

Подмышечный гидраденит (hidradenitis fossa axilaris)

В. Л. Ермолаев, Е. П. Шурыгина, В. Е. Барышев

Клиника хирургических болезней стоматологического факультета ГОУ ВПО «УГМА Росздрава», МУ «ЦГБ № 7» г. Екатеринбург

Axillary hydradenitis

V. L. Ermolaev, E. P. Shuryghina, V. L. Baryshev

Резюме

The authors have performed the comparative analysis of clinical and laboratory data, medical literature review and also their own axillary hydradenitis surgical treatment results in the city hospital. During the last ten years many aspects of etiology, symptoms and operation technique have changed. Previous routine operation methods are out of date. Nowadays active surgical tactics is necessary to achieve the best results and to minimize postoperational complications and disease recurrence. In our surgery department 125 patients with axillary hydradenitis were treated taking into consideration the type and character of the disease.

Key words: axillary hydradenitis, symptoms, operation tactics.

Summary

The authors have performed the comparative analysis of clinical and laboratory data, medical literature review and also their own axillary hydradenitis surgical treatment results in the city hospital. During the last ten years many aspects of etiology, symptoms and operation technique have changed. Previous routine operation methods are out of date. Nowadays active surgical tactics is necessary to achieve the best results and to minimize postoperational complications and disease recurrence. In our surgery department 125 patients with axillary hydradenitis were treated taking into consideration the type and character of the disease.

Key words: axillary hydradenitis, symptoms, operation tactics.

Введение

В. И. Стручков [1,2], С. Попкиров [3] используют в своих работах термин гидраденит, а Б. И. Альперович и М.М. Соловьев [4], — гидраденит. Подобные разночтения встречаются в литературе неоднократно. Мы полагаем, что правильно употреблять термин гидраденит от греческого *Hidros* — пот, *Adenus* — железа, *itis* — воспаление.

Гидраденит — гнойное воспаление апокриновых (потовых) желез. Они расположены по всей коже, но наибольшее их скопление в подмышечной ямке, коже половых органов, промежности, и ареолах молочных желез. Гидрадениты могут возникать везде, где расположены апокриновые железы, но чаще там, где их больше. Излюбленным местом является подмышечная впадина, так как здесь не только большое скопление потовых желез, но они имеют большие размеры и извилистый выводной проток [4-7]. В медицинском архиве нашей клиники имели место истории болезни исключительно с диагнозом: Острый гнойный гидраденит подмышечной локализации и не было

ни одного случая промежностной. Полагаем, что последние проходили под диагнозом парапроктит.

Возбудителем гидраденита в подавляющем большинстве случаев является *Staphylococcus aureus*. Инфекция проникает через выводные протоки потовых желез, реже лимфогенным или гематогенным путем [8, 9, 10]. Традиционно считалось, что несоблюдение личной гигиены, повышенная потливость, заболевания кожи (дерматит, экзема, опрелости, микротравмы) служат предрасполагающими моментами в развитии заболевания. В клетчатке, окружающей потовую железу, возникает воспалительный инфильтрат. Когда в процесс вовлекается строма и паренхима железы, наступает гнойное ее расплавление.

Мотивацией для написания статьи послужили следующие аргументы: в последние годы в литературе гидрадениту уделено исключительно мало внимания. По-видимому, хирурги полагают, что заболевание весьма банальное, не требующее каких-либо серьезных познаний и практических навыков. На своем опыте мы убедились, что это не так.

Цель работы — объективно и аргументировано представить современное видение этой проблемы, полагаясь на многолетний собственный опыт.

Ермолаев Василий Леонидович — профессор кафедры хирургических болезней № 3 УГМА, д. м. н.;

Шурыгина Елена Павловна — ассистент кафедры хирургических болезней УГМА, д. м. н.;

Барышев Валентин Егорович — зав. отделением хирургических инфекций МУ ЦГБ №7.

Материал и методы исследования

Для сравнительного анализа использованы источники литературы и истории болезни 125 пациентов, госпитализированных в отделение гнойной хирургической инфекции МУ «ЦГБ №7» с диагнозом: Острый гнойный подмышечный гидраденит. Были сформированы две группы. Группа первого периода 1999 год — 34 пациента, группа второго периода 2006–07 годы — 91 (47+44) больной, то есть за 7–8 лет прирост составил $33,5 \pm 4,5\%$. Удельный вес среди больных госпитализированных с гнойными заболеваниями мягких тканей составил $5,4\%$ и $8,6\%$ соответственно рассматриваемым периодам времени.

