

© Д.Г. Рутенбург, А.В. Конычев, 2011
УДК 617.57-002.3-089-039.57:615.036

Д.Г. Рутенбург, А.В. Конычев

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

СПб ГУЗ «Городская клиническая больница № 14» (главврач — И.Н. Кононыхин), Санкт-Петербургский центр по лечению хирургических инфекций

Ключевые слова: воспаление, хирургическая инфекция, микроорганизм.

Введение. Частота встречаемости гнойных заболеваний верхней конечности значительно возросла в последние годы. Так, число пациентов, госпитализированных в Санкт-Петербургский центр по лечению хирургических инфекций с флегмоной верхней конечности, увеличилось с 405 в 2001 г. до 943 в 2008 г., т.е. в 2,3 раза. Обращало на себя внимание возрастание тяжести клинического течения хирургической инфекции верхней конечности. При этом число пациентов с синдромом системной воспалительной реакции, нуждавшихся в лечении в палате интенсивной терапии, за указанный период увеличилось с 3 до 5%, чаще регистрировали поражение глубоких анатомических структур верхней конечности (мышц, костных и костно-суставных образований). Отмечено, что догоспитальное лечение хирургической инфекции верхней конечности и поздняя обращаемость за медицинской помощью оказывали значительное влияние на сроки и результаты комплексного хирургического лечения, проводимого в специализированной клинике, предопределяя выраженность, глубину и распространённость местных патологических изменений, общепатологический статус и психологическое состояние пациента [1, 3].

Цель исследования — анализ причин неэффективности догоспитального лечения гнойных заболеваний верхней конечности, определение путей решения выявленных проблем.

Материал и методы. Для изучения методов и эффективности догоспитального лечения, отдельных аспектов эпидемиологии осложнённой хирургической инфекции

верхней конечности были ретроспективно анализированы 2348 историй болезни (1-я группа). Проспективно исследовали 500 больных с тяжёлым течением гнойно-воспалительных заболеваний верхней конечности, получавших стационарное лечение в Санкт-Петербургском центре по лечению хирургических инфекций (2-я группа). Таким образом, статистика данного исследования была основана на изучении 2848 больных с тяжёлым, осложнённым течением гнойных заболеваний верхней конечности.

Среди больных 2-й группы и ретроспективно изученных историй болезни было 1892 (66,4%) мужчины и 956 (33,6%) женщины. Преобладание пациентов мужского пола было обусловлено, по-видимому, большей частотой возникновения травм верхней конечности среди мужского населения, в том числе в результате несчастных случаев на работе. Так, выявлено, что 541 (19%) больной имели рабочие профессии, 861 (30,2%) — служащие, 954 (33,5%) — не работали, включая большую категорию неофициально устроенных на рабочее место, 86 (3%) пациентов были заняты на руководящих должностях. Обращало на себя внимание относительно редкая встречаемость рассматриваемой патологии в категориях социально незащищённых граждан: учащихся — 98 (3,4%) человек, пенсионеров — 103 (3,6%), инвалидов — 169 (5,9%), лиц без определённого места жительства — 36 (1,3%).

Наиболее часто гнойно-воспалительная патология верхней конечности отмечалась среди людей трудоспособного возраста: 20–40 лет — 1403 (49,3%) пациента, 40–60 лет — 856 (30,1%). Пациентов в возрасте 60–80 лет было 411 (14,4%), до 20 лет — 143 (5%) и более 80 лет — 35 (1,2%). Таким образом, типичным представителем изучаемой категории больных являлся мужчина трудоспособного возраста, рабочий или служащий.

Результаты и обсуждение. В ходе изучения 2848 больных с гнойными заболеваниями верхней конечности зарегистрировано, что лишь 69 (2,4%) из них обратились за медицинской помощью в течение 1-х суток с момента появления симптомов воспалительной патологии, на 1–4-е сутки — 1531 (53,8%), на 4–8-е сутки — 884 (31%), на 8–12-е сутки — 137 (4,8%), позже

12 дней — 227 (7,9%). Поздняя обращаемость больных с хирургической инфекцией в подразделения амбулаторного звена и стационары была обусловлена рядом факторов: недооценкой тяжести собственного состояния, отсутствием свободного времени и боязнью потерять рабочее место, надеждой на самостоятельное выздоровление и эффективность используемых средств самолечения и т.д.

