

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ГНОЙНО–ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ

В.В. Кравец, В.П. Кравец

Сумский государственный университет, г. Сумы

Проведен анализ комплексного лечения 759 больных с острыми гнойно–воспалительными заболеваниями пальцев и кисти. Обобщён опыт применения методик лечения данной патологии и даны практические рекомендации врачам.

ВВЕДЕНИЕ

Острые гнойно–воспалительные заболевания пальцев и кисти и по сей день являются одной из актуальных проблем современной гнойной хирургии. По данным ряда авторов, больные с острыми гнойными процессами пальцев и кисти составляют 20–30% всех амбулаторных посещений с гнойными заболеваниями в поликлинике. С панарицием и флегмонами кисти связано снижение трудоспособности у 8–10% работников физического труда [1,2].

Неблагоприятные исходы лечения, сравнительно стабильные, не имеющие тенденции к снижению показатели временной потери трудоспособности в последние 15–20 лет поднимают ещё большую актуальность этой проблемы [3,4,5].

При лечении хирургической патологии пальцев и кисти необходимо восстановить не только анатомическую целостность, но и тонкую функцию органа [6].

Отсутствие данных литературы и рациональных схем комплексного лечения гнойных процессов пальцев и кисти, а также значительные материальные затраты, связанные с временной утратой трудоспособности, делают профилактику и лечение данного заболевания не только медицинской, но и социально важной проблемой.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести анализ и обобщить опыт комплексного лечения острых гнойно–воспалительных заболеваний пальцев и кисти, изучить причины развития панариция и флегмон кисти у населения.

РЕЗУЛЬТАТЫ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 759 больных с острыми гнойно–воспалительными заболеваниями пальцев и кисти. Из них у 543 лиц был поставлен диагноз панариций, что составляет 71,5%, а у 216 (28,5%) пациентов диагностировали другие гнойные заболевания кисти (табл. 1).

Наиболее часто у больных регистрировали подкожный панариций (250 чел.), что составило 32,9%. Следует отметить, что у значительной части пациентов наблюдали костный (64 чел.; 8,5%), сухожильный (63 чел.; 8,3%) и кожный (61 чел.; 8,0%) панариций; кожный абсцесс ладони (47 чел.; 6,2%), межпальцевую флегмону кисти (35 чел.; 4,6%).

Наиболее часто заболевания регистрировали у лиц 20–59 лет (85,3%). Гнойно–воспалительные процессы на правой кисти локализовались у 478 (63%) больных, на левой – у 281 (37%). Панариций диагностировали на I пальце – у 87 (16%), II – 234 (42,7%), III – 153 (28,2%), IV – 53 (9,8%), V – 18 (3,3%).

Поверхностные формы регистрировали у 165 (92,5%) пациентов, глубокие – 13 (7,5%). Фурункул обнаруживали у 25 (3,2%) случаях, карбункул – у 13 (1,7%).

В зависимости от сезона года заболеваемость населения имела неодинаковый уровень. Увеличение количества гнойных поражений пальцев и кисти наблюдали в осенний (230 чел.; 30,3%) и весенний (280 чел.; 27,4%) периоды. Их количество уменьшалось в летний (169 чел.; 22,3%) и зимний (152 чел.; 20,0%) периоды.

Таблица 1– Заболеваемость острыми гнойно–воспалительными заболеваниями пальцев и кисти

Нозологические единицы	Количество больных, находившихся под наблюдением	
	абсолютное число	процент
Кожный панариций	61	8,0
Паронихия	37	5,0
Околоногтевой панариций	17	2,2
Подногтевой панариций	24	3,2
Подкожный панариций	250	32,9
Сухожильный панариций	63	8,3
Костный панариций	64	8,5
Суставной панариций	14	1,8
Пандактилит	13	1,7
Кожный абсцесс ладони	47	6,2
Межпальцевая флегмона	35	4,6
Надапоневротическая флегмона ладони	24	3,2
Подапоневротическая флегмона ладони	13	1,7
Флегмона пространства мышц возвышения I пальца	26	3,4
Флегмона пространства мышц возвышения V пальца	10	1,3
Флегмона тыла кисти	23	3,0
Фурункул	25	3,3
Карбункул	13	1,7
Всего	759	100,0

