискуссии среди специалистов. В литературе описаны многочисленные оперативные пособия, которые каждый автор считает

оптимальными. Однако унифицировать операцию при гнойных осложнениях эпителиального копчикового хода невозможно, ибо здесь, как нигде, вступает в силу старое правило: операция для больного, а не наоборот.

Частота распространенности кожной аномалии в крестцово-копчиковой области, выявленная при репрезентативных профилактических обследованиях больших групп детей и юношей, находится в пределах 4—5% независимо от этнических групп. Но у жителей южных регионов страны гнойные осложнения эпителиального копчикового хода достоверно чаще фиксируются хирургами и проктологами.

Недостаточное знакомство общепрактикующих врачей с описываемым заболеванием связано, на наш взгляд, с объективными трудностями его дифференциальной диагностики (неправильная трактовка патоморфологии), а также с путаницей в обозначении болезни (дермоидная киста, киста копчика, эпителиальный копчиковый ход, эпителиальные погружения кожи крестцово-копчиковой области, эпидермоидная киста). Дермоидная киста и эпителиальный копчиковый ход — различные заболевания, в то время как термины «копчиковая киста», «эпителиальный копчиковый ход», «эпителиальные погружения» являются синонимами.

Общепрактикующий врач при первичном приеме больного в поликлинике может диагностировать или хотя бы заподозрить гнойное осложнение эпителиального копчикового хода, основываясь на следующих положениях.

1. Боли в области копчика и крестца, не связанные с дефекацией, усиливающиеся при длительном сидении и у лиц определенных профессий (шоферы, трактористы, машинистки, телефонистки и т. п.).

2. Патологические выделения из маленьких свищей в крестцово-копчиковой области (пачкается белье). Этому признаку многие больные не придают значения, считая его обычным при повышенной потливости, особенно в местностях с жарким климатом.

3. Упорный зуд в области копчика и заднего прохода, точнее в нижней части межъягодичной складки. По этой причине больные часто обращаются к дерматологу или гельминтологу, но проводимое этими специалистами лечение эффекта не дает. Часто дерматологи даже при внимательном исследовании пораженной кожи не выявляют первичного отверстия копчикового хода, ибо считают эту аномалию вариантом нормы.

4. У всех первичных больных с описанными выше жалобами при наружном осмотре в нижней трети межъягодичной складки, в 1—3 см от верхнего края заднего прохода, строго по средней линии выявляется патогномичный признак эпителиального хода — точечное свищевое отверстие, из которого часто свисают длинные мягкие волосы, легко извлекаемые пинцетом. Это позволяет установить диагноз до зондирования и маркировки свища. Если свищ на почве копчикового хода сочетается со свищом прямой кишки (после острого парапроктита), то наружное отверстие хода всегда располагается по средней линии, в то время как наружное отверстие параректального свища может локализоваться по всей окружности перианальной области.

5. У больных гнойным осложнением эпителиального копчикового хода при пальцевом исследовании прямой кишки, аноскопии и ректороманоскопии дополнительных сведений получить не удастся — прямая кишка интактна.

6. При ощупывании свища (свищей) в крестцово-копчиковой области его ход в виде плотного, слегка болезненного подкожного тяжа всегда направляется к средней линии, т. е. к межъягодичной складке, а не вниз к прямой кишке, как при свище после парапроктита. То же определяется и при маркировке: в большинстве случаев окрашенная жидкость, введенная в отверстие гнойного свища, свободно вытекает из первичного хода по средней линии, а не из просвета прямой кишки, что характерно для истинного парапроктита.

7. В отличие от дермоидной кисты крестцово-копчиковой области, а тем более кадуальной тератомы при гнойных воспалениях эпителиального копчикового хода опухолевые массы под кожей не определяются. В случаях же инфильтративного процесса (свищ между абсцессами не возникает, инфильтрат располагается в толще кожи) уплотнение прощупывается в области рубца, не имеет столь четких, как при опухоли, границ, кожа над ним синюшна или слегка гиперемирована.

