

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ КОПЧИКОВЫЙ ХОД

Порядок оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ от 2 апреля 2010 г. N 206н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ, АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРОМЕЖНОСТИ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

В соответствии со статьей 37.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1, ст. 21; N 43, ст. 5084) приказываю:

Утвердить Порядок оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля согласно приложению.

Министр Т.А.ГОЛИКОВА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Эпителиальный копчиковый ход представляет собой эпителиальное погружение в виде узкого канала, расположенного под кожей крестцово-копчиковой области и открывающегося на коже одним или несколькими точечными отверстиями (первичными) строго по средней линии между ягодицами.



Копчиковый ход имеет длину 2—3 см, оканчивается в подкожной клетчатке слепо и с самим копчиком не связан. Эпителий, выстилающий ход, содержит волосяные луковицы, потовые и сальные железы и окружен соединительнотканными волокнами.

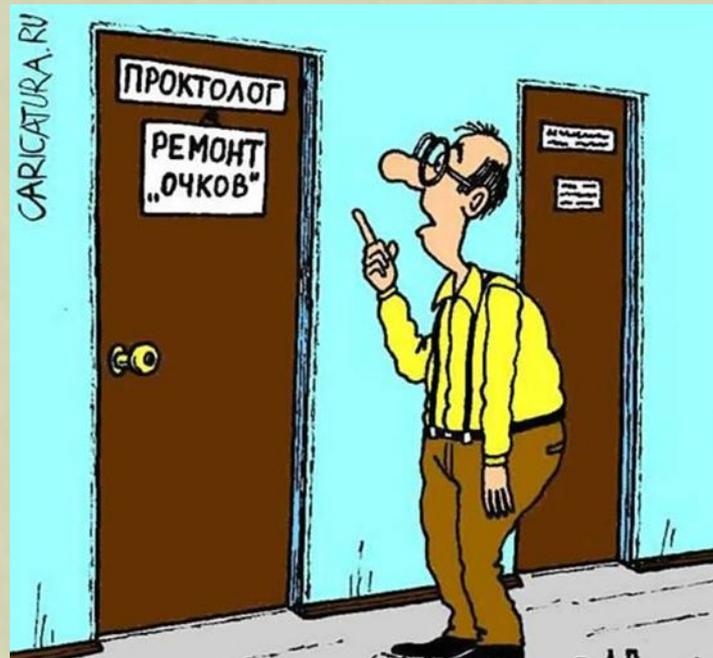
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Киста копчика – это остаток хорды эмбриона. Копчиковая киста является рудиментарным остатком хвоста, проявляется в качестве атавизма, врожденной патологии у некоторых людей.

Эпителиальный копчиковый ход — врожденное заболевание, обусловленное дефектом развития каудального конца эмбриона, в результате чего под кожей межъягодичной складки остается ход, выстланный эпителием. Такая аномалия встречается довольно часто. Многие зарубежные специалисты, называющие ход волосистой кистой, считают причиной образования ее неправильный рост волос, что при наличии глубокой межъягодичной складки и обильного волосистого покрова приводит к врастанию (погружению) волос в кожу и образованию кисты.

Частота встречаемости эпителиальной кисты копчика в связи с ее нагноением – примерно 1-2% от всех хирургических заболеваний. Частота данного заболевания 26:100 000, т.е. у одного из 3 900 человек имеется эта патология.

Развивается ЭКХ чаще у мужчин. Женщины и мужчины страдают воспалением в соотношении 1:3. Болеют, как правило, люди до 35-40 лет, позднее киста копчика обычно не выявляется.



КЛАССИФИКАЦИЯ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Классификация разработана российскими экспертами Ассоциации колопроктологов в 2013 г. Ее используют для формулировки диагноза.

По течению эпителиальный копчиковый ход подразделяют на:

- ✓ неосложненный (у пациента нет никакой клиники и жалоб);
- ✓ острое воспаление (инфильтративная стадия и абсцедирование);
- ✓ хроническое воспаление (инфильтративная стадия, рецидивирующий абсцесс и гнойный свищ);
- ✓ ремиссия воспаления (период заболевания, не имеющий никаких симптомов после очередного обострения, либо с незначительной симптоматикой).

