

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАНАРИЦИЯ

Аскеров Э.М., Потоцкая Л.А., Беляк М.А.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России

Аннотация: Нагноительные заболевания пальцев рук были и остаются одной из важнейших проблем гнойной хирургии. Отмечено, что пациенты с хирургической инфекцией верхней конечности составляют 30–50% больных, обращающихся в подразделения амбулаторно-поликлинического звена. Перед врачом стоит задача, чтобы в процессе лечения максимально сохранить объем движений кисти и пальцев, которые выполнялись ими до момента возникновения заболевания. В работе рассмотрены актуальные методы и подходы к лечению панариция.

Ключевые слова: панариций, хирургическая терапия, консервативное лечение, антибактериальные препараты

CURRENT APPROACHES TO THE TREATMENT OF PANARITIS

Askerov E.M., Pototskaya L.A., Belyak M.A.

Tver State Medical University, Tver, Russian Federation

Abstract: Inflammatory diseases of the fingers have been and remain one of the most important problems of purulent surgery. It has been noted that patients with surgical infection of the upper extremity account for 30-50% of patients attending outpatient departments. The doctor is faced with the task to preserve as much as possible the volume of hand and finger movements in the course of treatment, which they performed before the onset of the disease. The paper considers current methods and approaches to the treatment of panaritium.

Key words: panaritium, surgical therapy, conservative treatment, antibacterial drugs

Введение. Развитие современных технологий обуславливает автоматизацию производств, применение мобильных электронных устройств, компьютеризацию рабочего процесса, в связи с чем мелкая моторика кистей верхних конечностей играет важную роль в трудовой деятельности человека. В результате несвоевременного оказания квалифицированной медицинской помощи возникают значительные анатомические и функциональные дефекты верхней конечности, нарушающие трудоспособность больных. Нагноительные заболевания пальцев рук были и остаются одной из важнейших проблем гнойной хирургии. Отмечено, что пациенты с хирургической инфекцией верхней конечности составляют 30–50% больных, обращающихся в подразделения амбулаторно-поликлинического звена [1, 2, 3].

Для лечения панариция в начальном периоде предложены разнообразные консервативные средства: ручные ванны, мазевые повязки, полуспиртовые компрессы. Для консервативного лечения начальных форм панариция используют также местную пролонгированную гипотермию, которая обладает мощным этиопатогенетическим лечебным эффектом. Кроме того, местная гипотермия позволяет клинически дифференцировать фазу серозной инфильтрации от гнойно-воспалительных изменений в тканях. Также с ее помощью удастся вызвать сосудосуживающий эффект при лечении гиперваскулярных форм раневых нагноений [4].

Другим наиболее приемлемым методом лечения является использование термоэлектрических охладителей, так как их применение обеспечивает поддержание необходимого температурного диапазона и достаточно быстрый перевод из режима охлаждения в режим нагревания [4].

В современной научной литературе до настоящего времени нет единого мнения по поводу использования при консервативной терапии тепловых или холодных процедур. Некоторые авторы в категоричной форме отстаивают преимущества холода, однако большинство современных исследователей отдает предпочтение тепловым процедурам.

Эффект от консервативной терапии панариция, по данным различных авторов, наблюдается у 7—30% пациентов [5].

Перед врачом же стоит задача в процессе лечения максимально сохранить объем движений кисти и пальцев, которые выполнялись ими до момента возникновения заболевания. Поэтому изучение современного подхода к лечению панарициев остается актуальным направлением анализа.

Результаты и их обсуждения. Любой гнойно-воспалительный процесс в начале своего развития проходит серозно-инфильтративную фазу, которая является функционально обратимой. На этапе серозного воспаления возможно проведение консервативной терапии, позволяющей предотвратить развитие последующего нагноения [5, 6, 7].

В процессе эволюции системы представлений о природе гнойно-воспалительных заболеваний менялись и подходы к хирургическому лечению, усовершенствования и модификации которого позволили значительно улучшить результаты лечения пациентов [6].

