

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Рузиев А.Э., Наврузов Р.Р., Рузиев А.А.,

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ Резюме,

Актуальность. В структуре гнойных заболеваний различные виды панариция составляет до 46%, для лечения которых в послеоперационном периоде применяются традиционные методы антибактериальной терапии. Однако, патогенетически обоснованное введение антибиотика в лимфатическое русло применяется достаточно редко.

Цель исследования. Улучшить диагностику и повысить эффективность лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти, в частности панариции, используя в комплексе лечения лимфотропной антибиотикотерапии в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы. На амбулаторном обследовании и лечении проходили 147 больных с различными формами панариция. Больные получали традиционное лечение (контрольная группа), которое заключалось в выполнении хирургического вмешательства, общего и местного медикаментозного воздействия и комплекса реабилитации в сочетании с непрямым лимфотропной терапией (основная группа).

Заключение. Доказано, что непрямая лимфотропная терапия позволяет в 2 раза уменьшить потребность в лекарственных средствах по сравнению с традиционными способами терапии и сократить сроки лечения, обеспечивая экономический эффект при социально значимом и частом заболевании как панариции.

Ключевые слова: панариций, непрямая лимфотропная терапия.

КАФТНИНГ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ АМБУЛАТОР-ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЛИМФОТРОП ТЕРАПИЯНИ ҚЎЛАШ

Рузиев А.Э., Наврузов Р.Р., Рузиев А.А.,

Абу Али Ибн Сино номи Бухора давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Долзарблик. Йирингли касалликлар структурасида кафтнинг йирингли касалликлари, жумладан панарициялар 46% ни ташкил этиб, уларни даволашда аксарият ҳолатларда антибиотикотерапиянинг ананавий усулларида фойдаланилади. Аммо патогенетик жиҳатдан асосланган лимфатроп терапия камдан кам ҳолатларда қўлланилади.

Мақсад. Кафтнинг йирингли касалликларини, жумладан панарицияларни, амбулатор-поликлиника шароитида комплекс даволашда лимфотроп терапияни қўлаш орқали даволаш натижаларини яхшилаш.

Таххисот материали ва усули. Панариция диагнози билан 147 бемор амбулатор шароитида текширилди ва даволанди. Улардан назорат гуруҳидагилар ананавий усулда, асосий гуруҳидагилар эса ананавий усулга қўшимча лимфатроп терапия усули билан даволанди.

Хулоса. Асосий гуруҳдаги беморларда қўлланилган лимфатроп терапия натижасида дори воситаларининг миқдори 2 мартага камайди ва ижтимоий аҳамият касб этадиган хасмол касаллигини даволаш вақти қисқариб, иқтисодий эффект аниқланди.

Калит сўзлар: панариция, лимфотроп терапия.

LYMPHOTROPIC THERAPY IN THE COMPLEX OF TREATMENT OF PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF THE BRUSH IN AMBULATORY POLYCLINIC CONDITIONS

Ruziev A.E., Navruzov R.R., Ruziev A. A.,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Summary;

Relevance. In the structure of purulent diseases, various types of panaritium is up to 46%, for the treatment of which traditional methods of antibacterial therapy are used in the postoperative period. However, pathogenetically substantiated introduction of an antibiotic into the lymphatic channel is rarely used.

Purpose of the study. To improve the diagnosis and increase the effectiveness of treatment of patients with purulent-inflammatory diseases of the hand, in particular panaritium, using in the complex treatment of lymphotropic antibiotic therapy in an outpatient setting.

Materials and methods. On an outpatient examination and treatment were 147 patients with various forms of panaritium. Patients received traditional treatment (control group), which consisted of performing surgical intervention, general and local drug exposure and a rehabilitation complex in combination with indirect lymphotropic therapy (main group).

Conclusion. It is proved that indirect lymphotropic therapy allows to halve the need for medicines in comparison with traditional methods of treatment and reduce treatment time, providing an economic effect in case of a socially significant and frequent disease like panaritium.

