

© Коллектив авторов, 2007
УДК 617.577-002.36-06:616.779-002

А.Д.Тараско, Г.М.Челышева, В.В.Кузнецов, А.А.Фаев

ПАНИКУЛИТ КАК РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПАНАРИЦИЯ

Кафедра хирургии (зав. — проф. Э.М.Перкин) Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей, МЛПУ ГКБ № 29 — МСЧ ОАО «ЗСМК» (главврач — проф. И.К.Раткин)

Ключевые слова: панариций, осложнение, панникулит, лечение, применение аутовакцины.

В результате гнойных заболеваний пальцев нередко возникают осложнения и сохраняются остаточные явления. Публикации, посвященные осложнениям гнойных заболеваний пальцев, встречаются нечасто, что объясняется, с одной стороны, склонностью специалистов к сокрытию осложнений, а с другой стороны — весьма скромными успехами в их лечении.

Сообщений о развитии после панариция такого осложнения, как панникулит, в доступной литературе нам найти не удалось, но известно, что панникулит может возникать как реактивный процесс вблизи или вокруг воспалительных очагов [2]. Приводим собственное наблюдение.

Больная П., 17 лет, находится под наблюдением и периодически проходит лечение с 25.02.2004 г. В течение 7 мес (до сентября 2004 г.) последовательно перенесла паронихию, костный панариций ногтевой фаланги I пальца левой кисти, подкожный панариций ногтевой фаланги того же пальца. Лечение включало хирургическое вмешательство, антибиотикотерапию, физиотерапию. Остаточных явлений после перенесенных гнойных процессов на пальце не было. Рецидивы гнойно-воспалительного процесса на пальце отмечались в ноябре и декабре того же года, причем процесс локализовался уже не на ногтевой, а на основной фаланге. Из ран высевались миксты золотистого стафилококка и протей. 16.02.2005 г. впервые появился воспалительный узел до 3 см в диаметре на левом предплечье. Появление инфильтрата сопровождалось фебрильной лихорадкой постоянного характера, которая сохранялась до вскрытия инфильтрата. При посеве был выделен микст кишечной палочки, золотистого стафилококка и гноеродного стрептококка. Проводились антибактериальная терапия в соответствии с антибиотикограммой, инфузионная терапия, коррекция иммунитета, физиотерапия. Проведены сеансы плазмафереза с инкубацией клеточной массы с амикацином (250 мг) и циклофероном (1 г), короткий курс лечения глюкокортикоидными гормонами. Отделяемое из раны тестировалось на туберкулезную и грибковую флору с отрицательным результатом. Больная

консультирована специалистом по внелегочному туберкулезу, ревматологом, дерматологом, эндокринологом, онкологом, сосудистым хирургом — специфические диагнозы исключены.

В сентябре 2005 г. высказана диагностическая версия о наличии у больной узловой формы панникулита. К концу 2005 г. больной было произведено более 70 вскрытий и иссечений на левом предплечье (рисунок).

При очередном поступлении больной в стационар 05.12.2005 г. в программу лечения решено было включить аутовакцинотерапию. В результате применения аутовакцины ожидали получить эффект гипосенсибилизации в результате связывания антител с аллергеном (убитые микроорганизмы). Кроме того, известно, что гистамин, освобождающийся при дробном введении аллергена, активирует супрессорные Т-лимфоциты, угнетающие выработку реагинов.

Из экссудата у больной выделен микст *St.aureus*, *E.coli* и *Strept. pyogenes*, устойчивые к антибиотикам пенициллинового ряда, антибиотикам резерва и цефалоспорином I, II и III поколений, чувствительные к аминогликозидам, фторхинолонам и рифампицину. Учитывая, что почти во всех микс-



Общий вид левого предплечья больной П., 17 лет. На предплечье множество рубцов от предыдущих вскрытий.

1 — новый узел; 2 — рана после вскрытия панникулитного абсцесса.

тах присутствовал патогенный стафилококк, предположили, что именно он играет лидирующую роль и его избрали для изготовления аутовакцины.

Аутовакцину из выделенных патогенных стафилококков готовили по методике Т.Б.Горгиева [1]. Аутовакцину больной применили комбинированным внутривенно-подкожно-внутримышечным методом в виде 12 инъекций от 0,1 до 2 мл с интервалом 48–72 ч. После проведения аутовакцинации у больной в течение 4 мес отмечалась ремиссия, чего не было последние 2 года. Через 4 мес после аутовакцинации возник рецидив, но воспалительный очаг уже не имел вид узла, а представлял собой инфильтрат без четких границ. После рассечения инфильтрата выделилось небольшое количество мутного серозного экссудата. При бактериологическом исследовании была выделена культура *E.coli* с чувствительностью к широкому спектру антибиотиков, кроме пенициллинового ряда. Рана быстро очистилась, через 2 сут после вскрытия микроорганизмы в ране не определялись. Относительно быстро рана подверглась эпителизации и зарубцевалась. Вновь наступила ремиссия. Больная поступила в вуз. В настоящее время чувствует себя здоровой.

Таким образом, можно сделать заключение, что перенесенные повторные панариции I пальца

левой кисти явились сенсibiliзирующим фактором, запустившим механизм патогенеза панникулита. Примененная для лечения аутовакцинолериия изменила течение и картину панникулита — непрерывно-рецидивирующее течение сменилось эпизодически рецидивирующим, узловая форма перешла в инфильтративную, из очага стала выделяться монокультура, причем лидирующая роль патогенного стафилококка устранена, течение раневого процесса стало более доброкачественным. Данное наблюдение позволяет считать перспективность использования аутовакцины при лечении нагнаивающейся формы панникулита.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Горгиев Т.Б. Об аутовакцинолериии и изготовление аутовакцины: Методические материалы в помощь практическому врачу.—Днепропетровск, 1958.—10 с.
2. Измайлов Г.А., Измайлов С.Г. Панникулит // Хирургия.—2000.—№ 8.—С. 56–58.

Поступила в редакцию 06.06.2007 г.