

© Д. Г. Рутенбург^{1,2},
А. В. Конычев¹, Е. А. Конычева¹,
А. Б. Иваненко², Н. В. Буркова³

¹ ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская
медицинская академия последипломного
образования Федерального агентства
по здравоохранению и социальному
развитию»

² СПб ГУЗ «Городская клиническая
больница № 14», Санкт-Петербургский
центр по лечению хирургических
инфекций

³ Санкт-Петербургская государственная
химико-фармацевтическая академия
Министерства здравоохранения
и социального развития РФ

АНАЛИЗ МЕТОДОВ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БЕРЕМЕННЫХ

УДК: 618.2-06: [616.717-002.3+618.19-002]-08

■ Одной из значимых причин осложненного течения и частой встречаемости хирургической инфекции конечностей и молочных желез у беременных является несвоевременное и нерациональное лечение на догоспитальном этапе. Использование современных методов диагностики и хирургического лечения обеспечивает оптимальный функциональный и косметический результаты, минимизирует токсическое влияние инфекции на ребенка.

■ **Ключевые слова:** воспаление; хирургическая инфекция; мастит; микроорганизм.

Введение

Обращает на себя внимание значительный рост числа беременных с гнойными заболеваниями верхней конечности и молочных желез. Так, количество больных на разных сроках беременности, госпитализированных в СПб ГУЗ «Городская больница № 14» с гнойно-воспалительными заболеваниями верхней конечности, увеличилось с 34 случаев в 2001 году до 113 в 2010, то есть в 3,3 раза. Обращало на себя внимание увеличение встречаемости и возрастание тяжести клинического течения гнойных маститов. В 2003 году нами было зарегистрировано 12 беременных с воспалением тканей молочной железы, в 2010 — 48 больных. При этом число больных с осложненным, тяжелым течением мастита, которое сопровождалось выраженной эндогенной интоксикацией и требовало проведения интенсивной инфузионной терапии и, зачастую, лечения в палате интенсивной терапии возросло с 4 до 9% [1, 4]. Отмечено, что выбор метода диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний конечностей и молочных желез на догоспитальном этапе оказывал значительное влияние на длительность периода стационарного лечения, функциональный и косметический результаты, на возможность осуществления грудного вскармливания в послеродовом периоде [2, 3, 5].

Цель исследования

Выявление причин недостаточной эффективности догоспитального лечения гнойных заболеваний верхней конечности и молочных желез у беременных и поиск путей решения данной проблемы.

Материал и методы

Исследовано 90 беременных женщин с гнойными заболеваниями верхней конечности или молочных желез, получавших стационарное лечение в Санкт-Петербургском центре по лечению хирургических инфекций. У всех

90 больных беременность имела неосложненное течение и находилась во втором и третьем триместрах. Нозологический состав больных был следующий: гнойные лактационные маститы — 34 (37,8%) больных, осложненные формы панариция — 21 (23,3%), аденофлегмоны и гнойные лимфадениты подмышечной области — 19 (21,1%), флегмоны предплечья или плеча — 13 (14,4%), флегмоны кисти — 3 (3,3%) больных.

Большая часть исследованных больных (60 больных — 66,7%) находилась в декретном отпуске, регистрацию профессиональной принадлежности больных проводили с учетом их занятости до декретного отпуска. Установлено, что 54 (60%) больных имели служащие профессии, 7 (7,8%) — рабочие, 28 (31,1%) больных не работали, включая большую категорию неофициально устроенных на рабочее место, 1 (1,1%) больная была занята на руководящей должности. Относительно редкая встречаемость заболевания в категории социально незащищенных граждан была обусловлена, по-видимому, молодым возрастом больных и рациональным планированием беременности в современном обществе.

Наиболее часто гнойно-воспалительные заболевания встречались у больных в возрасте 20–30 лет — 67 (74,4%) и 30–40 лет — 23 (25,6%) больных. Таким образом, типичным представителем изучаемой категории больных являлась беременная женщина в возрасте от 20 до 40 лет служащей или рабочей профессии.

Для статистического анализа материала применяли компьютерную программу Statistica 6,0. Использовали методы описательной статистики (среднее, стандартное отклонение).

