

© П.Е.Крайнюков, В.И.Калашников и соавт., 2006.

## П.Е.Крайнюков, В.И.Калашников, М.В.Мазур, А.М.Ломовцев, Н.С.Плюта ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Военный госпиталь соединения РВ СН  
Иркутск, Россия

### Аннотация

Наблюдалось 510 пациентов с различными формами гнойных заболеваний пальцев кисти в возрасте от 18 до 35 лет. Из них мужчины составили 501 (98,2 %), женщины – 9 (1,8 %) наблюдений. Формы панарициев распределились следующим образом: поверхностные формы составили 405 (79,4 ± 2,31 %) от общего числа наблюдений, а глубокие формы панариция диагностированы у 105 (20,6 ± 2,31 %) пациентов.

В контрольной группе (n = 322) антибактериальная терапия проводилась традиционными способами. В основной группе (n = 188) она дополнялась непрямой лимфотропной терапией, которая заключалась во введении 60 – 80 мг гентамицина сульфата один раз в сутки во время выполнения перевязки в первый межпальцевый промежуток пораженной кисти после введения 30 единиц лидазы на 1,0 мл 0,5 % раствора новокаина.

**E-mail:** krainukov@angara.ru

Среди всех нагноительных процессов мягких тканей и костей гнойные заболевания пальцев кисти занимают первое место, составляя до 15 % от всех впервые обратившихся к хирургу больных [3]. Панариции объединяют группу заболеваний, сущность которых составляет неспецифическое острое воспаление различных анатомических структур пальца. Они по-прежнему остаются одной из актуальных проблем малой хирургии, и имеют еще много спорных аспектов [1, 14, 18]. Это объясняется постоянной изменчивостью биологических свойств возбудителей (вирулентных, антигенных, иммуногенных), а также сложной иммунной перестройкой организма больного, находящегося на военной службе [4].

В период с 1998 по 2005 год в госпитале соединения пролечилось 557 военнослужащих по поводу различных форм панарициев. Из них поверхностные панариции составили 449 (80,6 ± 1,64 %) от общего числа наблюдений, а глубокие формы 108 (19,4 ± 1,64 %).

По нашим данным, у подавляющего числа больных глубокие формы панариция (костный, суставной) явились следствием позднего начала адекватного лечения. Так, в течение 2-х суток от момента начала заболевания обратились всего 155 (27,8 ± 1,86 %) больных. Основной масса поступила в госпиталь соединения в период от 2 до 4 суток от начала заболевания 228 (40,9 ± 2,04 %). В период от 4 до 6 суток доставлены 69 (12,5 ± 1,37 %); более 6 суток находились на догоспитальном этапе 105 (18,8 ± 1,62 %) больных. Треть больных, а это 174 (31,2 ± 1,93 %) заболевших госпитализированы в хирургическое отделение и получили полноценное лечение только спустя 4 суток.

У всех пациентов, госпитализированных позже 10 суток, заболевание осложнилось лимфангаитом и лимфаденитом, протекали с явлениями общей интоксикации и изменением в анализах крови (ускоренное СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево), такие больные составили 14 (2,51 ± 0,65 %) наблюдений.

Возникновение панариция всегда связано с предшествующим нарушением целостности кожных покровов, чаще всего в виде различного рода микротравм [11]. Причиной панариция среди военнослужащих явились микротравма в 122 (21,9 ± 1,72 %), при чём в четверти случаев 140 (25,1 ± 1,80 %) укол швейной иглой при подшивании подворотничка. Различные травмы пальцев 101 (18,1 ± 1,60 %). В 194 (34,8 ± 1,98 %) случае причину заболевания установить не удалось.

Число заболевших возрастает в зимне-весенний период, и составляет: в зимний 160 (28,7 ± 1,88 %) и в весенний 135 (24,3 ± 1,78 %); в летние месяцы 123 (22,1 ± 1,72 %); осенью 139 (24,9 ± 1,80 %) заболевших военнослужащих. Среди заболевших преобладают мужчины в возрасте от 19 – 22 лет, женщины в связи с военной спецификой состави-

ли всего 17 (3,1 ± 0,72 %), при этом все случаи относятся к категории тяжёлых, что, вероятно, связано с их склонностью к самолечению и более позднему обращению к хирургу.

