

Баранник С. І.

*доктор медичних наук, професор кафедри загальної хірургії
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»*

Тітов Г. І.

*доктор медичних наук, начальник військово-медичної служби
Управління Служби безпеки України у Дніпропетровській області*

Шевцов В. М.

*лікар-хірург вищої категорії
Поліклініки військово-медичної служби
Управління Служби безпеки України у Дніпропетровській області*

Найдюнова Ю. В.

*лікар-дерматолог вищої категорії
Поліклініки військово-медичної служби
Управління Служби безпеки України у Дніпропетровській області*

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ ТА ПІДСКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ УМОВАХ

Анотація: Стаття присвячена аналізу надання амбулаторної хірургічної допомоги пацієнтам із захворюваннями шкіри і підшкірної клітковини. Своєчасна і адекватна хірургічна допомога у комплексному лікуванні цих пацієнтів дає позитивний результат і дозволяє провести повністю лікування в амбулаторних умовах, запобігти розповсюдженню процесу та його ускладнень. Планове оперативне лікування деяких форм захворювань зменшує ризик розвитку їх гнійних ускладнень. Великого значення при цьому набуває санітарно-освітня робота серед населення.

Аннотация: Статья посвящена анализу оказания амбулаторной хирургической помощи пациентам с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. Современная и адекватная хирургическая помощь в комплексном лечении этих пациентов дает положительный результат и позволяет провести полностью лечение в амбулаторных условиях, устранить распространение процесса и его осложнений. Плановое оперативное лечение некоторых форм заболеваний уменьшает риск развития их гнойных осложнений. Большое значение имеет санитарно-просветительная работа с населением.

Summary: The work is devoted the analysis of rendering of the out-patient surgical help to patients with diseases of derma and hypodermic. The timely and the adequate surgical help in complex treatment of these patients yields positive result and allows to spend completely treatment in out-patient conditions, to eliminate distribution of process and its complications. Planned operative treatment of some forms of diseases reduces risk of development of their purulent complications. Sanitary-educational work with the population has great value.

Актуальність проблеми. Хірургічні захворювання шкіри та підшкірної клітковини складають значний відсоток серед причин звертання до амбулаторного хірурга. До них, насамперед, належать доброякісні пухлини та гнійні захворювання. На сьогодні лікування злоякісних новоутворень будь-якої локалізації здійснюють онкологи [1; 3; 5]. Проте, існує значна група доброякісних пухлин. Частина із них ніколи не перетворюється у злоякісні, але може спричинити косметичний дефект, нагноюватися, обумовлювати неврологічну симптоматику при стисканні нервів, мозку або спричинити тиск на судини і обумовлювати місцеву ішемію. Інша частина доброякісних пухлин на певному етапі можуть набувати злоякісні ознаки (невуси, фіброми, папіломи, кератопапіломи та ін.), тобто є потенційними передраковими захворюваннями. Більша частина цих пухлин локалізується в області шкіри, підшкірної клітковини і є приводом до звертання за допомогою до дерматологів та хірургів загальної практики [1; 3]. Діагностика таких пухлин не викликає утруднень і полягає у визначенні даних анамнезу, огляду, пальпації. У випадках із визначенням характеру пухлини використовують пункцію, дослідження відтисків, УЗД та інше. В деяких випадках правильним є використання оперативного методу лікування у вигляді радикального або

часткового висічення пухлини з наступним гістологічним дослідженням [3; 5].