Результаты и обсуждение

В ходе изучения 90 беременных с гнойными заболеваниями верхней конечности и молочных желез зарегистрировано, что лишь 37 (41,1%) больных обратились за медицинской помощью в течение первых суток с момента появления симптомов гнойного воспаления, на 1–4-е сутки — 44 (48,9%), 4–8-е сутки — 9 (10%) больных. Поздняя обращаемость больных с хирургической инфекцией в подразделения амбулаторного звена и стационары была обусловлена целым рядом факторов: недооценкой тяжести собственного состояния, отсутствием свободного времени и боязнью потерять рабочее место, необходимостью ухаживать за маленькими детьми, надеждой на самостоятельное выздоровление и эффективность используемых средств самолечения и т. д.

В указанный период времени, от момента появления первых признаков хирургической инфекции до обращения за медицинской помощью больные предпринимали попытки самостоятельно справиться с заболеванием. Так, выявлено, что 82 (91,1%) больных активно применяли методы самостоятельного лечения, что не только отстрочило обращение за квалифицированной помощью, но и было одной из причин тяжелого, осложненного течения воспалительного процесса. Определено, что 62 (68,9%) больных использовали для местного лечения серозных или инфильтративных форм воспаления и неоперированных гнойных очагов различные мази. К наиболее часто используемым препаратам относились: «Бепантен», «Бальзамический линимент по Вишневскому», «Мазь ихтиоловая», «Метилурацил», «Левомеколь». Нанесение данных мазей на кожный покров, не только не обеспечивало проникновения активных компонентов препаратов к воспалительному очагу, но и приводило к возрастанию температуры в области воспаления, прогрессированию патологического процесса.

Примечательно, что 55 (61,1%) больных поступили в Санкт-Петербургский центр по лечению хирургических инфекций по направлениям амбулаторий и неспециализированных стационаров, где получали хирургическое лечение гнойных заболеваний конечностей и молочных желез. Так, 45 (50%) из них были госпитализированы по направлению поликлиник, 6 (6,7%) — травматологических пунктов, 32 (35,6%) — скорой медицинской помощи, 4 (4,4%) — переведены из других больниц Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Кроме того, 3 (3,3%) больных поступили в стационар, минуя первичное звено оказания медицинской помощи.

Перечень основных погрешностей в хирургическом лечении гнойных заболеваний верхней конечности, допускаемых хирургами, травматологами и маммологами амбулаторного звена, остается неизменным в течение последних лет, что может свидетельствовать как о неудовлетворительной организации обучения данных специалистов современным аспектам диагностики и лечения хирургической инфекции, так и об их излишнем консерватизме.

Наиболее часто регистрируемой ошибкой в лечении гнойных заболеваний верхней конечности в условиях поликлиники являлось нерациональное использование физиотерапевтических методов (34 больных — 37,8%). Так, в 25 (27,8%) случаях больные поступили

в стационар после проведенной ультравысоко-частотной терапии, в 9 (10%) — после лечения кварцем и токами Дорсанваля. Использование данных методов физического лечения в серозно-инфильтративную стадию воспалительного процесса приводило к появлению признаков абсцедирования и/или прогрессированию острого воспаления.

Из числа анализируемых случаев, 3 (3,3%) были связаны с использованием гирудотерапии. Мы признаем эффективность данного метода, как компонента антикоагулянтной и общестимулирующей терапии. Однако в описанных эпизодах медицинские пиявки были установлены на гнойный очаг или в непосредственной близости от него, что приводило к непрогнозируемым гемостазиологическим изменениям в зоне острого воспаления и формированию дополнительных входных ворот инфекции. Конечным результатом подобного лечения являлось развитие тяжелых вазотрофических и гнойно-воспалительных осложнений.

В дифференциальной диагностике серозных и гнойных форм воспалительного процесса у 22 (24,4%) больных были использованы диагностические пункции. Обращает на себя внимание, что для пункции воспалительного очага во всех случаях применяли инъекционные иглы стандартного диаметра. Использование подобных тонких игл не позволяло получить пробу густого гноя, содержавшего некротизированные ткани. Для проведения диагностических пункций целесообразно было использовать иглы большого диаметра, типа Дюфо. Однако мы не отмечаем никаких преимуществ данной методики перед диагностическим разрезом, проведенным под адекватной анестезией. При сравнимой травматичности, диагностическая ценность разреза гораздо выше. Кроме того, в случае обнаружения признаков гнойного воспаления диагностический разрез позволял перейти непосредственно к хирургической санации гнойного очага.

