

Тұжырым
ШАЛА ТҰҒАҢ НӘРЕСТЕНІ УЛЬТРАЗВУКПЕН ЗЕРТЕУ
Д.К. Файзуллина

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің медицина орталығы

Бұл мақалада узист-дәрігердің 26 апталық салмағы 990 грамм шала туған баланы бағып-қағудағы тәжірибелік тәсілі, клиникалық бақылау, емдеу әдістері мысалдармен дәлелденген.

Негізгі сөздер: *ультразвукпен тексеру, шала туған баланы бағып күту.*

Summary
ULTRASOUND EXAMINATION OF THE PREMATURE BABY
D.K. Faizullina

Medical Center State Medical University of Semey

In article the practical experience of the doctor-uzist illustrating a successful example of clinical observation, treatment, nursing a premature baby 26 weeks' gestation weighing 990 grams.

Keywords: *ultrasound, nursing a premature baby.*

УДК 616.5-002.3-089

Т.Б. Кусаменов

Больница скорой медицинской помощи, г. Семей

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАНАРИЦИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Аннотация

В статье продемонстрированы различные клинические формы, варианты течения и результаты комплексного, оперативного лечения панариция, встречающиеся в повседневной практической деятельности амбулаторной хирургии.

Ключевые слова: *панариций, лечение панариция, амбулаторная хирургия.*

Актуальность. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти является одной из актуальных проблем современной хирургии, привлекающей к себе внимание, как ученых, так и практических врачей своей частотой, длительностью лечения и не всегда благоприятными функциональными исходами. Статистика разных лет показывает, что заметной тенденции к снижению заболеваемости не наблюдается. Так, по данным М. И. Лыткина и И.Д. Косачева [5] панариций поражает ежегодно 0,5-1% населения, а самыми распространенными его видами являются подкожный, подногтевой и костный. В структуре гнойных заболеваний, потребовавших хирургического лечения в поликлинике, панариций составляет до 46% [4].

В настоящее время более 30% больных: с хирургической патологией страдают различными гнойно-воспалительными заболеваниями и осложнениями, а до 70-80% из них госпитализируются по неотложным показаниям [3].

Несмотря на внедрение различных современных методов; диагностики; и лечения, разработку новых антибактериальных и иммунологических препаратов, число гнойно-септических заболеваний не уменьшается, что обосновывает необходимость поиска дополнительного лечебного; воздействия; на гнойно-воспалительный процесс [6].

Анализ неудовлетворительных результатов лечения панариция показывает, что во многих случаях причиной инвалидности больных является не только тяжесть заболевания или позднее их обращение за медицинской помощью, но и часто наблюдающиеся дефекты диагностики и хирургического пособия, являющихся следствием многих нерешенных вопросов гнойной хирургии пальцев кисти [2].

В связи с тем, что 90% всех пациентов начинают и заканчивают лечение на догоспитальном этапе, разработка и внедрение эффективных методик лечения в повседневную деятельность поликлиник и амбулаторий становится приоритетным направлением практического здравоохранения [1, 7].

Цель: поделиться практическим опытом лечения различных форм панариция в условиях амбулаторной хирургии.

Материалы и методы. Проанализированы 352 случая панариция, у больных, поступавших в поликлинику больницы скорой медицинской помощи г. Семей в течение 2-х лет, с 2011 по 2012 гг. На клинических примерах продемонстрирован опыт лечения панариция.

Результаты и обсуждение. Приведены несколько примеров из клинического практического опыта лечения различных форм панариция.

Вот пример комбинированного лечения гранулемы. Сначала производится хирургическое иссечение избытка разросшихся тканей с последующей электрокоагуляцией ее основания до формирования коагуляционного струпа. При сомнении в истинной принадлежности патологической ткани последняя подлежит морфологическому исследованию. Рассмотрим клинический пример подобных осложнений.

Больной О., 40 лет. Лечился по поводу глубокой паронихии указательного пальца правой кисти. Гнойник вскрыт путем отслойки около-ногтевого валика и частичного иссечения основания ногтевой пластинки. Инфицированная поверхность дополнительно выскабливалась острой ложечкой. В области вскрытого гнойного очага за короткое время разрослись темно-красного цвета блестящие, мягкоэластической консистенции грануляции, заметно выступающие над поверхностью ногтевой пластинки. Под проводниковой местной ане-

стезией очаг грануляционных разрастаний иссечен. Удалена ногтевая пластинка, после чего открылся свободный доступ к очагу воспаления. Основание иссеченной гранулемы электрокоагулировано. Наступило выздоровление.

Больной Р., 55 лет. Лечился по поводу глубокой, осложненной подногтевым панарицием, паронихии. Эвакуация гноя достигнута путем резекции основания ногтевой пластинки. На 7 сутки после операции появилось диффузное грануляционное разрастание ткани в виде компактного опухолевидного образования. Нарушился отток гнойного экссудата. Воспалительный процесс принял хронический характер течения (рис. 9). Под местной анестезией и обескровливанием удалены остатки ногтевой пластинки. В процессе осмотра очага воспаления установлено, что развитие грануляционной ткани произошло на месте неполного иссечения отслоившейся части ногтевой пластинки. Сохранившийся ее острый свободный край глубоко проник в ткани ногтевого ложа и стал источником хронического механического раздражения. Выступающий участок разросшихся грануляционных тканей местами склерозирован, неравномерной консистенции, с гладкой белесоватой поверхностью. Произведена электрокоагуляция свежесформированных грануляций до формирования коагуляционного биологического струпа. Наложена сухая асептическая повязка. В дальнейшем под струпом наступила быстрая регенерация поврежденных тканей. Больной выздоровел.

