

6. Верткин А.А., Мартынов И.В., Гасилин В.С. Безболевая ишемия миокарда. М.: Тетрафарм, 1995. 85 с.

7. Коваль В.Т. Закономерности механики кровообращения и принципы функциональной диагностики // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2012. № 1-2(47-48). С. 190-193.

8. Лупанов В.П., Сидоренко Б.А., Хафизов Р.М. О ложноположительных и ложноотрицательных результатах ЭКГ проб с дозированной физической нагрузкой у больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. 1980. №10. С. 13-16.

9. Лупанов В.П., Сидоренко Б.А. Диагностическое значение подъема сегмента ST при пробах с физической нагрузкой у больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. 1982. №1. С. 17-20.

10. Махмудходжаев С.И., Лупанов В.П., Сидоренко В.А. Нарушения внутрижелудочковой проводимости при пробе с дозированной физической нагрузкой в диагностике ишемической болезни сердца // Кардиология. 1988. №1. С. 17-21.

11. Элконин А.Б., Васягин А.И., Верткин А.Л. Применение нагрузочных проб для выявления безболевой ишемии миокарда // Кардиология. 1992. №9-10. С. 22-25.

Tolstobrova G.V., Valova L.S., Shcherbakov N.V., Simakov V.P.

EXPERIENCE OF APPLICATION THE VELOERGOMETRY OF BURIED CORONARY INSUFFICIENCY IDENTIFYING

Consultative-diagnostic polyclinic FGKU «1477 Naval Clinical Hospital» Defense Ministry, Vladivostok.

High social importance of coronary heart disease brings together the efforts of various experts in the search for new methods of effective diagnosis of latent coronary insufficiency. Assessment of the adequacy of coronary blood flow by non-invasive methods plays an important role in solving this problem. The authors are sharing their experience in identifying application veloergometry this pathology on the basis of experience diagnosing latent coronary insufficiency under consultative and diagnostic clinics.

Keywords: bicycle (HEM), coronary heart disease (CHD), latent coronary insufficiency (SKN), double product (DP), metabolic units (IU), depression ST, coronary angiography.

Citation: Tolstobrova G.V., Valova L.S., Shcherbakov N.V. et al. Experience of application the veloergometry of buried coronary insufficiency identifying. Health. Medical ecology. Science. 2014; 1(55): 19-22. URL: <http://yadi.sk/d/AGQ24xdKNPp3A>

Сведения об авторах

Толстоброва Г.В. – врач отделения функциональной диагностики КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ, Россия, 690034, г. Владивосток, ул. Громова, 2; моб. 8 9024800654.

Валова Л.С. заведующий отделением функциональной диагностики КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ, Россия, 690034, г. Владивосток, ул. Громова, 2; моб. 89025056668.

Щербакова Н. В. – заведующий кабинетом УЗД сердечно-сосудистой системы отделения функциональной диагностики КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ, Россия, 690034, г. Владивосток, ул. Громова, 2; моб. 8 9244237690.

Симаков Валерий Петрович – заместитель заведующего КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ по медицинской части. Россия, 690034, г. Владивосток, ул. Громова, 2 Консультативно-диагностическая поликлиника, тел. 8(4232)21-68-58, моб. 8 9146590955, e-mail: 908853 @ mail.ru.

© Коллектив авторов, 2014 г.

УДК 616.5-08+616.53

Киселев В.В., Мурзагареева М.Н., Васильева Н.А.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОМ

Консультативно-диагностическая поликлиника Федерального государственного казённого учреждения «1477 военно-морской клинический госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации, г. Владивосток.

Атеромы встречаются у 5-10% населения. Они могут быть спорадическими или наследственными (однако, несмотря на исследования, выявить гены, ответственные за возникновение атером пока не удалось). Чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, а также у людей среднего возраста по сравнению с молодыми. Авторами обобщен и продемонстрирован опыт работы хирургического отделения поликлиники за 5 лет по экстренному и плановому оперативному лечению пациентов с атеромами (эпидермальными кистами).

Ключевые слова: атеромы, эпидермальные кисты, капсула, диагностика, операции, содержимое, лечение.