Одним из таких методов является применение отграничения операционного поля с одномоментным созданием отжимного жгута под проводниковой анестезией с ультразвуковым контролем. Выполняется проводниковая анестезия плечевого сплетения подмышечным доступом. Соседние участки кожи кисти надежно изолированы от зоны операции, что исключает их обсеменение при вскрытии очага инфекции или инфицирование условно «чистой» операционной раны. Отжимной жгут минимизирует кровопотерю и создает лучшие условия для визуализации анатомических образований [8, 9, 10].

Предложенный метод авторы рассматривают в сравнении с оперативным пособием, выполненным под проводниковой анестезией по Браун–Усольцевой, Оберсту–Лукашевичу и их модификациями. Второй имеет ряд недостатков: нет барьера между зоной операции и соседними тканями, что может вызвать их обсеменение микроорганизмами из гнойного очага при «грязных» операциях; во время условно «чистых» операций отсутствует ограничение от секретов собственных сальных и потовых желез, соседних пальцев, что может привести к инфицированию раны и ее дальнейшему нагноению; сохраняется венозное полнокровие, что также затрудняет визуализацию анатомических структур пораженного пальца; наложение жгута вызывает существенный дискомфорт у пациента, т. к. предплечье не подвергалось анестезии; большое количество анестетика может вызвать тяжелые осложнения вплоть до некроза, вызывает местный отек тканей, препятствуя нормальной визуализации пораженных тканей; послеоперационное обезболивание зачастую требует введения опиоидных анальгетиков, что приводит к нежелательным побочным эффектам (тошнота, рвота, снижение АД, головокружение, слабость и др.) [8, 11, 12].

Одним из значимых преимуществ подмышечной блокады плечевого сплетения под ультразвуковым контролем по сравнению с проводниковой анестезией по Брауну–Усольцевой, Оберсту–Лукашевичу является возможность наложения жгута в область предплечья, без чувства дискомфорта у пациента, и отсутствие движения в кисти во время операции, что создает оптимальные условия для работы хирурга [13, 14, 15].

Предлагаемый способ лечения дает возможность лучшей интраоперационной визуализации раны, достигается меньшая кровопотеря, меньше послеоперационных осложнений, снижение уровня боли в послеоперационном периоде. В ходе динамического наблюдения за пациентами установлено, что метод позволил сократить сроки стационарного лечения, начать ранее проведение реабилитационных мероприятий, быстрее восстановить функциональную активность кисти пациента, что способствовало более быстрой его социально-трудовой адаптации [1, 16, 28].

При определении показаний и противопоказаний к назначению терапии многие исследователи придают решающее значение временному фактору указывая на возможность эффекта от консервативного лечения лишь при ранних сроках обращения пациентов. Это утверждение справедливо лишь для подкожного панариция. При ногтевых формах неспецифических воспалительных заболеваний пальцев не выявлено статистически значимой разницы в сроках заболевания между пациентами, у которых при обращении имелись показания к оперативному или консервативному лечению [5, 17, 18].

При выборе более правильной тактики лечения безусловно необходимо ориентироваться на клиническую картину заболевания. Пульсирующая боль, сглаженность папиллярного рисунка и напряженный отек служат показаниями к оперативному лечению.

При ногтевых формах абсолютным показанием к операции является наличие просвечивающего гнойного содержимого под эпидермисом ногтевого валика. Наличие небольшого субэпидермального абсцесса часто маскируют отек и выраженная гиперемия ногтевого валика. В этом случае полезным может оказаться «компрессионный тест», предложенный А. Turkmen (2004), сущность которого заключается в следующем: на ладонную поверхность дистальной фаланги соответствующего пальца оказывают давление, при этом ногтевые валики бледнеют и четче становится видна граница абсцесса [5, 19, 20, 29, 30].

Правильно-подобранная терапия влияет на сроки излечения пациентов. Анализ показал, что при эффективной консервативной терапии сроки излечения существенно меньше, чем у оперированных пациентов. В то же время при неэффективной консервативной терапии срок лечения больше, чем у пациентов, оперированных в день обращения. Сроки лечения пациентов, оперированных через сутки после неэффективной консервативной терапии, не отличались от таковых у пациентов, оперированных при обращении. В то же время сроки лечения пациентов, которым консервативная терапия проводилась более суток, прежде чем она была признана неэффективной и потребовалось оперативное вмешательство, были значительно больше [4].