Key words: panaritium, indirect lymphotropic therapy.

Актуальность

По данным литературы, около 70% заболеваний в амбулаторной практике хирурга составляют гнойно-воспалительные процессы мягких тканей [2;10;11], а в структуре гнойных заболеваний различные виды панариция до 46 % [4].

При лечении гнойно-воспалительных процессов традиционно используются различные методы введения антибиотиков - пероральный, внутримышечный, внутривенный. Однако, патогенетически обоснованное введение антибиотика в лимфатическое русло применяется достаточно редко [1;3;8], хотя, лимфатическая терапия имеет ряд преимуществ: санация лимфатической системы и более интенсивное восстановление ее иммунологических и защитных функций; накопление и депонирование антибиотика в регионарных лимфоузлах, стимуляция иммунного ответа, снижение числа побочных эффектов антибактериальной терапии [7;9].

В последние годы частота встречаемости гнойных заболеваний пальцев и кисти, по данным различных авторов, имеет тенденцию к росту [5;6]. По этому обоснование комплексного рационального лечения,

расширение способов введения антибактериальных препаратов являются сегодня весьма актуальным.

Цель исследования. Улучшить диагностику и повысить эффективность лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти, в частности панариции, используя в комплексе лечения лимфотропной антибиотикотерапии в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы

На амбулаторном обследовании и лечении прошли 147 больных с различными формами панариция (кожный, подкожный, околоногтевой, подногтевой и паронихия) в условиях хирургического кабинета семейной поликлиники №9 при Бухарской городской медицинской объединении в период с 2013 по 2019 гг. в возрасте от 18 до 65 лет. Больные у которых имелись сложные формы панариции: костная, сухожильная, суставная и пандактилит были госпитализированы в стационар из-за сложности лечения в амбулаторно-поликлинических условиях. Все больные были разделены на две группы - основную и контрольную, состав групп был сопоставим по нозологическим формам панариция (таб.1).

Таблица №1

Распределение пациентов по нозологическим формам панариция

Виды панариции	Группы					
	Основная		Контрольная		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кожный панариций	15	21,7	20	25,6	35	23,8
Подкожный панариций	14	20,3	16	20,6	30	20,4
Околоногтевой панариций	19	27,5	23	29,5	42	28,6
Подногтевой панариций	11	15,9	10	12,8	21	14,3
Паронихия	10	14,6	9	11,5	19	12,9
Всего:	69	100	78	100	147	100

В зависимости от срока заболевания пациенты были разделены на три группы (табл. 2).

Таблица №2

Распределение пациентов в группах в зависимости от срока заболевания

№	Срок от начала заболевания	Группы					
		Основная		Контрольная		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	До 5 суток	31	44,9	34	43,6	65	44,2
2	От 5 до 7 суток	27	39,2	28	35,9	55	37,4
3	Более 7 суток	11	15,9	16	20,5	27	18,4
	Всего:	69	100	78	100	147	100

Основное количество пациентов обратилось за медицинской помощью в период до 5 суток от начала заболевания - 65 (44,2%), в период от 5 до 7 суток - 55 (37,4%), более 7 суток, занимались самолечением и не обращались за медицинской помощью - 27 (18,4%) пациентов.

При проведении анализа зависимости формы заболевания от срока обращения за медицинской помощью установлено, что среди пациентов, обратившихся позже 7 суток значительно чаще ($p<0,05$) встречаются более тяжёлые гнойные поражения кисти, при этом отмечена прямая, сильная корреляцион-

ная зависимость увеличения частоты таких поражений в зависимости от срока заболевания ($R=0,8$; $p<0,05$). Эти больные отправлены для стационарного лечения.

В 106 (72,2%) наблюдениях причиной гнойного заболевания кисти явилась микротравма, к которой относятся: ссадины, царапины, трещины кожи, поверхностные резанные ранки, внедрение инородных тел, заусеницы.