Цитировать: Киселев В.В., Мурзагареева М.Н., Васильева Н.А. Опыт хирургического лечения атером // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2014. №1(55). С. 22-25. URL: <http://yadi.sk/d/VekdMeoKNPp3N>

Доброкачественные новообразования кожи и ее придатков в последнее десятилетие привлекают внимание не только дерматологов и дерматокосметологов, но и хирургов. Это обусловлено увеличением разнообразия клинических форм и морфологической картины кист, расположенных в коже [4]. Несомненно, что кожа как самый большой орган человека, выполняющий функции защиты организма, обмена веществ, терморегуляции, иммунитета и прочее до сих пор до конца не изучена.

Объектами нашего внимания в поликлинике постоянно являются атеромы (кисты сальных желез, возникающие вследствие нарушения оттока секрета) и эпидермоиды (кисты кожи, выстланные многослойным плоским эпителием и заполненные роговыми массами без примеси жира) [8].

Многие авторы подчеркивают, что распознавание кист кожи в поликлинических условиях довольно трудно, но возможно. Предлагается все кисты, которые ранее назывались «атеромами», обозначать как эпидермальные кисты (ЭК), а верификацию патологического процесса проводить в ходе гистологического исследования [3, 4, 10].

Полиморфизм и непредсказуемость вариантов образований и проявлений ЭК заставляют более всесторонне изучать эту распространенную патологию. Нередки сообщения об атипичных локализациях атером и их превращениях, затрудняющих диагностику и лечение [1, 11, 12]. Для дифференциации дооперационного состояния ЭК (глубина, распространение, спонтанный или травматический разрыв капсулы) предлагается ультразвуковая диагностика [13]. Выявление и лечение ЭК до сих пор рассматриваются с позиций врача-дерматокосметолога [5,6,9]. Публикации в хирургических изданиях на эту тему довольно редки и не дают полного представления о масштабах проблемы [2,7].

Между тем общим хирургам в поликлиниках приходится заниматься диагностикой и лечением атером довольно часто, тем более что число таких пациентов обоего пола и во всех возрастных категориях, по нашим наблюдениям, увеличивается. Нами замечено, что атеромы располагаются не только в типичных местах, богатых сальными железами (лицо, околоушная область, волосистая часть головы, спина, низ живота, промежность), но и в нетипичных на фоне чистой и гладкой кожи (голень, предплечье, кисть).

Особенности кожи и подкожной клетчатки у различных пациентов не всегда позволяют определить при первичном осмотре, располагается ли новообразование в толще кожи или подкожной клетчатке, насколько интимно оно сращено с кожей, каковы его размеры в глубине тканей.

При расположении атером на ягодице, бедре, плече приходилось их отличать от липом, фибром, а на голени, предплечье и кисти еще и от гигром. Во всех случаях пользовались консультацией онколога поли-

клиники с пункционной биопсией и цитологическим исследованием пунктата, что позволяло исключить наличие атипичных клеток, но не всегда указывало на конкретную патологию. Следует заметить, что определение тонкостей гистологической картины удаленных ЭК имеет преимущественно научное значение. Практическому хирургу важно знать, что он удалил доброкачественное образование в пределах здоровых тканей, поэтому стандартные заключения гистологов после исследования удаленных нами атером, эпидермоидов и прочих подобных кист всегда одинаковы: «эпидермальная киста».

В хирургическом отделении поликлиники за 5 лет мы оперировали 352 пациента с атеромами, из них 277 мужчин (78,6%) и 75 женщин (21,4%). Распределение по областям тела следующее: туловище – 191 человек (55,6%), из них спина – 144 (40,9%); голова, шея – 103 (29,2%), нижние конечности, промежность – 35 (10%), верхние конечности – 18 (5,2%). Возраст оперированных: 20–30 лет – 99 человек (28,1%), 31–40 лет – 53 чел. (15,1%), 41–50 лет – 81 чел. (23,1%), 51–60 лет – 74 чел. (21,1%), 61–70 лет – 22 чел. (6,25%), старше 70 лет – 23 чел. (6,35%).

У 331 пациента на теле была 1 атерома, у 15 – 2 атеромы, у 6 человек – 3 атеромы, поэтому всего выполнено 379 операций, что составило 12,2% от всех амбулаторных операций за этот период. Атеромы удалялись планоно 138 раз (36,4%). Экстренных операций (нагноившиеся атеромы) было 241 (63,6%).

Неосложненные атеромы мы удаляли в плановом порядке по желанию пациента (рост новообразования, косметические соображения, неудобство при ношении одежды, рецидив удаленной ранее атеромы).

