

ВНЕКИШЕЧНЫЙ ЭНТЕРОБИОЗ КАК ХИРУРГИЧЕСКАЯ НАХОДКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Кучеря Т. В., Харитонов Л. А., Солодовникова О. Н., Пуковский А. М.

«Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия)

EXTRAIESTINAL ENTEROBIASIS HOW A SURGICAL DISCOVERY FOR THE SURGICAL TREATMENT OF PILONIDAL SINUS DISEASE

Kucheria T.V., Kharitonov L.A., Solodovnikova O.N., Pukowski A.M.

"Russian national research medical University n.a. Pirogov" Ministry of Health of Russia (Moscow, Russia)

Для цитирования: Кучеря Т. В., Харитонов Л. А., Солодовникова О. Н., Пуковский А. М. Внекишечный энтеробиоз как хирургическая находка при оперативном лечении эпителиального копчикового хода. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2018;149(1): 99–102.

For citation: Kucheria TV, Kharitonov LA, Solodovnikova ON, Pukowski AM. Extraintestinal enterobiasis how a surgical discovery for the surgical treatment of pilonidal sinus disease. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;149(1): XXX–XXX. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;149(1): 99–102.

Харитонов Любовь Алексеевна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии с инфекционными болезнями у детей факультета дополнительного профессионального образования

Кучеря Татьяна Викторовна — к.м.н., кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей факультета дополнительного профессионального образования

Солодовникова Ольга Николаевна — к.м.н., заведующая детским инфекционным отделением Государственного бюджетного учреждения Здравоохранения Московской области «Красногорская городская больница № 2» Министерства здравоохранения Московской области; ассистент кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей факультета дополнительного профессионального образования

Пуковский Анатолий Михалович — к.м.н., заведующий детским хирургическим отделением Государственного бюджетного учреждения Здравоохранения Московской области «Красногорская городская больница № 1» Министерства здравоохранения Московской области

Кучеря Татьяна Викторовна
Kucheria Tatyana V.
rsmu@rsmu.ru

Резюме

В данной статье приводится клинический пример хирургической находки внекишечного энтеробиоза у подростка, прооперированного по поводу воспаления эпителиального копчикового хода. Представлен как демонстрация сложности диагностического поиска и разнообразия клинических проявлений энтеробиоза.

Ключевые слова: энтеробиоз, внекишечный энтеробиоз, эпителиальный копчиковый ход, клинический случай

Summary

This article presents a clinical example of a surgical finding of extracurricular enterobiosis in a teenager operated on for inflammation of the epithelial coccygeal course. Presented as a demonstration of the complexity of the diagnostic search and the diversity of clinical manifestations of enterobiosis.

Key words: enterobiasis, enterobiasis extraintestinal, pilonidal sinus disease, a clinical case

Среди гельминтозов у детей самым распространенным является энтеробиоз. Ежегодно в мире регистрируется порядка 400 млн случаев инвазии, в большинстве случаев у детей до 14 лет.

Энтеробиоз – контактный гельминтоз, проявляющийся перианальным зудом, диспепсическими явлениями и невротическими реакциями. Наиболее частыми клиническими проявлениями энтеробиоза у детей являются: зуд в перианальной области, промежности, половых органах; астено-невротический синдром с нарушением сна; затяжной энтероколит; синдром острого аппендицита; парапроктит; мастурбация; энурез [1].

Внекишечные проявления паразитирования встречаются редко. Наиболее распространенным является поражение женских половых путей (влагалище, матка, яичники и фаллопиевы трубы. Известны случаи попадания самки острицы в мочевыводящие пути [5], почки [6], желчные пути и печень [7].

В настоящее время участились случаи хирургических находок энтеробиоза в детском возрасте, в частности, при оперативном вмешательстве по поводу острого аппендицита [12]. Увеличилось число случаев формирования перианальных гранул, эпителиальных копчиковых ходов внутри

которых обнаруживались самки остриц или яйца гельминта [13, 14, 15].

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 ягодичными. Имеет длину 2–3 см, оканчивается в подкожной клетчатке слепо и с самим копчиком не связан. Эпителий, выстилающий ход, содержит волосные луковицы, потовые и сальные железы и окружен соединительнотканными волокнами. Это врожденное заболевание, обусловленное дефектом развития каудального конца эмбриона, в результате чего под кожей межягодичной складки остается ход, выстланный эпителием. Такая аномалия встречается довольно часто, иногда ход называют волосистой кистой, в основе которого лежит неправильный рост волос, сопровождающийся врастанием обильного волосного покрова кожи межягодичной складки и образованию кисты.