КЛАССИФИКАЦИЯ ДАННОЙ ПАТОЛОГИИ

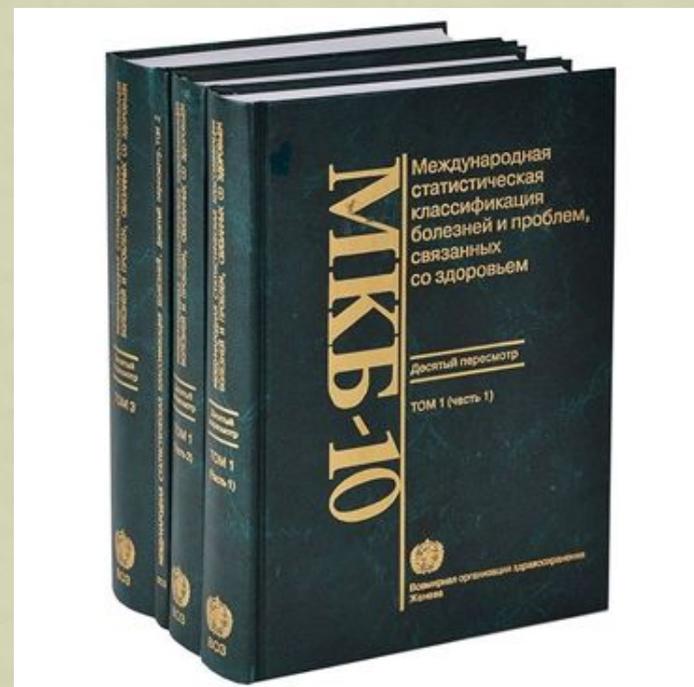
Классификация МКБ (используется только медперсоналом для кодирования заболевания)

Класс – Болезни кожи и подкожной клетчатки (XII).

Блок – Инфекции кожи и подкожной клетчатки (L00-L08).

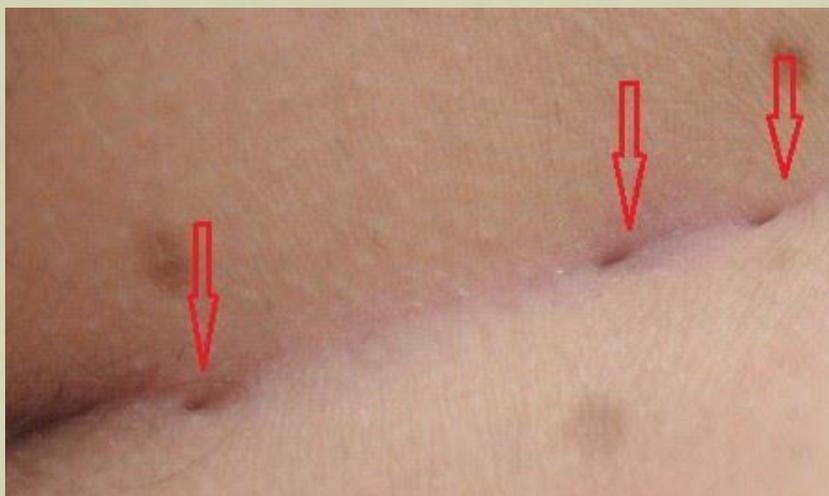
Код МКБ – L05.0 Пилонидальная киста с абсцессом.

L05.9 Пилонидальная киста без абсцессов.



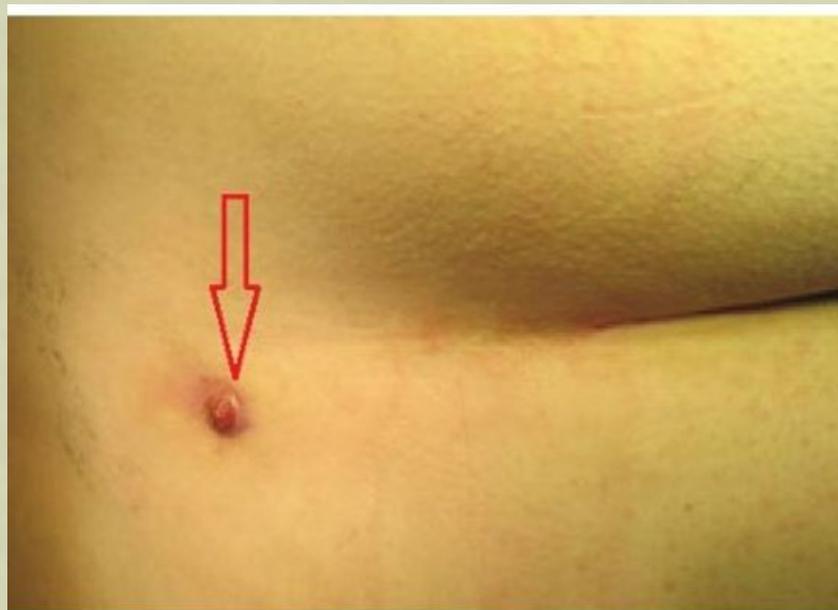
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭКХ

Первоначально киста копчика себя никак не проявляет и не имеет никаких клинических симптомов, за исключением обнаружения при внимательном осмотре отверстия чуть выше ануса либо нескольких отверстий по срединной линии или чуть в стороне. Из этого отверстия могут быть видны пучки волос. Размеры отверстий могут варьироваться от 2 до 7 мм. Следует различать первичные отверстия – те, которые были вне воспаления изначально (например, самое дистально расположенное), и вторичные отверстия – те, что появились в результате хронического воспаления (свищевые отверстия). Диаметр вторичных отверстий всегда больше.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭКХ

При обтурации входа-выхода ЭКХ продуктами выделения клеток эпителия и сальных и потовых желез развивается стадия инфильтрации. Внешне эта стадия выглядит как плотный малоболезненный тяж длиной до 5 см. Кожа над ним в этот момент не изменена.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭКХ

При попадании инфекции развивается гнойное воспаление, формируется абсцесс. Внешние признаки на этой стадии – болезненность этой зоны при ходьбе, сидении, при надавливании в крестцово-копчиковой области, ограниченное с ровными краями покраснение кожи и отек.



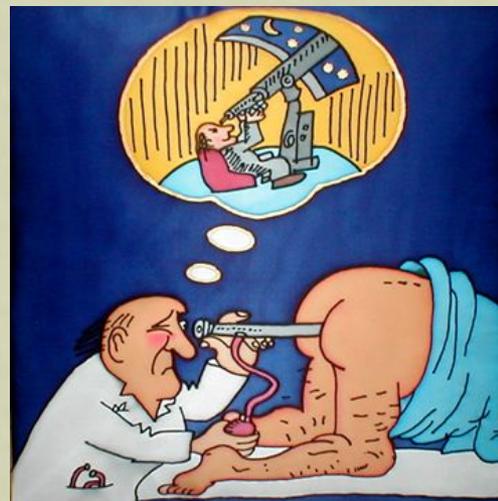
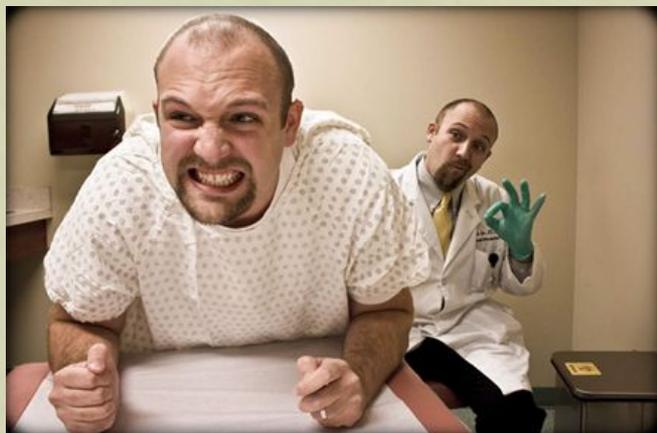
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностика копчиковой кисты должна включать в себя следующие методы обследования:

