

Киселев В.В.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КИСТИ

Консультативно-диагностическая поликлиника Федерального государственного казённого учреждения «1477 военно-морской клинический госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации, г. Владивосток.

Изложена история вопроса, практическое значение и современное состояние оказания амбулаторной хирургической помощи больным с инфекционными поражениями кисти. Указаны недостатки, заблуждения и ошибки в лечении таких больных. Приведена рациональная схема организации и лечения при стандартном оснащении поликлиники.

**Ключевые слова:** инфекционные поражения кисти, заблуждения и ошибки, мазовые повязки, операции, индивидуальный подход, организация, реабилитация.

**Цитировать:** Киселев В.В. Практические и организационные аспекты хирургического лечения больных с инфекционными поражениями кисти // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2014. №1(55). С. 16-18. URL: <http://yadi.sk/d/lpi5LZhCNPp2s>

Временная потеря трудоспособности при инфекционных поражениях кисти (ИПК) настолько очевидна, а возможные осложнения так серьезны, что проблема лечения и реабилитации этих больных будет актуальна всегда [4].

По нашим наблюдениям, число пациентов с ИПК несколько снизилось. Это обусловлено сокращением производственных предприятий, уменьшением непрофессионального ручного труда, улучшением социально-бытовых условий, появлением в последние годы множества антисептиков и дезинфицирующих средств в быту. Однако сложности в лечении больных с ИПК не уменьшаются по причинам, которые будут раскрыты ниже.

Уже более 100 лет назад хирурги Западной Европы и России четко определили основные критерии хирургического лечения панариция и флегмон кисти, а профессор В. Войно-Ясенецкий в своем знаменитом фундаментальном труде «Очерки гнойной хирургии» в 50-х годах двадцатого века расширил и углубил этот раздел хирургии [7].

В 70–90-е годы XX века в гнойную хирургию внедрено лечение ультразвуком, лазером, гипербарической оксигенацией; криохирургия, обработка ран вакуумом, пульсирующей струей, ингибиторами протеаз; регионарная перфузия и внутриартериальная инфузия лекарств [1]. В последние годы появилось много готовых повязок с адсорбентами и лекарственными покрытиями для всех типов ран [9].

Однако многообразие методов лечения и большой выбор лечебных средств не гарантирует «легкую жизнь» врачу и пациенту. Этому способствуют кризисные явления в нашей медицине и обществе в целом.

Врачей, желающих стать хирургами, все меньше. Молодые хирурги стремятся попасть для овладения профессией в клиники, крупные стационары, где, за редким исключением, не практикуется оказание помощи при ИПК. «Малая» (амбулаторная) хирургия в медицине негласно находится на положении «падчерицы» в отличие от «большой» хирургии, к которой направлены устремления всех хирургов, которой учатся

серьезно и планомерно долгие годы, где всегда существуют преемственность, компьютеризация и нанотехнологии. Трудно найти примеры, когда студента 5–6-го курса или врача-интерна направляют в поликлинику для серьезного и неспешного овладения приемами «малой» хирургии. А ведь когда-то во многих регионах нашей страны действовала система, при которой врачи работали 3 месяца в стационаре, 3 месяца в поликлинике, что приносило несомненную пользу всем без исключения. Сейчас, к сожалению, нередки случаи, когда оперирующий на головном и спинном мозге нейрохирург не знает всех тонкостей амбулаторного лечения ИПК. 30 лет назад это был бы нонсенс.

«Модным» и престижным в наше время стала работа с компьютером, аппаратом УЗИ, эндоскопом и выполнение сложных, «интересных» операций. При мнимом внешнем благополучии здесь с больным и общаться почти не приходится, так как все поставлено «на поток», как на хорошем производстве.

В ведомственной поликлинике, при стандартном (т.е. ограниченном) медицинском снабжении главным для нас была и остается строгая и четкая организация работы. Пациентам с ИПК мы уделяем много внимания, разговариваем с ними долго и детально, объясняя ошибки позднего обращения, самолечения; рассказываем при каждой перевязке, почему и что мы делаем, разбираем все тонкости восстановления трудоспособности и профилактики. При минимальном оснащении у нас только знания, глаза, руки, здравый смысл, постоянная нацеленность на самые мелкие детали патологического процесса. Без преувеличения, тут, как нигде, проявляется известное положение о том, что медицина не только и не столько применение научных методов, а прежде всего искусство врачевания. Надо ли говорить, что молодым хирургам такая работа кажется рутинной, неинтересной, утомительной, непрестижной?

Принято определять основные условия для успешного лечения ИПК, как пять «О»: обстановка, оснащение, освещение, обезболивание, обескровливание [8].

Совершенно необходимо, чтобы хирург и операционная медсестра имели достаточный опыт в лечении всех возможных форм ИПК.

Обязателен контакт с отделением гнойной хирургии ведомственного стационара, где в выходные и праздничные дни проводятся перевязки амбулаторным больным.

Нелишним будет вспомнить, что пациентов с костным, суставным, сухожильным панарицием, пандактилитом, тяжелой флегмоной кисти мы направляем на стацлечение [10].

