

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ**

Константин Стефonenко

Руководитель – В.А. Валутон

УО «Борисовский государственный медицинский колледж»

Республика Беларусь, г. Борисов

Одной из актуальных проблем современной гнойной хирургии является комплексное лечение гнойно-воспалительных заболеваний кисти, которые включают различных видов панариции, абсцессы, флегмоны, карбункулы и фурункулы кисти. Лечение этих заболеваний является значительной медицинской и социально-экономической проблемой. Это связано с устойчивостью микрофлоры к антибиотикам, что приводит к длительным срокам лечения, неудовлетворительным функциональным результатам. Это, в свою очередь, ведет к потере профпригодности у 10% больных. Классическими способами лечения являются: консервативный в фазе инфильтрации тканей и оперативный в фазе гнойно-некротического воспаления.

Что касается операционного способа лечения в фазу гнойного воспаления, то все больше авторов говорят о рациональности радикальной обработки очага с иссечением некротических тканей и последующим наложением первичного или первично-отсроченного шва и дренирования раны.

В рамках консервативного лечения авторы многих научных работ склоняются к методу регионарной перфузии антибиотиков в конечность внутривенным способом с использованием манжеты, вместо используемого до сих пор рутинного способа перорального или внутривенного введения.

Для доказательства справедливости выдвинутой гипотезы было проведено исследование на базе учреждения здравоохранения «Борисовская центральная районная больница» в отделении гнойной хирургии.

В основу работы положен клинический анализ исследования и лечения 39-и больных с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти в возрасте от 14-и до 73-х лет, из них женщин – 18 (44,2%), мужчин – 21 (53,8%). Трудоспособного возраста – 17 (43,5%), нетрудоспособного возраста – 22 (56,5%). В этиологическом плане причиной гнойно-воспалительных заболеваний кисти являлись: уколы – 47%, поверхностные раны – 15%, ушибы – 5%, мозоли и потертости – 6%, другие причины – 27%. Среди панарициев (всего 18), лечившихся методом регионарной перфузии антибиотиков, было:

- костных – 12 (66,6%);
- суставных – 3 (16,7%);
- пандактилитов – 3 (16,7%).

Локализация процесса: чаще на 1-2 пальцах. У 8% имела место серозно-инфильтративная фаза воспаления, у 92% – гнойная.

В контрольную группу было взято 13 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти подобной формы и локализации, но которые лечились традиционными способами лечения, т.е. классический способ внутримышечного введения антибиотиков.

В экспериментальной группе было 26 больных, лечившихся методом регионарной перфузии. Технически метод регионарной перфузии заключался во внутривенном введении 0,6 г линкомицина на физрастворе или 80-160 мг гентамицина (при устойчивости к данным антибиотикам назначались «Амклав», «Цефатоксим») в кубитальную вену после предварительно наложенной на плечо манжетки и экспозиции на 30 минут. Введение осуществлялось 1 раз в сутки в течение 7-10 дней. Больным систематически проводились перевязки ран с использованием антисептиков в зависимости от фазы раневого процесса, что отражалось в истории болезни. Этот метод показал, что уже на 3-4 день (т.е. на 1-2 суток раньше, чем в контрольной группе), купировался воспалительный процесс, скорее исчезали пульсирующие боли в ране, на 2-3 сутки нормализовалась температура тела (таблица 1).

Таблица 1.

Сравнительный анализ сроков исчезновения клинических симптомов

	Классический метод	Метод регионарной перфузии
Купирование воспалительного процесса	5-6 дней	3-4 день
Исчезновение пульсирующей боли в ране	3-4 день	1-2 день
Нормализация температуры	4-5 день	2-3 день

Отмечалось сокращение средних сроков лечения, не было случаев ампутаций пальцев по поводу деструктивных форм панарициев (таблица 2).

Таблица 2.

Зависимость средних сроков лечения больных с разными формами ГВЗК при лечении антибиотиками методом регионарной перфузии и классическим способом внутривенного введения

Форма ГВЗК	Группы больных			
	1-ая группа – метод регионарной перфузии		2-ая группа – метод внутримышечного введения АБ	
	Число больных	Средняя продолжительность лечения	Число больных	Средняя продолжительность лечения
Костный панариций	12	6,7	9	10,3
Суставной панариций	3	7,1	2	11,2
Пандактилит	3	13,8	2	18,2

Таким образом, применение метода регионарной перфузии укорачивает пребывание больных на койке (3-5 дней) в зависимости от формы панариция. Анализ амбулаторных карт пациентов, продолживших лечение в поликлинике, показывает, что и там сроки лечения укорачиваются на 6-7 дней при использовании метода регионарной перфузии антибиотиков.

Было произведено сравнение методов консервативного лечения с Казахстаном, Украиной, Россией. В ходе сравнения выяснилось, что данные страны уже используют метод регионарной перфузии.

Выводы

1. Гнойно-воспалительные заболевания кисти представляют собой важную медико-социальную проблему вследствие распространения среди людей трудоспособного возраста.

2. Традиционное лечение увеличивает пребывание на койке на 3-5 дней в зависимости от формы гнойно-воспалительных заболеваний кисти. Последующее амбулаторное лечение также на 6-7 дней длительнее при классическом способе лечения.

3. Применение метода регионарной перфузии приводит к быстрому регрессу клиники заболевания, купированию воспалительного процесса.

Заключение

1. Учитывая вышеизложенное, а именно доказанный опыт рационального ведения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти методом регионарной перфузии в сравнении с классическим, а также имеющийся международный опыт лечения таких больных в России, Украине и Казахстане, мы предлагаем широкое использование этого метода в лечебных учреждениях республики.

2. Учитывая некоторую сложность технического использования метода и возможных осложнений (анафилаксия, снижение АД, диарея), должно осуществляться под контролем медицинского персонала.

3. Обзор медицинской литературы по способам лечения различных видов панарициев на бывшем пространстве СНГ показывает, что в России и Украине метод регионарной перфузии широко используется и является классическим лечением, в отличие от Беларуси, где применяется внутримышечное введение антибиотиков.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ

1. Лечение осложненных форм панариция // 20-ый съезд хирургов Беларуси: Тез. докл. - Минск, 1991. (Соавт. В. Ю. Клинецвич).

2. Приказ МЗРФ от 15.11.2012 года №922н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия».

3. Абаев Ю.К. Раневая инфекция в хирургии. Минск. Беларусь, 2006 – С.184-196.

4. Попов В.А., Воробьев В.В. Панариций. Ленинград. Медицина, 1986 – С.157-183.