Группы рандомизированы по нозологии, социальному составу, полу, возрасту, локализации патологического процесса, его клиническим формам и другим значимым клинико-лабораторным параметрам. Для объективной оценки тяжести состояния больных помимо традиционных клинико-лабораторных параметров в работе была использована система SAPS-II (*Simplified Acute Physiological Score* — упрощенная шкала оценки острых функциональных изменений). Статистическая обработка данных выполнена с использованием методов вариационной статистики на персональном компьютере «Pentium 150» с использованием пакетов MS Office 7.0 pro.

Среди наших пациентов в обеих сравниваемых группах имело место явное преобладание лиц женского пола: в 2,4 и 2,1 раза, что полностью согласуется с литературными данными [1–3,10–14]. Средний возраст больных также оказался практически идентичным: $28,5 \pm 1,9$ и $30,9 \pm 1,3$ лет. Наивысший пик заболеваемости пришелся на возраст 15–20 лет, то есть на момент полового созревания, начало активного функционирования потовых желез и недостаточного пока умения молодых пациентов ухаживать за своими подмышечными областями. С 30 до 50 лет частота заболеваемости держится на стабильно невысоком уровне, а после 55 лет наблюдается лишь в единичных случаях. В обеих группах нами отмечено явное преобладание правосторонней локализации ($44,1\%$ и $52,7\%$ пациентов соответственно), в чем мы не усматриваем какой либо принципиальной клинической разницы.

Помимо этого, имело место существенное с $20,8\%$ до $13,2\%$ снижение частоты рецидивов заболевания, что не совпадает с литературными данными [1–3,10–14], в которых традиционно считается, что гидраденит имеет повышенную склонность к упорному рецидивированию. Считаю, что наша регрессивная статистика по рецидивам свидетельствует о смене рутинных методов лечения на более активную лечебную тактику.

Результаты исследования и их обсуждение

Несмотря на то, что временной интервал, разделяющий группы, всего лишь десяток лет мы смогли увидеть весьма существенные изменения в этиологии, клинике, тактике лечения.

Симптоматика заболевания существенных изменений не претерпела. Начало, как правило, знаменуется появлением чувства жжения в соответствующей подмышечной области (или в обеих одновременно), а затем в глубине кожи и поверхностной подкожной клетчатки появляется плотный болезненный узелок, достигающий постепенно размеров $1,5\text{--}2,0$ см в поперечнике. Сначала он покрыт неизменной кожей, а затем выступает над ней в виде припухлости (или припухлостей при вовлечении в процесс одновременно нескольких потовых желез) багрово-красного цвета, несколько вытянутой формы по направлению кожных складок. Вокруг первичного узла нередко появляются новые образования, эта картина послужила поводом для народного названия гидраденита — «сучье вымя». При вовлечении в процесс нескольких рядом расположенных желез развивается большой инфильтрат с неровной бугристой поверхностью, захватывающий всю подмышечную впадину. Поднятые руки становятся болезненными или даже невозможными из-за болей. При расплавлении инфильтрата появляются флюктуация и при прорыве гнойника через образующееся отверстие (или несколько отверстий) выделяется сливкообразный гной. Спонтанное заживление происходит с образованием рубца. Если сформировалась пиогенная капсула, может быть длительно незаживающий свищ [1–5,8–11,13,14].

Температура тела, как правило, субфебрильная или нормальная, на первых порах общее состояние больных существенно не страдает, что способствует запоздалому обращению больных за хирургической помощью. Среди врачей бытует мнение, что диагностика заболевания настолько банальна, что вполне можно ограничиться сбором жалоб, анамнезом, осмотром и пальпацией. Никаких дополнительных методов исследования обычно не используется, что порождает некоторую легкомысленность в поведении практических поликлинических врачей.

В плане дифференциальной диагностики необходимо иметь в виду фурункул, карбункул, неспецифический лимфаденит, туберкулез лимфатических узлов, лимфогрануломатоз, лимфосаркому [1, 6, 8, 11]. От фурункула гидраденит отличается поверхностной локализацией, отсутствием первичной фолликулярной пустулы и некротического стержня. От лимфаденита — более поверхностно расположенным инфильтратом. Любопытно, что дифференциальная диагностика гидраденита и

лимфаденита наиболее четко описана в работах, посвященных лимфадениту [12, 13].

При неблагоприятном течении гнойный процесс занимает всю подмышечную область — формируется подмышечная флегмона, которую мы рассматриваем как осложнение гидраденита, возникшего от неадекватного лечения. При затяжном течении процесса возможен переход гнойно-воспалительного процесса на лимфатические узлы подмышечной ямки и под большую грудную мышцу (субпекторальная флегмона), а также возникновение тромбофлебита *Vena Basilica* и даже сепсиса [7].

