

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ И СУСТАВНЫХ ФОРМ ПАНАРИЦИИ

Н. Я. Кабанов, П. А. Беляев, Е. М. Гоч, Е. И. Флегонтов

*Кафедра общей хирургии лечебного факультета (зав.— проф. Н. Я. Кабанов), кафедра хирургии факультета усовершенствования врачей (зав.— проф. П. А. Беляев) Саратовского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института*

Актуальность лечения панариция обусловлена значительной частотой этой патологии, длительной нетрудоспособностью больных, сложностью восстановления функциональной полноценности пальцев кисти. Наиболее тяжело протекают костная и суставная формы панариция. Больные с данными формами составляют до 40% от общего числа таких больных. Особое страдание вызывает осложнение панарициев — пандактилит [1].

Несмотря на определенные успехи консервативной терапии, основным методом лечения глубоких форм панариция остается оперативное вмешательство, однако до настоящего времени не определен его оптимальный вариант, поэтому результаты операций остаются неудовлетворительными.

Мы хотели бы поделиться опытом лечения костных и суставных форм панариция, основанного на раннем адекватном вмешательстве.

Под нашим наблюдением с 1979 по 1985 г. на лечении находилось 406 больных в возрасте от 17 до 80 лет по поводу различных форм панариция. У 237 (58,3%) больных был костный панариций, у 31 (7,6%) — суставной, у 75 (18,5%) — костно-суставной, у 63 (15,6%) — пандактилит. Основной причиной заболевания была производственная микротравма. Первичный костно-суставной панариций наблюдался лишь у 6% больных. У остальных патологический процесс являлся следствием длительно и неадекватно леченных поверхностных форм заболевания. Преобладающей флорой, выделенной из гноя, был патогенный стафилококк.

Диагностика костного панариция иногда представляла известные трудности, особенно при поступлении больных в ранней стадии — стадии недренирующегося абсцесса. В таких случаях при осмотре привлекали внимание фиксация пальца в полусогнутом положении, напряжение и блеск кожи, сглаженность складок, бокаловидное утолщение фаланги. Существенным моментом в диагностике костного панариция являлась динамика болей. Если в начале заболевания боли были весьма значительными, то по

мере нарастания деструктивного процесса их интенсивность существенно уменьшалась вплоть до полного прекращения. При вскрытии панариция возникали длительно незаживающие свищи с наличием батриомикомы. Отхождение секвестров и четкие рентгенологические данные, конечно, существенно уточняли диагноз. Диагностика костного панариция предопределяла и активную тактику лечения.

По нашим данным, в сравнительно раннем периоде заболевания был госпитализирован только 21% больных. Наиболее обоснованными в таких случаях были вскрытие гнояника, некрэктомия или секвестрэктомия с дренированием. Тонкий синтетический дренаж использовали не только для оттока содержимого раны, но и для промывания ее антисептиками и введения антибиотиков. Этот объем вмешательства дал хороший эффект у 40,9% больных. У остальных пациентов в связи с запущенностью процесса описанная операция только увеличила продолжительность лечения. Прогрессирование гнойного процесса у 35,6% больных потребовало ампутации пальца.

Следует отметить, что дополнительно к хирургическому лечению всем больным проводили активную антибиотикотерапию с учетом чувствительности флоры, причем предпочтение отдавали внутриапте-риальному методу введения препарата.

Типичными симптомами при изолированной форме суставного панариция были выраженная болезненность в области сустава, кольцевидная иррадиация боли вокруг сустава, резкая боль при растяжении и осевой нагрузке, гиперемия кожи и веретенообразное утолщение в зоне поражения сустава, невозможность активного движения в суставе и резкая болезненность при пассивном движении. Анамнез, как правило, был коротким — несколько дней.

По мнению ряда авторов [2, 3], лечение суставного панариция должно быть в основном консервативным и включать внутривенное или внутрикостное ретроградное введение антибиотиков, пункцию сустава с удалением содержимого и промыванием полости антибиотиками широкого спектра действия. Описанный метод лечения оказался эффективным, по на-

шим данным, только у 3 из 31 больного. У подавляющего большинства пациентов наиболее результативной была артротомия с введением дренажа или открытым ведением раны.

