

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «12» декабря 2014 года
протокол № 9

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИСТИ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1 Название протокола: Гнойно-воспалительные заболевания кисти

2. Код протокола:

3. Код(ы) МКБ-10:

L 03.0 Флегмона пальцев и кисти

4. Сокращения, используемые в протоколе:

ЭКГ - электрокардиография

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

АО – акционерное общество

5. Дата разработки протокола: 2014 год.

6. Категория пациентов: взрослые.

7. Пользователи протокола: хирурги, врачи/фельдшеры скорой медицинской помощи, фельдшеры.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Определение[1,2,3,4,5]:

Панариций – гнойное воспаление тканей пальца. Это одно из наиболее частых гнойных заболеваний. Возбудители – чаще стафилококки, попадают в ткани при порезах, уколах, занозах, а у девушек – нередко после маникюра.

Флегмона кисти - это диффузное гнойное поражение клетчаточных пространств кисти. В этиологии развития флегмон кисти имеют значение

анатомические особенности строения кисти, создающие условия для распространения гнойно-воспалительных процессов.

9. Клиническая классификация[1,2,3,4,5]:

Классификация гнойных заболеваний кисти:

I. Гнойные заболевания пальцев/панариции:

- кожный панариций;
- подкожный панариций;
- сухожильный панариций/гнойный тендовагинит;
- суставной панариций;
- костный панариций;
- паронихия;
- под ногтевой панариций;
- пандактилит;
- фурункул/карбункул/тыла пальца.

II. Гнойные заболевания кисти:

- межмышечная флегмона тенара;
- межмышечная флегмона гипотенара;
- комиссуральная флегмона /мозольный абсцесс, намин;
- флегмона срединного ладонного пространства /над - и подсухожильная, над – иподапоневротическая;
- перекрёстная /U-образная/ флегмона;
- подкожная/надапоневротическая/флегмона тыла кисти;
- подапоневротическая флегмона тыла кисти;
- фурункул/карбункул/тыла кисти.

Классификация флегмон кисти(по Л.Г.Фишману):

- кожный абсцесс (“намин”);
- мозольный абсцесс;
- надапоневротическая флегмона ладони;
- межпальцевая флегмона;
- подапоневротическая флегмона ладони;
- флегмона срединного ладонного пространства;
- флегмона пространства мышц возвышения I пальца;
- флегмона пространства мышц возвышения V пальца;
- подкожная флегмона тыла кисти;
- подапоневротическая флегмона тыла кисти.

В зависимости от пути проникновения инфекции:

- поверхностные флегмоны (при непосредственном повреждении кисти);
- глубокие флегмоны (распространении инфекции с пальцев).

По стадии воспаления:

- начальная (серозно-инфильтративная);
- гнойная (гнойно-некротическая).

Пути распространения инфекции при ранах тыльной поверхности кисти:

- тыльная подкожная клетчатка предплечья;
- параартикулярные ткани и подкожная клетчатка основной фаланги;
- тыльное подапоневротическое пространство;
- распространение в глубину на пястные кости с развитием остеомиелита;
- через канал червеобразных мышц в срединное ладонное пространство;
- через сустав на ладонь в срединное ладонное пространство;
- путем разрушения стенки сухожильного влагалища сгибателя пальцев.

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации.

Показания для экстренной госпитализации:

- суставной панариций;
- костный панариций;
- пандактилит;
- флегмона кисти.

Показания для плановой госпитализации: не проводится.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий.

11.1 Перечень основных диагностических мероприятий, проводимых на амбулаторном уровне:

- сбор жалоб и анамнеза заболевания;
- физикальное обследование;
- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови (глюкоза);
- посев гнойного отделяемого для определения вида возбудителя и чувствительности возбудителя к антибиотикам.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- микрореакция на сифилис (для исключения специфической инфекции как возбудителя);
- рентгенография в двух проекциях (при сухожильном, костном панариции и пандактилите);
- УЗИ кисти;
- ЭКГ (при выраженном интоксикационном синдроме).

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: не проводится

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации)

проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне):

- общий анализ крови;
- посев гнойного отделяемого для определения вида возбудителя и чувствительности возбудителя к антибиотикам;
- анализ крови на ВИЧ методом ИФА;
- определение маркеров вирусного гепатита В методом ИФА;
- определение маркеров вирусного гепатита С методом ИФА.

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне):

- кровь на стерильность при подозрении на сепсис;
- определение группы крови;
- определение резус фактора крови;
- рентгенография в двух проекциях (при сухожильном, костном панариции и пандактилите);
- ЭКГ (при выраженном интоксикационном синдроме).