В ходе анализа методик догоспитального лечения беременных с хирургической инфекцией был отмечен ряд недочетов, допущенных при обезболивании и выполнении оперативного вмешательства. Так, у 74 (82,2%) больных при вскрытии осложненных гнойных заболеваний верхней конечности, молочных желез были неоправданно применены методики местной анестезии. Результатами неадекватного обезболивания явились: выраженная боль во время операции и в послеоперационном периоде, что способствовало созданию негативного эмоционального фона, развитие

ишемических изменений тканей в зоне введения анестетика, недостаточная протяженность операционного доступа и неадекватный объем некрэктомии и, в конечном итоге, прогрессирование гнойной инфекции. Обращали на себя внимание тяжелые последствия использования проводниковой анестезии по Лукашевичу–Оберсту. Зарегистрировано 5 (5,6%) эпизодов развития тяжелых ишемических поражений пальца после применения обезболивания по Лукашевичу–Оберсту, которые у 1 (1,1%) больной закончились сухой гангреной ишемизированного сегмента. В описанных случаях анестезия была выполнена с грубыми нарушениями методологии и/или выбрана необоснованно. Проводниковая анестезия по Лукашевичу–Оберсту могла быть использована лишь в случае первичного обращения пациента и локализации неосложненного панариция в пределах дистальной фаланги пальца. Отмечено частое формирование оперативных доступов без учета анатомических особенностей оперируемой области и локализации первичной раны — 31 (34,4%), неоправданное использование двойных разрезов в виде «чешуеобразной ручки» — 7 (3,4%) случаев.

Отдельную категорию составили случаи воспаления молочных желез, сопряженные с травматичными, агрессивными попытками сцеживания грудного молока (19 больных — 21,1%), которые сопровождались мощным давлением на воспалительный очаг и/или баротравмой при аспирации молока. Подобные манипуляции проводились медицинскими работниками, членами семьи больных или самими больными с использованием электрических молокоотсосов.

У 5 (5,6%) больных после вскрытия гнойного очага был наложен первичный шов. При этом, герметизация раны являлась причиной усугубления тяжести течения патологического процесса. Подобная тактика оперативного лечения гнойно-воспалительных заболеваний описана в литературе [2]. Однако при использовании первичного шва в лечении гнойной инфекции необходимо было учитывать ряд факторов: герметизации раны должно предшествовать полное удаление некротизированных тканей и дренирование раны перфорированным трубчатым дренажом. Данные больные требовали более пристального наблюдения, систематической санации дренажной трубки и обязательной антибактериальной терапией. Выполнение всех описанных принципов в условиях амбулатории представлялось нам затруднительным.

Особого внимания заслуживали методы антибактериальной терапии гнойно-воспалительных заболеваний, применявшиеся в подразделениях амбулаторного звена. Так, у большинства беременных (58 больных — 64,4%) с гнойными заболеваниями верхней конечности и молочных желез не были использованы антимикробные препараты, что было одной из причин тяжелого, осложненного течения хирургической инфекции. Основным мотивом для отказа от проведения этиотропного лечения была боязнь неблагоприятного токсического и тератогенного влияния на плод антимикробных препаратов. Однако длительное существование инфекционного процесса, прогрессирование микробной интоксикации оказывало значительное неблагоприятное воздействие на течение беременности. С учетом всех приведенных факторов нам представляется целесообразным применение регионарных методов введения антибиотиков (лимфотропного и/или внутривенного ретроградного под жгутом), что обеспечивает циркуляцию введенного препарата в пределах очага инфекции и минимизирует токсическое влияние на организм плода.

В результате проведенного исследования установлена значительная частота встречаемости осложненных гнойных заболеваний верхней конечности и молочных желез среди беременных. Данными заболеваниями страдают больные в возрасте от 20 до 40 лет, преимущественно, служащих или рабочих профессий. Зарегистрирован ряд ошибок в диагностике и лечении хирургической инфекции на догоспитальном этапе, который оказывал значительное влияние на длительность пребывания в стационаре, функциональную состоятельность оперированного сегмента, социальную адаптацию больных и возможность осуществлять грудное вскармливание в послеродовом периоде.

Выводы

1. Запоздалые и неадекватные диагностика и лечение гнойных заболеваний верхней конечности и молочных желез у беременных являются одной из важнейших причин осложненного течения воспалительного процесса, неблагоприятного влияния микробной интоксикации на течение беременности, неудовлетворительного функционального и/или косметического результатов.
2. Необходимо избегать использования в диагностике и лечении хирургической инфекции у беременных устаревших и малоэффективных

методов: диагностической пункции гнойника, механической травматизации воспалительного очага в процессе сцеживания, нерационального применения мазей и средств народной медицины и т. д.