Так, 2517 (88,4%) пациентов «не теряли времени даром», а самостоятельно использовали доступные им методы лечения, что не только отсрочило обращение за квалифицированной помощью, но иногда приводило к развитию тяжёлых осложнений гнойной инфекции. Определено, что 1814 (63,7%) больных применяли для местного лечения серозно-инфильтративных форм воспаления и неоперированных гнойных очагов различные мази. К наиболее часто используемым препаратам относились: «Бальзамический линимент по Вишневскому», «Мазь ихтиоловая», «Метилурацил», «Бальзам спасатель», «Левомеколь», «Бетадин». Нанесение данных мазей на кожу не только не обеспечивало проникновения активных компонентов препаратов к воспалительному очагу, но и приводило к прогрессированию патологического процесса.

Определённый интерес представляло изучение методов народной медицины, использованных для лечения 1427 (50,1%) больных с хирургической инфекцией верхней конечности. Нами были отмечены следующие методики из арсенала традиционной народной медицины: применение заговора, медовой лепёшки, печёного лука, картофеля, свеклы и других овощных культур, мела, красной тряпки, тёплых ванночек с различными растительными и животными добавками, уринотерапии и т.д. 139 (4,9%) пациентов предпринимали самостоятельные попытки вскрыть гнойный очаг, используя при этом кухонные, перочинные ножи и бритвы. Обращало на себя внимание отсутствие взаимосвязи между уровнем медицинской грамотности и санитарной культуры пациентов, с одной стороны, и социальным положением — с другой. Описанные варианты самолечения были отмечены как среди субъектов с низким социальным статусом, так и в категориях работающих пациентов. При этом, неработающие больные мотивировали позднее обращение за медицинской помощью и попытки самолечения ленью и надеждой на самоисцеление, а социально адаптированные пациенты — отсутствием свободного времени, необходимостью кормить семью и страхом потерять работу. Психологическая напряжённость в группе работающих больных стала особенно заметна с конца 2008 г., в условиях мирового финансово-экономического кризиса.

Примечательно, что 2056 (72,2%) больных поступили в Санкт-Петербургский центр по лечению хирургических инфекций по направлениям амбулаторий и неспециализированных стационаров, где проводилось хирургическое лечение гнойных заболеваний конечностей. Так, 957 (33,6%) из них были госпитализированы по направлению поликлиник, 527 (18,5%) — травматологических пунктов, 491 (17,2%) — скорой медицинской помощи, 78 (2,7%) — переведены из других больниц Санкт-Петербурга и Ленинградской области, 3 (0,1%) — из психоневрологических интернатов. Кроме того, 792 (27,8%) больных поступили в стационар, минуя первичное звено оказания медицинской помощи.

Перечень основных погрешностей в хирургическом лечении гнойных заболеваний верхней конечности, допускаемых хирургами и травматологами амбулаторного звена, остаётся неизменным с течением 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 (812 пациентов — 28,5%). Так, 593 (20,8%) больных поступили в стационар после проведённой ультравысокочастотной терапии, 219 (7,7%) — после лечения ртутно-кварцевой лампой и токами Д'Арсанваля. Использование данных методов физического лечения в серозно-инфильтративную стадию воспалительного процесса приводило к появлению признаков абсцедирования и/или прогрессированию острого воспаления.

Из числа анализируемых наблюдений 34 (1,2%) были связаны с использованием гирудотерапии. Мы не являемся непримиримыми противниками использования данного метода в лечении хирургической инфекции 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 тяжёлых вазотрофических и гнойно-воспалительных осложнений.

В дифференциальной диагностике серозных и гнойных форм воспалительного процесса у 140 (4,9%) больных были использованы диагностические пункции. Примечательно, что для пункции воспалительного очага во всех наблюде-

ниях применяли инъекционные иглы стандартного диаметра. Использование подобных тонких игл не позволяло получить пробу густого гноя, содержащего некротизированные ткани. Для проведения диагностических пункций целесообразно было использовать иглы большого диаметра — иглы Дюфо. Однако мы не отмечали никаких преимуществ данной методики перед диагностическим разрезом, проведённым под адекватной анестезией. При сравнимой травматичности диагностическая ценность разреза гораздо выше. Кроме того, при обнаружении признаков гнойного воспаления диагностический разрез позволял перейти непосредственно к хирургической санации гнойного очага.