8. Учитывая, что эпителиальный копчиковый ход является аномалией развития, следует обратить внимание на другие атавистические признаки и прежде всего на сращение бровей над переносицей. У молодых людей с такими бровями, жалующихся на боли в крестцово-копчиковой области и патологические выделения над задним проходом, диагноз эпителиального копчикового хода можно поставить еще до специального обследования.

9. Эпителиальный копчиковый ход и его гнойные осложнения практически достоверно чаще диагностируются у жителей южных регионов. Как уже было сказано, здесь играют роль повышенное оволосение тела и физический труд сельских жителей в условиях жаркого климата.

10. При сочетании нескольких проктологических заболеваний (эпителиальный копчиковый ход и парапроктит, копчиковый ход и геморрой и т. п.) диагноз следует ставить в зависимости от степени тяжести наиболее выраженного патологического процесса. В любом случае такой больной должен быть направлен к проктологу.

Мы надеемся, названные признаки помогут практическим врачам правильно и вовремя распознать гнойное осложнение эпителиального копчикового хода.

При обнаружении этого заболевания, т. е. врожденной аномалии развития кожи, у практически здоровых, не предъявляющих никаких жалоб лиц (чаще всего у призывников в армию) возникает вопрос о том, как квалифицировать это состояние: болезнь или предболезнь? Аналогию можно провести с носителем грыжи, которая может не беспокоить больного, приспособившегося к ней и не подвергающегося экстремальным физическим нагрузкам. При резкой смене режима, в частности при прохождении военной службы и связанных с ней физических нагрузках, грыжа может осложниться. Таким больным рекомендуется провести операцию перед призывом. То же можно сказать и об эпителиальном копчиковом ходе: при физических нагрузках вероятность возникновения гнойного осложнения резко возрастает.

В большинстве случаев в беседе с больным удается получить его согласие на плановую операцию, которая в этом периоде сравнительно невелика по объему и может заключаться в иссечении хода и глухом ушивании раны. При углубленном опросе большинства больных с копчиковым ходом, выявленных при профилактических обследованиях, выясняется, что у них отмечаются неприятные ощущения, иногда зуд, мокнутие кожи и т. п.

Больных с копчиковым ходом и его гнойными осложнениями следует оперировать только в специализированных отделениях. Общие хирурги пока плохо знакомы с описываемой болезнью и относятся к ней как к кожной аномалии, не придавая значения тому обстоятельству, что эта аномалия располагается в зоне заднего прохода и, следовательно, необходимо учитывать особенности, связанные с тактикой лечения параанальных ран. Обычно опыт-

ные врачи общехирургических стационаров, редко наблюдающие больных с эпителиальным копчиковым ходом, оперируют их без специальной подготовки кожи и других необходимых до- и послеоперационных манипуляций, принятых в проктологии. При ретроспективном анализе установлено, что наибольшее число рецидивов и неудач после таких операций связано именно с тем, что общий хирург не относится к таким больным, как к пациентам с особой болезнью. Сообщения из общехирургических клиник, посвященные лечению копчикового хода, пестрят усовершенствованиями самой техники операций и не затрагивают таких важных проблем, как выбор операции, метод лечения послеоперационной раны и т. п.

В этой проблеме основной вопрос заключается в том, ушивать ли или оставлять открытой (частично или полностью) рану после иссечения копчикового хода и всех вторичных гнойных свищей и рубцов. Решение зависит от размеров раны, ее формы и, что очень важно, от расстояния самого нижнего первичного отверстия эпителиального хода от края заднего прохода. Кроме того, как выяснилось в последнее время, немаловажное значение имеют форма («стояние») ягодиц, величина угла, под которым они отходят от средней линии, а также методика подготовки кожи к операции и послеоперационная ее санация. Все эти обстоятельства, тщательно взвешенные до вмешательства, дают возможность проктологу выбрать оптимальный срок и объем оперативного пособия.