Длительное время считалось, что гидраденит возникает у лиц занятых тяжелым физическим трудом с повышенным потоотделением, а также у лиц плохо соблюдающих правила личной гигиены [1, 6, 8, 10-12]. На нашем материале вышеупомянутое утверждение не подтвердилось, наоборот наибольшее число заболевших наблюдалось среди служащих и ИТР, учащихся, студентов и артистов. Так, например, в первый период среди указанного контингента гидраденит составил 56,7%, а во второй — 55%. Это свидетельствует скорее о закономерности нежели, о тенденции. Более обстоятельный анализ предрасполагающих факторов показал, что пациенты вышеуказанных сословий наоборот уделяют чрезмерное внимание состоянию своих подмышечных областей и с этой целью активно используют дезодоранты, антиперспиранты, гигиенические присыпки, частое бритье волос или, что еще хуже, занимаются эпиляцией.

Особым образом выглядит и характер госпитализации. С направлением из поликлиники в первый период поступило 82,4%, во второй 41,8% пациентов. Наряду с этим, обнаружилось, что резко увеличилось количество больных, поступивших в стационар «самотеком»: с 14,7% до 52,7% пациентов соответственно по периодам. Рассчитывая этот показатель, мы исключили 31 пациента, обратившегося за помощью в праздничные и выходные дни. Единственным объяснением этим фактам мы видим в том, что многим пациентам проще обратиться за экстренной помощью в приемный покой больницы, нежели в хирургический кабинет поликлиники. Кстати, и по другим нозологиям гнойной хирургии мы отмечаем аналогичную закономерность.

Среднее время с момента заболевания до госпитализации в хирургический стационар в обеих группах было одинаковым $6,4 \pm 0,6$ дня, что указывает на сохранение в неизменном виде фактора поздней обращаемости. Это напрямую зависело от довольно распространенного среди наших больных самолечения (компрессы с подорожником, алоэ, различные физиотерапевтические аппараты для домаш-

него использования, выдавливание, бесконтрольное применение антибиотиков и т.д.) 8,8% и 10,9% соответственно по периодам. Продолжительность стационарного лечения составила соответственно $8,6 \pm 0,5$ и $8,3 \pm 0,5$ койко-дней при наличии медико-экономического стандарта в 12 койко-дней, что вполне приемлемо.

В связи с тем, что в подавляющем большинстве случаев в обеих группах наблюдались пациенты, поступившие в стационар в удовлетворительном состоянии (73,5% и 86,8% пациентов) мы усмотрели в этом факте некое проявление субъективизма. И перепроверили показатель степени тяжести пациентов с помощью шкалы SAPS-II. Опираясь на мнение проф. С. А. Шляпникова [15], как экспертную оценку, мы оценивали состояние больных, как удовлетворительное при количестве баллов по шкале SAPS-II 12 и меньше; средней тяжести — при сумме баллов от 13 до 15, к категории тяжелых отнесли больных с суммой баллов больше 16. В итоге оказалось, что удовлетворительное состояние имело место соответственно у 64,7% и 43,9% пациентов. Состояние средней тяжести — в 23,5% и 37,7% случаев, а тяжелое — у 11,8% и 18,7% больных. Явное увеличение доли пациентов в тяжелом состоянии было обусловлено тем, что больных с осложненными формами гидраденита во второй период было больше. В первый период зарегистрировано 4 (11,8%) пациента с осложнениями в виде местного распространения гнойного процесса (флегмона), а во второй — 17 (18,7%): 2 — с сепсисом, 4 — с вторичным гнойным лимфаденитом, 10 — с вторичной флегмоной аксилярной области, 1 — с субпекторальной флегмоной.

Разумеется, что все 125 пациентов были оперированы в экстренном порядке. Вид обезболивания весьма существенно изменился за эти годы: внутривенный наркоз с 74,7% увеличился до 85,3% случаев, а местная анестезия наоборот снизилась с 25,3% до 14,7% случаев. Считаем эти изменения положительными, указанное обстоятельство позволило обеспечить хирургам максимальную свободу действий и необходимую радикальность вмешательств, что может быть выполнено только в условиях стационара.

Объем хирургического пособия весьма существенно изменился: если в первом периоде доля простых традиционных разрезов и полноценной хирургической обработки гнойного очага (ХОГО) была соответственно 82,3% и 17,7%, то во втором периоде соотношение разрезов и ХОГО уже было 49,5% и 50,5% соответственно.

