

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ВІТЧИЗНЯНА ТА СВІТОВА МЕДИЦИНА:
ВИМОГИ СЬОГОДЕННЯ»
13–14 жовтня 2017 р.**

Дніпро
2017

УДК 61(063)
ББК 5я43
В 54

В 54 Вітчизняна та світова медицина: вимоги сьогодення: Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 13–14 жовтня 2017 р.). – Дніпро: Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2017. – 108 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції **«Вітчизняна та світова медицина: вимоги сьогодення»**. Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

УДК 61(063)
ББК 5я43

ОСЛОЖНЕНИЕ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО ЛУКАШЕВИЧУ – ГАНГРЕНА ПАЛЬЦА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОДКОЖНОГО ПАНАРИЦИЯ

КАПШИТАРЬ А. В.

*доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры хирургии и анестезиологии
факультета последипломного образования*

*Запорожский государственный медицинский университет
г. Запорожье, Украина*

Показаниями для лечения подкожного панариция в хирургической клинике являются его осложнённые формы (острый лимфангоит, лимфаденит, флегмона кисти, сепсис и др.) и его сочетание с такими сопутствующими заболеваниями как сахарный диабет, иммунодефицитные состояния, кахексия, хроническая анемия и др. Вариантом регионарной анестезии, при локализации подкожного панариция на концевой и средней фаланге пальца кисти, является предложенная А. И. Лукашевичем проводниковая анестезия в 1886 году, а позднее, повторно описанная М. Oberst в 1888 году [6, с. 300; 9, с. 59-60; 8]. Первоначально в качестве анестетика был использован кокаин. После синтеза новокаина в 1905 году А. Einhorn было доказано, что он в 16 раз менее токсичен чем кокаин. С тех пор новокаин стал анестетиком выбора в хирургии и анестезиологии. Позднее были предложены и другие анестетики (лидокаин, тримекаин), превосходящие новокаин по силе анестезирующего действия и продолжительности анестезии в 2-4 раза [4, с. 102; 9, с. 59; 10, с. 59-60].

Полученные данные позволили хирургам широко внедрить лидокаин в хирургическую практику и предпочесть его новокаину [3; 4, с. 63]. Согласно инструкции для медицинского применения препарата лидокаина, утверждённого приказом Министерства образования здоровья Украины 23.11.12 № 945 (регистрационное

удостоверение № UA/7525/01/01) местноанестезирующая активность препарата обусловлена стабилизацией нейрональной мембраны, снижением её проницаемости для ионов натрия, что предупреждает возникновение потенциала действия проведения импульсов.

Методика проводниковой анестезии по Лукашевичу общеизвестна и изложена во многих источниках [4, с. 63; 5, с. 65; 8]. С целью анестезии авторы применяют 1-2% лидокаин в объёме 6-8 мл [1, с. 24-25; 4, с. 104; 10, с. 152]. Предварительно, на основание пальца накладывают жгут с целью обескровливания [4, с. 63; 8]. В результате введения лидокаина могут иметь место побочные реакции со стороны нервной системы, органов зрения, слуха, сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, органов пищеварения, аллергические реакции, а среди местных реакций возможно лёгкое жжение, которое исчезает с увеличением анестезирующего эффекта (протяжённость 1 мин.), гиперемия [инструкция для медицинского применения препарата лидокаин]. В процессе изучения доступной литературы мы обнаружили лишь 1 публикацию с описанием гангрены пальца после проводниковой анестезии по Лукашевичу с применением 2% раствора новокаина после вскрытия панариция у 2 больных [9, с. 59-60]. По данным некоторых авторов сильная и длительная перетяжка пальца жгутом, слишком тугое нагнетание больших объёмов препарата повышенной концентрации могут привести к некрозу тканей и даже гангрене пальца [3; 4, с. 63; 8]. Наряду с этим, в монографиях, посвящённых диагностике и лечению панариция, основанных на большом клиническом материале, о таком осложнении проводниковой анестезии как гангрена пальца не упоминается [5, 185 с.; 7, 182 с.].

Цель исследования: ознакомить хирургов с возможным развитием довольно редкого осложнения проводниковой анестезии по Лукашевичу при лечении подкожного панариция – гангрены пальца.

Материал и методы исследования.

