

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ СВИЩЕВЫХ ФОРМ ГИДРАДЕНИТА ПОДМЫШЕЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ

*Константин Александрович Корейба¹, Сергей Васильевич Доброквашин¹,
Сергей Леонидович Демьянов²*

¹Кафедра общей хирургии (зав. – проф. С.В. Доброквашин) Казанского государственного медицинского университета, ² поликлиника госпиталя для ветеранов войн (главврач – Ф.Н. Закиров), г. Казань

Реферат

Рассмотрены основные причины развития хронических рецидивирующих форм гидраденита. Предложен оригинальный метод лечения хронической свищевой формы гидраденита. По данной методике прооперировано 18 пациентов в возрасте от 17 до 38 лет с последующим наблюдением в течение 1,5 лет. Осложнений и рецидивов заболевания не выявлено ни в одном случае.

Ключевые слова: свищевая форма гидраденита, первичная пластика.

Потовые железы встречаются во всех участках кожного покрова, за исключением красной каймы губ, внутреннего листка крайней плоти и головки полового члена, общее их число достигает 2–2,5 миллиона. Пот содержит 98% воды и 2% плотного остатка органических и неорганических веществ, и с ним выделяются продукты обмена (мочевина, аммиак, мочевая кислота и др.), а также некоторые соли (хлориды натрия и калия т.д.). По типу секреции потовые железы подразделяют на мерокринные (выделяют пот в выводной проток без разрушения цитоплазмы секреторных клеток) и апокринные (секреция сопровождается частичным разрушением цитоплазмы секреторных клеток). Последние локализуются в коже подмышечных впадин, промежности, наружных половых органов и параареолярных областей у женщин. Секрет апокринных желез содержит большое количество белка веществ и часто приобретает резкий запах, индуцированный микрофлорой.

Гидраденит – это гнойное воспаление апокринных потовых желез, вызываемое преимущественно стафилококками, проникающими в железы через интактные протоки или микротравмы. Гидраденит наблюдается преимущественно в молодом возрасте, когда эти железы активно функционируют. Чаше процесс локализуется в подмышечных областях. Все имеющиеся в настоящее время на рынке антиперспиранты провоцируют развитие гидраденита подмышечных потовых желез, так как они блокируют активность потовыводящих каналов, создавая благоприятные условия для роста и развития микроорганизмов. При снижении иммунитета, гиповитами-

нозах заболевание принимает хронический рецидивирующий характер, образуются конгломераты воспалительных очагов на разных стадиях развития, имеет место наружное гноеистечение.

Лечение хронического рецидивирующего гидраденита – сложная задача. При рецидивирующем процессе и его хронизации применяют иммунотерапию (стафилококковые иммуноглобулин, анатоксин, антифагин, антистафилококковую гипериммунную плазму), иммунокорректоры (Т-активин и др.), лучевую терапию, хирургическую резекцию потовых желез пораженной области (1) с замещением дефекта кожи местными тканями или ее пересадкой.

Простое вскрытие гнойничков при лечении данной патологии часто даёт неудовлетворительные результаты с многократными (до 10 раз и более) рецидивами. При простом разрезе большинство гнойничков апокринных потовых желез, вовлеченных в единый патологический процесс, остаётся в стороне и продолжает развиваться, проявляясь в дальнейшем клинически [1].

Мы предлагаем оригинальный способ одномоментной операции по полному удалению основного очага гнойного воспаления с пластикой местными тканями при свищевых формах хронического гнойного гидраденита подмышечных областей.

Приводим описание нашей методики. В предоперационном периоде всем пациентам проводится УЗИ пораженного участка. Интраоперационно контрастируются свищевые ходы смесью растворов красителя (1% бриллиантового зеленого) и 3% перекисью водорода в соотношении 1:1. Этим достигается полное заполнение всех свищевых ходов с их визуализацией, что облегчает хирургическое вмешательство. Под общей или регионарной анестезией производят иссечение измененных участков двумя дугообразными разрезами, направленными в зависимости от локализации процесса от переднего к заднему углу или от медиального к латеральному углу подмышечной ямки на всю глубину поражения. Таким образом единым блоком в пределах здоровых

тканей удаляют все апокриновые потовые железы и пораженные окружающие ткани со свищевыми ходами данной области. После тщательной ревизии накладывают двурядные узловые швы: на подкожные структуры — атрауматическими иглами с рассасывающимися монофильными синтетическими лигатурами, на кожу — атрауматическими иглами с нерассасывающимися монофильными синтетическими лигатурами. Производят временную иммобилизацию верхней конечности. Кожные швы снимают на 7–8-й день после операции.