Завершалась операция всегда открытым дренированием с предварительным забором материала для бактериологического исследо-

вания. Последнее показало, что у подавляющего большинства пациентов (92,3%) стабильно высевался *St. aureus* и лишь в единичных случаях иная микрофлора. При назначении в первые дни эмпирической антибактериальной терапии использовали препараты активные в отношении грамположительной кокковой флоры (защищенные аминопенициллины, цефалоспорины II генерации). Однако, особо отмечаем, что при хирургическом лечении гидраденита наибольшую результативность приносит полноценная ХОГО.

В недавнем прошлом, при лечении гидраденита широко использовалась обработка кожи 2-3% раствором формалина и 5% раствор танина в спирте (в настоящее время не используются), местно применялись мазевые повязки на жировой основе, которые часто давали мацерацию кожи. В настоящее время мазь Вишневского и ихтиоловая мазь ни кем не используется. В нашем отделении применяется только мазь на основе полиэтиленгликоля.

Электорофорез с пенициллином, аутогемотерапия, соллюкс и прочие рутинные методы в настоящее время повсеместно оставлены. Целесообразно использование УФО [7, 8]. При рецидивирующих формах некоторые авторы используют аутовакцину а также поливитамины, полноценное калорийное питание [14]. Одним из эффективных методов лечения гидраденита, особенно при рецидивирующих формах, является рентгенотерапия [5,8], мы этот метод использовали в 2 случаях.

Еще раз обращаем внимание, что обычное традиционное вскрытие очага путем линейных небольших разрезов с последующим удалением гноя зачастую не приносит желаемого результата, так как большинство микроабсцессов, локализующихся в клетчатке, окружающих потовую железу, остаются нетронутыми и продолжают развиваться. В далеко зашедших случаях или при отсутствии адекватного дренирования имеется опасность развития субпекторальных флегмон. Следует соблюдать осторожность при вскрытии подмышечной фасции, непосредственно под ней лежит магистральный сосудисто-нервный пучок.

В. В. Грибенко и соавт. [6] при рецидивном течении заболевания, при наличии множественных послеоперационных рубцов и инфильтрации жировой клетчатки рекомендуют хирургическое лечение проводить в два этапа. При первом этапе под общим обезболиванием параллельно кожным складкам подмышечной ямки широко вскрывается гнойный очаг. Инфильтрированная подкожная клетчатка иссекается как при карбункуле, послеоперационное ведение раны открытое, использование антибиотиков обязательно. После купирования явлений ост-

рого гнойного процесса и перехода его во вторую фазу (появление грануляций) приступают к выполнению второго этапа оперативного лечения. Производят полное иссечение пораженной рубцовой измененной волосистой части кожи подмышечной области и эпифасциально расположенной подкожной клетчатки. Нам представляется такая тактика весьма убедительной, и мы применили ее в 2 случаях.

В раннем послеоперационном периоде необходимо создавать покой верхней конечности (подвешивающая повязка с небольшим отведением), ограничение активных движений. После ликвидации болевого синдрома наоборот целесообразно назначение активных движений с плавным нарастающей нагрузкой, поскольку это усиливает крово- и лимфообращение и способствует быстрее регенерации.

Итоги хирургического лечения мы оценивали тремя вариантами: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Под хорошими результатами подразумевали полную ликвидацию гнойного очага, заживление раны, восстановление функции конечности. Под удовлетворительными — неполное заживление гранулирующей раны, требующее амбулаторного долечивания, частичное ограничение функции. Неудовлетворительный результат — наличие осложнений, рецидивов и надобность повторной более радикальной хирургической обработки гнойного очага. По нашим данным результаты лечения оказались следующими: хорошие — 50% и 62,6% случаев по периодам, удовлетворительные — 33,3% и 25,3% соответственно, неудовлетворительные — 14,7% и 12,1% случаев.

На основании всего вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. В подавляющем большинстве случаев гидраденитом болеют лица молодого возраста, женского пола, представители средней прослойки населения, род деятельности которых не связан с тяжелой работой и повышенным потоотделением. Предрасполагающими факторами в настоящее время являются не пренебрежение правилами личной гигиены, а, наоборот, чрезмерное увлечение бритьем волос, использование дезодорантов, антиперспирантов, а также ручной и аппаратной эпиляции.

2. Нет никаких оснований считать гидраденит редко наблюдаемым и банальным заболеванием, поскольку, несмотря на улучшение условий жизни людей, имеется явная тенденция к увеличению частоты заболевания, протекающего с различными осложнениями и дающее рецидивы.