Правая кисть была поражена в 325 (58,3 ± 2,05 %); левая 232 (41,7 ± 2,05 %) наблюдения. Чаще всего страдали первые пальцы кистей 185 (33,2 ± 1,96 %); второй 146 (26,2 ± 1,83 %); третий 138 (24,8 ± 1,79 %), это объясняется их большей функциональной нагрузкой и частотой травматизации и соответствует данным большинства авторов [3, 8, 14, 15]. Реже всего поражались четвёртый и пятый палец 65 (11,7 ± 1,33 %) и 23 (4,1 ± 0,82 %) случаев соответственно. Ногтевая фаланга была поражена в 460 (82,6 ± 1,57 %), средняя 56 (10,1 ± 1,25 %), основная фаланга в 41 (7,3 ± 1,08 %) наблюдений.

Различная сопутствующая патология наблюдалась у 124 (22,3 ± 1,73 %) пациентов, из которых 7,3 % военнослужащих имели дефицит или пониженную массу тела.

За отчётный период в отделении пролечилось 97 больных с костным панарицием (17,4 ± 1,57 %) от общего количества больных с панарициями, которым выполнено 107 оперативных вмешательств: секвестрэктомия – 71 (66,3 ± 4,77 %); резекция 1/3 – 1/2 фаланги 28 (26,2 ± 4,1 %), с проведением проточно-промывного дренирования и наложением первичных швов. У 8 (7,3 ± 2,52 %) пациентов заболевание закончилось экзартикуляцией ногтевой фаланги. Все больные выписаны без изменения категории годности к военной службе. У 11 (1,9 ± 0,57 %) военнослужащих при поступлении был установлен сухожильный и суставной панариции. Во всех случаях запущенных форм панарициев при поступлении выполнялось рентгенологическое исследование. По результатам клинических и рентгенологических данных решался вопрос об объёме оперативного вмешательства. В 70 % случаев перед оперативным вмешательством выполнялась премедикация: промедол 1,0 – 2 %; димедрол 1,0 – 1,0; реланиум 2,0. У 2 больных в связи с полным поражением ногтевой фаланги сразу при поступлении произведена экзартикуляция ногтевой фаланги с формированием культи. Для проточно-промывного дренирования применялись полихлорвиниловые перфорированные трубки диаметром до двух миллиметров (ТУ 64–3–15–86). Промывание проводилось капельным методом каждые три часа растворами антисептиков (хлоргексидин биглюконат, диоксидин и т.д.) с добавлением антибиотиков в течение 30 – 40 минут. Дренажи удаляли на 3 – 4 сутки, швы снимали на 7 – 8 день.

Лечение больных с гнойными заболеваниями пальцев проводилось комплексно. Оно включало этиотропную и патогенетическую терапию, стимуляцию иммунологической реактивности организма, его неспецифической сопротивляемости микробам [5, 7]

Всем больным с глубокими формами панарициев кроме внутримышечного введения антибиотиков проводилась антибактериальная терапия с введением внутривенно 65 (60,2 ± 4,73 %) и внутрикостно 31 (28,7 ± 4,37 %) наблюдений под манжеткой с экспозицией до 30 минут. В 12 наблюдениях эти введения сочетались – это составило 11,1 ± 3,03 %.

У 510 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет с различными формами гнойных заболеваний пальцев кисти была применена непрямая лимфотропная терапия. Из них мужчины составили 501 (98,2 ± 0,56 %), женщины – 9 (1,8 ± 0,56 %) наблюдений. Формы панарициев распределились следующим образом: поверхностные формы составили 405 (79,4 ± 2,31 %) от общего числа наблюдений, а глубокие формы панарициев диагностированы у 105 (20,6 ± 2,31 %) пациентов.

В контрольной группе (n = 322) антибактериальная терапия проводилась традиционными способами. В основной группе (n = 188) она дополнялась непрямой лимфотропной терапией, которая заключалась в введении 60 – 80 мг гентамицина сульфата один раз в сутки во время выполнения перевязки в первый межпальцевый промежуток пораженной кисти после введения 30 единиц лидазы на 1,0 мл 0,5 % раствора новокаина.

Срок лечения пациентов в основной группе составил: поверхностные формы 9,2 ± 0,63, глубокие 18,2 ± 1,33 суток, в контрольной группе 11,9 ± 0,98 и 23,4 ± 2,11 суток соответственно.

В основной группе отмечалось более раннее, чем в контрольной, прекращение гноетечения, стихание перифокального воспаления и появление грануляций, что подтверждалось динамическим цитологическим исследованием.

