

**С.Л. ДЕМЬЯНОВ, К.А. КОРЕЙБА, Л.Р. ЖИРНОВА**

Казанский государственный медицинский университет  
Городская клиническая больница № 5, г. Казань  
Больница скорой медицинской помощи № 1, г. Казань.

616.5-002.828-079.4

## Дифференциальная диагностика инфекций кожи и мягких тканей подмышечных областей

**Корейба Константин Александрович**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии  
420095, г. Казань, ул. Ш. Усманова, д. 33, кв. 51, тел. 8-917-259-47-47

*В статье приведены результаты успешной диагностики (комплексное клиническое, ультразвуковое и иммунологическое обследование) и лечения инфекции мягких тканей подмышечной области.*

**Ключевые слова:** инфекция мягких тканей, диагностика, лечение.

**S.L. DEMYANOV, K.A. KOREYBA, L.R. ZHIRNOVA**

Kazan State Medical University  
Municipal Clinical Hospital № 5, Kazan  
Hospital Emergency Medical Care № 1, Kazan

## Differential diagnosis of infections of the skin and soft tissues of the axillary regions

*The results of a successful diagnosis (complex clinical, ultrasound and immunological study) and the treatment of soft tissue infection axillary region are presented.*

**Keywords:** soft tissue infection, diagnosis, treatment.

Лимфатические узлы (ЛУ) вместе с селезенкой, миндалинами и лимфоидной тканью относятся к вторичным (периферическим) органам иммунной системы. Кроме того, ЛУ являются биологическим фильтром, препятствуя поступлению в лимфу и кровь различных инородных агентов, включая микроорганизмы и их токсины. Поэтому неудивительно, что при многих инфекционных болезнях закономерно возникают в той или иной мере выраженные реакции ЛУ в виде их увеличения, воспаления или пролиферации, обозначаемые общим термином «лимфаденопатия».

**Лимфаденит** — воспаление лимфатических узлов, которое наблюдается при распространении инфекции, бактериальных токсинов, продуктов тканевого распада от всех острых, подострых и хронических очагов воспаления (фурункул, карбункул, рожа, гнойная рана, трофическая язва) по лимфатическим и кровеносным сосудам.

Различают серозный (простой) лимфаденит, гнойный лимфаденит — с возможным исходом в аденофлегмону и продуктивный лимфаденит. По течению различают острую и хроническую формы заболевания. Лимфаденит может быть неспецифическим (чаще вызывают стафилококки и стрептококки) и специфическим (актиномикоз, туберкулез).

### Патоморфология

В начальной фазе острого лимфаденита наблюдается застойная гиперемия, сращивание эндотелия расширенных синусов. В последующем происходит нарастание экссудации с прогрессирующим серозным пропитыванием паренхимы узла и лейкоцитарной инфильтрацией. Воспаление может задержаться на серозной фазе своего развития или экссудат приобретает гнойный характер. Образование пиогенной мембраны ограничивает гнойный процесс в пределах капсулы лимфоузла. Иногда капсула разрушается



**Таблица 1.**  
Показатели клеточного иммунитета

Показатели	Метод	Норма		Данные пациента	
		Абс. Число*10/л	%	Абс. Число*10/л	%
Лейкоциты	МСК	4,5-8,5		2,8	
Нейтрофилы	МСК		50-66	1,46	52
Лимфоциты	МСК	0,8-3,6	18-38	1,23	44
Т-лимфоциты (CD-3)	РИФс		60-82	0,947	77
CD4+ лимфоциты	РИФс		29-55	0,566	46
CD8+ лимфоциты	РИФс		19-37	0,271	22
T <sub>х</sub> /T <sub>с</sub>	-			2,1	
NK-клетки (CD16)	РИФс		8-22	0,086	7
В-лимфоциты (CD20)	РИФс		5-15	0,062	5

**Таблица 2.**  
Показатели гуморального иммунитета

Показатель	Единицы измерения	Пациент	Норма
ЦИК	ед. опт. плот.	0,044	0,017-0,047
Иммуноглобулин А	г/л	1,0	2,175+/-0,2
Иммуноглобулин М	г/л	5,0	1,395+/-0,14
Иммуноглобулин G	г/л	10,1	13,363+/-0,89
Фагоцитарный показатель	%	70,0	40-80
Фагоцитарное число		3,2	4-9
НСТ-тест (спонтанный)	%	4,0	до 10-15
Индекс активности нейтрофилов (спонтанный)		0,04	0,1-0,15
НСТ-тест (индуцированный)	%	37,0	40-80
Индекс активности нейтрофилов (активированный)		0,39	0,5-1,5

и содержимое абсцесса распространяется на окружающую клетчатку.

#### Клиническая картина

Заболевание начинается с появления болей в области расположения воспаленных лимфатических узлов. Температура тела повышается. При серозном и гиперпластическом лимфадените пальпируются подвижные малоблезненные узлы. Во многих случаях наблюдаются красные полосы лимфангита.