Клинические проявления болезни начинаются с наступлением половой зрелости. В этот период в просвете эпителиального хода начинают расти волосы, скапливаются продукты деятельности сальных и потовых желез. Близость заднего

прохода обуславливает обилие микрофлоры на коже крестцово-копчиковой области и в самом ходе. Создаются условия для развития воспаления. Возникает боль в области крестца и копчика, появляются выделения из первичных отверстий хода. Местные изменения могут сопровождаться повышением температуры тела.

Острое воспаление эпителиального копчикового хода протекает в 2 стадии: инфильтративную и абсцедирования. Спонтанное вскрытие абсцесса сопровождается улучшением и даже исчезновением внешних признаков воспаления. Возможно также и формирование вторичного гнойного свища, дренирующего воспалительный очаг в эпителиальном ходе. Альтернативным лечением в любой фазе воспаления является радикальная операция. Вскрытие абсцесса способствует развитию хронического воспаления хода с образованием инфильтратов, свищей, рецидивирующих абсцессов.

Представляется случай энтеробиоза у мальчика 16 лет, поступившего, в детское хирургическое отделение ГБУЗ МО Красногорской городской больницы № 1 для планового хирургического лечения, с жалобами на боль и выделения гноя или сукровицы в области крестца

При плановом поступлении в отделение проведено обследование:

Общий анализ крови:

№	Нв, г/л	Эр	Лейк	п/я	с/я	Эоз	Лим	Мон	СОЭ
30.11.	159	4,8	5,6	0	63	2	31	4	2
09.01.	170	4,85	8,3	1	68	3	22	6	2
30.01.	166	5,14	5,6	0	52	4	37	7	2

Кровь на RW, гепатиты В, С, ВИЧ – отрицательно.

Общий анализ мочи без патологических изменений

Биохимическое исследование сыворотки крови, включая маркеры острофазовых воспалительных реакций: общий белок и его фракции, АСаг; АСЛт; СРБ, ДФА, сиаловые кислоты – в пределах референтных значений.

Кал на я/глист – отрицательно.

Соскоб на э/биоз – отрицательно.

Протокол операции:

Под эндотрахеальным наркозом в положении на животе после предварительного прокрашивания раствором бриллиантового зеленого двумя окаймляющими разрезами в области крестца рассечена кожа, подкожная клетчатка. Единым блоком с участком кожи иссечены прокрашенные ткани эпителиального копчикового хода. Контроль

Состояние при поступлении по заболеванию средней степени тяжести. В сознании. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Тургор тканей сохранен. Менингеальных симптомов, очаговой симптоматики нет. Катарального синдрома нет. Сыпи нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту, ЧСС – 80 в 1 минуту. Тоны сердца громкие ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличена. Стул, мочеиспускание не нарушено.

гемостаза – сухо. Рана ушита послойно с фиксацией швов к фасции. Асептическая повязка.

При гистологическом исследовании: фрагмент кожи с образованием под эпидермисом микроабсцесса с яйцами глистов (гельминтов) остриц. По периферии формирующаяся фиброзная капсула с гигантскими клетками «иностранного тела».

Получал лечение:

Антибактериальная терапия (Цефазолин 1г х 3 раза в день № 7), мебендазол 100мг х 2 раза в день - 5 дней, тавегил, при болях анальгин, димедрол в/м.

На фоне проводимой терапии состояние удовлетворительное. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выписан под наблюдение участкового педиатра, хирурга по месту жительства с рекомендациями

проведения повторного курса лечения энтеробиоза через 2 недели, а также медикаментозная санация всех членов семьи и проведение санитарно-гигиенических мероприятий в семье.

В представленном клиническом случае причиной инфицирования и абсцедирования эпителиального копчикового хода явилась паразитарная инвазия (энтеробиоз). Инфицирование произошло

при аутоинокуляции этой инвазии с яйцами или заползании живых самок в эпителиальные ходы, где они нашли оптимальные условия для дозревания яиц. Следует отметить, что анализы

на энтеробиоз были отрицательными, что подтверждает недостоверность метода при однократном обследовании. Количество эозинофилов также не было изменено.