В ходе анализа методик догоспитального лечения пациентов 2-й группы и ретроспективных наблюдений были отмечены ряд недочётов, допущенных при обезболивании и выполнении оперативного вмешательства. Так, у 976 (34,3%) больных при вскрытии осложнённых гнойных очагов верхней конечности были неоправданно применены методики местной анестезии. Результатами неадекватного обезбоживания явились: выраженная боль во время операции и в послеоперационном периоде, что способствовало созданию негативного эмоционального фона, недостаточная протяжённость операционного доступа и неадекватный объём некрэктомии и, в конечном итоге, прогрессирование гнойной инфекции. Обращали на себя внимание тяжёлые последствия использования проводниковой анестезии по Лукашевичу—Оберсту. Зарегистрировано у 49 (1,7%) больных развитие тяжёлых ишемических поражений пальца после применения обезбоживания по этому методу, которые у 9 (0,3%) из них закончились сухой гангреной ишемизированного сегмента. У других пациентов анестезия была выполнена с грубыми нарушениями методологии и/или выбрана необоснованно. Проводниковая анестезия по Лукашевичу—Оберсту могла быть использована лишь при первичном обращении пациента и локализации неосложнённого панариция в пределах дистальной фаланги пальца. Отмечено частое применение оперативных доступов без учёта анатомических особенностей оперируемой области и локализации первичной раны у 239 (8,4%) человек, неоправданное использование двойных разрезов в виде «чемоданной ручки» — у 97 (3,4%).

Отдельную группу составили пациенты с инфицированными ранами верхней конечности, подвергнутые первичной хирургической обработке раны с наложением первичных швов — у 231 (8,1%). Ни у одного из этих больных рана не была дренирована или дренаж осуществлялся

малоэффективной полоской перчаточной резины. Отсутствие адекватного оттока раневого отделяемого приводило к его задержке, что создавало предпосылки для развития и прогрессирования инфекции.

У 23 (0,8%) 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 учитывать ряд факторов: герметизации раны должны предшествовать выполнение полной некрэктомии и дренирование раны перфорированным трубчатым дренажем. Данные больные требовали более пристального наблюдения, систематической санации дренажной трубки и обязательной антибактериальной терапии. 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, при лечении 68 (2,4%) пациентов были использованы инъекции антимикробных препаратов в зону воспалительного очага, что приводило к формированию дополнительных входных ворот инфекции, усилению альтерации в области воспаления, компрессии ткани раствором введённого анестетика и прогрессированию ишемических изменений. Данные механизмы патогенеза являлись причиной нарастания симптомов гнойного воспаления верхней конечности. В лечении 1971 (69,2%) больного с осложнёнными гнойными заболеваниями верхней конечности использовали таблетированные антибактериальные препараты, что нельзя признать достаточным при этиотропной терапии тяжёлой инфекции. Описанные недостатки оказания медицинской помощи были зарегистрированы при всех гнойных заболеваниях верхней конечности и не были сопряжены с трудностями в лечении какой-либо конкретной нозологической формы.

Выводы. Несвоевременные и/или нерациональная диагностика и лечение гнойных заболеваний верхней конечности на догоспитальном этапе приводят к удлинению сроков и увеличению затрат на стационарное лечение, нарушению функции оперированного сегмента, нарушению трудовой и социальной адаптации больных.

2. Для верификации этиологии и отдельных механизмов развития гнойной инфекции целесообразно применять современные

методы лабораторной и инструментальной экспресс-диагностики: полимеразную цепную реакцию, иммуноферментный анализ, тепловизионное и ультразвуковое исследования и т. д.

3. При комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний следует выполнять адекватное вскрытие и хирургическую санацию гнойного очага, применять регионарные методы антимикробной терапии и средства местного лечения гнойной раны.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Безуглый А.В. Современное состояние амбулаторно-поликлинической помощи при гнойно-воспалительных заболеваниях // Стационарозамещающие технологии // Амб. хир. — 2001. — № 3. — С. 6–8.
2. Горюнов С.В., Ромашов Д.В., Бутивщенко И.А. Гнойная хирургия. — М.: Бином, 2004. — 556 с.

3. Конычев А.В. Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности. — СПб.: Невский диалект, 2002. — 351 с.

Поступила в редакцию 29.12.2010 г.

D.G.Rutenburg, A.V.Konychev

ANALYSIS OF RESULTS OF PREHOSPITAL TREATMENT OF COMPLICATED PURULENT DISEASES OF UPPER EXTREMITY

An analysis of 2848 cases of complicated purulent diseases of upper extremities has determined the main errors of the prehospital treatment of the infection. Irrational self-reliant and ambulatory treatment resulted in the appearance of marked functional and anatomical defects of the affected extremity which lead to considerable economical costs. The following principal ways to solve the found problems were established: sanitary-educational work among the population, training of the ambulatory link of specialists to learn modern aspects of the diagnosis and treatment of purulent diseases of upper extremities.