Второй важный вопрос: можно ли и нужно ли оперировать радикально в остром периоде болезни, т. е. при абсцессе (первичном или рецидивирующем) копчикового хода. Ответ на него дан в соответствующем разделе книги, здесь же повторим, что дело в компетенции врача. Если больной направлен в ургентное проктологическое отделение (такие стационары уже существуют) или хотя бы в отделение скорой помощи, где в бригаде хирургов есть подготовленный по проктологии специалист, то можно осуществить одномоментную радикальную операцию: вскрытие абсцесса, иссечение его передней стенки вместе с первичным ходом (ходами), ушивание раны путем подшивания ее краев к дну в соответствии с выраженностью подкожной жировой клетчатки и с учетом формы и «стояния» ягодиц. В общем ургентном хирургическом отделении (чаще всего в гнойное) следует ограничиться широким вскрытием абсцесса в крестцово-копчиковой области и затем направить больного к проктологу.

В последние годы практически везде функционируют проктологические отделения. В РСФСР они объединены в 17 специализированных центров. В таких клиниках многочисленные больные с острыми проктологическими заболеваниями (острый парапроктит, ущемленный геморрой, острая трещина заднего прохода и острое воспаление эпителиального копчикового хода) должны получать квалифицированное радикальное лечение. Со временем уменьшится поток больных для плановых операций по поводу геморроя, свищей прямой кишки и других заболеваний этой области. Пока же практически у большинства больных с острым воспалением эпителиального копчикового хода проводится паллиативное хирургическое лечение — вскрытие и дренирование гнояника. Такая тактика примерно в 1/3 случаев приводит к рецидивированию абсцессов или возникновению гнойного свища. Подобная картина наблюдается и при остром парапроктите, хотя все большее число проктологов и хирургов, подготовленных по проктологии, сразу оперируют больных радикально.

Паллиативное лечение при остром воспалении копчикового хода приводит к расширению зоны воспаления, появлению новых свищей и рубцов. Крестцово-копчиковая область превращается в сплошной инфильтрат, испещренный свищами, который трудно точно определить как нозологическую форму. В таких случаях даже опытному проктологу приходится дифференцировать копчиковый ход от хронического парапроктита, распространенной пиодермии и даже актиномикоза.

При профилактическом обследовании в значительном числе случаев выявляются проктологические заболевания, в том числе хроническое воспаление эпителиального копчикового хода, достаточно ярко манифестирующие клинически. Такие больные не обращаются за помощью к врачам, занимаясь самолечением. Видимо, сказывается стыдливость, особенно свойственная женщинам. Кроме того, проктолог пока не занимает такого положения, как гинеколог или уролог, имеющие дело с контингентом больных, сходным как по объему, так и по локализации патологического процесса. Чаще всего проктологические больные обращаются к участковому терапевту или, в лучшем случае, к хирургу. От этих специалистов зависит своевременное направление их к проктологу.

По сравнению с тем временем, когда вышла в свет наша первая монография на данную тему (1972), состояние специализированной проктологической помощи больным в