Этиологическим фактором у 572 больных панарицием и другими гнойными заболеваниями пальцев и кисти явились различные микротравмы. На производстве микротравмы получили 375 (65,5%) лиц, травмировались в быту – 197 (34,5%). Заболеванью предшествовали колотые (205 чел.; 35,8%), ушибленные (146 чел.; 25,5%), резаные (71 чел.; 12,4%) раны, трещины и сухость кожи (14 чел.; 1,7%), мозоли и намины (47 чел.; 6,2%), заусеницы (23 чел.; 3,0%). У 49 (6,4%) лиц причину заболевания установить не удалось.

За медицинской помощью в первые трое суток с момента заболевания обратились 570 (75%) человек, в течение 4–6 суток – 152 (20%) лиц, свыше 6 суток – 38 (5%).

Клинические местные признаки острых гнойных процессов рук проявлялись болью, выраженным отёком мягких тканей, гиперемией кожи, флюктуацией, лимфаденитом и лимфангоитом. Температура тела повышалась у больных в пределах 37,1 – 39° С.

Лечение больных с гнойно–воспалительными процессами пальцев и кисти проводили строго соблюдая стадии гнойно–воспалительного процесса. В первой группе 297 (62,8%) больных лечили в амбулаторных условиях, 176 (37,2%) лиц – в стационаре. Во второй группе 224 (78,4%) больных лечили в поликлинике, а 62 (21,6%) – в стационаре.

Пациентам первой группы применяли общепринятое лечение. Всем больным второй группы в комплексное лечение включали декамтоксин или лекарственные средства, содержащие этот препарат (табл. 2).

Таблица 2 – Характеристика заболеваемости острыми гнойно–воспалительными процессами пальцев и кисти

Диагноз	I группа больных		II группа больных	
	абс. число	процент	абс. число	процент
Кожный панариций	41	8,7	20	7,0
Паронихия	20	4,3	17	6,0
Околоногтевой панариций	8	1,7	9	3,2
Подногтевой панариций	12	2,5	12	4,2
Подкожный панариций	140	29,6	110	38,5
Сухожильный панариций	55	11,6	8	2,8
Костный панариций	49	10,4	15	5,2
Суставной панариций	11	2,3	3	1,0
Пандактилит	11	2,3	2	0,6
Кожный абсцесс ладони	26	5,5	21	7,3
Межпальцевая флегмона	19	4,0	16	5,6
Надапоневротическая флегмона ладони	12	2,5	12	4,2
Подапоневротическая флегмона ладони	9	1,9	4	1,4
Флегмона пространства мышц возвышения I пальца	13	2,8	13	4,6
Флегмона пространства мышц возвышения V пальца	6	1,3	4	1,4
Флегмона тыла кисти	11	2,3	12	4,2
Фурункул	19	4,0	6	2,1
Карбункул	11	2,3	2	0,7
Всего	473	100,0	286	100,0

Из 759 больных консервативное лечение в серозно–инфильтративной стадии проведено 23(3%) лицам с поверхностными формами панариция и фурункулами пальцев и кисти. В первой группе лечили 12 пациентов, во второй – 11. После проведенного консервативного лечения все больные второй группы выздоровели. Средний срок лечения составил $(3,26 \pm 0,25)$ дня каждого случая. Из 12 лиц первой группы 3 пациентам выполнено хирургическое вмешательство. Средние сроки лечения оказались более длительными $(4,90 \pm 0,56)$ дня.