Всем пациентам, независимо от групп, применялись одинаковые методы исследования, которые заключались: осмотр, зондовая пальпация пораженного

пальца, рентгенография, диафаноскопия, измерение температуры тела.

Всем больным основной группы ($n=69$) была выполнена операция по неотложным показаниям под местной инфильтрационной анестезией, и сразу же после операции, иногда перед операцией, начали прямую лимфотропную терапию, которая выполнялась следующим образом: в первый межпальцевый промежуток на глубину 1,0-1,5 сантиметра (в клетчаточные пространства ладони) с тыльной стороны пораженной кисти ввели иглу (длина 3-4 см, диаметр просвета 1 мм) в подкожную клетчатку, убедились, что проколота только кожа и из иглы не выделяется кровь. После чего ввели через эту иглу 16-32 единицы лидазы с 2 мл 0,5% раствора новокаина. Через 3-4 минуты, не вынимая иглы, ввели 80 мг гентамицина, разведенного в 2,0 мл 0,5% раствора новокаина. После инъекции накладывали спиртовой шарик и сухую асептическую повязку. Лимфотропную терапию продолжали в течение 3-5 дней, 1 раз в сутки. Остальную часть антибиотика ввели внутримышечно.

Пациентам контрольной группы ($n=78$), которые были оперированы в срочном или экстренном порядке, дальнейшее лечение проводилось традиционным методом, который включал в себя местное лечение - ежедневный туалет раны растворами антисептиков (3% раствор перекиси водорода, 1% раствор борной кислоты), наложением повязки с водорастворимыми мазями. Медикаментозное лечение состояло из применения антибиотиков цефалоспоринов в средние терапевтические дозы, внутримышечно в течение 5-7 дней, назначение анальгетиков и противовоспалительных препаратов, физиотерапевтическое лечение.

Результат и обсуждение

Все больные в первые двое суток после операции предъявляли жалобы на боли в области раны, усиливающиеся при движении. Местно определялись: локальный отёк, инфильтрация окружающих тканей, гнойное отделяемое из раны, стенки которой были покрыты фибринозно-гнойным налётом. К 3-4-му дню общее состояние и самочувствие больных значительно улучшалось, раны очищались от гноя, появлялась грануляционная ткань, регрессировали местные признаки воспаления. Лечебный эффект определяли по исчезновению болевого синдрома, очищению раны, появлению грануляций. Средние сроки очищения ран от гнойно-некротических масс в основной группе пациентов составили $3,2 \pm 1,3$, а в контрольной $4,5 \pm 1,4$ суток.

Клинико-лабораторное исследование состояло из клинического минимума (общий анализ крови, общий анализ мочи). При исследовании больным проводились: инструментальная пальпация пуговчатым зондом места поражения, диафаноскопия, рентгенологическое, бактериологическое исследование и цитологическое исследование мазков-отпечатков с раны.

Бактериологическое исследование включало в себя первичный посев клинического материала на основные и элективные (селективные) питательные среды

для выделения чистой культуры возбудителя, и определения его титра в патологическом материале (количество бактерий в 1 мл). Титр 1×10^5 б/мл и выше является диагностическим.

Первичный забор материала производился до начала антибиотикотерапии в предоперационном периоде или же интраоперационно, что позволило адекватно подобрать антибиотикотерапию до начала лечения. Определение чувствительности выделенного возбудителя к антимикробным препаратам проводилось диско-диффузионным методом, что позволило из более широкого спектра антибиотиков выбрать необходимый для лечения конкретного с определённым возбудителем.

Наибольшим количеством преобладала в гнойных очагах золотистый стафилококк ($p < 0,05$), он высевался в 114 ($77,5 \pm 1,71\%$) случаях. *St. epidermidis* обнаружили в 23 ($15,6 \pm 1,31\%$) наблюдениях. *Streptococcus pyogenes* высевался у 5 ($3,4 \pm 0,85\%$) пациентов. *E. coli* была обнаружена в 1 (0,6%) случае, а в 4 ($2,7 \pm 0,71\%$) наблюдениях рост микрофлоры отсутствовал в исследуемом материале.

