

УДК 616.5-002-031.4-06:[617.59-001.4-001.5+616.352-007.253]-002.3

СОЧЕТАНИЕ ПИОДЕРМАЛЬНЫХ ОЧАГОВ КОЖИ В ОБЛАСТИ КРЕСТЦА И ПРОМЕЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ С НАГНОИВШИМИСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНО-КОПЧИКОВЫМИ ХОДАМИ И СВИЩАМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

¹Томнюк Н.Д., ¹Данилина Е.П., ¹Здзитовецкий Д.Э.,
²Ховалыг В.С., ¹Кембель В.Р., ¹Борисов Р.Н.

¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, e-mail: rector@Krasgmu.ru;

²ГБУЗ РТ «Республиканская больница №2», Кызыл, e-mail: hospital60@mail.ru

Неспецифические воспалительные образования с множественными свищами на коже промежности и крестца могут возникнуть как самостоятельные заболевания, так и в виде сочетанного поражения кожи на фоне длительно существующих свищей прямой кишки и нагноившихся эпителиальных копчиковых ходов. Такие пиодермальные очаги возникают преимущественно у лиц мужского пола, имеющих выраженный волосяной покров, и у больных на фоне длительно существующих гнойных свищей прямой кишки. В работе представлены результаты диагностики и лечения 82 пациентов, у которых имелись эти два сочетанных заболевания. В одной группе больных (57) пиодермальные очаги выявлены на фоне нагноившихся эпителиально-копчиковых ходов, во второй группе (25 человек) – на фоне свищей как осложнения после операций на прямой кишке после воспалительных заболеваний. Проанализированы методы диагностики и лечения в зависимости от локализации пиодермальных очагов, их распространенности, а также дана характеристика и определены особенности основного проктологического заболевания. Как показывает практика, хирургическое лечение – это основной метод, он показан на любой стадии развития заболевания пиогенных очагов, а также при любой клинической картине основного проктологического заболевания.

Ключевые слова: свищи, эпителиальный копчиковый ход, проктологическое заболевание, лечение, диагностика

COMBINATION OF INFLAMMATORY SKIN FOCI IN THE SACRUM AND PERINEUM IN PATIENTS WITH SUPPURATIVE EPITHELIAL COCCYGEAL PASSAGES AND FISTULAS OF THE RECTUM

¹Tomnyuk N.D., ¹Danilina E.P., ¹Zdzitovetsky D.E.,
²Hovalyg V.S., ¹Kembel V.R., ¹Borisov R.N.

¹Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenyetsky»
of the Ministry of Health of Russia, Krasnoyarsk, e-mail: rector@Krasgmu.ru;

²Republican Hospital No. 2, Kyzyl, e-mail: hospital60@mail.ru

Unspecific inflammatory formations with multiple fistulas on the skin of the perineum and sacrum can occur as independent diseases or as a combined skin lesion on the background of long-term existing rectal fistulas and festered epithelial coccygeal passages. Such pyodermal foci occur predominantly in males with pronounced hair cover and in patients against the background of long-standing purulent fistulas of rectum. In work presents the results of diagnostics and treatment of 82 patients with these two concomitant diseases. In one group of patients (57) pyodermal foci of the skin were revealed against the background of festered epithelial-tongue passages. In the second group (25 patients), on the background of fistulas, as complications of inflammatory diseases after rectal surgery. Methods of diagnostics and treatment depending on localization of pyodermal foci and their prevalence were analyzed as well as characteristics and peculiarities of the main proctological disease were given. As practice shows, surgical treatment is the main method and it is indicated at any stage of pyogenic lesions development as well as in any clinical picture of the main proctological disease.

Keywords: fistulas, epithelial coccygeal passage, proctological disease, treatment, diagnosis

Прямая кишка сообщается с отверстием заднего прохода посредством анального канала, который покрыт многослойным плоским эпителием. Анальный канал обильно снабжается нервными окончаниями и очень чувствителен. Проксимально анальный канал соединяется со слизистой оболочкой прямой кишки, покрытой цилиндрическим эпителием. На месте перехода анального канала в слизистую оболочку располагается аноректальная линия, также известная как зубчатая, или гребешковая. В этом же

месте проходят продольно расположенные в подслизистом слое Морганиевы колонны, основания которых соединяются поперечными складочками по гребешковой линии. Эти складки образуют крипты, которые нередко травмируются при запорах или поносах. Такое повреждение является предпосылкой к развитию острого парапроктита, свищей и трещин прямой кишки [1].