В комплексном лечении больным второй группы в фазе серозной инфильтрации применяли внутривенно под жгутом введение антибиотиков широкого спектра действия. Внутривенный ретроградный метод прост и доступен к применению у больных. Для выполнения введения накладывали манжету аппарата для измерения артериального давления на среднюю треть плеча больной руки. Давление в манжете поддерживали на 15–20 мм рт. ст. выше систолического. В области локтевого изгиба или тыльной поверхности кисти производили пункцию вены. Из последней брали 10 мл крови, а затем, не вынимая иглы, медленно вводили раствор антибиотика. Манжету на плече оставляли на 25–30 минут. Такая методика даёт возможность снизить давление в венах предплечья, и больные легче переносят процедуру. Осложнений после снятия манжеты не наблюдали. Антибиотики вводили 1–2 раза в сутки в течение 2–4 дней. Внутривенное введение антибиотиков под жгутом, а также применение ванночек с 0,025% раствором декаметоксина, подогретого до 37–38°С, способствовали за сравнительно короткое время получению эффекта лечения и благоприятным исходам заболевания.

Всего оперировали 739 (97,3%) больных с панарицием и другими гнойными заболеваниями кисти. Из них в первой группе оперативное лечение проведено 464 (98,0%) лицам, во второй группе – 275 (96,1%). Выбор рационального разреза имел важное значение. Длина разреза зависела от локализации гнойного очага. При околоногтевом панариции с переходом воспалительного процесса с околоногтевого

валика на угол ногтевого валика выполнено иссечение околоногтевого валика вместе с прилегающим ногтевым валиком полуовальным разрезом. Расположение гнойного очага у края ногтевой пластинки потребовало проведения бокового разреза. Такие разрезы обеспечивали хороший отток гноя из ран и способствовали быстрому заживлению.

Оперативное вмешательство при подногтевых панарициях зависело от локализации гнойного очага. При расположении гнойного процесса у свободного края ногтевой пластинки, когда корень ногтя не вовлечён в воспалительный процесс, делали клиновидную резекцию её от свободного края над очагом. Если гнойный процесс диагностировали под ногтевой пластинкой в центре, производили трепанацию ногтя. Аналогичной тактики придерживались при локализации подногтевого панариция у основания ногтя с отслойкой ногтевой пластинки. Полное удаление ногтевой пластинки сделано 5 больным.

При подкожном панариции выбор разреза является важным моментом в лечении больных, так как даже небольшие разрезы на ладонной поверхности оставляют после себя рубцы, нарушающие функцию пальца, особенно ногтевых фаланг. Если гнойный очаг локализовался на ладонной поверхности концевой фаланги, применяли односторонний, с соответствующей стороны, среднебоковой разрез, а при поражении обеих сторон пальца возникла необходимость в двухсторонних средне-боковых разрезах. Ключкообразный разрез применяли при локализации подкожного панариция сбоку от ногтя. При гнойном поражении тыльной поверхности пальца пользовались тыльно-боковыми разрезами.

В 56 случаях костного панариция применяли среднебоковой или ключкообразный разрез, иссекали некротически-изменённую ткань и удаляли свободнолежащие секвестры. Сама кость каким-либо манипуляциям не подвергалась. Щадили максимально эпифизарный регенерат. У 3 больных возникла необходимость произвести ампутацию концевой фаланги в связи с тотальным расплавлением костной ткани.

При суставном панариции применяли среднебоковые, Г-образные разрезы. В 8 случаях приходилось делать атипичное оперативное вмешательство в связи с тем, что причиной развития гнойного процесса в суставе явились осложнения других форм панариция. Тщательно иссекали некротические ткани, удаляли секвестры. Для вскрытия сухожильного панариция пользовались среднебоковыми разрезами вдоль бокового отдела пальца, посередине между ладонным и тыльным его отделами. Если поражалось сухожильное влагалище II, III, IV пальцев, дополнительно делали разрез между окопальцевыми возвышениями кожи дистального отдела ладони для вскрытия проксимального заворота синовиального влагалища, затем стенку последнего пресекали продольным разрезом. Такие разрезы создавали хорошие условия для дренирования сухожильного влагалища и боковых пазух.