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся.

12. Диагностические критерии

12.1 Жалобы [1,2,3,4,5]:

Панариций: острая пульсирующая боль, боль усиливается при сгибании и разгибании пальца, повышение температуры тела, недомогание, общая слабость, увеличение лимфатических узлов.

Флегмона кисти: боль, повышение температуры тела и нарушение функции кисти.

12.2 Физикальное обследование[1,2,3,4,5]:

Панариций: покраснение кожи, отек тканей и локальная боль.

В течение нескольких часов боль усиливается, становится пульсирующей и палец отекает. Общее состояние пациента может, как оставаться удовлетворительным, так и значительно ухудшаться.

Флегмона кисти: отек и гиперемия и, нарушение функции кисти, местное повышение температуры, болезненность при пальпации.

12.3 Лабораторные исследования:

Общий анализ крови:

- лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

12.4 Инструментальные исследования:

Рентгенография кисти: при костном панариции отмечается деструкция костной ткани. На рентгенограммах пальца признаки разрушения кости определяются лишь к концу 2-й/началу 3-й недели.

12.5 Показания для консультации специалистов:

- консультация травматолога - при наличии деструкции костной ткани;
- консультация эндокринолога - при наличии сахарного диабета;
- консультация других специалистов при наличии сопутствующей патологии.

12.6 Дифференциальный диагноз:

Клиническая картина заболевания не требует проведения дифференциальной диагностики.

13. Цели лечения:

- очищение гнойной раны;
- заживление без образования грубого рубца;
- профилактика осложнений.

14. Тактика лечения:

14.1 Немедикаментозная терапия:

режим III, стол №15, иммобилизация кисти.

14.2 Медикаментозное лечение:

Антибактериальная терапия:

- Амоксициллин + Клавулановая кислота, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 500 мг+125 мг; внутрь 3 раза/сут;
 - Цефалексин, капсулы 500 мг внутрь 4 раза/сут;
 - Цефуроксим – 750мг; 500 мг 2 раза/сут внутрь во время еды;
 - Эритромицин, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 500 мг внутрь, 4 раза/сут;
 - Кларитромицин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 500 мг 2 раза/сут внутрь;
 - Оксациллин, порошок для приготовления раствора для внутримышечных инъекций 500 мг 4-6 раз/сут в/в, в/м;
 - Цефазолин, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг 3-4 раза/сут в/в, в/м;
 - цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг 1 раз/сут в/м.;
-
- итракНатрия хлорид 7,5% раствор для наружного применения;
 - Повидон-йод 1% раствор для наружного и местного применения;
 - Водорода пероксид раствор для наружного применения 3% - 25, 40 мл;

- Натрия хлорид, раствор для инъекций, флакон, 0,9%-400 мл;
- Рингера лактата, раствор для инъекций, флакон, 400 мл;
- Декстроза, раствор для инъекций, флакон, 5 % - 400 мл;
- Трамадол, раствор для инъекций, 5 % - 2 мл;
- Морфина гидрохлорид 2% 1 мл, раствор для внутривенной и внутримышечной инъекции;
- Тримеперидин 2% -1 мл, в растворе для внутривенной и внутримышечной инъекции;
- Спирт этиловый, раствор для наружного и местного применения, 70%, 95 % флакон 100 мл;
- Хлоргексидина биглюконат, раствор для наружного и местного применения, флакон 250 мл;
- Трипсин + Химотрипсин лиофилизат для приготовления раствора для наружного и местного применения 50 мг.

14.2.1 медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

- Антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры:
- Амоксициллин/клавуланат – 0,875-0,5 г 3 раза/сут;
- Цефалексин 0,5-1,0 г 4 раза/сут;
- Цефуросимаксетил – 0,5 г 2 раза/сут во время еды;
- Эритромицин 0,5 г 4 раза/сут;
- Оксациллин 1-2 г 4-6 раз/сут в/в, в/м;
- Цефазолин 1-2 г 3 раза/сут в/в, в/м;
- Цефтриаксон 1, 0 г 1 раз/сут в/м.

