



Рис. 1. Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника в боковой проекции до операции – определяется клиновидная деформация позвонка, кифотическая деформация позвоночника

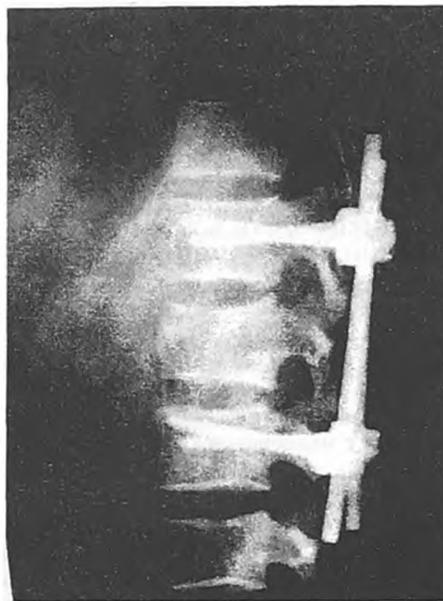


Рис. 2. Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника в боковой проекции после операции – полностью устранена локальная кифотическая деформация в позвоночных двигательных сегментах, восстановлена высота сломанного позвонка

После проведения рентгенографии поясничного отдела позвоночника поставлен диагноз: Закрытый компрессионный сгибательный нестабильный неосложненный перелом L2 (рисунок 1).

Больному произведена транспедикулярная фиксации позвоночника конструкцией «ОРФО» (рисунок 2).

Продолжительность операции – 1 час 30 мин. Кровопотеря – 150 мл. Через 5 суток после операции больной активизирован в реклинующем корсете. В срок 14 дней сняты швы. Выписан из стационара на 15 сутки после операции. Разрешено сидеть к 3 месяцам после операции. Достигнутым результатом больной доволен.

У одного пациента повторная травматизация поясничного отдела позвоночника при падении в состоянии алкогольного опьянения в срок 3 месяца после операции привела к повторному обращению в клинику. При проведении рентгенологического исследования выяснено, что конструкция стабильна, деформации позвоночного двигательного сегмента не выявлено.

Вывод

Таким образом, применение конструкции «ОРФО» в транспедикулярной фиксации позвоночника является эффективным способом коррекции деформации и удержания позвоночника в положении достигнутой коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Травматология и ортопедия: руководство для врачей [Текст] / Под ред. Н.В. Корнилова: В 4-х томах. – СПб: Гиппократ, 2004. – Т.1: Общие вопросы травматологии

и ортопедии [Текст] / Под ред. Н.В. Корнилова, Э.Г. Грязнухина. – СПб: Гиппократ, 2004. – 768с.

2. Корнилов Н.В. Повреждения позвоночника. Тактика хирургического лечения [Текст] / Н.В.Корнилов, В.Д.Усиков. – СПб, 2000. – 280 с.

Е.П. Шурыгина, В.Л. Ермолаев

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ПОДМЫШЕЧНОГО ГИДРАДЕНИТА

Уральская государственная медицинская академия

Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых (потовых) 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. [1,4,5]

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. Так, по материалам [7], заболеваемость гидраденитом в настоящее время возросла в 3,5 раза. По нашим данным, удельный вес острого гнойного гидраденита подмышечной области среди больных, госпитализированных с гнойными заболеваниями мягких тканей за последние десять лет, вырос с 5,4 до 8,6%.

Возбудителем гидраденита в подавляющем большинстве случаев является *Staphylococcus aureus*. Инфекция проникает через выводные протоки потовых желез, реже лимфогенным или гематогенным путем. В клетчатке, окружающей потовую железу, возникает воспалительный инфильтрат. Когда в процесс вовлекается строма и паренхима железы, наступает гнойное расплавление тканей, потовая железа разрушается [8,9].