стране резко улучшилось. Можно с уверенностью говорить о том, что в ближайшие годы, особенно с официальным признанием проктологии как отдельной медицинской специальности, своевременное лечение этой многочисленной категории больных, в том числе пациентов с гнойными осложнениями эпителиального копчикового хода, станет правилом, а число повторных операций и рецидивов при этом заболевании снизится до минимума.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Алиев М. А., Еромян Г. Г., Костогрызов Б. П., Российский Б. В.* Опыт лечения эпителиальных копчиковых ходов. — *Здравоохранение Казахстана*, 1979, № 1, с. 77—79.
- Аминев А. М.* Руководство по проктологии. — Куйбышев: Кн. изд-во 1965. — Т. 1.
- Аминев А. М., Шабаетов В. Н.* К вопросу о терминологии и классификации врожденных эпителиальных погружений и опухолей крестцово-копчиковой области. — В кн.: Вопросы хирургической гастроэнтерологии. Куйбышев, 1979, с. 99—102.
- Ананянц П. П., Оганесян М. А., Балян М. М.* К профилактике послеоперационных нагноений у больных с эпителиальными копчиковыми ходами. — В кн.: Проблемы проктологии: Всесоюзн. конф. Ереван, 1981, с. 29—29.
- Афифи А., Эйзен С.* Статистический анализ: Пер. с англ. — М.: Мир, 1982. — 488 с.
- Бабаев О. Г., Бабаев Х. Б.* Применение ССь-лазера при лечении проктологических заболеваний. — *Хирургия*, 1983, № 3, с. 108—110.
- Бабинцева В. Ф., Каплан Г. И.* Лечение эпителиально-копчиковых ходов. — В кн.: Съезд хирургов Белоруссии. 8-й. Тезисы докладов, Минск, 1979, с. 142—142.
- Влацкий Д. П.* Оперативное лечение воспаления эпителиального копчикового хода. — *Вестн. хир.*, 1983, № 2, с. 68—70.
- Врублевский В. А., Милитарев Ю. М., Дульцев Ю. В.* Острое воспаление эпителиального копчикового хода. — *Хирургия*, 1976, № 2, с. 68—71.
- Гапонов В. В.* Лечение острого воспаления эпителиальных копчиковых ходов и кист крестцово-копчиковой области. — *Клим, хир.*, 1979, № 1, с. 52—53.
- Долинко Ш. Б., Логинова Л. В.* Эпителиальные крестцово-копчиковые погружения. — В кн.: Элементы проктологии. Куйбышев, 1956, с. 76—81.
- Дьяченко В. А.* Рентгеностеология. — М.: Медгиз, 1954. — 299 с.
- Заремба А. А.* Оперативная проктология: Атлас. — Рига: Звайгзне, 1982. — 216 с.
- Заремба А. А., Мельникова Т. Н., Калькис И. А.* Патоморфогенез заживления ран крестцово-копчиковой области. — В кн.: Пато- и морфогенез хронических заболеваний. Рига, 1984, с. 73—74.
- Ибрагимов Н. Р.* Данные о массовых обследованиях на выявление эпителиальных ходов и кист. — *Труды молодых ученых медиков Узбекистана*. Ташкент, 1972. Т. 1, с. 85—87.
- Исмаилов И. К., Ильянов И.* Пластические операции на ягодице. — *Мед. журн. Узбекистана*, 1979, № 12, с. 70—71.
- Кибальчич А. В., Флекель В. А., Карлов В. А.* Модификация оперативного лечения нагноившихся эпителиальных копчиковых ходов. — В кн.: Проблемы проктологии; Всесоюзн. конф. Ереван. 1981, с. 149—149.
- Косумян В. X.* О радикальном лечении нагноившихся эпителиальных копчиковых ходов. — *Вестн. хир.*, 1979, № 8, с. 69—70.