Гнійні захворювання м'яких тканин посідають провідне місце серед хірургічної інфекції як за частотою розвитку, так і за можливими ускладненнями [2; 3; 6; 7]. На сьогодні хірургічні інфекції шкіри і м'яких тканин залишаються тим розділом хірургії, якому, на жаль, приділяють недостатньо уваги хірурги як поліклінічної, так і стаціонарної ланки. Про це свідчить велика кількість діагностичних і тактичних помилок, які виникають протягом лікування таких хворих. Значимість проблеми хірургічних інфекцій м'яких тканин підкреслюється тими фактами, що в структурі первинного звертання до хірурга загальної практики їх частота сягає 70%. При цьому, гнійну патологію слід вважати ургентною, яка потребує невідкладної допомоги. Гнійні захворювання в структурі хірургічної патології складають 30-35%. Своєчасне і адекватне оперативне втручання в комплексному лікуванні таких хворих є визначальним [4; 5]. Першою ланкою в наданні допомоги хворим із гнійно-септичною патологією м'яких тканин є хірурги поліклінік. Тому, значна частина гнійної патології перебуває саме у сфері амбулаторної хірургії [4; 6; 7]. Організація і якість надання медичної допомоги цій категорії хворих в амбулаторно-поліклінічних умовах спри-

яє не тільки позитивному висходу захворювання але й попереджає негативні наслідки з прогресування процесу, переходу його у септичну стадію, розвитку ускладнень, лікування яких більш затратне і потребує умов перебування у стаціонарі.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведений аналіз надання хірургічної допомоги 1803 хворим із захворюваннями шкіри і підшкірної клітковини, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні поліклінік великого промислового міста протягом 4 років (2013-2016 рр.). Вони склали 44,7% серед всіх, які первинно звернулися за хірургічною допомогою, були прооперовані і отримували подальше лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах. Вік хворих складав від 18 до 67 років. З них 838 (46,5%) з приводу пухлин. У 21 хворого (2,5%) під час гістологічного дослідження визначені ознаки злоякісного новоутворення. Вік хворих від 24 до 76 років. Серед них жінки склали 562 (67,1%) особи, чоловіки – 276 (32,9%) осіб. Хворі із гнійно-запальними захворюваннями шкіри і підшкірної клітковини склали 965 осіб, серед яких переважали чоловіки (65,5%).

Обговорення результатів. За структурою пухлини склали: атероми (епідермальні кісти) – 243 (29,0%), ліпоми – 106 (12,7%), папіломи та кератопапіломи – 306 (36,5%), фіброми – 99 (11,8%), кісти – 63 (7,5%), злоякісні пухлини – 21 (2,5%).

При співставленні клінічних діагнозів та гістологічних висновків відзначено 71 випадок незбігу діагнозів. Так, за морфологічною формою доброякісної пухлини було 50 випадків. У 21 випадку була визначена злоякісна пухлина. При цьому, передбачалась доброякісна пухлина у 13 випадках, але гістологічне дослідження встановило злоякісний характер процесу, в тому числі: меланома (1 випадок), фібро- і ліпосаркома (2 випадки), плоскоклітинний рак (3 випадки) і базальноклітинний рак солідної будови (7 випадків). У 8 випадках була передбачена і гістологічно підтверджена злоякісна пухлина (2 випадки плоскоклітинний рак, 6 – базальноклітинний солідної будови). Хворі, у яких передбачали злоякісну пухлину (10 осіб), попередньо були оглянуті онкологом, прооперовані, і, після підтвердження діагнозу (8 осіб) направлені у спеціалізований лікувальний заклад. Також направлені до онколога і хворі (13 осіб), які були прооперовані з приводу клінічно доброякісних пухлин при встановленні злоякісного процесу гістологічно.

Серед оперованих з приводу доброякісних пухлин найбільшу групу склали особи з папіломами (кератопапіломами) – 306 осіб. В основному, локалізація пухлин була така: голова і шия 125 (40,9%) випадків, тулуб – 110 (35,9%), верхні кінцівки – 32 (10,5%), нижні кінцівки – 39 (12,7%). Жінки серед них склали 185 (60,5%) осіб, чоловіки – 121 (39,5%), тобто кількість жінок переважала у 1,5 рази. Проте, можливо, переважання жінок пов'язано із їх косметичними вимогами. В деяких випадках пухлини були множинними, особливо в області шиї, тулуба.