Длительность развития единичного инфильтрата – 10-15 дней. Процесс часто приобретает подострый характер, нередко наблюдаются рецидивы болезни. При рецидивном течении через 2-4 недели вокруг сформировавшегося первичного рубца вновь возникают гиперемия, отек и выраженная болезненность, резко ограничивающая движение конечности. Теперь инфильтрат больше по площади, плотнее и распространяется глубже, может абсцедировать или перейти во флегмону. Значительно нарушается общее состояние больного. При флегмонозном варианте заболевания не исключено распространение гноя под поверхностную фасцию тела с поражением жировой клетчатки подмышечной ямки, существует также опасность субпекторальной флегмоны [1,2,7].

Цель исследования – выявить современные тенденции в клинике острого гнойного подмышечного гидраденита, обосновать преимущества радикальной хирургической обработки гнойного очага (ХОГО) перед традиционными разрезами, оптимизировать антибактериальную терапию.

Материалы и методы исследования. За последние три года (2006–2008) по поводу острого гнойного подмышечного гидраденита было прооперировано в поликлинике МУ «ЦГБ № 7» г. Екатеринбурга 442 пациента, в отделении гнойной хирургической инфекции – 116 человек. Соотношение амбулаторных и стационарных пациентов 4 к 1, это указывает на то, что подавляющее большинство больных может быть вполне успешно оперировано в поликлинических условиях (первичный эпизод гидраденита, одиночная форма, неосложненный вариант течения заболевания). И лишь четверть пациентов с рецидивными, множественными очагами или с осложненными формами острого гнойного подмышечного гидраденита направляются для оперативного лечения в стационар. В эту же группу входят больные, обратившиеся в больницу «самотеком» в ночное время или доставленные машиной скорой медицинской помощи. Весь дальнейший анализ нашего материала выполнен на стационарной группе больных, которые были разделены на две части: основная группа – 57 человек, им выполнено ХОГО, контрольная группа – 59 пациентов, объем оперативного вмешательства – линейные разрезы

Группы рандомизированы по нозологии, полу, возрасту, локализации патологического процесса, его клиническим формам и другим значимым клинко-лабораторным параметрам. В обеих рассматриваемых группах женщин было в 2 раза больше, чем мужчин. Возраст пациентов колебался от 15 до 60 лет, в среднем составляя $25,1 \pm 1,7$ лет и $27 \pm 1,5$ лет соответственно. Сопутствующая патология, отягчающая течение гнойной хирургической инфекции, выявлена у 24,6 и

20,3% пациентов соответственно группам. Длительность развития заболевания до момента госпитализации колебалась от 2 до 21 дня, в среднем составляя в обеих группах $6,3 \pm 0,6$ дней. В основной группе осложнения выявили у 20 (35,1%) пациентов: 2 сепсиса, 1 субпекторальная флегмона и 17 флегмон подмышечной области. В контрольной группе аналогичные осложнения выявлены у 23 (38,9%) пациентов: 1 подмышечный лимфаденит и 22 флегмоны подмышечной области. Тяжесть состояния пациентов оценивалась объективным способом: в удовлетворительном состоянии поступило 87,1% больных, в состоянии средней тяжести – 12,9% человек.

Для объективной оценки тяжести состояния больных с острым подмышечным гидраденитом в работе использована модифицированная система SAPS-II (Simplified Acute Physiologic Score – упрощенная шкала оценки острых функциональных изменений) [6]. Тяжесть состояния больного рассчитывалась нами по 11 основным параметрам: возраст пациента, частота сердечных сокращений, величина систолического давления, температура тела, суточный диурез, содержание мочевины, глюкозы и билирубина сыворотки крови, неврологический статус по шкале Глазго, наличие хронических сопутствующих заболеваний, вид госпитализации. Каждый показатель шкалы SAPS-II выражался в баллах. Для оценки состояния пациента количество баллов суммировалось, чем выше сумма баллов, тем тяжелее состояние больного. У наших больных она составляла $10,5 \pm 0,4$ баллов и $9,7 \pm 0,4$ баллов соответственно группам.