Таким образом, непрямая лимфотропная терапия, сокращая сроки лечения, позволяет улучшить результаты лечения пациентов с гнойными заболеваниями пальцев кисти, в сравнении с традиционными способами введения лекарственных препаратов почти в 2 раза уменьшить потребность в лекарственных средствах и значительно сократить непроизводительные затраты труда медицинского персонала.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев Ю.К. Раневая инфекция в хирургии // Минск: Беларусь, 2003. – 293 с.
2. Антонов А.М., Ракитская С.Н. Сравнительная оценка открытого и закрытого способов ведения раны после оперативного лечения панариция // Вестник хирургии, 1975, стр. 142 — 145.
3. Барский А.В. Диагностика и лечение гнойных заболеваний кисти и пальцев // Куйбышев, 1987.
4. Бухарин О.В., Фадеев С.Б., Исайчев Б.А. Динамика видового состава, антилизоцимной активности и антибиотико-

- резистентности возбудителей хирургической инфекции мягких тканей // Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунологии, 1997, № 4, стр. 51- 54.
5. Девятков В.Д. Применение в хирургии активированных водных растворов и лекарственных средств на их основе // Врач, 2000, № 5, стр.30 – 31.
  6. Ботов В.М., Сеницын К.Д. Лечение гнойных заболеваний пальцев и кисти с применением биологической пломбы с энзимами // Материалы 23-й научно-практической конференции врачей округа. Тезисы докладов // Куйбышев, 1981, стр. 170 - 171.
  7. Вильямс Д.Д. Жизненно важные антимикробные препараты, рекомендованные ВОЗ // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия, 2000, №1, стр. 7 – 10.
  8. Горбашко А.И., Самофалов А.Н., Ракманов Р.К. Комплексный метод лечения гнойных заболеваний кисти. // Вестник хирургии, 1991, № 1, стр. 96 - 97.
  9. Григорян А.В., Гостищев В.К., Костиков Б.А. Гнойные заболевания кисти // Москва: Медицина, 1978.
  10. Ермолов А.С., Мамедов Р.А., Григорян А.Р., Миронер Е.Ф. Возможности повышения эффективности профилактики и лечения хирургической инфекции // Военно-медицинский журнал, 1987, № 5, стр. 53 — 56.
  11. Конычев А.В. Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности // СПб.: Невский диалект, 2002. – С. 352.
  12. Любский А. С., Алексеев М. С., Любский А. А., Бровкин А. Е. и др. Ошибки и осложнения при оказании медицинской помощи больным с гнойно-воспалительными заболеваниями пальцев и кисти на амбулаторном и стационарном этапах // Лечащий врач. – 2000. – № 3. – М.: Янус, 2000. – <http://www.osp.ru/doctore/2000/03/062.htm> (3 января 2005).
  13. Луцевич Э.В., Мелешевич А.В. Проблемы профилактики и лечения гнойных заболеваний пальцев и кисти // Хирургия, 1991, № 3, стр. 171 — 172.
  14. Попов В.А., Воробьев В.В. Панариций // Ленинград, Медицина, 1986.
  15. Пауткин Ю.Ф., Малярчук В.И. Поликлиническая хирургия // М., издательство РУДН, 1999, 256 стр.
  16. Тараско А.Д., Попов И.В. Редкое осложнение проводниковой анестезии при лечении панариция // Вестник Хирургии, 2002, том 161, № 3, стр. 59 – 61.
  17. Юхтин В.И., Чадаев А.П., Буткевич А.Ц. Лечение суставного и костно-суставного панариция // Хирургия, 1989, № 8, стр. 109 — 113.
  18. Юхтин В.И., Чадаев А.П., Буткевич А.Ц. Активные методы лечения глубоких форм панариция с применением ДПС и первичных швов // Хирургия, 1988, № 7, стр. 156 - 157.

**P.E.Krainyukov, V.I.Kalashnikov, M.V.Mazoor, A.M.Lomovcev, N.S.Pluta.**

#### THE LYMPHOTROPE THERAPY OF PURULENT DISEASES OF FINGERS

*Military hospital, Rocket troops for strategical purposes  
Irkutsk, Russia*

510 patients with various forms of purulent finger diseases aged from 18 to 35 were kept under observation. 501 (98.2 %) patients were males, 9 (1.8 %) – females. The forms of whitlows were: superficial forms comprised 405 (79.4 ± 2.31 %) of the total number of cases, deep whitlow forms were diagnosed in 105 (20.6 ± 2.31 %) cases.

The control group (n = 322) underwent the traditional methods of antibacterial therapy. The study group (n = 188) underwent the indirect lymphotrope therapy additionally which consisted of a 60 – 80 mg dose of gentamycin sulfas being injected into the first interdigital space of the affected hand once a day and when 30 units of lydasa (hyaluronidase) with 1 mg of 0.5 % Novocain solution having been injected.