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения) в зависимости от фазы течения раневого процесса:

- Аскорбиновая кислота 5% -2,0 в/м №10-15, поливит по 1 др. х 3 раза в день, 10 дней;
- Тиосульфат натрия 30% - 10,0 в/в ежедневно №10-15;
- Никотиновая кислота 1% 1,0 в/м №10-15 (улучшает углеводный обмен, микроциркуляцию, оказывает сосудорасширяющее действие и улучшает регенеративные свойства ткани);
- Активированный уголь – 6 таб. утром натощак 10 дней;
- Настойка пустырника по 20 кап. х 3 раза в день в течение месяца;
- Метилурацил 500 мг х 3 раза в день, 10 дней; метронидазол по 250 мг х 3 раза в день-10 дней;
- Декстран 400 мл в/в 1 р в день, курсовая доза 800 мл.

14.2.2 медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры:

- Амоксициллин/клавуланат – 0,875-0,5 г 3 раза/сут;
- Цефалексин 0,5-1,0 г 4 раза/сут;
- Цефуроксимаксетил – 0,5 г 2 раза/сут во время еды;
- Эритромицин 0,5 г 4 раза/сут;
- Оксациллин 1-2 г 4-6 раз/сут в/в, в/м;
- Цефазолин 1-2 г 3 раза/сут в/в, в/м;
- Цефтриаксон 1, 0 г 1 раз/сут в/м.

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

- аскорбиновая кислота 5% -2,0 в/м, №10-15, поливитамин по 1 др. - 3 раза в день, 10 дней.
- тиосульфат натрия 30% - 10,0 в/в, ежедневно №10-15.
- никотиновая кислота 1% 1,0 в/м, №10-15
- адсорбировать токсины активированный уголь – 6 таб. утром натощак 10 дней.
- настойка пустырника по 20 капель-3 раза в день в течение месяца.
- метилурацил 500 мг - 3 раза в день, 10 дней;
- метронидазол по 250 мг х 3 раза в день-10 дней.
- декстран 400 мл в/в 1 р в день, курсовая доза 800 мл.

14.2.3 медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи: не проводится.

14.3. Другие виды лечения:

- физиолечение:
электрофорез трипсина, химотрипсина;
УВЧ терапия;
- рентгенотерапия;
- гипербарическая оксигенотерапия.

14.4. Хирургическое вмешательство:

14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях:

Операция: вскрытие панариция (под местной анестезией).

Показания к операции: панариций.

Операцию следует производить, не дожидаясь явных рентгенологических деструктивных изменений, руководствуясь клинической картиной заболевания.

При кожном панариции:

- иссекают отслоившийся эпидермис, удаляют гной, накладывают повязку с антисептиком;

- если панариций в форме «запонки», оперативное вмешательство выполняется как при подкожном.

При паронихии: рассекают околоногтевой валик.

В зависимости от локализации можно применять клиновидные, П-образные, парные продольные разрезы.

При под ногтевом панариции:

- иссекают ногтевую пластинку в виде клина, полностью удаляют ее при значительной отслойке;
- регенерация ногтя наступает через 2-4 месяца.

При подкожном панариции:

- выполняются среднебоковые разрезы, обычно с обеих сторон фаланги, удаляют экссудат, иссекают некротизированные ткани, рассекают параллельно коже фиброзные тяжи для обеспечения вскрытия большего числа клетчаточных ячеек.

Операцию завершают промыванием раны, введением дренажей (резиновые полоски), наложением повязки с антисептиком. При оперативном лечении подкожного панариция следует проводить иммобилизацию.

При сухожильном панариции:

На средней, проксимальной фалангах производят одно/двусторонние среднебоковые разрезы по нейтральной линии пальца на каждой пораженной фаланге. Для вскрытия слепого мешка проксимального отдела влагалища выполняют два отдельных разреза на ладони у основания пальца. Следует избегать разрезов по срединной линии пальца или боковых разрезов вдоль всего сухожилия (типа Бира, Канавела), так как они могут привести к тяжелым изменениям сухожилия с утратой функции пальца.

При панарициях 1 и 5 пальцев необходимо произвести дополнительные разрезы в области тенара и гипотенара соответственно, а также на предплечье.

Вскрываются сухожильные влагалища продольными разрезами, удаляют гнойный экссудат и промываются раствором антисептика.

Затем производят дренирование. Дренаж (резиновые полоски, окончатая трубка) следует проводить в поперечном направлении кпереди от сухожилия. Заведение его между сухожилием и костью создаёт опасность повреждения брыжейки с питающими сосудами, что вызовет некроз сухожилия.

При своевременном выполнении операции нет необходимости выполнять некрэктомию. В поздних стадиях приходится удалять тусклые безжизненные участки сухожилия, что, конечно, приведет к утрате функции пальца. Обязательна иммобилизация.