Для анализа фармакоэффективности послеоперационного лечения гидраденита использована методология ATC/DDD, предложенная в 1996 году ВОЗ в качестве международного стандарта при изучении потребления лекарственных средств. Эта методология позволяет получить реальные данные о потреблении лекарственных средств и сравнить их, в том числе при разных методиках лечения. DDD (стандартная дневная доза) определяет среднюю поддерживающую дневную дозу лекарственного средства при использовании по его основному назначению у взрослых и не является реально назначаемой средней суточной дозой. DDD устанавливается только для лекарственных средств имеющих присвоенный АТС (анатомо-терапевтическо-химической классификации лекарственных средств) код [10].

Статистическая обработка полученных данных производилась на персональном компьютере с применением пакетов MS Office 7.0 pro. Использованы методы описательной статистики с определением среднего значения и ошибки средней. Для оценки достоверности различий между средними величинами применен критерий Стьюдента (t), для сравнения относительных величин, выраженных в процентах, использовали критерий χ^2 . В работе принят уровень значимости равный 0,05, получивший наибольшее распространение в медицине [3].

Результаты исследования и их обсуждение. В подавляющем большинстве гидраденитом болеют женщины (69,9% случаев). Пик заболеваемости приходится на период гормональной половой активности

15-25 лет (40,5% больных). По социальному составу преобладают представители средней прослойки населения, род деятельности у которых не связан с тяжелым физическим трудом (79,3% человек). В большинстве случаев пациенты выполняют правила личной гигиены (бритье волос, дезодоранты, гигиенические присыпки, а также часто используют антиперспиранты, ручную и аппаратную эпиляцию).

В амбулаторных условиях попытка хирургического лечения была предпринята у 14 (12,1%) из 116 больных. Все операции в поликлинике выполнялись под местной инфльтрационной анестезией. В результате использования неадекватных способов обезболивания не удавалось выполнить вмешательства в достаточном объеме. Разрезы в подмышечной области выполнялись слишком маленькие, типа копьевидных проколов. Хирург не мог добиться желаемого результата, и больные были направлены в стационар.

При поступлении все больные оперированы по экстренным показаниям.

Общее обезболивание (внутривенный наркоз) применен в 44 (77,2%) случаях в основной группе и у 33 (55,9%) человек в контрольной группе; местная анестезия раствором лидокаина – у 13 (22,8%) и 26 (44,1%) больных по группам. (разница статистически достоверна $p < 0,05$) Очевидно, что применение внутривенного наркоза является обезболиванием выбора для проведения ХОГО, указанное обстоятельство позволило обеспечить хирургам максимальную свободу действий и необходимую радикальность вмешательств, что в настоящее время может быть выполнено только в условиях стационара.

В контрольной группе выполнялись продольные линейные разрезы гнойников по направлению кожных складок. По нашему убеждению, заживление при этом происходит только данного участка, и к тому же вокруг очага имеются все условия для возникновения гнойной инфильтрации, формирования микроабсцессов. Выделение гноя из вскрытых очагов вызывает обсеменение, появление новых очагов. Процесс прогрессирует, принимая затяжной характер, причиняя больному большие страдания.

Мы, таким образом, убедились, что лучшим способом лечения гидраденитов является радикальное оперативное иссечение всех очагов воспаления. В основной группе объем оперативного вмешательства складывался из хирургической обработки гнойного очага (ХОГО): двумя окаймляющими сходящимися разрезами иссекали гнойный очаг, рану растягивали крючками, полностью удаляли всю инфильтрированную клетчатку путем тщательной препаровки, образовавшуюся рану оставляли открытой. Операция иногда получалась довольно большая и кропотливая, но результаты ее очень хорошие: при первой перевязке рана оказывается практически чистой и в несколько дней заживает тонким рубцом.