В последнее время вопросы диагностики и лечения пиодермальных очаговых поражений кожи крестца и промежности на фоне

свищей прямой кишки и эпителиально-копчиковых ходов широко обсуждаются хирургами и проктологами. Так, по данным литературы, эти осложнения в структуре проктологических заболеваний занимают четвертое место по распространенности и составляют 10–30% от общего числа нозологий в данной хирургической группе [2].

Механизм возникновения свищевого канала обусловлен воспалением в структуре прямой кишки (крипте). В воспалительный процесс может вовлекаться клетчатка, окружающая прямую кишку. Особое внимание данному заболеванию уделяют в связи с высоким риском развития следующих осложнений: деформация структуры анального отверстия, рубцовое изменение окружающих кишечник мышц, формирование злокачественного образования.

Факторы, влияющие на появление свища, довольно разнообразны. Это могут быть осложнения после операции по поводу удаления геморроидальных узлов, где затрагивается мышечный слой; нередко травмы анального сфинктера и прямой кишки; воспалительные болезни кишечника (болезнь Крона – самая распространенная причина); грыжа; инфекционные болезни (хламидиоз, туберкулез, сифилис); злокачественные опухоли; наличие дивертикулов.

Заболевание характеризуется монотонным и бессимптомным течением, где изначально визуализируется прямой свищ, не имеющий разветвлений, гнойников и рубцов. Также отсутствуют инфильтраты. Спустя некоторое время выходные отверстия свища окружаются разросшейся рубцовой тканью, которая вокруг свищевого канала прямой кишки преобразуется в гнойные образования. С этой стадии заболевание начинает быстро прогрессировать, что обусловлено массивным воспалительным процессом кожи и подкожно-жировой клетчатки ягодичной и крестцово-копчиковой областей. В результате у свищей присутствуют разросшаяся рубцовая ткань и инфильтрация с гноем. Свищевой канал приобретает множество ответвлений.

Вовлечение в воспалительный процесс кожи этих областей – явление закономерное и, как правило, является первым серьезным клиническим признаком проявлением болезни, на которую и обращают внимание пациенты [3, 4].

Данные о причинах очаговых поражений кожи весьма противоречивы. Одна группа исследователей придерживается теории «эмбриогенеза» [5-7], другая группа – «клиницисты» – рассматривают данные осложнения как вариант гнойно-септических заболеваний вследствие инфицирования кожи,

чему способствуют избыток волос, наличие сальных желез, мацерация. Во врачебной практике эти поражения кожи получили название «типичные» и «нетипичные» [8].

Типичными считаются те осложнения, которые имеют патогенетическую связь с основным проктологическим заболеванием, а нетипичными – варианты поражений кожи, не имеющих связи по этиологии и механизму возникновения с основным заболеванием. Подобные поражения считаются вторичными – «дерматозными».

Среди этой категории больных особое внимание привлекают те пациенты, у которых на фоне свища прямой кишки или нагноившихся эпителиально-копчиковых ходов имеются обширные пиодермальные очаги кожи [9, 10]. Именно эта клиническая картина воспалительных изменений на коже выступает на первый план и может считаться самостоятельной нозологической единицей заболевания [11, с. 167].

Диагностика и лечение таких больных представляют сложную задачу, где нередко допускаются ошибки тактического и технического плана, приводящие к рецидиву заболевания (15–40% случаев), выключая исключение пациентов на длительный период из трудового процесса [12, с. 384]. Кроме того, если учесть, что основной контингент больных – люди молодого работоспособного возраста, проблема приобретает не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость [13, 14, 15].

Цель исследования: своевременная диагностика и определение объема оказания хирургической помощи больным на разных стадиях проявления болезни.

Материалы и методы исследования

Произведен анализ 82 больных, проходивших лечение в проктологических отделениях республиканской больницы № 1 г. Кызыла (Республика Тыва) и в 3-м хирургическом отделении БСМП г. Красноярска за последние 15 лет. Все пациенты были с нагноившимися эпителиально-копчиковыми ходами и свищами прямой кишки с вовлечением в воспалительный процесс кожи крестца и промежности как второе сочетанное заболевание.

Характеристика больных: среди больных преобладали мужчины – 77 человек, женщин было 5. По возрастной категории пациенты распределились следующим образом: до 20 лет – 3 больных, 21–30 лет – 15 больных, 31–40 лет – 35 больных, 41–50 лет – 22 больных, от 51 до 60 – 5 пациентов и старше 61 года – 2 пациента.

Длительность заболевания составляла от 1 года до 3 лет; профессии у больных были

разными, закономерности не выявлено, 79 человек продолжают трудовую деятельность.