3. При выполнении вскрытия и хирургической обработки гнойного очага следует соблюдать ряд принципов: достаточная протяженность оперативного доступа, который необходимо выполнять от одного края гнойной полости до другого, выполнение условно радикальной некрэктомии и открытое ведение раны в послеоперационном периоде.
4. Для элиминации возбудителей гнойной инфекции у беременных целесообразно применять регионарные методы антимикробной терапии (лимфотропный и внутривенный ретроградный под жгутом).
5. Следует оптимизировать обучение специалистов амбулаторного звена (хирургов, маммологов, травматологов) вопросам современной диагностики и комплексного лечения гнойных заболеваний и санитарно-просветительскую работу среди населения.

Литература

1. Безуглый А. В. Современное состояние амбулаторно-поликлинической помощи при гнойно-воспалительных заболеваниях // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. — 2001. — №3. — С. 6–8.
2. Горюнов С. В., Ромашов Д. В., Бутищев И. А. Гнойная хирургия. — М.: Бинном, 2004. — 556 с.
3. Зотов А. С., Белик Е. О. Мастопатии и рак молочной железы. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 112 с.
4. Коньчев А. В. Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности. — СПб.: Невский Диалект, 2002. — 352 с.
5. Чадаев А. П., Зверев А. А. Острый гнойный лактационный мастит. — М.: Медицина, 2003. — 128 с.

Статья представлена Е. Н. Байлюком,
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

ANALYSIS OF METHODS OF THE PREHOSPITAL TREATMENT OF PURULENT DISEASES OF THE UPPER EXTREMITY AND BREAST IN PREGNANT WOMEN

Rutenburg D. G., Konichev A. V., Konicheva E. A., Ivanenko A. B., Burkova N. V.

■ **Summary:** one of the most significant causes of complicated course and frequent occurrence of surgical infection of the limbs and breasts during pregnancy is untimely and irrational

treatment at the prehospital stage. Using modern methods of diagnosis and surgical treatment provides optimal functional and cosmetic results, minimizing the toxic effect of infection on the child.

■ **Key words:** inflammation; surgical infection; mastitis micro-organism.

■ **Адреса авторов для переписки**

Рутенбург Дмитрий Григорьевич — к. м. н., ординатор отделения неотложной хирургии конечностей, ассистент кафедры оперативной и клинической хирургии.

СПб ГУЗ «Городская больница № 14».

198099, Санкт-Петербург, ул. Косинова, 19.

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

195015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.

E-mail: Rutenburg.spb@rambler.ru.

Коньчев Александр Вячеславович — профессор кафедры оперативной и клинической хирургии.

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

195015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.

E-mail: Rutenburg.spb@rambler.ru.

Коньчева Екатерина Анатольевна — профессор кафедры акушерства и гинекологии.

ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

195015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.

E-mail: Rutenburg.spb@rambler.ru.

Иваненко Андрей Борисович — к. м. н., ординатор отделения неотложной хирургии конечностей.

СПб ГУЗ «Городская больница № 14».

198099, Санкт-Петербург, ул. Косинова, 19.

E-mail: Rutenburg.spb@rambler.ru.

Буркова Наталья Владимировна — к. б. н., доцент кафедры физиологии и патологии.

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия Министерства Здравоохранения и социального развития РФ.

Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, 14.

E-mail: Rutenburg.spb@rambler.ru.

Rutenburg Dmitry Grigorevich — surgeon, assistant of the department of operative and clinical surgery with topographic anatomy.

St.-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies.

195015, Saint-Petersburg, Kirochnaya, 41.

Municipal Hospital № 14.

198099, Saint-Petersburg, ul. Kosinova, 19.

E-mail: Rutenburg.spb@rambler.ru.

Konychev Alexander Vyacheslavovich — professor of the department of operative and clinical surgery with topographic anatomy.

St.-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies.

195015, Saint-Petersburg, Kirochnaya, 41.

E-mail: Rutenburg.spb@rambler.ru.

Konycheva Ekaterina Anatolievna — professor of the Department of obstetrics and gynecology.

St.-Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies.

195015, Saint-Petersburg, Kirochnaya, 41.

E-mail: Rutenburg.spb@rambler.ru.

Ivanenko Andrey Borisovich — surgeon.

Municipal Hospital № 14.

198099, Saint-Petersburg, ul. Kosinova, 19.

E-mail: Rutenburg.spb@rambler.ru.

Burkova Natalia Vladimirovna — docent of the department of Physiology and Pathology.

St. Petersburg State Chemical Pharmaceutical Academy

of the Ministry of Health and Social Development of Russia.

St.-Petersburg, street of Professor Popova, 14.

E-mail: Rutenburg.spb@rambler.ru.