Завершалась операция всегда открытым дренированием с предварительным забором материала для бактериологического исследования. Последнее показало, что у подавляющего большинства пациентов (92,3%) стабильно высевался *St. aureus* и лишь в единичных случаях иная микрофлора.

В послеоперационном периоде следует осуществлять перевязки через день с мазями на гидрофильной основе (Левомекаль, Бансоцин), ферментсодержащими препаратами (ируксол, Унипласт с трипсином) и вульнеосорбентами (Тиелле).

Продолжительность стационарного лечения составила $6,9 \pm 0,4$ койко-дней в основной группе и $8,8 \pm 0,6$ сут в контрольной (разница статистически достоверна $p < 0,05$). При наличии медико-экономического стандарта в 12 койко-дней, это вполне приемлемо.

Учитывая, что острый гнойный подмышечный гидраденит является ограниченным гнойным заболеванием, после ХОГО нет необходимости в назначении антибактериальной терапии, рекомендуемой в помощь простым разрезам. Такая тактика хирургического лечения применена у 9 (15,8%) больных основной группы и ни разу в контрольной. Показанием к антибактериальной терапии у больных с гнойным гидраденитом является наличие синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), таких больных было в основной группе 13 (22,8%), в контрольной группе – 2 (3,4%).

При назначении в первые дни эмпирической антибактериальной терапии использовали препараты, активные в отношении грамположительной кокковой флоры. Защищенные аминопенициллины применены у 4 (7,1%) и 5 (8,5%) пациентов соответственно группам. Цефалоспорины I-II генерации назначены 16 (28,1%) и 13 (22,1%) больным по группам. Фторхинолоны (ципрофлоксацин) использованы у 19 (33,3%) и 36 (63,2%) человек. Длительность антибиотикотерапии составляла по группам $5,9 \pm 0,3$ и $6,2 \pm 0,2$ суток.

Проведен сравнительный анализ потребления антибиотиков в послеоперационном периоде при разных методиках хирургического лечения гидраденита с использованием методологии АТС/DDD. Стандартная суточная доза антибиотиков на одного больного в основной группе составила $10,7 \pm 0,9$, а в контрольной группе – $14,0 \pm 0,8$ доз (разница статистически достоверна $p < 0,05$). Получены данные о потреблении обезболивающих и противовоспалительных лекарственных средств у больных острым гнойным подмышечным гидраденитом. В основной группе DDD (единица измерения потребления лекарственного средства) составила $5,6 \pm 0,8$ на одного больного, а в контрольной – $8,2 \pm 0,8$ (разница статистически достоверна $p < 0,05$). Таким образом, лекарственная нагрузка на больного гидраденитом значительно меньше при применении ХОГО.

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 – 24,6 и 18,7 % случаев по группам, удовлетворительные – 70,2 и 61% соответствен-

но, неудовлетворительные -- 5,2 и 20,3% случаев (разница статистически достоверна $p < 0,05$).

Выводы

1. Гидраденит – заболевание молодого возраста, женского пола, 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. Операцией выбора при современном хирургическом лечении осложненного подмышечного гидраденита является хирургическая обработка гнойного очага (ХОГО), которая должна начинаться с окаймляющих разрезов, сопровождаться полным удалением как самого гнойного очага (очагов), так и всей вовлеченной в процесс клетчатки. Осуществлено это может быть только под общим обезболиванием. Линейное хирургическое вскрытие очага и удаление гноя не приносит желаемых результатов, операцию нельзя сводить лишь к инцизии и эвакуации гноя.