- Кузин М. И., Костюченко Б. М. Гнойная рана. — М.: Медицина, 1982.
- Любинецкий А. А., Фурманов Ю. А., Соломко А. В. Сравнительная оценка методов оперативного лечения гнойных воспалительных заболеваний крестцово-копчиковой области. — Клиническая хирургия, 1983, № 1, с. 15—17.
- Мальцев В. Н., Яремчук А. Я. О хирургическом лечении эпителиальных копчиковых погружений. — Клиническая хирургия, 1985, № 2, с. 38—41.
- Машкиллейсон Л. Н. Инфекционные и паразитарные заболевания кожи. — М.: Медгиз, 1960. — 369 с.
- Минскер О. Б. Некоторые данные о глубоких микозах ягодичной области. — Вестник дерматологии, 1977, № 4, с. 63—67.
- Миракян М. Е. Актиномикоз и грибковая инфекция в эпителиальных копчиковых ходах. — Хирургия, 1976, № 2, с. 66—68.
- Морозов Ю. И., Абрамов Е. К., Левант Д. Я. Радикальная операция по поводу эпителиальных копчиковых ходов с применением ультразвука. — В кн.: Проблемы проктологии: Всесоюзный конференция. Ереван, 1981, с. 106—106.
- Мухадзе Г. И. Озлокачествление кист крестцово-копчиковой области. — Хирургия, 1975, № 2, с. 140—141.
- Мышкин К. И., Темников А. И. Результаты хирургического лечения больных эпителиальными копчиковыми ходами. — В кн.: Проблемы проктологии. М., 1980, вып. 1, с. 55—58.
- Назаров Л. У., Акоюн Э. Б., Эфендджян А. К., Амбарцумян Р. А. Сочетанные заболевания у проктологических больных. — В кн.: Проблемы проктологии. М., 1983, вып. 4, с. 42—45.
- Назаров Л. У., Акоюн Э. Б., Амбарцумян Р. А., Эфендджян А. К. Воспалительные поражения кожи промежности и крестцово-копчиковой области. — Хирургия, 1983, № 4, с. 65—69.
- Наземец В. М., Мартыненко А. П. О хирургическом лечении острого нагноения эпителиального копчикового хода. — Клиническая хирургия, 1975, № 9, с. 81—82.
- Наливкин А. И., Энтов В. А., Хрячков А. А., Мухоморова Г. В. Хирургическое лечение эпителиальных копчиковых ходов в стадии острого воспаления. — Хирургия, 1983, № 6, с. 46—48.
- Оганесян С. З. Редкое расположение эпителиальных ходов. — Клиническая хирургия, 1975, № 7, с. 46—47.
- Оперативная хирургия и топографическая анатомия/Под ред. В. В. Кованова. — М.: Медицина. — 416 с.
- Падалкин Ю. К. К топографии некоторых мышц ягодичной области. — В кн.: Съезд хирургов Северного Кавказа. 5-й. Труды. Ставрополь, 1966, с. 529—539.
- Петров А. П. Новые данные о хирургической анатомии клетчаточных пространств ягодичной области. — В кн.: Научно-методические вопросы изучения мягкого остова. Горький, 1970, с. 65—69.
- Проктология/Под ред. В. Д. Федорова, Ю. В. Дульцева. — М.: Медицина, 1984. — 300 с.
- Ривкин В. Л., Александров В. Б. Гнойные свищи крестцово-копчиковой области. — М.: Медицина, 1972. — 90 с.
- Рихтер Г. А. Ягодичная область. — В кн.: БМЭ, 2-е изд. — М. (1964), Т. 35, с. 934—939.
- Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. — М.: Медгиз, 1956. — 392 с.
- Рыжих А. Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. — М.: Медучпоспособие, 1968. — 335 с.
- Рыжков И. С. Варианты, аномалии и деформации позвоночника. — Современная хирургия, 1931, Т. 6, № 4, с. 610—627.
- Сазонов А. М. Учет кровоснабжения и иннервации ягодичных мышц для целей пластики. — Вестник хирургии, 1955, № 11, с. 64—67.