А вот клиническое наблюдение редкой формы подкожного панариция. *Больной Н., 46 лет,* обратился с жалобами на умеренную боль в средней фаланге указательного пальца левой кисти. Болен около 5 дней. Заболевание связывает с тупой травмой. За медицинской помощью не обращался. Объективно: на ладонной поверхности указательного пальца левой кисти на уровне дистальной межфаланговой складки кожная трещина, у основания которой - локализованный просвечивающийся подкожный гнойник. На ладонной поверхности фаланги равномерная болезненная припухлость за счет широкой отслойки кожи от подлежащей клетчатки. Кожа бледного цвета. Слабо выражены перифокальные воспалительные изменения по периферии воспалительной зоны. Пациент отмечает умеренную болезненность при сгибании дистальной фаланги пальца. При легком надавливании на область припухлости определяется флюктуация с тугоэластическим сопротивлением. Диагноз: разлитая форма подкожного панариция средней фаланги II пальца левой кисти. Под проводниковой анестезией 1%-ным раствором новокаина 8 мл циркулярным разрезом иссечен некротический участок кожи. Из раны выделился жидкий гнойный экссудат с примесью серозной мутноватой жидкости. Констатирована обширная отслойка кожи от подкожной клетчатки на уровне

передней и боковой поверхностей средней фаланги. Отслоившаяся кожа внешне жизнеспособна. Из циркулярного разреза при помощи толстой иглы и шприца произведено многократное промывание образовавшейся подкожной полости раствором перекиси водорода и фурацилина. Через операционное отверстие полость неглубоко дренирована пряжью шовных нитей. Наложена повязка с раствором фурацилина с умеренным сдавливанием средней фаланги. После операции пациент чувствовал себя удовлетворительно. Боль не беспокоила. На 5 день произведена первая смена повязки. Удалены дренажные нити. Экссудация прекратилась. Кожа жизнеспособна, плотно прилегает к подлежащим тканям. Наложена сухая, равномерно сдавливающая палец, повязка. Назначено три сеанса УВЧ-терапии. Осмотрен на 7 день после операции. Констатировано прижигание отслоившейся кожи на всей поверхности ее отделения.

Выводы: Проведение комплексного подхода к лечению различных форм панариция обеспечивает лучшие результаты лечения и раннее восстановление трудоспособности.

Литература:

1. Борейко С.Б., Сергеева И.И., Аль-Салами Халед Лучевая терапия в лечении дегенеративных и воспалительных заболеваний костно-суставной системы // Тезисы Всесоюзной научной конференции «Стандартизация методов лучевой терапии». Л., 1991. - С. 98-99.
2. Воробьев В.В., Новиков К.В., Безуглый А.В. Гнойно-септические инфекции и их лечение в амбулаторно-поликлиническом звене медицинской службы // Матер, науч.-практ. конф. «Проблемы госпитальной гигиены в лечебных учреждениях» СПб., 1997. - С. 24-26.
3. Ефименко Н.А., Гучев И.А., Сидоренко С.Н. Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика: Монография. Смоленск, 2004 - С. 12.
4. Кошарко К.А., Ипполитов Ю.А., Ковтун Н.Н. Радиологический аспект применения аппликационной бета-терапии в комплексном лечении парадонтита // Тезисы Всесоюзной научной конференции «Стандартизация методов лучевой терапии». Л., 1991. - С. 5-6.
5. Лыткин М.И., Косачев И.Д. Панариций. Л.: Медицина, 1975. - 192 с.
6. Французов В.Н. Хирургические инфекции проблема современной медицины // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова.- 2006.-Т. 1.- №1. - С.51-54.
7. Krohmer J.S. Physical Measurements on Various Beta Ray Applicators // Amer. Roentgenol.a. Rad. Ther. - 1951. - Vol. 66, N. 5. - P. 791 - 796.

Тўжырым

АМБУЛАТОРЛЫҚ ХИРУРГИЯДА КҮБІРТКЕНІ ЕМДЕУДІҢ ТӘЖРИБЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ

Т.Б. Кусаменов

Семей қ. ҚМҚБ «Жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы»

Бұл мақалада күбірткені клиникалық түрлері, кешенді емдеудің қорытындысы, күбірткені операциялық емдеу, амбулаторлық хирургияда күнделікті тәжірибеде кездесетін түрлері көрсетілген.

Негізгі сөздер: күбіртке, күбірткені емдеу, амбулаторлық хирургия.

Summary

PRACTICAL EXPERIENCE OF TREATMENT FELON IN OUTPATIENT SURGERY

T.B. Kisamenov

Hospital for emergency medical aid, Semey

The article showcased a variety of clinical forms, variants of the course and the results of a comprehensive, prompt treatment felon encountered in daily practice outpatient surgery.

Keywords: felon, felon treatment, out-patient surgery.