3. Хирургическая обработка гнойного очага (ХОГО) должна выполняться из достаточно полноценных доступов (нередко необходимо иссечение всего пакета гнойников вместе с ок-

ружающей клетчаткой), поскольку только такой подход позволяет получить наискорейшее подавление и ликвидацию гнойного воспаления и предупредить осложнения и рецидивы.

Литература

1. Стручков В. И. Гнойная хирургия. Руководство для врачей. М: Мед., 1967.
2. Стручков В. И. Гостищев В. К., Стручков Ю. В. Хирургическая инфекция: Рук-во для врачей. М: Мед., 1991.
3. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия. София: Мед и физ-ра, 1971.
4. Альперович Б. И., Соловьев М. М. Клиника и лечение гнойных заболеваний. Томск: изд-во Томского ун-та; 1986.
5. Гостищев В. К. Инфекции в хирургии: Руководство для врачей. М: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
6. Гриценко В. В., Игнатов Ю. Д., редакт. Амбулаторная хирургия. СПб.: Нева, 2002.
7. Ерохин И. А., Гельфанд Б. Р., Шляпников С. А. Хирургические инфекции: Руководство для врачей. СПб: Питер, 2003.
8. Минсклер О. Е., Москвитская М. А. О хирургическом лечении распространенной формы хронического гнойного гидраденита. Вестн.хир. 1980; 1(138): 78-82.
9. Курбангалеев С. М. Гнойная инфекция в хирургии. М: Мед., 1985.
10. Хромов Б. М. Острогойные хирургические заболевания. Л. Медгиз, 1958.
11. Романенко И. М., Кулага В. В., Афонин С. Л. Лечение кожных и венерических болезней: Руководство для врачей. М: Медицинское информ. агентство, 2006; 2.
12. Кольчег А. В., Кокорин К. В., Рутенберг Д. Г., Бутыко Е. Е., Бессонова Г.О. Особенности клиники и леч. подмышечных лимфаденитов. Амбул-я хир-я. 2003; 1(9): 49-51.
13. Кольчег А. В., Рутенберг Д.Г. Леч. персистирующих подмышечных лимфаденопатий в условиях амбулатории и стационара. Амбулаторная хир-я. 2005; 3(19): 21-24.
14. Тараско А. Д., Чельшева Г. М., Ковальчук Е. С., Хаббуллин А. М. Прим. аутовакцины при леч. рецидивирующих и затяжных гнойно-воспалительных процессов в подмышечной области. Амбулаторная хир-я. 2007; 4(28): 221-222.
15. Шляпников С. А. Фармакоэкономические аспекты некоторых методов лечения хирургической инфекции. Гедон Рихтер в СНГ, 2002; 2: 30-33.

Низкоинтенсивное лазерное излучение в комплексном лечении новорожденных с острым гематогенным остеомиелитом

А. С. Железнов, В. В. Паршиков, Г. Б. Батанов

Кафедра детской хирургии, ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава», г. Нижний Новгород.

Low-intensity laser therapy in complex treatment of the newborns acute hematogenous osteomyelitis

A. S. Zheleznov, V. V. Parshikov, G. B. Batanov

Nizhny Novgorod, Nizhegorodskaya state medical academy, sub-faculty of the pediatric surgery

Резюме

В целях доказательства эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) при лечении острого гематогенного остеомиелита и определения оптимальной схемы лечения исследованы 82 новорожденных.

Большим проведено клиническое обследование, общие, биохимические, иммунологические анализы крови, рентгенологическое и ультразвуковое исследования. Сделан сравнительный анализ эффективности лечения больных, получавших традиционное физиолечение и с применением НИЛИ на область очага воспаления.

Анализ результатов свидетельствует как о безопасности метода, так и о хорошем остеопротекторном и противовоспалительном эффекте низкоинтенсивной лазерной терапии у новорожденных.

Ключевые слова: низкоинтенсивная лазерная терапия, новорожденные, острый гематогенный остеомиелит.

Summary

In an effort to prove the efficiency of the low-intensity laser therapy (LILT) in acute hematogenous osteomyelitis (AGO) treatment and optimal treatment scheme definition, 82 newborns were observed.

All patients were evaluated, which include the physical examination, clinical, biochemical and immunological tests of blood, X-ray and ultrasonographic examination. A contrastive analysis of the therapy efficiency for children, taking traditional physiotherapy, and taking treatment with application of the LILT to the nidus area, was done.

The results analysis shows safety of this method, good osteoprotective and antiphlogistic effects of the LILT for newborns AGO.

Key words: Low-intensity laser therapy, newborns, acute hematogenous osteomyelitis.