При операциях на волосистой части головы кровоточивость всегда выше, чем на других покровах тела, но это компенсировалось тем, что атеромы всегда контурировались хорошо, были подвижны, не срастались с кожей и подлежащими тканями, поэтому выделение их целиком, «в мешочке», не представляло трудностей. Наложение швов на края раны в таких случаях служило и гемостазом.

Атеромы на туловище и конечностях, как правило, в той или иной степени срастаются с кожей, истончают и растягивают ее. Следует предостеречь молодых хирургов от стандартного линейного разреза над опухолью и попыток отделить капсулу от кожи в центре выпячивания. Чаще всего в этом случае капсула повреждается, но даже если ее удастся отделить без повреждения и удалить атерому, то на истонченные края кожи швы накладывать не следует. Это неминуемо приведет к частичному или полному некрозу с обеих сторон вдоль линии швов.

Учитывая сказанное выше, после местной анестезии кожи в виде «лимонной корочки» и под атерому мы делали разрез кожи, близкий к циркулярному, над наибольшей выпуклостью, с учетом направле-

ния сосудов и нервов в этой области, захватывали края кожи на удаляемом образовании зажимом Кохера и после препаровки анестетиком во все стороны осторожно узким скальпелем выделяли атерому в капсуле. Иногда капсула была очень тонкой и повреждалась с выделением творожистого содержимого. Детрит удаляли тупфером, дефект капсулы по возможности закрывали зажимом, выделяли образование до конца, после чего промывали полость раствором перекиси водорода, спиртом, осуществляли гемостаз и накладывали швы с установкой дренажа из тонкой резины. Осложнений после плановых операций не наблюдали. Рецидив атеромы через 1–2 года отмечен в 3-х случаях (2,1% оперированных).

Следует отметить, что определить истинные размеры атеромы до операции можно только на волосистой части головы. На спине, ягодице, бедре при выраженном подкожном жировом слое и внешних очертаниях образования 1 см мы нередко при операции получали препарат 3x4 см. Подобные атеромы могут доходить до фасции или перимизия. Степень сращения капсулы с окружающими тканями была прямо пропорциональна «возрасту» атеромы и ее размерам.

Нагноившаяся атерома по сути представляет абсцесс мягких тканей, однако клиника, диагностика, лечение и прогноз в этом случае отличаются от таковых при стандартных абсцессе, абсцедирующем фурункуле, флегмоне. Как правило, инфицирование содержимого атеромы происходит медленно. Пациенты в течение нескольких дней отмечают лишь небольшие неприятные ощущения, легкое покраснение кожи и часто не могут сказать, было ли в этом месте раньше подкожное образование. Особенно это касается участков тела, малодоступных для самоосмотра (задняя поверхность шеи, спина, ягодицы). Некоторые говорят, что у них длительное время в этом месте был безвредный «жировик». Любые местные способы самолечения в таких случаях не дают эффекта.

Местные и общие воспалительные изменения при нагноившейся атероме крайне редко бывают выраженными и не сопровождаются сильной болью, резкой гиперемией, отеком, лимфангитом, лимфаденитом, повышением температуры тела. Это объясняется наличием у атеромы капсулы, которая препятствует распространению воспаления по лимфатическим сосудам и подкожной клетчатке. Заметная ограниченная гиперемия и инфильтрация кожи могут наблюдаться на спине, грудной клетке, животе.

При вскрытии гнойного очага под местной анестезией 0,5% новокаином или лидокаином мы получали зловонный детрит с желтым или темно-зеленым гноем. По возможности удаляли капсулу атеромы сразу, но это удавалось не всегда в гнойном очаге. Известно, что тщательное удаление капсулы

атеромы позволяет надеяться на полное излечение, в то время как оставление элементов капсулы не гарантирует пациенту защиту от рецидива атеромы.

При отсутствии у пациента аллергии на йод при каждой перевязке после промывания полости гнояника обрабатывали ее 5% йодом или йодиолом для улучшения отторжения капсулы атеромы. По мере стихания воспаления продолжали удалять остатки капсулы во время перевязок. При строении кожи и подкожной клетчатки, которое принято называть «целлюлитным», капсула атеромы интимно срастается с окружающими тканями со всех сторон. В таких случаях до заживления раны предпринимали радикальное иссечение капсулы атеромы с заключительным гистологическим исследованием препарата.