На кафедре хирургии и анестезиологии ФПО, расположенной на базе хирургического гнойного отделения КП «Городской клинической больницы № 2», за 20-летний период (1998-2017 годы) оперированы 1910 больных по поводу различных форм панариция. Подкожный панариций диагностирован у 1279 (67%) пациентов. С целью анестезии использована проводниковая анестезия по Лукашевичу. За анализируемый период мы имели осложнение проводниковой анестезии в виде гангрены пальца у 2 (0,16%) больных. Приводим одно из наших клинических наблюдений.

Больная Л., 22 лет, не работает, госпитализирована в хирургическое гнойное отделение КП «Городской клинической больницы № 2», являющееся базой кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с жалобами на спонтанные боли в III пальце левой кисти. В бытовых условиях 4 дня назад получила микротравму проволокой концевой фаланги. Рана не обработана антисептиками. Не лечилась. За медицинской помощью обратилась впервые, когда состояние ухудшилось, интенсивность болей усилилась и они приняли пульсирующий характер, из-за которых ночь не спала. При поступлении общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C. АД 100/50 мм. рт. ст. Пульс 96 уд/мин. Страдает вегетососудистой дистонией. Локально: с лучевой стороны концевой фаланги III пальца левой кисти рана 0,2x0,1 см с мутным скудным отделяемым, вокруг ткани уплотнены. При исследовании пуговчатым зондом определена зона максимальной болезненности. В локтевом сгибе подвижные, болезненные лимфоузлы 0,5x0,4 см. Общий анализ крови: E_r $4,5 \times 10^{12}/л$, H_b 132 г/л, L $10,3 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. Глюкоза крови 4,0 ммоль/л. Диагноз при поступлении «Подкожный панариций концевой фаланги III пальца левой кисти. Локтевой лимфаденит. Вегетососудистая дистония».

Результаты исследования. Спустя 30 минут после госпитализации пациентка оперирована в неотложном порядке. После наложения жгута из марли на основание III пальца

выполнена проводниковая анестезия по Лукашевичу 6 мл 2% раствором лидокаина. Продольным линейным разрезом на лучевой стороне концевой фаланги вскрыт подкожный панариций. Удален 1 мл гноя. Некрэктомия. Рана промыта 3% раствором перекиси водорода, фурацилина и дренирована резиновой полоской с турундой, смоченной раствором димексида. Назначены: цефтриаксон, дексалгин, УВЧ-терапия, перевязки.

На следующий день общее состояние улучшилось. Боли уменьшились. Температура тела 36,8°C. На перевязке рана с незначительным серозно-мутным отделяемым. Кожные покровы пальца бледно-фиолетового цвета, холодные на ощупь, болевая чувствительность резко снижена. Диагностирован тромбоз сосудов пальца. Усилена системная консервативная терапия, добавлено введение реополиглюкина, трентала, актовегина, но-шпы, 1% никотиновой кислоты, гепарина. Однако, несмотря на проводимую терапию, патологический процесс, связанный с тромбозом артерий пальца прогрессировал, развилась сухая гангрена. После сформировавшейся демаркационной линии на 8-е сутки после операции выполнена повторная операция в объеме резекции III пальца левой кисти на уровне средней трети основной фаланги с формированием культи. Продолженная консервативная терапия привела к заживлению раны первичным натяжением и ликвидацией лимфаденита. Швы сняты на 11-12 сутки после операции. Гистологическое заключение подтвердило наличие гангрены трёх фаланг III пальца левой кисти и выявило наличие микротромбов в артериальных сосудах. Больная выписана в удовлетворительном состоянии для окончания лечения у хирурга поликлиники.

Через месяц больная осмотрена повторно. Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы культи основной фаланги III пальца левой кисти обычной окраски. Отёк отсутствует. Рубец соответствует простому рубцу. При пальпации культи болезненность. Активные и пассивные движения в III пястно-фаланговом сочленении в полном объёме также безболезненные.