- ✓ опрос и осмотр пациента:
- ✓ пальцевое ректальное исследование (пальцевое ректальное исследование проводится всем пациентам без исключения. Цель – исключить патологический процесс в сегментах копчика, прямой кишке и окружающей ее клетчатке. Врач оценивает тонус мышц тазового дна, степень мобильности копчика, отсутствие образований в прямой кишке, наличие или отсутствие болевого синдрома при исследовании.
- ✓ При ЭКХ без вовлечения в процесс окружающих органов болей, крови, гноя при ректальном исследовании быть не должно. Возможно повышение тонуса мышц тазового дна (рефлекторно.);
- ✓ ректороманоскопия (при ЭКХ по данным ректороманоскопии слизистая оболочка прямой кишки и дистального отдела сигмовидной розовая, эластичная, целостность ее не нарушена, васкуляризация ее не изменена. Двигательная функция и тонус гладкой мускулатуры прямой кишки и дистального отдела сигмы сохранены. Не будет выявлено ни рубцовых сужений, ни отверстий свищевого хода, ни язвенных и эрозивных дефектов.);

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

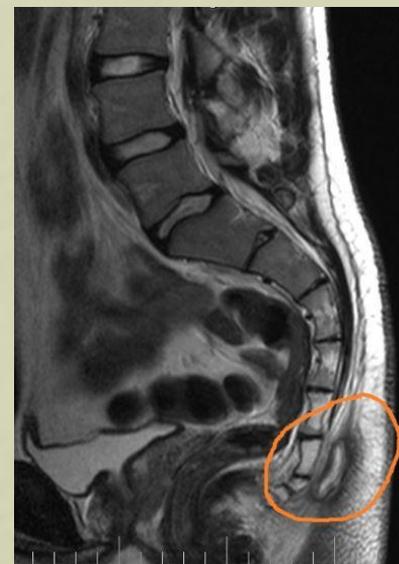
- ✓ фистулография – это метод дополнительного исследования в медицине, предназначенный для изучения направления и локализации свищевого хода, при котором в отверстие свища вводится контрастное вещество и производится серия рентгенологических или КТ-снимков этой области;
- ✓ УЗИ крестцово-копчиковой области (ультразвуковое исследование с применением датчика 10 МГц позволяет врачу оценить размеры и локализацию очага воспаления, визуализацию свищевого хода, степень вовлечения в патологический процесс окружающих тканей);
- ✓ компьютерная и магнитно-резонансная томографии (это современные методы исследования, позволяющие достаточно точно установить наличие, локализацию, размеры ЭКХ, оценить количество его ответвлений, карманов, а также исключить другие заболевания крестцово-копчиковой области, сопровождающиеся воспалением этой зоны и образованием свищевого хода).



Фистулограмма ЭКХ



КТ-фистулография при свище крестцовой области



Эпителиальный копчиковый ход на МРТ, боковая проекция

ДИАГНОСТИКА

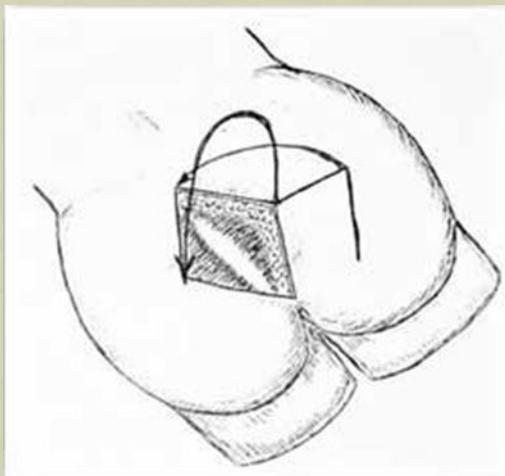
- Дермоидной кисты копчика.
- Хронического вялотекущего парапроктита с локализацией абсцесса в подкожном или подслизистом клетчаточном пространстве.
- Свищевого хода прямой кишки.
- Опухоли крестцово-копчиковой области.
- Остеомиелита копчика и крестца.