Невероятно стойким заблуждением наших пациентов, фармацевтов и медиков нехирургического профиля является вера в чудодейственную способность мазей ихтиоловой и Вишневского заживлять ушибы, ссадины, раны, устранять воспаления и «высасывать» гной из-под кожи.

Сразу оговоримся, что наше отношение к одним и тем же мазям может не совпадать с мнением дерматологов, так как последние с помощью наружных лекарственных средств борются с поверхностным специфическим воспалением, с патологическими бляшками, ороговением, шелушением кожи, улучшают ее питание, снимают мокнутие и аллергизацию, а хирургам необходимо предупредить развитие гнойно-некротического процесса или отграничить его для своевременного хирургического вмешательства.

Ихтиоловая мазь не применяется хирургами, наверное, со времен Первой мировой войны 1914–1918 гг. Но она по-прежнему предлагается в аптеках всем без разбора, желающим помочь себе и близким при местном воспалении мягких тканей. Мазь Вишневского, сделавшая «революцию» в хирургии 40–50-х годов XX века, была предназначена для масляно-бальзамических повязок в свежеприготовленном, теплом виде на хирургически обработанные раны и для компрессов на неповрежденную кожу в сочетании с новокаиновой блокадой при нейротрофических расстройствах конечностей. Сейчас мазь Вишневского месяцами, годами лежит на складах, в аптеках, а затем еще и неправильно применяется.

Любая мазь, особенно многокомпонентная, содержит вещества, могущие вызвать раздражение и даже аллергические реакции, а основа мази (ланолин, вазелин) не способствует «кожному дыханию» при инфицированных ранах, ссадинах, лимфангите, а задерживает в воспаленной коже и подкожной клетчатке микробы и их токсины. Возникает эффект «термостата», когда воспалительный очаг не ликвидируется, а под «хорошими» мазями зреет и увеличивается по площади и в глубину, вызывая гнойные затеки, некроз, что способствует септицемии, затрудняет дальнейшее хирургическое лечение и трудовой прогноз. Вышеизложенное относится и к усиленно рекламируемым в последнее время крему «Спасатель», мази «Фастум-Гель» и другим. Нет «хороших» и «плохих» мазей, нет и универсальных. Для каждой мази есть свои показания и условия применения [2, 3, 6, 9].

При мелких колотых ранах и ссадинах пальцев кисти, начинающейся паронихии и других состо-

яниях, когда диагностируется боль и еле заметные признаки серозного воспаления, лучше освободить пациента от работы на 3 дня, побеседовать с ним и назначить оптимальное лечение, чтобы потом гнойный процесс не вывел его из строя на 2–3 недели [5].

Если такой палец (или кисть) укутать смоченной в 60–70° спирте салфеткой, а сверху наложить салфетку с мазью Вишневского, то во многих случаях через 1–2 суток может наступить выздоровление. Мазь не дает высохнуть спиртовой повязке, не блокирует кожные поры, а лишь слегка диффундирует в первую салфетку, усиливая действие спирта. Такая повязка быстро производит мягкое и в то же время выраженное действие: воспаление исчезает совсем или же достаточно хорошо вырисовывается гнойный очаг без нарушения трофики и без некроза.

Действие компресса можно усилить, например, приемом 1–2 раза по ½ таблетки парацетамола и ½ таблетки тавегила или другими подобными сочетаниями лекарств в минимальных дозах.

При операциях на пальцах кисти мы давно отказались от использования анестетиков в концентрации 1–2% и от наложения жгута на основание пальца. Применяем только 0,5% новокаин или 0,5% лидокаин, сочетая инфильтрационную и проводниковую анестезии. Осложнений такой анестезии не наблюдали.

Первый укол и введение анестетика на пальцах производим осторожно, медленно в 2–2,5 см от гнойного очага последовательно по боковой поверхности пальца так, чтобы раствор пропитал все мягкие ткани по окружности. Это хорошо видно по изменению окраски кожи. Одновременно происходит механическое сдавление мелких кровеносных сосудов, и операция происходит почти бескровно. Анестезию при комиссуральной флегмоне, подмозольном абсцессе, флегмоне тыла кисти делаем по Брауну-Усолицевой [8], опять же с компонентом инфильтрационной анестезии.

Вскоре после операции напряжение в тканях, вызванное введением анестетика, спадает и появляется кровоточивость, иногда существенная. Помня об этом, мы всегда после дренирования держим в зоне операции 5–10 минут пузырек со льдом. Повязку накладываем с водорастворимыми мазями «Левомеколь» или «Левосин», которые обеспечивают антибактериальный, дренирующий эффект и легко снимаются с раны.

Первую перевязку выполняем на следующий день. Эту перевязку мы считаем самой важной, так как уже в это время в 9 случаях из 10 можно определить прогноз заболевания. Если впереди выходные или праздничные дни, то назначаем перевязки в ведомственном стационаре, где круглосуточно дежурят хирург и операционная медсестра.