Присоединение гнойно-некротических изменений в суставных поверхностях фаланг существенно ухудшает состояние больного. Процесс переходит в следующую фазу — костно-суставной панариций (у 18,5%). В результате вскрытия гнойников в зоне сустава возникают свищи. Наблюдаются патологическая подвижность в суставе, типичная крепитация в нем за счет разрушения костно-суставной поверхности. Рентгенологические данные подтверждают диагноз.

Вид операции зависел от объема поражения. У 60% больных была выполнена артротомия с резекцией суставной поверхности, у остальных — ампутация.

Особую группу составили пациенты с наиболее тяжелой формой заболевания — пандактилитом (у 15,6%). Данное осложнение характеризовалось влажным некрозом и гнойным расплавлением тканей пальцев. В процесс вовлекалась кисть, наблюдался лимфангоит. Довершала клинику выраженная интоксикация: слабость, высокая температура, озноб и т. п.

Лечение больных было только хирургическим. Угроза генерализации процесса, реальность сепсиса делали активную

тактику единственно возможным методом лечения. Операцию, как правило, начинали с широкого рассечения тканей, санации, удаления секвестра и дренирования раны. К сожалению, у большинства больных в связи с запущенностью заболевания на догоспитальном этапе щадящие операции были лишь промежуточным этапом лечения. У 83,6% больных выздоровления удалось добиться только с помощью ампутации. По-видимому, этот объем операции является хотя и вынужденным, но оправданным ввиду тяжести нагноительного процесса и его распространенности.

Следует подчеркнуть, что во всех случаях проведения операции мы действовали по органосохраняющему принципу, то есть стремились сохранить функциональную полноценность кисти или, если это было невозможно, добиться косметической полноценности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лишке А. А., Лунегов А. И. // Костный панариций у взрослых и детей. — Пермь, 1977.
2. Лыткин М. И., Косачев И. Д. // Панариций. — Л., Медицина, 1975.
3. Фишман Л. Г. // Клиника и лечение заболеваний пальцев и кисти. — М., Медгиз, 1963.

Поступила 21.05.86

УДК 617.735—007.281

СВЯЗЬ ПОЛОЖЕНИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА В ОРБИТЕ С ЦИЛИОХОРИОИДАЛЬНОЙ ОТСЛОЙКОЙ

Е. А. Карташева, О. Д. Машуков

Кафедра глазных болезней лечебного факультета (зав.— член-корр. АМН СССР, проф. А. П. Нестеров) 2-го МОЛГМИ имени Н. И. Пирогова

Одним из наиболее частых, иногда достаточно серьезных осложнений экстракции катаракты является цилиохориоидальная отслойка. В. В. Волков [1] полагает, что ее пусковым механизмом служит коллапс глазного яблока во время операции. Герметизация раны при дефиците содержимого глазного яблока ведет к возникновению под склерой вакуума, в дальнейшем постепенно заполняющегося трансудатом.

Цель наших исследований — выяснить, не связано ли положение глазного яблока в орбите с появлением коллапса роговицы во время экстракции катаракты, а также с возникновением отслойки сосудистой оболочки в послеоперационном периоде.

Под нашим наблюдением находилось

87 больных (35 мужчин и 52 женщины) в возрасте от 44 до 87 лет с незрелой, зрелой и перезрелой возрастной катарактой. Востояние глазного яблока измеряли с помощью зеркального экзофтальмометра Гертеля. По положению глазного яблока в орбите пациенты были разделены на 3 группы. У больных 1-й группы (29 чел.) величинаостояния была меньше 16 мм, 2-й (46) — 16—20 мм, 3-й (12) — превышала 20 мм.

Предоперационная подготовка была одинаковой для всех больных и состояла из премедикации (2% промедола, 2% ди-медрола по 2,0 внутримышечно в одном шприце, глицерола — 180,0—200,0 внутри за 40—50 мин до операции). При планировании экстракапсулярной экстракции