- Сахаутдинов В. Г., Шенбергер И. Л., Тимербулатов В. М.* Хирургическое лечение эпителиальных копчиковых ходов. — Хирургия, 1983, № 4, с. 86—88.
- Синельников Р. Д.* Атлас анатомии человека. — М.: Медицина, 1981, т. 2
- Тапинский Л. С., Казаков Э. С., Чичев Е. И.* Анатомия и оперативная техника при эпителиальных ходах крестцово-копчиковой области. — Хирургия, 1978, № 5, с. 88—92.
- Тищенко В. Г., Линник П. П., Николаев Н. Е.* Эпителиальные кисты и эпителиальные ходы копчиковой области. — Здравоохран. Белоруссии, 1973, № 3, с. 65—67.
- Федоров В. Д., Коплатадзе А. М.* Каудальные тератомы у взрослых. — Тбилиси: Сабчота — Сакартвело, 1984. — 201 с.
- Шишлов В. И., Якименко Г. В.* Лечение эпителиальных кист копчика у моряков. — Клиническая хирургия, 1979, № 5, с. 69—70.
- Шмальгаузен И. И.* Основы сравнительной анатомии позвоночных животных. — М.: Сов. наука, 1947. — 540 с.
- Энфенджен А. К., Амбарцумян Р. А.* Профилактика осложнений после операции эпителиального копчикового хода. — В кн.: Проблемы проктологии: Всесоюзный конференция. Ереван, 1981, с. 28—29.
- Юхтин В. И., Чадаев А. П., Сафронов Н. Н., Фролов Б. А.* О хирургической тактике при лечении острых гнойных воспалений эпителиальных ходов кист крестцово-копчиковой области. — Хирургия, 1981, № 3, с. 118—119.
- Яремчук А. Я., Короленко Б. В., Степанов Ю. В.* Лечение нагноившихся эпителиальных ходов и кист крестцово-копчиковой области с применением ультразвука и излучения лазера. — Вестник хирургии, 1982, № 4, с. 64—66.
- Ярошевский А. Т., Скидан А. Г.* Лечение эпителиальных копчиковых ходов. — В кн.: Съезд хирургов Белоруссии. 8-й. Тезисы докладов. Минск, 1979, с. 185—185.
- Abcarian H.* Acute suppuration of the anorectum. — Surg. Ann., 1976, vol. 8, p. 305—335.
- Alexander S.* Dermatological aspects of anorectal diseases. — Clin. Gastroenterol., 1975, vol. 4, N 3, p. 651—657.
- Aschoff L.* Kistem in Zubarch. — Wiesbaden, 1985. — 456 S.
- Bacon H.* Anus, rectum, sigmoid colon. — Philadelphia, 1949, Ch. 4.
- Cianci F., Marinaccio F.* Trattamento del sinus pilonidalis. — Minerva chir., 1984, vol. 39, N 15/16, p. 1111—1115.
- Corman M.* Colon and rectal surgery. — Boston, 1984. — 450 p.
- Dao A., Netsky M.* Human tails and pseudotails. — Human Pathol., 1984, vol. 15, N 5, p. 449—452.
- Eftaiha M., Abcarian H.* The dilemma of pilonidal disease. — Dis. Colon Rectum, 1977, vol. 20, N 4, p. 301—309.
- Fox S.* The origin of pilonidal sinus. — Surg. Gynecol. Obstet., 1935, vol. 60, p. 137—140.
- Gabriel W., William B.* The principles and practice of rectal surgery. — London, 1949.
- Hirshovitz B., Mahler D., Kaufmann-Friedmann K.* Treatment of pilonidal sinus. — Surg. Gynecol. Obstet., 1970, vol. 131, N 1, p. 119—122.
- Hoexter B.* Treatment of pilonidal sinus. — Dis. Colon Rectum, 1976, vol. 19, p. 470—471.
- Hodges R.* Pilonidal sinus. — Boston med. J., 1880, vol. 103, p. 485—486.
- Homes L., Turner E.* Hereditary pilonidal sinus. — J.A.M.A., 1969, vol. 209, p. 1515—1526.