Пухлини видаляли під місцевою анестезією (1%-2% р-н лідокаїну, ультракаїн та ін., в деяких випадках в поєднанні з адреналіном) окаймлюючим розтином, відступаючи від візуальної межі пухлини не менш за 0,5 – 1,0 см. (з урахуванням косметичних вимог в області обличчя та шиї), разом із підлеглою підшкірною клітковиною. На рану накладали адаптаційні шви атравматичною голкою з ниткою 3/0-4/0-5/0-6/0. Перевагу віддавали монофіламентному шовному матеріалу. В залежності від локалізації оперативного втручання шви знімали на 6-8-10 добу. Всі видалені препарати підлягали обов'язковому морфологічному дослідженню в лабораторії міського онкологічного диспансеру. У випадках дрібних папілом (до 1 – 2 м) на нізці видалення їх проводили електрокоагуляцією. У віковому аспекті переважали особи у віці після 50 років (176 осіб, 35,9%) та після 60 років (107 осіб, 21,8%). До 50 років було 130 осіб (26,6%). У віці від 30 до 40 років було всього 76 осіб (15,7%). Таким чином, є тенденція до зростання частоти виникнення цих пухлин із збільшенням середнього віку хворих.

Аналогічно висікали і фіброми шкіри розтином на всю товщу клітковини, де була розташована пухлина. Всього протягом 5 років прооперовано 99 хворих із фібромами. 23 чоловіки (23,2%) і 76 жінок (76,8%). У 54 (54,5%) хворих пухлини були в області кінцівок, у 29 (29,3%) – в області тулуба і у 16 (16,2%) в області голови і шиї. Більшість хворих була у віці понад 50 років – 56 (56,6%).

Майже така ж кількість хворих була прооперована з приводу ліпом різної локалізації (106 осіб). Оперативне втручання виконували під місцевою анестезією. Пухлину, що локалізувалась у підшкірній клітковині, видаляли через розтин шкіри над нею. Ретельно ревізували ложе пухлини на наявність більш дрібних, «вторинних» утворень, а також у випадках «гроноподібної» будови ліпоми. Рани, як правило, зашивали наглухо, без дренажа. Локалізація пухлин була наступна: голова і шия – 30 (28,3%) випадків, кінцівки – 39 (36,8%), тулуб – 37 (34,9%). У віковому аспекті переважали особи віком понад 50 років – 77 (72,6%) хворих.

З приводу кістозних утворень, що локалізувалися на рівні шкіри та підшкірної клітковини, оперовано 63 (7,5%) хворих. У 13 (20,6%) хворих, серед яких було 11 чоловіків віком до 60 років і 2 інки віком до 30 років, були епітеліальні кісти куприка. У більшості ж хворих (38 осіб або 60,3%), кістозні утворення локалізувалися в області верхніх (30 осіб) і нижніх (8 осіб) кінцівок. У 12 хворих (19,0%) кісти локалізувалися в області голови і шиї. Всі діагнози підтверджені гістологічним дослідженням.

З приводу атером (епідермальних кіст) у плановому порядку прооперовано 243 (29,0%) хворих. Основна локалізація цих пухлин: голова і шия – 134 хворих (55,1%), тулуб – 84 хворих (34,6%). В області кінцівок було видалено 25 атером (10,3%). Кількість випадків атером була практично однаковою серед чоловіків 119 (49,0%) і жінок 124 (51,0%).

Пухлини видаляли або через поздовжній розтин (при невеликому розмірі атероми) або через окаймлюючий розтин, поетапно видаляючи тупим і гострим шляхом разом із капсулою. Слід відзначити, що видалення атероми з оболонками, яка раніше розкривалась внаслідок гострого запального процесу, може мати певні труднощі через спайки, кровоточивість рубцево змінених тканин. До цих ускладнень треба бути готовим і не слід вважати подібну операцію як легку і короткочасну.

Слід звернути увагу на те, що за цей же період з приводу нагноєння атером було прооперовано 557 (69,9%) хворих, тобто у 2,3 рази більше від всіх хворих із атеромами, що були прооперовані взагалі (800 осіб). Це свідчить про недостатню роботу як хірургів, так і, особливо, терапевтів, сімейних лікарів, інших спеціалістів, які, оглядають хворого, відзначають наявність пухлини, але не наполягають на рекомендації хворому звернутися до хірурга. Операція у плановому порядку значно зменшує для хворого ризик розвитку в організмі гнійної інфекції, скорочує тривалість і знижує кошторис лікування.