Полученные результаты исследования соотносятся с литературными данными, где указывается о главенствующей роли стафилококка как основного возбудителя гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки.

Заключение

Лимфотропное введение антибактериального препарата позволяет увеличить продолжительность его терапевтической концентрации непосредственно в очаге воспаления, так как созревающие в лимфатических узлах лимфоциты способны адсорбировать на своей поверхности действующее вещество и доставлять его в зону лимфатической инфильтрации воспалительного очага. На фоне этого лимфотропная терапия в комплексном лечении при панарициях в послеоперационном периоде позволяет выполнить эффективную санацию очага воспаления, проводить контролируемое послеоперационное лечение, сократить сроки лечения и обеспечить экономический эффект при социально значимом и частом заболевании. Данный метод позволяет в сравнении с традиционными способами введения лекарственных препаратов почти в 2 раза уменьшить потребность в лекарственных средствах и значительно сократить непроизводительные затраты труда медицинского персонала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдувосидов, Х.А. Роль лимфотропной иммунокоррекции при хронических ранах нижних конечностей у пожилых людей / Х.А. Абдувосидов, О.В. Паклина, А.В. Тутельян, Е.А. Макеева // Сборник тезисов Международной научно-практической конференции: Местное и медикаментозное лечение ран и гнойно-некротических очагов у детей и взрослых 21-22 мая 2015 г. - Сочи: 2015. - С. 5-7.
2. Блатун, Л.А. Местное медикаментозное лечение ран. Проблемы и новые возможности их решения / Л.А. Блатун // Consilium medicum. - 2007. - № 1. - Прил. № 1. - С. 7-11.

3. Выренков Ю.Е. Экспериментальное обоснование возможности применения комплексного лечения огнестрельных ран с использованием монооксида азота и лимфогенной терапии / Ю.Е. Выренков, В.И. Москаленко, В.К. Шишло // Хирург. - 2009. - № 9 - С. 5-12.
4. Кобычев А.В. Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности // СПб.: Невский диалект, 2002. - С. 352.
5. Лаптаков Ф.Г. Лечение гнойных заболеваний кисти / Ф.Г. Лаптаков, И.Б. Зайцев // Актуальные вопросы военной медицины: Материалы Всероссийской конф., - Томск, 1999. - С. 250-251.
6. Мелешевич А.В. Панариций и флегмона кисти: Учеб. пособие / Гродненский Государственный университет. - Гродно. - 2002. - 185 с.
7. Самохин Г.Г. Роль методов клинической лимфологии в практической медицине / Г.Г. Самохин, Л.П. Свиридкина, Л.И. Королева-Мунц // Тезисы к VI съезду Лимфологов России: эпоха возрождения 15-16 ноября 2017 г. - М.: 2017. - С. 52.
8. Хачатрян, Н.Н. Особенности антибактериальной терапии хирургических инфекций кожи и мягких тканей / Н.Н. Хачатрян, И.М. Дизенгтроф, Г.Г. Смирнов, Л.И. Лазуткина, Т.А. Фесенко // Consilium medicum.- 2011. - С. 34-37.)
9. Шевхужев З.А. // Эндолимфатическая лекарственная терапия в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости: /автореф. дис. □ д-ра. мед. наук / З.А. Шевхужев. - М., 2002. - 54 с.
10. Michael A. West Contemporary Guide to Surgical Infections / A.Michael. - 2008. - 381 p.
11. Parvizi J. New definition for periprosthetic joint infection for Workgroup of the Musculoskeletal Infection Society / J. Parvizi, B. Zmistowski, E.F. Berbari et. el. // Clin. Orthop. Related. Res. - 2011. - 469(11). - P. 2992-2994.

Поступила 09.03. 2020