- Hori T.** Pilonidal disease in japan. — Arch. Jap. Chir., 1984, vol. 53, N 2, p. 437—440.
- Libeskind M., Lugagne F.** Le sinus pilonidal. — Gastroent. clin. Biol., 1977, vol. 11, p. 917—922.
- McLaren C.** Partial closure and other technique in pilonidal surgery. — Brit. J. Surg., 1984, vol. 71, N 7, p. 604—605.
- Mallory F.** Sacrococcygeal dimples, sinuses and cysts. — Amer. J. med., 1892, vol. 103, p. 263—267.
- Mueller C. B.** Excision of pilonydal sinuses as an office procedure. — Canad. J. Surg., 1984, vol. 27, N 6, p. 561—563.
- Neunreister Ch.** A modification of the marsupialisation for pilonydal sinus. — South. Med. J., 1963, vol. 56, p. 730—733.
- Nivatvong S., David N., Kennedy H.** The shape of the buttocks. — Dis. Colon Rectum, 1983, vol. 26, N 2, p. 85—87.
- Rignoult D.** Traitement non operatoire des fistules pilonidala. — Gastroent. clin. Biol., 1977, vol. 1, N 11, p. 941 — 944.
- Rogers H., Hall J.** Pilonidal sinus. — Arch. Surg., 1935, vol. 31, p. 742—744.
- Rovelli A.** Zur Behandlung der Winkel im Lumbosakralbereich. Z. Orthop., 1975, Bd 113, S. 847—858.
- Sebrechts P., Anderson J.** Common sense in the treatment of pilonidal disease. — Dis. Colon Rectum, 1971, vol. 14, p. 57—62.
- Stone H. B.** Pilonidal sinus. — Ann. Surg., 1924, vol. 79, p. 410—414.
- Tournaux F., Hermann N.** Sur la persistance de vestiges medullaires coccygiennes. — J. Anat., 1887, vol. 23, p. 498—529.
- Walsh T., Mann C** Pilonidal sinuses of the anal canal. — Brit. J. Surg., 1983, vol. 70, N 1, p. 23—24.
- Warren J.** Abscess containing hair on the nates. Amer. J. Med., 1854, vol. 28, p. 113—115.
- Witek R., Rudnicki J., Czarnecki B.** Leczenie chirurgiczne zataki wlosowej. — Med. kommun., 1981, vol. 17, N 3, p. 330—332.
- Zimmerman R.** Pilonidal disease. — Dis. Colon Rectum, 1970, vol. 13, p. 89—91.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава 1. Происхождение и развитие эпителиального копчикового хода	5
Развитие копчиковой области животного и человека	11
Сравнительно-анатомическая концепция происхождения эпителиального копчикового хода	14
Глава 2. Анатомо-морфологические данные о строении крестцово-копчиковой области у лиц с эпителиальным копчиковым ходом	14
Кожная аномалия при эпителиальном копчиковом ходе	14
Изменения каудального отдела позвоночника у людей с эпителиальным копчиковым ходом	21
Особенности анатомического строения крестцово-копчиково-ягодичной области у больных с эпителиальным копчиковым ходом. Ю. В. Дульцев, В. Л. Ривкин, А. К. Энфендзян	23
Глава 3. Клиническое течение эпителиального копчикового хода	30
Классификация. Ю. В. Дульцев, В. Л. Ривкин, П. А. Назарян	30
Патологическая анатомия	35
Дифференциальная диагностика. Ю. В. Дульцев, В. Л. Ривкин, А. М. Коплатадзе	37
Глава 4. Лечение острых нагноительных поражений эпителиального копчикового хода	41
Глава 5. Крестцово-копчиковые свищи, образовавшиеся вследствие нагноения эпителиального копчикового хода	49
Эпителиальный копчиковый ход и хроническая пиодермия крестцово-копчиковой области. Ю. В. Дульцев, В. Л. Ривкин, Р. А. Амбарцумян	56
Глава 6. Лечение хронических воспалительных осложнений эпителиального копчикового хода	68
Консервативное лечение	69
Радикальное хирургическое лечение	72
Модификация радикальной операции при гнойных осложнениях эпителиального копчикового хода. Ю. В. Дульцев, В. Л. Ривкин, А. К. Энфендзян	86
Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода, сочетающегося с пиодермией. Ю. В. Дульцев, В. Л. Ривкин, Р. А. Амбарцумян	94
Сравнительная оценка различных радикальных операций при гнойных осложнениях эпителиального копчикового хода. В. А. Врублевский	95
Глава 7. Практические советы врачу поликлиники по диагностике и лечению эпителиального копчикового хода и схожих с ним по симптоматике проктологических заболеваний	104
Заключение	115
Список литературы	***

Производственное издание

Юлий Вячеславович Дульцев
Владимир Львович Ривкин

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД

Зав. редакцией *Л. В. Елисеева*

Редактор *Ю. К. Квашин*

Редактор издательства *Л. Д. Иванова*

Оформление художника *Ф. К. Мороз*

Художественный редактор *С. М. Лымина*

Технический редактор *З. А. Романова*

Корректор *С. Р. Даничева*

ИБ-4612

Сдано в набор. 25.03.87. Подписано к печати 11.08.87. Формат бумаги 84X Ю8'/з2. Бумага кн. журн. Гарнитура Тайме. Печать высокая. Усл. печ. л. 6,72. Усл. кр.-отт. 6,93. Уч.-изд. л. 7,37. Тираж 41 000 экз. Заказ 237. Цена 35 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», 101000 Москва, Петро вериге кий пер., 6/8.

Ярославский полиграфкомбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.