Гнойные раны очищались в среднем на 3-й день и имели склонность к быстрому заживлению вторичным натяжением на 6–8 день (87%). На 9–12 день заживали 10,7% ран. Сроки заживления удлинялись в случаях, когда возникал дефект участка кожи после иссечения некроза (2,3%). После вскрытия нагноившихся атером отмечали рецидив атеромы в 6 случаях (2,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Каржауов А.К., Галкин В.А. Атипичная локализация атеромы // *Клин. Хир.* 1990. № 5. С.49.
2. Кураленя И.Г. К методике оперативного лечения эпидермальных кист // *Амбул. Хир.* 2010. № 1. С.85-86.
3. Новикова К.В., Александров А.Е., Хурамшин А.Р. Терминология и морфология эпидермальных кист. // *Амбул. Хир.* // *Стационарно-замещающие технологии*, 2007. № 4. С.153.
4. Новиков К.В., Хурамшин А.Р. Эпидермальные кисты // *Амбул. Хир.* 2008. № 2. С.27-32.
5. Папий Н.А., Папий Т.Н. Медицинская косметология / *Руководство для врачей* // *Медиц. Информ. Агент. М.*: 2008. С.340-342.
6. *Справочник по дермато-косметологии для врачей и студентов.* М.: 2005. 296 с.
7. Томов П.В., Иссечение нагноившихся атером в поликлинических условиях // *Вестник хирургии им. Грекова*, 1986, Т.136, № 5, С.78.
8. *Энциклопедический словарь медицинских терминов / Издание первое. В трех томах* // Под ред. Акад. В.В.Петровского. М.: Советская энциклопедия, 1982.
9. Юцковская Я.А., Кизей И.Н., Кусая Н.В. Выбор метода лечения новообразований кожи врачом-дерматокосметологом // *Эксперимент. Клин. дерматокосметол.* 2006, №6, С.2-9.
10. Park J.S., Ko D.K. A histopathologic study of epidermoid cysts in Korea: comparison between ruptured and unruptured epidermal cyst. *Int J Clin Exp Pathol* 2013; 6(2): 242-248.

11. Pujani M, Agarwal S, Goyal RK, Jyotsna PL, Teiwani N, Rantela A. Pilomatricoma coexistent with epidermal cyst. *Int J Dermatol* 2012; 51: 624-625.

12. Thomas VD, Swanson NA, Lee KK. Benign epithelial tumors, hamatomas and hyperplasias. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffel

DJ, eds. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 7th ed New York, NY: Mc Graw-Hill. Pp: 1054-1067.

13. Yuan WN, Hsu HC, Lai YC, Chon YH, Li AF. Differences in sonographic features of ruptured and unruptured epidermal cyst. *J Ultrasound Med* 2012; 31: 265-272.

Kiselev V.V., Murzagareeva M.N., Vasileva N.A.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF ATHEROMAS

Consultative Diagnostic Clinic of the Federal state fiscal agencies «1477 Navy Clinical Hospita» of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Vladivostok.

Atheroma meet at 5–10% of the population. They can be hereditary or sporadic (however, despite research to identify the genes responsible for the occurrence of atheroma yet failed). More common in women than in men, as well as in middle age compared to younger. The authors compiled and demonstrated experience in the surgical department clinic for 5 years for emergency and planned surgical treatment of patients with atheromas (epidermal cysts).

Keywords: atheroma, epidermal cyst capsule, diagnostics, operations, content, treatment.

Citation: Kiselev V.V., Murzagareeva M.N., Vasileva N.A. Experience of surgical treatment of atheromas. *Health. Medical ecology. Science*. 2014; 1(55): 22-25. URL: <http://yadi.sk/d/VekdMeoKNPp3N>

Сведения об авторах

Киселев Виктор Васильевич, кандидат медицинских наук, врач-хирург КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ. Адрес: г. Владивосток, ул. Громова, 2. Телефон: 89146914411.

Мурзагареева Маргарита Нурмахметовна, заведующий хирургическим отделением КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ. Адрес: г. Владивосток, ул. Громова, 2. Телефон: 89084613959.

Васильева Нина Алексеевна, врач-хирург КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ. Адрес: г. Владивосток, ул. Громова, 2. Тел.: 89024862019.