3. Современная радикальная операция ХОГО позволяет свести к минимуму использование антибактериальных средств и противовоспалительных препаратов, особенно если исходно у пациента не было синдрома системного воспалительного ответа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б.И., Соловьев М.М. Клиника и лечение гнойных заболеваний. – Томск: изд. Томск. ун-та, 1986. – С. 45-49.
2. Войно-Ясенецкий В.Ф. (Архиепископ Лука) Очерки гнойной хирургии. – М.-СПб.: БИНОМ, Невский Диалект, 2000. – С. 170-171.
3. Гельман В.Я. Медицинская информатика. – СПб: Питер, 2002. – С. 155-161.
4. Гостищев В.К. Инфекция в хирургии: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 129-131.
5. Ерюхин И.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. Руководство. – СПб: Литтерра, 2006. – С. 390-391.
6. Звягин А.А., Слепнев С.Ю., Курочкина А.И. Оценка тяжести состояния больных с хирургической инфекцией // Анестезиология и реаниматология. – 2002. – № 3. – С. 64-67.
7. Кобычев А.В. Гнойно-воспалительные заболевания верхних конечностей. – СПб: Невский диалект, 2002. – С. 318-321.
8. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия. – София: Медицина и физкультура, 1977. – С. 162-163.
9. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. Хирургическая инфекция. – М.: Медицина, 1991. – С. 142-143.
10. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) index with Defined Daily Doses (DDDs). WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Oslo, Norway January 2002. (www.whocc.no/atcddd/).

*В.Н. Журавлев, Д.В. Семаков,
А.А. Качмазов, Л.В. Бойцун*

К ВОПРОСУ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРОСТАТЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Уральская государственная медицинская академия, Урологическое отделение консультативно-диагностической поликлиники Свердловской ОКБ № 1

Среди наиболее распространенных форм злокачественных новообразований у мужчин рак предстательной железы (РПЖ) является одной из лидирующих, занимая третье место после рака легких и желудка. В настоящее время отмечается быстрый рост заболеваемости РПЖ, достигающий 3% за год. Важно отметить, что за последние годы увеличилась и смертность от рака простаты. Так, в 1997 году общее число лиц, заболевших раком, в мире составило 92 млн. человек, из них РПЖ – 460 тыс. (то есть 0,5%). Причем из 62 млн. лиц, умерших от онкологических заболеваний, 235 тысяч (то есть 0,38%) страдали РПЖ. Эти данные позволяют прогнозировать удвоение числа случаев РПЖ к 2030 году.

К концу второго тысячелетия данное заболевание стало серьезной социальной и экономической проблемой. В ряде стран ЕС (Дании, Ирландии, Швеции) стандартизированный показатель смертности достиг 18-20,5 человек на 100 тыс. мужчин. Учет заболеваемости РПЖ в России ведется с 1989 г., когда это заболевание было выделено в отчетных формах онкодиспансеров. Среди онкоурологических локализаций РПЖ составляет 31,5%, а по темпам прироста в структуре онкоурологической патологии занимает второе место (по данным Б.П. Матвеева, 2003).

Увеличение заболеваемости РПЖ в конце XX века многие специалисты склонны связывать с широким внедрением в повседневную практику диагностики современных методов и технологий. Однако, несмотря на широкое применение разнообразных методов диагностики РПЖ, проблема выявления ранних стадий заболевания остается актуальной, и даже при использовании современных методов и технологий диагностики локализованные формы РПЖ составляют 38-44%. По материалам зарубежных и отечественных исследований, 2/3 опухолей предстательной железы являются локально распространенными или генерализованными.

В России, по данным Б.П. Матвеева (1999), 70% больных РПЖ обращаются за медицинской помощью уже в третьей-четвертой стадии заболевания. Эти сведения определяют настоятельную необходимость оптимизации диагностического процесса на догоспитальном – амбулаторно-поликлиническом – этапе. Принимая во внимание актуальность ранней диагностики РПЖ, в 2004-2005 гг. в Свердловской области, как ответ на набирающую обороты проблему, была разработана и внедрена губернаторская программа «Урологическое здоровье мужчины». Главная цель этой программы заключается в ранней диагностике онкоурологических заболеваний, в том числе РПЖ. В поликлиниках различных городов Свердловской области (Первоуральске, Красноуфимске, Нижнем Тагиле