Обсуждение. Несмотря на широкое применение 2% раствора лидокаина в качестве анестетика для проводниковой анестезии по Лукашевичу во время хирургического лечения подкожного панариция, в клинической практике, в отдельных случаях, возможно, дистальнее места инъекции концентрированного анестетика, развитие необратимых некротических изменений в виде гангрены пальца кисти. Артериальный спазм является обычной реакцией на введение анестетика, который вследствие нормальной реакции сосудов через 5-20 минут сменяется ангиодилатацией. Однако, у нашей больной отмечена клиническая картина стойкого спазма артерий пальца, проявляющимся побледнением кожи, начиная уже со следующего дня после проведенной проводниковой анестезии. Следует согласиться с мнением авторов, которые трактует, развившийся цианоз кожных покровов пальца, как результат сдавления лекарственным инфильтратом вен с последующим венозным стазом из-за значительного снижения перфузионного давления [9, с. 60]. Стойкий ангиоспазм может также наступить у пациентов с исходными ангиодистоническими реакциями, чаще всего у девушек и молодых женщин, и эта реакция генетически обусловлена, но может быть недостаточно совершенной [9, с. 60-61].

Концентрация анестетика играет существенную роль в изменении и развитии различных сосудистых механизмов. Общеизвестно, что чем выше концентрация анестетика, используемого для анестезии, тем более выражены сосудистые реакции, изменения микроциркуляции, агрегатного состояния крови, стимулируется система коагуляции [9, с. 61]. Экспериментальные исследования показали, что применение концентрированного 2% раствора анестетика длительно сохраняло ангиоспазм, применение же меньших концентраций приводило к умеренной дилатации артерий, вероятно, за счёт снижения тонуса прекапиллярных сфинктеров [9, с. 61].

Выводы:

1. Осложнение проводниковой анестезии по Лукашевичу в виде гангрены пальца при хирургическом лечении подкожного панариция относится к разряду казуистики и встретилось нам у 0,16% больных.

2. Причиной возникшего осложнения явился стойкий артериальный спазм на введение концентрированного 2% раствора лидокаина на фоне индивидуальной ангиодистонической реакции у молодой женщины, что привело к длительному нарушению кровообращения и микроциркуляции с образованием тромбов.

3. Следует согласиться с авторами, рекомендующими использовать меньшую концентрацию анестетика лидокаина (1% раствор) для данного вида регионарной анестезии.

Использованная литература:

1. Биневиц В. М. Пункции и катетеризации в практической медицине / В. М. Биневиц. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. – 384 с.
2. Горбунова Н. К. Хирургические болезни и травма в общей врачебной практике / Н. К. Горбунова: уч. пособие – 2008. – 624 с.
3. Ельшанский И. В. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.varikoz.bir/surgery/jovot/oberst.php.
4. Кривеня М. С. Хирургия / М. С. Кривеня. – 2-е изд., стереотип. – Минск: Высшая школа, 2014. – 413 с.
5. Лыткин М. И. Панариций / М. И. Лыткин, И. Д. Косачёв. – Л.: Медицина, 1975. – 185 с.
6. Общая хирургия / Под ред. П. Н. Зубарева и А. В. Кочеткова: уч. пособие для мед. вузов. – 3-е изд. доп. и испр. – СПб.: СпецЛит, 2011. – 607 с.
7. Попов В. А. Панариций / В. А. Попов, В. В. Воробьёв. – Л.: Медицина, 1986. – 192 с.
8. Проводниковая анестезия по Лукашевичу-Оберсту: Техника, показания, противопоказания, осложнения. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: narcosis.ru/mestnaya-anestesziya-po

lukashevichu-oberstu-pokazaniya-protivopokazaniya-
Oslozhneniya.html.

9. Тараско А. Д. Редкое осложнение проводниковой анестезии при лечении панариция / А. Д. Тараско, И. В. Попов // Вестник хирургии. – 2002. – № 3. – С. 59 – 61.
10. Хірургія: підручник / За ред. Б. П. Лисенка, В. Д. Шейка, С. Д. Хіміча. – К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 712 с.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКОГЕННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

КОРОЛЕНКО Н. В.

врач, детский невролог

МИХАЙЛЕНКО В. Е.

кандидат медицинских наук, главный врач

Одесский областной благотворительный фонд

реабилитации детей-инвалидов «Будущее»

ГОРША О. В.

доктор медицинских наук, старший научный сотрудник,

заведующая клиническим отделом медицинской реабилитации

ГП «Украинский научно-исследовательский институт медицины

транспорта Министерства охраны здоровья Украины»

г. Одесса, Украина

Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что около 70% населения развитых стран Европы и Америки страдают головной болью, а более 40% детей и подростков жалуются на головную боль [1, с. 36; 2, с. 51]. Дети начинают предъявлять жалобы, как правило, в возрасте 5-7 лет, когда ребенок уже способен описать свои болевые ощущения.