К гипсовой иммобилизации при ИПК мы относимся сдержанно. Применяем ее при выраженном воспалении и отеке, явлениях лимфангита. При положительной динамике в первые дни лонгету снимаем, чтобы начать раннюю реабилитацию, памятуя о том, что восстановление функции пальцев кисти после неподвижности физически и психоло-

гически проходит более длительно, независимо от выраженности воспаления.

В случае обширного некротического процесса мягких тканей пальцев и кисти с отеком и лимфангитом применяем ежедневно внутривенные блокады под жгутом с введением в кубитальную вену антибиотика (кефзол, цефазолин) по 1,0 ежедневно – всего 3–5 блокад.

Дальнейшие перевязки проводятся в соответствии с известными фазами раневого процесса, но строго индивидуально, так как сроки экссудации, исчезновения отека тканей и начала эпителизации раны могут отличаться у разных больных в 2–3 раза. При обильном отделяемом, наличии затеков, «карманов» промываем раны из шприца или при помощи турунды сначала перекисью водорода, затем фурацилином, диоксицином или хлорофиллиптом, после чего дренируем и накладываем повязку с водорастворимыми мазями. При наличии фибрина, участков некроза применяем в порошке протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, пепсин), антибиотик рифампицин, мазь «Ируксол». После очищения раны при незначительном мокнутии для подсушивания применяем присыпку Житнюка, марганцевокислый калий.

Нередко для снятия отека, боли, ускорения очищения и заживления ран назначаем лазеротерапию с ежедневным контролем и перевязками после процедуры.

После вскрытия панариция основной фаланги пальца или комиссуральной флегмоны нередко 2–3 суток сохраняется отек тыла кисти. В таком случае рана обрабатывается и закрывается повязкой, как описано выше, а на тыл кисти накладывается спиртомасевая повязка для снятия отека и улучшения трофики тканей.

При полном прекращении отделяемого из раны и ликвидации воспаления излишние грануляции обрабатываем марганцевокислым калием или ляписом. Лучше использовать гипоаллергенный пластырь, а при эпителизации уже поверхностных чистых ран от левомеколя переходить к марганцу, бриллиантовому зеленому и открытому заживлению.

Важно знать, что летом в условиях муссонного климата Южного Приморья кожа человека суще-

ственно страдает от солнца, тепла и высокой влажности. Пациентам с ИПК мы разрешаем как можно раньше снимать повязку, мыться под душем и даже купаться в морской воде, потому что все это восстанавливает естественные защитные свойства кожи и способствует ранней реабилитации.

Соблюдая вышеизложенные принципы и имея постоянный врачебный и сестринский состав, мы в хирургическом отделении поликлиники за 10 последних лет не имели случаев неудовлетворительных исходов в лечении пациентов с ИПК (грубые, болезненные послеоперационные рубцы, нарушение чувствительности, контрактуры и тугоподвижность в суставах пальцев). Все пациенты вернулись полностью к привычным для них видам труда.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Амбулаторная хирургия / Под редакцией В.В. Воробьева. СПб.: Гиппократ, 2011. 712 с.
2. Гнойные заболевания кисти / Д. Нобель. М.: Ваше здоровье, 2011.
3. Николаева Е.В., Смбалян С.М. Медицинская экспертиза при инфекционных поражениях кисти // Заместитель главного врача. 2009. №4. С.50-58.
4. Руководство по технике врачебных манипуляций // Витебск, Белмедкнига, 1996, 384 с.
5. Рутенбург Д.Г., Коньчев А.В. Анализ результатов догоспитального лечения осложненных гнойных заболеваний верхней конечности // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2011. №2. С. 44-47.
6. Стручков В.И., Гостишев В.К., Стручков Ю.В. Руководство по гнойной хирургии. М.: Медицина, 1989. 512 с.
7. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. Л.: Медицина, 1986. 356 с.
8. Федоров В.Д., Светухин А.М. Избранный курс лекций по гнойной хирургии: Учеб. пос. для врачей // М.: Миклош, 2004, 365с.
9. Хирургическая инфекция: клиника, диагностика, лечение: Руков. для воен. врачей / Под ред. чл.-корр. РАМН Э.А.Нечаева. М.: Медицина, 1993. 295 с.

Kiselev V.V.

## PRACTICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH *infections* LESIONS BRUSH

Consultative Diagnostic Clinic of the Federal state fiscal agencies «1477 Navy Clinical Hospita» of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Vladivostok.

The history of the issue, the practical value and the current state of outpatient surgical care to patients with infectious lesions brush. These shortcomings, mistakes and errors in the treatment of such patients. Refer a rational scheme of the organization and treatment of standard equipment clinic.

**Keywords:** infections of the hand, errors and mistakes, ointment dressings, surgery, individual approach, organization, rehabilitation.

**Citation:** Kiselev V.V. Practical and organizational aspects of surgical treatment of patients with infections lesions brush. Health. Medical ecology. Science. 2014; 1(55): 16-18. URL: <http://yadi.sk/d/lpi5LZhCNPp2s>

#### Сведения об авторе

Киселев Виктор Васильевич, кандидат медицинских наук, врач-хирург КДП ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ. Адрес: г. Владивосток, ул. Громова, 2. Телефон: 89146914411.