14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях.

Хирургическое вмешательство проводят под местной или общей анестезией

При суставном панариции:

Производят два боковых параллельных разреза в области сустава по тыльной поверхности.

Вскрывают сустав, промывают антисептиками и дренируют.

Обязательно производят иммобилизацию.

Результат лечения лучше, если в процесс не были вовлечены хрящевые и костные структуры.

При деструкции суставных концов костей необходимо выполнять экономную резекцию. Исходом будет анкилоз пораженного сустава.

При костном панариции:

Производятся боковые разрезы, вскрывают и обрабатывают гнойно-некротическую полость.

В зависимости от характера поражения, наличия секвестров удаляют последние, производят экономную резекцию или полное удаление кости. Следует стремиться к максимальному сохранению кости.

Операцию заканчивают дренированием и иммобилизацией.

При пандактилите:

Необходимо выполнять широкие разрезы, обеспечивающие хорошее дренирование, вскрыть все карманы, максимально иссечь омертвевшие ткани.

К первичной ампутации, экзартикуляции пораженного сегмента, целого пальца прибегают только в случаях явной нежизнеспособности его или генерализации инфекции.

Всегда следует стремиться сохранить палец, особенно первый.

При флегмоне тыла кисти (поверхностные и глубокие):

Вскрывают продольными линейными разрезами в месте наиболее выраженной флюктуации и гиперемии в стороне от проекции сухожилия разгибателей.

Также вскрывают тыльные и ладонные абсцессы кисти.

При поверхностной флегмоне срединного ладонного пространства:

Вскрывают продольными разрезами, на ладонной поверхности кисти по ее средней линии с иссечением некротизированного апоневроза.

При глубоких флегмонах срединного ладонного пространства:

Вскрывают подобными разрезами.

После рассечения ладонного апоневроза манипуляции производят тупым путем из-за опасности повреждения ладонных артериальных дуг.

При флегмонах фасциально-клетчаточного пространства гипотанера:

Вскрывают линейными разрезами с последующим дренированием раны. Разрезы чаще проводят кнаружи от кожной складки, отграничивающей тенар от срединной части ладони.

При вскрытии флегмоны тенара необходимо остерегаться повреждения срединного нерва.

При комиссуральной флегмоне:

Вскрывают линейными разрезами в соответствующем межкостном промежутке. При распространении воспалительного процесса на тыльную поверхность кисти гнойные затеки дренируют из дополнительного разреза.

Применяют также полудугообразные разрезы в дистальном отделе ладони у основания пальца в соответствующем комиссуральном пространстве. Дренирование ран осуществляют с помощью полихлорвиниловых окончатых трубок.

После операции обязательна иммобилизация кисти и предплечья.

14.5.Профилактические мероприятия:

Неспецифическая профилактика:

- соблюдение правил личной гигиены;
- профилактика травматизма;
- полноценное питание.

14.6. Дальнейшее ведение:

Пациент находится на лечении до очищения раны от гноя и отделения грануляционной ткани. Далее необходимо продолжить перевязки раны с применением бактерицидных, антисептических препаратов и мазей.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- очищение раны от гноя и отделения;
- появление грануляционной ткани;
- восстановление целостности кожных покровов;
- отсутствие осложнений.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1. Кобландин Сарсенбы – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии АО «Медицинский Университет Астана», врач высшей категории.
2. Рысбеков Мырзабек Мырзахевич – д.м.н., профессор кафедры общей хирургии АО «Медицинский Университет Астана», врач высшей категории.
3. Ахмадьяр Нуржамал Садыровна - доктор медицинских наук, АО «Национальный научный центр материнства и детства», врач-клинический фармаколог

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет

18. Рецензенты:

Ташев Ибрагим Акжолович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий хирургическим отделом АО «Национальный научный медицинский центр» г. Астана.

19. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики/ лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

1. Петров С.В. Общая хирургия – 3-е издание, переработанное и дополненное. – 2010. – 768 с.
2. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. – М., Медицина. – 1996. – 416с.

3. Мелешевич А.В. Панариций и флегмона кисти: учебное пособие в 3 частях. – Гродно: ГрГУ. – 2002. – 185 с.
4. Гриценко В.В., Игнатова Ю.Д. Амбулаторная хирургия. Справочник практического врача. - СПб.: Нева, М.: Олма-Пресс Звездный мир. – 2002. – 448 с.
5. Хирургия поликлинического врача - Низамов Ф.Х. – Тюмень. – 2002. – 140 с.