Двухсторонние среднебоковые разрезы через весь палец проводили больным с пандактилитом. Оперативные вмешательства 5 лицам выполнялись по 2–3 раза в связи с прогрессированием процесса.

Дренирование раны проводили в течение всей фазы воспаления (3–7 дней). Группе больных (20 случаев) применяли в послеоперационном периоде проточное дренирование раны 0,025% раствором декаметоксина в течение 2–3 часов 1–2 раза в сутки. Гипсовая иммобилизация была обязательной при глубоких формах панариция и глубоких флегмонах кисти. В остальных случаях иммобилизацию применяли по показаниям.

Во второй группе больных все раны после вскрытия гнойного очага промывали 0,025% раствором декаметоксина, приготовленного на 3–3,2% растворе хлорида натрия. Перед применением раствор подогрели до температуры 37–38°C. Осмотическое давление приготовленного раствора равнялось 23,798 атм. Осмотическое давление в тканях соответствовало 8 атм, в результате значительной

разницы в давлении возникал так называемый "осмотический скачок", что способствовало очищению раны от микробов.

51 больному в полость гнойника вводили многокомпонентную мазь на гидрофильной основе с декаметоксином. Состав мази: метилурацил – 4,0; тримекаин – 3,0; декаметоксин – 0,1; полиэтиленгликоль 400 – 76,0; дистиллированная вода до 100,0. Мазь обладает высокой осмотической активностью, антимикробным, обезболивающим и некролитическим действием. Мазь плавится при температуре 37°C. Мазь в течение нескольких дней ликвидировала воспалительную реакцию и обеспечивала очищение раны от гнойно–некротических масс. Перевязки делали 1–2 раза в сутки. Побочных явлений не отмечали. Сроки лечения этих больных в фазе воспаления сократились почти в два раза.

В фазе регенерации раневого процесса больным назначали пенообразующие аэрозоли, мазь на вазелинланолиновой основе с антибиотиками, индифферентные мази, облепиховое масло, метилурациловую мазь, сок и масло шиповника и др.

Широко использовались физметоды лечения, лечебная физкультура и механотерапия.

ВЫВОДЫ

1 Развитие гнойно–воспалительных процессов кисти происходит вследствие микротравм (75,7%), мозолей и наминов (6,2%), заусениц (3,0%), трещин и сухости кожи (1,7%).

2 Использование в комплексном лечении новых антисептических составов, содержащих декаметоксин, позволило добиться сокращения средних сроков лечения больных.

3 Применение декаметоксина для лечения гнойно–воспалительных заболеваний рук характеризуется высокой эффективностью, что позволяет рекомендовать его для назначения при данной патологии.

SUMMARY

It's set out the results of treatment of 759 patients with acute pyoinflammatory diseases of fingers and hands. As a result of application of the antiseptic decamethoxin in composite treatment of the patients the reduction of average treatment terms was achieved and successful outcome for 96,5% of patients was guaranteed. That gives the opportunity to recommend this medication for prescription in case of pyoinflammatory diseases.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Усольцева Е.В. Универсальный орган – кисть. – Москва: Знание, 1989. – 64с.
2. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. – Л.: Медицина, 1986. – 352 с.
3. Даценко Б.М., Белов С.Т., Талим Т.И. Гнойная рана. – К.: Здоровье.– 136с.
4. Григорян А.В., Гостищев В.К., Костиков Б.А. Гнойные заболевания кисти. – М.: Медицина, 1978. – 215 с.
5. Фищенко А.Я., Палий Г.К., Кравец В.П. Комплексное лечение острых гнойных заболеваний пальцев и кисти с применением декаметоксина // Хирургия. – 1992. – С. 81–84.
6. Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава. – М.: Медицина, 1990. – 351с.

Кравец В.В., аспирант;

Кравец В.П., канд. мед. наук, доцент

Поступила в редакцию 29 августа 2008 г.