Консервативная терапия некоторых форм панариция в серозно-инфильтративной фазе значительно сокращает сроки лечения. При определении показаний к назначению консервативного лечения следует прежде всего ориентироваться на клинические признаки. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение суток показано оперативное вмешательство [8].

Рассмотрим применение антибактериальной терапии. Различными авторами по-разному оцениваются предпочтительные способы введения антибактериальных препаратов. Многие авторы возражают против местного введения антибиотиков из-за малого проникновения их тканей и возникновение риска развития резистентности микроорганизмов. В разное время предлагались антеградное эндолимфатическое введение антибиотиков, электрофорез, имплантация иммобилизованных в специальном цементе антибиотиков [17, 21].

Исследования, проведенные рядом авторов, показали, что при традиционных методах введения антибиотик находится лишь в течение некоторого времени, что обусловлено незначительной степенью их проникновения в лимфатическую систему и неспособностью накапливаться в ней вследствие того, что антибиотики по всей природе являются кристаллоидами. Результаты экспериментальных исследований показали, что при эндолимфатическом введении удается получить высокие терапевтические концентрации препаратов в лимфе в течение нескольких суток. При этом достигается терапевтический уровень антибиотиков и в крови [17, 22].

Лечебная эффективность эндолимфатической терапии достаточно высока, но ее применение не всегда возможно. Эта «тонкая» операция требует наличия специального инструментария и операции, что вызывало необходимость разработки более простого способа насыщения лимфатической системы лекарственными препаратами [17].

В 1983 г был предложен нехирургический способ повышения содержания лекарственных препаратов в лимфатической системе, получивший название «непрямой эндолимфатической или лимфотропной терапии». В результате исследований было установлено, что предварительное подкожное введение лидазы способствует повышению концентрации антибиотика, введенного в ту же область, в центральной лимфе в 2,5 раза и превышает концентрацию антибиотика, введенного без предварительного применения лидазы. Последняя служит «проводником» не только антибиотиков, но и других низкомолекулярных препаратов в лимфатическую систему. Непрямая лимфотропная терапия не уступает по эффективности прямой, но в то же время доступна в условиях любого стационара в современных условиях [17, 25, 26].

При создании в кисти пораженной конечности венозного стаза идет перераспределение движения тканевой жидкости в сторону лимфатического русла. В последние годы сформулирован принцип комбинированного использования нескольких антибактериальных препаратов, который с успехом применяется в лечении больных с панарициями, особенно тяжелых форм [27].

Хорошо себя зарекомендовало сочетание цефалоспоринов и аминогликозидов или полусинтетическими пенициллинов. Перечислено много антибактериальных препаратов, однако важным правилом в лечении больных является отказ от применения сразу новых антибиотиков широкого спектра действия, т.к. их нужно сохранить в резерве для лечения тяжелых форм – костного, суставного, сухожильного и пандактилита [5].

Заключение: Своевременно выполненное адекватное оперативное вмешательство достаточным разрезом, направленное на полноценную ревизию и санацию гнойного очага с выбором рационального дренирования, местное лечение с учетом стадий раневого процесса, адекватная антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры различными путями введения позволяют получить хорошие результаты в лечении панарициев. Непрямая лимфотропная терапия позволяет улучшить результаты этого лечения. На современном этапе ведется модернизирование методов терапии нагноительных заболеваний пальцев рук. Это остается одной из важнейших проблем гнойной хирургии, требующей поиска более оптимальной тактики лечения.

Источники информации.

