

ЛЕЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОМ НЕКОТОРЫХ ПИОДЕРМИТОВ

Кандидат медицинских наук Л. И. БОГДАНОВИЧ

Из кафедры кожных и венерических болезней (заведующий — профессор А. И. Картамышев) Центрального института усовершенствования врачей (директор В. П. Лебедева)

В зарубежной литературе имеются единичные сообщения об успешном применении ультразвука при лечении фурункулов, карбункулов и гидраденитов. По данным Функа и Демелла, при лечении ультразвуком гидраденитов и фурункулов успех отмечался и у тех больных, у которых рентгенотерапия была неэффективной. Лейдел сообщает о хороших результатах лечения упорно рецидивирующего гидраденита. Однако, по их мнению, лечение ультразвуком не предупреждает появления новых пиодермитов. Это привело некоторых авторов к выводу о нецелесообразности применения ультразвука при фурункулезе (Пецольт) и даже при гидрадените (Фукс и Бухтала). Маэр, Функ и Деммель и др. при рецидивирующих процессах (фурункулезе и гидрадените) рекомендуют сочетать ультразвук с пенициллинотерапией.

У нас лечился 21 больной гидраденитом. Возраст — от 19 до 63 лет. Давность заболевания — от двух дней до двух лет. 14 больным лечение проводилось амбулаторно, 7 — в условиях стационара. Кроме ультразвуковых процедур, каких-либо других лечебных мероприятий не применялось.

Методика. Узлы гидраденитов озвучивались непрерывным ультразвуком, при прямом контакте (контактная среда — вазелиновое масло), чаще всего лабильно, частотой 1000 кГц, интенсивностью 2 Вт/см², в течение 5—30 минут, в зависимости от количества узлов. В среднем каждый узел озвучивался 3—4 минуты. При наличии большого количества абсцессов озвучивалась вся подмышечная впадина в течение 15 минут. Сеансы проводились ежедневно, количество их колебалось от 4 до 15, среднее—8.

В результате лечения у 19 больных наступило полное клиническое излечение, у двух больных — значительное улучшение. После первого сеанса почти все больные отмечали значительное уменьшение болей. Полное исчезновение их наступало после 2—5 сеансов. Быстро уменьшались воспалительные явления: отечность кожи в подмышечной впадине исчезала, узлы уменьшались в размерах, становились более плоскими, а в дальнейшем полностью рассасывались; на месте узлов оставалась небольшая пигментация, в части случаев — небольшое безболезненное уплотнение кожи, без каких-либо признаков воспаления. Иногда же узлы становились мягче, подвергались центральному распаду, вскрывались, на месте некроза оставался небольшой рубчик.

Следует отметить, что 9 больным (рецидивирующий гидраденит) до лечения ультразвуком применялась различная терапия (пенициллин, УВЧ, ультрафиолетовые лучи, аутогемотерапия, ихтиол), которая оказалась малоэффективной. Ультразвуковая терапия у этих больных привела к полному клиническому излечению, в среднем после 9 сеансов.

Приводится одно наблюдение.

Я — ва, 36 лет. Диагноз — двухсторонний рецидивирующий гидраденит. Больна 2 года. Лечилась ультрафиолетовыми лучами, УВЧ, аутогемотерапией, пенициллином, синтомицином, местно — ихтиолом и мазью Вишневского с кратковременным улучшением. В обеих подмышечных впадинах имеется семь островоспалительных узлов красновато-синюшного цвета, плотных, величиной до сливы. Функция верхних конечностей резко нарушена из-за сильной болезненности.

Лечение ультразвуком проводилось амбулаторно. Каждая подмышечная впадина озвучивалась в течение 10 минут ежедневно. После 10 сеансов воспалительные узлы рассосались без вскрытия. Самочувствие больной стало хорошим, трудоспособность восстановилась. Находится под наблюдением 10 месяцев, за это время рецидива не было.

Из 16 прослеженных больных до 10 месяцев рецидив наступил у двух, что позволяет рекомендовать широкое применение ультразвука в качестве одного из весьма эффективных методов лечения больных гидраденитом (в том числе и рецидивирующим гидраденитом) как в стационаре, так и амбулаторно.

В объяснении терапевтического эффекта ультразвука при лечении гидраденитов до настоящего времени нет четкого мнения. Предположение о том, что ультразвук вызывает разрушение микробов в воспалительных очагах отвергнуто экспериментальными исследованиями Пецольда. Мы представляем эффект ультразвука следующим образом. Вызывая уменьшение кислотности в воспаленной ткани, усиливая кровообращение и нормализуя тканевый обмен, ультразвук уменьшает воспалительную реакцию, ускоряет рассасывание инфильтрата и повышает сопротивляемость ткани и инфекции. Кроме того, он обладает обезболивающим действием. Мы лечили 8 больных, страдающих отдельными фурункулами, с давностью заболевания от 2 дней до 1 месяца.

Методика лечения фурункулов в области туловища — та же, что при лечении гидраденитов. Сеансы проводились ежедневно. Характерным было резкое уменьшение или исчезновение болезненности после 1—2 сеансов. Фурункулы в процессе регрессирования либо вскрывались, либо рассасывались без вскрытия. В результате лечения после 5 сеансов у 7 больных было отмечено клиническое излечение, у одного — почти полное излечение (больная уехала в командировку). Наиболее хорошие результаты были отмечены при лечении фурункулов в области лица.

Таким образом, по нашим данным, ультразвуковая терапия больных фурункулами по своей эффективности является примерно равноценной другим методам лечения. Фурункулы в области лица особенно успешно поддаются лечению ультразвуком высокой частоты (3000 кгц) и небольшой интенсивности (0,2—0,4 вт/см²).

Кроме того, под нашим наблюдением, находились два больных хронической язвенной пиодермией, применение ультразвуковой терапии у них эффекта не дало.

Следовательно, мы можем рекомендовать ультразвуковую терапию в качестве эффективного метода лечения больных гидраденитом и фурункулами.