По основным клиническим заболеваниям авторы выделили одну группу из 57 пациентов, у которых пиодермальные очаги кожи возникли на фоне нагноившихся эпителиально-копчиковых ходов.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проводимого исследования у группы пациентов, состоящей из 57 человек, по межъягодичной складке определялись от одного до двух (реже трех) первичных отверстий нагноившихся копчиковых ходов, от которых слева и справа имелись дополнительно не менее двух–трех свищевых отверстий, не сообщающихся с первичным копчиковым ходом. Кроме этого, у некоторых больных в области крестца и реже на промежности были пиогенные инфильтраты разных размеров (2–4 см).

В одних случаях инфильтраты были изолированы, а в других – сливались и образовывали обширные зоны поражения. Кожа над ними имела буровато-коричневую окраску, местами плотной консистенции, была испещрена множественными короткими свищами. Часть этих свищей сообщались между собой, образуя подкожные полости со значительным гнойным отделяемым, другие, наоборот, располагались изолированно и имели скудные гнойные выделения. Гной по характеру густой, светло-желтой окраски со зловонным, неприятным запахом.

Доказательством изолированности пиодермальных очагов с эпителиально-копчиковыми ходами являлось то, что ни при маркировке метиленовым синим, ни при фистулографии и зондировании связи не определялись. Бактериологическое исследование гноя из копчикового хода и пиодермальных очагов показало идентичную флору – патогенный стафилококк.

Во второй группе (25 пациентов) гнойные очаги поражения кожи промежности характеризовались различными формами и локализацией по отношению к свищам прямой кишки.

Во всех наблюдениях пиодермальные очаги располагались участками на промежности преимущественно в отдалении от наружных свищевых отверстий. Одни располагались либо на всей промежности, либо на одной из ягодиц от корня мошонки до верхушки копчика. Детальное обследование (зондирование свищей, фистулография) показало, что отдаленные пиодермальные очаги все же имели связь со свищами прямой кишки.

Так, у 9 пациентов из 25 пиодермальные очаги имели локализацию только в передней промежности, причем у 6 из них имелись сообщения со свищами прямой кишки, внутреннее отверстие которых было на передней стенке. У 3 больных связь установлена с задними свищами. В то же время у остальных пациентов наличие связи не установлено.

Особо следует подчеркнуть, что отдельные пиодермальные очаги имели сообщения со свищевыми ходами прямой кишки, тогда как соседние образования, занимающие определенную площадь поражения кожи, не имели связи с фистулами, и это подтверждалось целым рядом исследований, в том числе бактериологическими. Исследование гноя из параректального свища и пиодермального очага показало наличие патогенного стафилококка и непатогенной кишечной палочки. Идентичная форма стафилококка была в отделяемом из пиодермального очага.

Еще у 2 пациентов из второй группы гнойничковые очаги с инфильтратами и свищевыми очагами располагались исключительно в области передней промежности, в основном ближе к средней ее зоне. Характерной особенностью данных образований явилось наличие нескольких (4–6) очень узких ходов, которые проникали через волокна сфинктера и перфорировали в виде сита слизистую оболочку переднего сегмента анального канала. Эти точечные отверстия, в отличие от внутренних отверстий свищей прямой кишки, локализовались не строго в зоне анальной крипты, а произвольно, проникая в стенку кишки вблизи от заднепроходного отверстия и выше зубчатой линии. Ни один из указанных свищей не сообщался явно с прямой кишкой. Признаков копчикового хода в данном случае не обнаружено. Бактериологические посевы из отделяемого свищей и биопсия подтвердили наличие хронического воспалительного процесса.

Если в странах постсоветского пространства патогенез рассматривается с точки зрения «дисэмбриогенеза», что предполагает эксцизионную тактику лечения у этих больных, то в англоязычных источниках эти положения рассматриваются как вариант гнойно-септического характера. Эти различия во взглядах не противоречат основному принятому хирургическому методу лечения как ведущему.

Хирургическое вмешательство заключается в радикальном иссечении дермальных очагов одновременно с лечением основного проктологического заболевания.

Операции проводились одномоментно больным, у которых пиодермальные очаги

промежности или в области крестца имели изолированный характер и сочетались с минимальной активностью гнойного процесса (67 пациентов).

У остальных больных была так называемая предоперационная подготовка, особенно у больных со сложными свищами прямой кишки и обширными очагами поражения кожи (запущенные случаи). Вследствие этого в предоперационный период необходимо определить состав свищевой микрофлоры. Исходя из результатов анализа применяются антибиотики широкого спектра действия, а при необходимости выполняется дренирование (рассечение свищей и абсцессов) с инстилляцией гнойных полостей до возможного максимального стихания (в среднем 7–10 дней) воспалительного процесса. Немаловажными являются назначение ультрафиолетового облучения и прием антибактериальных средств.