Выводы

1. Дети с инфицированными эпителиальными ходами подлежат обследованию на энтеробиоз.
2. Отрицательные результаты на энтеробиоз и отсутствие эозинофилии не исключают наличие как кишечных, так внекишечных форм энтеробиоза. Обследование должно проводиться 3–5-хкратно для увеличения достоверности результатов.
3. Энтеробиоз проблема всех возрастных категорий, в том числе подростков.

Необходима плановая дегельментизация в организованных коллективах.

Литература

1. Марушко Ю. В., Грачева М. Г. Современное состояние проблемы гельминтозов у детей. Вопросы диагностики и лечения // Современная педиатрия // 2012, № 3(43), с. 1–5.
2. Craggs B., et al. 2009. Enterobius vermicularis infection with tuboovarian abscess and peritonitis occurring during pregnancy. Surg. Infect. (Larchmt.) 10:545–547 [PubMed]
3. Worley M. J., Jr., Slomovitz B. M., Pirog E. C., Caputo T. A., Ledger W. J. 2009. Enterobius vermicularis infestation of a hysterectomy specimen in a patient with a colonic reservoir. Am. J. Obstet. Gynecol. 200: e6–e7 [PubMed]
4. Young C., Tataryn I., Kowalewska-Grochowska K. T., Balachandra B. 2010. Enterobius vermicularis infection of the fallopian tube in an infertile female. Pathol. Res. Pract. 206:405–407
5. Zahariou A., Karamouti M., Papaioannou P. 2007. Enterobius vermicularis in the male urinary tract: a case report. J. Med. Case Reports 1:137.
6. Cateau E., Yacoub M., Tavilien C., Becq-Giraudon B., Rodier M. H. 2010. Enterobius vermicularis in kidney: an unusual location. J. Med. Microbiol. 59(Pt. 7):860–861
7. Little M. D., Cuello C. J., D'Alessandro A. 1973. Granuloma of the liver due to Enterobius vermicularis. Report of a case. Am. J. Trop. Med. Hyg. 22:567–569.
8. Gargano R., Di Legami R., Maresi E., Restivo S. 2003. Chronic sialoadenitis caused by Enterobius vermicularis: case report. Acta Otorhinolaryngol. Ital. 23:319–321.
9. Vasudevan B., Rao B. B., Das K. N., Anitha 2003. Infestation of Enterobius vermicularis in the nasal mucosa of a 12 yr old boy—a case report. J. Commun. Dis. 35:138–139
10. Arora V. K., Singh N., Chaturvedi S., Bhatia A. 1997. Fine needle aspiration diagnosis of a subcutaneous abscess from Enterobius vermicularis infestation. A case report. Acta Cytol. 41:1845–1847.
11. Beaver P. C., Kriz J. J., Lau T. J. 1973. Pulmonary nodule caused by Enterobius vermicularis. Am. J. Trop. Med. Hyg. 22:711–713.
12. Arca MJ1, Gates RL, Groner JJ, Hammond S, Caniano DA. Clinical manifestations of appendiceal pinworms in children: an institutional experience and a review of the literature. Pediatric Surgery International. May 2004, Volume 20, Issue 5, pp 372–375.
13. Bharathi K, Anuradha S, Chandrasekar VA, Thirunarayanan R. Enterobius vermicularis worm granuloma mimicking like a pseudo tumor in the anal canal: An unusual clinical presentation. J. Trop Parasitol. 2012 Jul-Dec; 2(2): 124–126.
14. Avolio LI, Avoltini V, Ceffa F, Bragheri R. Perianal granuloma caused by Enterobius vermicularis: report of a new observation and review of the literature. J Pediatr. 1998 Jun;132(6)
15. Авдюхина Т. И., Константинова Т. Н., Прокошева М. Н. Современный взгляд на проблему гельминтозов у детей и эффективные пути ее решения. Современная педиатрия. 2011. № 1 (35). С. 73.)
16. Ершова И. Б., Осычнюк Л. М., Мочалова А. А. Методы диагностики гельминтозов на современном этапе. // Актуальная инфектология. 2014. № 2 (3). С. 86–89//
17. Сергиев В. П., Лобзин Ю. В., Козлов С. С. // Паразитарные болезни человека. Руководство для врачей. СПб 2008. С 380.
18. DRUGS FOR PARASITIC INFECTIONS. // J. The Medical Letter // August 2004.
19. Профилактика энтеробиоза. // Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.2.3110–13. Утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 октября 2013 г. N 57//