1. Выбор тактики лечения тяжелых форм панариция: особенности анестезии и хирургических методов лечения / Р. Б. Гудантов, Д. Н. Моисеев, Б. Б. Колодкин [и др.] // Госпитальная медицина: наука и практика. – 2020. – Т. 1. – № 4. – С. 28-32. – DOI 10.34852/GM3CVKG.2020.29.98.005. – EDN CAQZLS.
2. Staffing of the outpatient level in Tver (Russia) / A. Morozov, M. Eronakova, T. Sorokovikova [et al.] // Archiv EuroMedica. - 2022. - Vol. 12. - No 4. - DOI 10.35630/2199-885X/2022/12/4.1
3. Epidemiology of disability among able-bodied population of Tver (Russia) / A. Morozov, T. Sorokovikova, L. Pototskaya [et al.] // Archiv EuroMedica. - 2022. - Vol. 12. - No 4. - DOI 10.35630/2199-885X/2022/12/4.1
4. Современные методы стимуляции процесса регенерации послеоперационных ран / А. М. Морозов, А. Н. Сергеев, Н. А. Сергеев [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2020. – № 3(123). – С. 7. – DOI 10.20333/2500136-2020-3-. – EDN WHYDTP. – 8
5. Петрушин, А. Л. К вопросу о консервативном лечении панариция / А. Л. Петрушин // Пермский медицинский журнал. – 2010. – Т. 27. – № 3. – С. 28-32. – EDN NСNRHR.
6. Основные принципы лечения местного воспалительного процесса / А. М. Морозов, С. В. Жуков, Э. В. Буланова, Н. А. Шатохина // Тверской медицинский журнал. – 2020. – № 2. – С. 37-44. – EDN FMNUGK. – 3
7. Об истории развития антисептики как начала современной хирургии / А. М. Морозов, А. Н. Сергеев, В. А. Кадыков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 3. – С. 140. – DOI 10.17513/spno.29706. – EDN IEEOMP. – 6
8. Ким Д.Ю., Крайнюков П.Е., Погосов Н.В., Моисеев Д.Н., Кокорин В.В., Гончаров Н.А., Колодкин Б.Б., Травин Н.О. Способ ограничения операционного поля с одномоментным созданием отжимного жгута на пальцах кисти. Патент на изобретение RU 2714477 С1, 17.02.2020. Заявка № 2019121539 от 10.07.2019.
9. Морозов А. М. Скальпель с регулируемой глубиной рассечения. / Морозов А. М., Пахомов М. А., Пельтихина О. В., Кадыков В. А., Мохов Е. М. // Тверской государственный медицинский университет. Депонированная рукопись № 01-118-13.05.2019. – 7
10. Морозов А. М. Устройство для ограничения глубины рассечения тканей. / Морозов А. М., Пахомов М. А., Пельтихина О. В., Кадыков В. А., Мохов Е. М. // Тверской