Вышеперечисленные мероприятия позволяли достаточно подготовить кожные покровы, которые в дальнейшем могут использоваться с целью пластического прикрытия раневых поверхностей после удаления свищевых очагов.

Нагноения после операции были выявлены у 2 пациентов со свищами прямой кишки и у 1 – с эпителиально-копчиковым ходом, у остальных пациентов осложнений не было, выписаны на амбулаторное наблюдение.

Заключение

Неспецифические воспалительные заболевания с множественными свищами на коже промежности и крестцовой области могут возникать как самостоятельное заболевание, но чаще – на фоне сочетанного поражения уже длительно существующих свищей. Заболевание распространено у лиц мужского пола, имеющих выраженный волосяной покров промежности и крестцово-копчиковой области. Выбор хирургического метода зависит от места локализации свищевого хода, наличия рубцовых очагов в области внутреннего сфинктера и проксимальной клетчатки, а также от того, есть ли у пациента гнойный процесс в области свища. Предпочтительнее проводить одномоментные операции. Как осложнение в послеоперационном периоде возможно возникновение новых свищей. Данные последствия могут возникнуть из-за неверного выбора метода вмешательства и его техники. Операция по удалению краевых свищ прямой кишки приводит к полному выздоровлению и не вызывает каких-либо

отягощающих последствий. Для предотвращения появления вторичных свищей и, как следствие, пиодермии требуется обширное иссечение пораженной кожи, опять же с применением одномоментного метода. Это предупредит распространение воспаления на близлежащие ткани.

Список литературы

1. Золотухин Д.С., Сергийко С.В., Крочек И.В. Современные методы лечения эпителиального копчикового хода // Таврический медико-биологический вестник. 2021. № 1. С. 80-88.
2. Харабет Е.И., Грошилин В.С., Поройский С.В., Кузнецов В.Д., Антонова А.В. Результаты внедрения нового двухэтапного метода лечения эпителиального копчикового хода // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2022. № 3. С. 115-120.
3. Ревницкий В.П., Латынина В.И., Ядыкина Т.К., Филимонов С.Н. Эффективный способ оперативного лечения хронической гнойно-свищевой формы эпителиально-копчикового хода на стадии абсцесса // Медицина в Кузбассе. 2018. № 2. С. 4-9.
4. Федюшкин В.В., Барышев А.Г., Пятаков С.Н., Голиков И.В., Шубров Э.Н. Оптимизация лечения больных с эпителиальным копчиковым ходом, осложненным абсцессом // Инновационная медицина Кубани. 2022. № 1. С. 22-30.
5. Хубеков Д.А. Хирургическое лечение пилонидальной болезни // Колопроктология. 2018. № 4. С. 79-88.
6. Чернядьев С.А. Хирургические болезни. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 16 с.
7. Лурин И.А., Цема Е.В. Этиология и патогенез пилонидальной болезни // Колопроктология. 2013. № 3. С. 35-50.
8. Назаров Л.У., Акоюн Э.Б., Амбарцумян Р.А., Энфенджян А.К. Воспалительные поражения кожи промежности и крестцово-копчиковой области // Хирургия. 1983. № 4. С. 65-68.
9. Помазкин В.И. Анализ результатов лечения эпителиального копчикового хода при дифференцированном выборе операции // Уральский медицинский журнал. 2010. № 4. С. 36-39.
10. Гаин М.Ю., Шахрай С.В., Гаин Ю.М. Эпителиальные копчиковые ходы: всегда ли показана радикальная операция // Новости хирургии. 2017. № 6. С. 600-604.
11. Шельгин Ю.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных со свищами прямой кишки. Москва. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 528 с.
12. Балицкий, В.В., Янчук Н.А., Керничный В.В. Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода (материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов стран Центральной и Восточной Европы). М.: Медицинское информационное агентство, 2013. 423 с.
13. Кузнецов С.М., Косолапов Ю.Л., Стручков А.Г., Гордеев Ф.Д. Тактические и технические подходы лечения больных с копчиковыми эпителиальными ходами // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2019. № 1. С. 7-12.
14. Лавришин Н.М. Лечение больных эпителиально-копчиковым ходом, осложненным множественными свищами ягодично-крестцово-копчиковой области // «Руль». 2019. № 1. С. 69-75.
15. Гулов М.К., Зубайдов Т.Н., Иброхимов Ю.Х. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения сложных форм эпителиального копчикового хода // Вестник Авиценны. 2016. № 4. С. 5-16.