ЛЕЧЕНИЕ

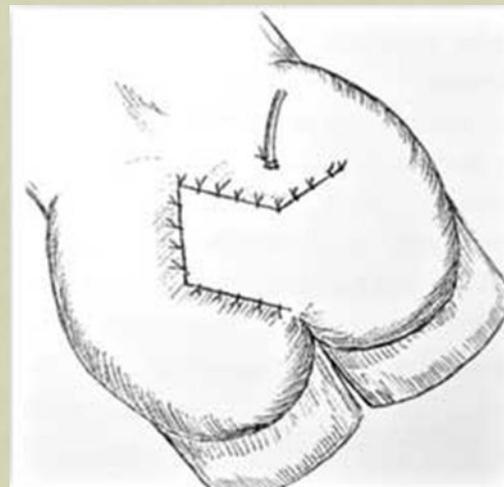
- **Иссечение ЭКХ с ушиванием раны наглухо.** (Операция производится под местной либо общей внутривенной анестезией. При этом выполняется удаление ЭКХ вместе с кожей и прилежащими тканями единым блоком, после чего края наглухо ушиваются. Считается, что при таком способе ведения пациента с неосложненным ЭКХ меньше риск возникновения рубцовых деформаций.)
- **Иссечение ЭКХ, края раны подшиваются ко дну.** (Данная операция является модификацией первой, только края раны не ушиваются между собой, а подшиваются ко дну раны. Открытый способ ведения применяется при выраженном гнойном процессе, когда полное ушивание способно вызвать прогрессирование воспаления. Однако оставление краев раны, как было изучено, приводит к формированию грубых рубцов и требует длительного послеоперационного периода. В связи с этими недостатками открытого способа было предложено подшивать края ко дну раны. В данном случае остается возможность дренирования гнойной раны (оттока гноя) и уменьшается раневая поверхность. Следовательно, сроки восстановления тоже сокращаются.)

ЛЕЧЕНИЕ

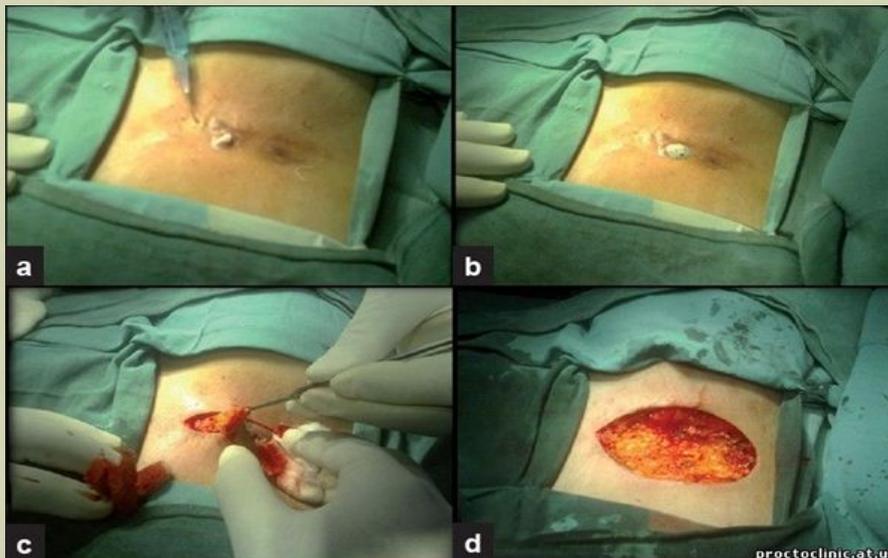
- **Двухэтапное лечение ЭКХ, открытые операции.** (Двухэтапное лечение эпителиального копчикового хода производится при выраженных глубоких абсцессах крестцово-копчиковой области. Сначала производится его пункция и отсасывание шприцом, электроотсосом гнойного содержимого, а затем рассечение полости абсцесса и его дренирование. После стихания острой воспалительной реакции производится иссечение ЭКХ и окружающих тканей, далее рана ведется открыто.)
- **При осложненном ЭКХ** с обширным гнойным воспалением крестцово-копчиковой области и формированием гнойных затеков в ягодичных областях рекомендуется вести пациента с широким иссечением ЭКХ и пластикой кожных покровов **методом «перемещенных лоскутов».**
- **Синусэктомия** (данный метод можно применять при неосложненном течении ЭКХ либо в стадию ремиссии при хроническом течении, но при отсутствии сложных разветвлений ЭКХ. Принцип его заключается во введении зонда в ЭКХ и электрокоагуляции на зонде. Предварительно кисту прокрашивают метиленовым синим).
- **Криотерапия** – замораживание эпителия в ЭКХ.



Иссечение ЭКХ (ромбовидный дефект на рисунке)



Перемещение кожи с ягодичной области на дефект



Хороший врач спасает...
если не от болезни,
то хотя бы
от плохого врача!

Жан Поль