Общее состояние не страдает. Деструктивные формы заболевания характеризуются ухудшением общего состояния больного, появлением плотного болезненного неподвижного инфильтрата в области пораженных регионарных узлов. В этой зоне появляется разлитая припухлость, гиперемия. Нарушается функция конечности. Отсутствие своевременной хирургической помощи приводит к прорыву гноя наружу.

Мы в практике встречаемся с трудностями диагностики лимфаденита подмышечной области и гидраденита подмышечной области как проявлений ИКМТ (инфекции кожи и мягких тканей) второго уровня, согласно классификации D.H. Ahrenholz (1991), а это обуславливает правильность выбора тактики лечения пациентов с данными патологиями.

**Гидраденит** — локальное воспаление апокриновых потовых желез в результате закупорки и разрыва протоков.

**Патоморфология.** В области апокриновых желез, на границе дермы и гиподермы развивается воспалительный инфильтрат из полинуклеаров, лимфоцитов, клеток соединительной ткани, позднее обнаруживаются эозинофилы и плазмциты. Инфильтрат содержит большое количество микробных тел — чаще это стафилококки и стрептококки. В дальнейшем происходит разрушение паренхимы железы с вовлечением окружающей соединительной ткани.

**Клиническая картина.** В результате воспаления формируется узел под кожей диаметром 0,5-3 см. При прогрессировании инфильтрат начинает выступать над кожей и приобретает характерный багрово-синюшный оттенок. Воспаление может захватывать несколько желез или переходить с одной на другую, формируя множественные очаги в подмышечной области. Больные отмечают выраженную боль и ограничение движения в конечности, общее недомогание. Повышается температура до субфебрильных и в редких случаях до фебрильных значений. При развитии абсцесса определяется флюктуация, часто формируются свищевые ходы, рубцовая деформация, что приводит к хронизации процесса, усугублению страданий больного и повышению материальных затрат на его лечение.

**Клинический пример.** Пациентка И., 1985 г.р., обратилась в клинику с жалобами на боли в подмышечных областях, данное состояние отмечала в течение последних 2 лет. В течение этого периода больная обращалась неоднократно в поликлинику по месту жительства, где после осмотра хирургом ей выставлялся диагноз «острый гнойный гидраденит», после чего под местной анестезией проводилось вскрытие очага воспаления. Заживление раны происходило вторичным натяжением с образованием рубца. За 2 года малые хирургические операции пациентка перенесла 5 раз.

Анализ анамнестических данных показал, что заболевание наступило после острого стресса, на фоне астено-вегетативного синдрома.

При осмотре: в области правой подмышечной области имеются 4 инфильтративных очага с незначительно гиперемизированной кожей над ними. При пальпации определяются уплотненные участки, малоподвижные, болезненные.

Пациентке было проведено комплексное иммунологическое исследование.

В результате проведенного иммунологического исследования у пациентки отмечена лейкопения до  $2,8 \cdot 10^9/\text{л}$ ,

**Рисунок 1.**  
Мягкие ткани подмышечной области,  
головка плечевой кости, суставная полость



**Рисунок 2.**  
Лимфатические узлы подмышечной области  
с признаками воспаления



снижено число натуральных киллеров и В-лимфоцитов, повышено содержание иммуноглобулина М до 5,0 г/л, отмечено снижение активности захвата и кислородозависимого

**Рисунок 3.**  
Очаги лимфаденита



мого киллинга антигенов моноцитами крови, индуцированного НСТ-теста, фагоцитарного числа, индекса активности нейтрофилов.

Для верификации диагноза и определения тактики лечения больной было выполнено УЗИ мягких тканей зоны поражения. Ультразвуковое исследование выполняли на аппарате Aloka SSD-1700.

Как видно на рис. 1-3, при локации правой подмышечной области в проекции очагов воспаления признаков абсцедирования не обнаружено, все мягкие ткани средней эхогенности. Пульсация сосудов подмышечных областей с обеих сторон симметрична. Заключение: лимфаденит в стадии инфильтрации, и, следовательно, необходимости в проведении оперативного пособия нет.

Больной была назначена консервативная терапия: полусинтетические пенициллины расширенного спектра действия, цефалоспорины III поколения, НПВС, антигистаминные препараты, иммуномодулирующая терапия, физиотерапия. На фоне проводимого лечения инфильтративный процесс купировался на 5-е сутки.

Таким образом, использование нескольких методов диагностики (лучевая диагностика и комплексное иммунологическое исследование) позволяет более точно верифицировать диагноз, определить тактику лечения пациента и избежать операции.

**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ЖУРНАЛА  
«ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»**

**В КАТАЛОГЕ «РОСПЕЧАТЬ» 37140**

**В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КАТАЛОГЕ ФПС «ТАТАРСТАН ПОЧТАСЫ» 16848**