- государственный медицинский университет. Депонированная рукопись № 01-12013.05.2019. – 7
11. Методы локальной антимикробной профилактики инфекции области хирургического вмешательства / А. Н. Сергеев, А. М. Морозов, Э. М. Аскеров [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2020. – Т. 101. – № 2. – С. 243-248. – DOI 10.17816/KMJ2020-243. – EDN BWQFMS. – 7
 12. О возможности использования модернизированной шкалы боли в клинической практике / А. М. Морозов, А. Н. Сергеев, Э. М. Аскеров [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 5. – С. 81. – DOI 10.17513/spno.30010. – EDN BURJKH. – 5
 13. Пашук А.Ю. Регионарное обезбоживание. – М.: Медицина, 2018. – С. 75–82.
 14. О возможности оценивания болевого синдрома при помощи наиболее валидизированных шкал боли (обзор литературы) / А. М. Морозов, С. В. Жуков, М. А. Беляк [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2020. – Т. 27. – № 2. – С. 62-68. – DOI 10.24411/1609-2163-2020-16663. – EDN YUSSXF. – 4
 15. О возможности использования шкал боли в условиях стационара / А. М. Морозов, А. Н. Сергеев, С. В. Жуков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 4. – С. 148. – DOI 10.17513/spno.29862. – EDN UVZPJT. – 8
 16. Использование современных раневых покрытий в местном лечении РАН различной этиологии / А. М. Морозов, А. Н. Сергеев, Н. А. Сергеев [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 2. – С. 167. – DOI 10.17513/spno.29705. – EDN ZQRHKJ. – 6
 17. Рахимова, Ю. В. Регионарная лимфотропная антибиотикотерапия при панарициях / Ю. В. Рахимова, А. Б. Бадмаева // Материалы X Юбилейной Международной научно-практической конференции молодых ученых-медиков, Курск, 26–27 февраля 2016 года / Под редакцией В.А. Лазаренко, И.Э. Есауленко, Р.Ш. Хасанова. – Курск: Общество с ограниченной ответственностью "МедТестИнфо", 2016. – С. 223-226. – EDN WATKCV.
 18. Профилактика инфекции области хирургического вмешательства / А. М. Морозов, А. Н. Сергеев, С. В. Жуков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 6. – С. 198. – DOI 10.17513/spno.30268. – EDN XHGMIB. – 5
 19. Современное понятие о боли и обезболивании / А. М. Морозов, С. В. Жуков, Н. А. Шатохина, Э. В. Буланова // Тверской медицинский журнал. – 2020. – № 1. – С. 60-70. – EDN KQVMYS. – 5
 20. О возможности применения с-реактивного белка и прокальцитонина как актуальных и доступных маркеров воспаления в хирургии / Е. М. Мохов, А. М. Морозов, В. А. Кадыков [и др.] // Московский хирургический журнал. – 2018. – № 2(60). – С. 24-29. – DOI 10.17238/issn2072-3180.2018.2.24-29. – EDN YPEKCD. – 2
 21. Antibiotic sensitivity of clinical isolates at outpatient unit in Tver, Russia: a comparative / K. Horak, K. Gorodnichev, A. Morozov [et al.] // Archiv EuroMedica. – 2020. – Vol. 10. – No 4. – P. 77-79. – DOI 10.35630/2199-885X/2020/10/4.17. – EDN BUZUTN.
 22. Analysis of the sensitivity of staphylococcus aureus to antibiotics in patients with purulent-septic diseases / A. Morozov, V. Dzhafarov, K. Chorak [et al.] // Archiv EuroMedica. - 2022. No 7. - P. 42-44. - DOI 10.35630/2199-885X/2022/12/2.9
 23. Хазамова, М. А. Термоэлектрическое устройство для лечения панариция / М. А. Хазамова, Г. М. Гаджимурадов // Неделя науки - 2015 : Сборник тезисов докладов XXXVI итоговой научно-технической конференции преподавателей, сотрудников, аспирантов и студентов ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный технический университет», Махачкала, 21–25 апреля 2015 года / Под ред. Т.А. Исмаилова. – Махачкала: Издательство КИТ, 2015. – С. 30-31. – EDN ULEJQT.
 24. Князев, В. Н. Исследование информативности ДС-индекса плазмы в оценке эффективности регионарной озонотерапии пациентов с панарицием / В. Н. Князев, С. И. Мирошин, Е. В. Киселева // Биорадикалы и антиоксиданты. – 2017. – Т. 4. – № 1. – С. 5-10. – EDN ZURHTB.

25. Letsch MT, Kreulen M, Rakhorst HA. Gecomplieerd beloop van een panaritium [Complicated course of a felon: prevention is better than surgical reconstruction]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D192. Dutch. PMID: 27734773.
26. Сергеев А.Н., Морозов А.М., Кадыков В.А., Аскеров Э.М., Пахомов М.А., Городничев К.И. Модернизированный способ обработки ран приказ №920 от 02.10.2019 о депонировании рукописи НОУ-ХАУ под №01-137. – 2
27. Lima RB, Borges MAP, Araújo LF, Martins CJ. Herpetic whitlow in a child with AIDS: the importance of Tzanck test in the diagnosis. An Bras Dermatol. 2021 Jul-Aug;96(4):477-481. doi: 10.1016/j.abd.2020.08.017. Epub 2021 May 18. PMID: 34016479; PMCID: PMC8245730.
28. Сергеев А.Н., Морозов А.М., Кадыков В.А., Аскеров Э.М., Пахомов М.А., Городничев К.И., Булохова В.Н. Метод промывания ран приказ №916 от 02.10.2019 о депонировании рукописи НОУ-ХАУ под №01-133. – 3
29. Морозов, А. М. Способ замещения дефекта мягких тканей / А. М. Морозов, А. А. Изотова // Молодёжь и медицинская наука : материалы III межвузовской научно-практической конференции молодых учёных, Тверь, 26 ноября 2015 года / ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России. – Тверь: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Тверская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2015. – С. 220-221. – EDN VYZDGP.
30. Использование офтальмоволокна для замещения дефекта мягких тканей в эксперименте / А. А. Изотова, А. М. Морозов, И. Л. Некрасова, Е. М. Мохов // Тверской медицинский журнал. – 2016. – № 3. – С. 47-48. – EDN WAI0GJ.