Преимуществами данной методики являются одномоментность, удаление гнойного очага единым блоком, первичная пластика местными тканями, отсутствие рецидивов, так как источник воспаления удаляют полностью, улучшение качества жизни пациентов, хороший косметический эффект, малый риск развития рубцов и контрактуры, сокращение сроков пребывания больного в стационаре и снижение затрат на лечение. Данным методом прооперировано 18 пациентов в возрасте от 17 до 38 лет (11 женщин и 7 мужчин). Они находились под наблюдением в течение 1,5 лет после хирургического вмешательства: осложнений и рецидивов заболевания не отмечалось ни в одном случае.

УДК 612.172.4: 612.176:616.132.2—007.271

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОГО АНАЛИЗА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ СТРЕСС-ПРОБЕ В ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Светлана Валерьевна Юрьева, Елена Борисовна Королева

Городская клиническая больница № 5 (главрач — О.Ю. Курахтанов), г. Нижний Новгород,
e-mail: elcor44@mail.ru

Реферат

Проведена оценка диагностических возможностей компьютерного анализа электрокардиограммы при стресс-пробе в выявлении стенозирующего атеросклероза коронарных артерий. Изучена информативность интегральных показателей ST/ЧСС-индекс, ST/ЧСС-наклон и ST/ЧСС-гистерезис в определении стенозирующего атеросклероза венечных артерий сердца в зависимости от пола. Компьютерный анализ ЭКГ при стресс-пробе с расчетом указанных показателей позволяет прогнозировать тяжесть поражения коронарного русла.

Ключевые слова: атеросклероз коронарных артерий, стресс-эхокардиография, компьютерный анализ электрокардиограммы.

Для оценки функционального резерва коронарного кровотока широко применяется проба с дозированной физической нагрузкой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии.— М.: Издательство Бином, 2008. — 720с.
2. Измайлов С.Г., Измайлов Г.А. Гнойно-воспалительные и некротические заболевания кожи и подкожной клетчатки. — Н. Новгород, 1999. — 144 с.
3. Хирургические инфекции: Практическое руководство/ Под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова. Изд. 2-е, перераб. и допол. — М.: Литтера, 2006. — 736 с.

Поступила 31.03.09.

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC FISTULOUS FORMS OF HYDRADENITIS AXILLARIS

K.A. Koreiba, S.V. Dobrokvashin, S.L. Dem'yanov

Summary

Considered were the main causes of chronic relapsing forms of hydradenitis. Proposed was an original method for the treatment of chronic fistulous forms of hydradenitis. 18 patients aged from 17 to 38 years were operated by using this technique with subsequent follow-up for 1.5 years. Complications and recurrences were not detected in any of the cases.

Keywords: fistulous form of hydradenitis, apocrine sweat glands, primary plastics, relapses.

Визуализация нарушений сократимости миокарда левого желудочка (ЛЖ), возникающих вследствие индуцированной ишемии, увеличивает диагностическую ценность стресс-тестов. В то же время даже при полном соблюдении методики чувствительность теста с физической нагрузкой составляет 45–68%, а специфичность — 50–90% [1, 2]. Стандартным электрокардиографическим (ЭКГ) признаком ишемии миокарда остается горизонтальная или косонисходящая депрессия сегмента ST на 1 мм и более, однако при этом не учитывается влияние тахикардии на изменение сегмента ST. Представляется физиологически обоснованным анализ интегральных показателей ST/ЧСС-индекс, ST/ЧСС-наклон и ST/ЧСС-гистерезис, корректирующих абсолютную величину снижения сегмента ST относительно ЧСС и позволяющих диагностировать ише-