Reference

1. Marushko Yu. V., Gracheva M. G. Sovremennoe sostoyanie problemy gel'mintozov u detei. Voprosy diagnostiki i lecheniya. Sovremennaya pediatriya. 2012;43(3):1–5.
2. Craggs B., et al. Enterobius vermicularis infection with tuboovarian abscess and peritonitis occurring during pregnancy. Surg. Infect (Larchmt). 2009;10(6):545–547.
3. Worley M. J., Jr., Slomovitz B. M., Pirog E. C., Caputo T. A., Ledger W. J. Enterobius vermicularis infestation of a hysterectomy specimen in a patient with a colonic reservoir. American Journal Obstetrics Gynecology. 2009;200(6): e6–e7.
4. Young C., Tataryn I., Kowalewska-Grochowska K. T., Balachandra B. Enterobius vermicularis infection of the fallopian tube in an infertile female. Pathol. Res. Pract. 2010;206:405–407.
5. Zahariou A., Karamouti M., Papaioannou P. 2007. Enterobius vermicularis in the male urinary tract: a case report. J. Med. Case Reports. 2007;1:137.
6. Cateau E., Yacoub M., Tavilien C., Becq-Giraudon B., Rodier M. H. Enterobius vermicularis in kidney: an unusual location. J. Med. Microbiol. 2010;59(Pt. 7):860–861.

7. Little M. D., Cuello C. J., D'Alessandro A. Granuloma of the liver due to *Enterobius vermicularis*. Case report. Am. J. Trop. Med. Hyg. 1973;22(4):567–569.
8. Gargano R., Di Legami R., Maresi E., Restivo S. 2003. Chronic sialoadenitis caused by *Enterobius vermicularis*: case report. Acta Otorhinolaryngol. Ital. 2003;23(4):319–321.
9. Vasudevan B., Rao B. B., Das K. N., Anitha. Infestation of *Enterobius vermicularis* in the nasal mucosa of a 12 yr old boy—a case report. J. Commun. Dis. 2003;35(2):138–139.
10. Arora V. K., Singh N., Chaturvedi S., Bhatia A. Fine needle aspiration diagnosis of a subcutaneous abscess from *Enterobius vermicularis* infestation. A case report. Acta Cytol. 1997;41(6):1845–1847.
11. Beaver P. C., Kriz J. J., Lau T. J. Pulmonary nodule caused by *Enterobius vermicularis*. Am. J. Trop. Med. Hyg. 1973;22(6):711–713.
12. Arca M. J., Gates R. L., Groner J. I., Hammond S., Caniano D. A. Clinical manifestations of appendiceal pinworms in children: an institutional experience and a review of the literature. Pediatric Surgery International. 2004;20(5):372–375.
13. Bharathi K, Anuradha S, Chandrasekar VA, Thirunarayanan R. *Enterobius vermicularis* worm granuloma mimicking like a pseudo tumor in the anal canal: An unusual clinical presentation. J. Trop Parasitol. 2012;2(2):124–126.
14. Avolio LI, Avoltini V, Ceffa F, Bragheri R. Perianal granuloma caused by *Enterobius vermicularis*: report of a new observation and review of the literature. J. Pediatr. 1998;132(6):1055–1056.
15. Avdyukhina T. I., Konstantinova T. N., Prokosheva M. N. Sovremennyyi vzglad na problemu gel'mintozov u detei i effektivnye puti ee resheniya. Sovremennaya pediatriya. 2011;35(1):73–77.
16. Ershova I. B., Osychnyuk L. M., Mochalova A. A. Metody diagnostiki gel'mintozov na sovremennom etape. Aktual'naya infektologiya. 2014;2(3):86–89.
17. Sergiev V. P., Lobzin Yu. V., Kozlov S. S. Parazitarnye bolezni cheloveka. Rukovodstvo dlya vrachei. SPB2008. 380 p.
18. DRUGS FOR PARASITIC INFECTIONS. J. The Medical Letter. 2004.
19. Profilaktika enterobioza. Sanitarno-epidemiologicheskie pravila SP 3.2.3110–13. Utverzhdeny postanovleniem Glavnogo gosudarstvennogo sanitarnogo vracha Rossijskoi Federatsii ot 22 oktyabrya 2013 g. N57.