Ці показники відображають якість санітарно-просвітницької і профілактичної роботи і мають братися до уваги і при лікуванні інших пухлин. Вважаємо, що хворим слід пояснювати небезпеку наявності в організмі пухлини, навіть візуально доброякісної. Неприпустимим і немотивованим треба вважати пізнє звертання хворих за хірургічною допомогою з великими пухлинами давністю 10 – 15 та більше років.

Аналіз структури гнійно-запальних захворювань, з приводу яких надавали хірургічну допомогу показав, що найчастіше випадків припадало на абсцедуючі фурункули 339 (22,2%), нагноювання атером – 325 (21,3%), шкірна форма панариціїв – 257 (16,8%), гідраденіти – 226 (14,8%). Крім того, хірургічні втручання проводили також з приводу підшкірно розташованих абсцесів, нагноєння гематоми – 41 (9,3%), нагноєння дермоїдної кісти куприка – 34 (2,3%) тощо. Більше всього операцій було виконано з приводу абсцедуючого фурункула. При цьому запальний процес частіше за все локалізувався на кінцівках (59,6%), дещо рідше в області тулуба (21,3%), а також голови і шиї (19,1%).

Друге місце за частотою посідали оперативні втручання з приводу нагноєння епідермальних кіст (атером). Найчастіша локалізація яких була в області тулуба (52,6%), голови та шиї (38,1%). Значно рідше гнійники локалізувалися в області кінцівок (9,3%). Проте слід визначити, що кількість випадків ускладнення цієї патології (нагноєння) можна значно скоротити за рахунок планового оздоровлення населення. Аналіз планових втручань з приводу атером за аналогічний період показав, що таким чином було оздоровлено 167 осіб, що у 1,95 разів менше ніж прооперовано в ургентному порядку. До того ж порівняльний аналіз тривалості лікування показав, що атерома з нагноєнням дає у 1,5-2 рази більшу втрату днів непрацездатності. А якщо врахувати, що у 20-25% випадків оператив-

ного втручання з приводу нагноєння атероми не завжди можна повністю висікти капсулу епідермальної кісти, існує можливість рецидиву захворювання і повторних операцій. Аналіз локалізації атером у хворих, які були прооперовані у плановому порядку звертає увагу те, що хворі зверталися найчастіше з локалізацією атером в області голови і шиї (53,9%), тулуба – 37,7%, кінцівок – 8,4%. Більшість випадків була обумовлена косметичним дефектом. В той же час нагноєння найчастіше виникає у атером, які локалізуються в області тулуба і частіше мають змогу до травматизації та інфікуванням одягом. Самостійно хворі з атеромами звертаються за допомогою тільки коли утворення досягне певного розміру і буде створювати косметичний дефект або незручності в побуті і роботі. Як правило діагноз захворювання не має труднощів. Проте факти направлення до хірурга такого хворого лікарями інших спеціальностей існує дуже рідко.

Достатньо часто (14,8%) оперативні втручання виконували з приводу гострого гнійного гідраденіту. Запальний процес локалізувався у 226 осіб (98,3%) у піхвох ділянках із них у 168 осіб процес був двосторонній та спостерігали численні вогнища запалення. В деяких випадках розтинали до 10 гнійних вогнищ у одного хворого. На гнійний гідраденіт страждали в більшості випадків жінки. Кількість їх склала 166 осіб (73,5%) проти 60 (26,5%) випадків у чоловіків. В основному це були особи працездатного віку (206 осіб, 91,2%). З нашими даними, це було пов'язано з недостатньою антисептичною обробкою шкіри під час проведення епіляції а також частим використанням дезодорантів. Тобто, підвищення санітарно-гігієнічної освіченості населення може суттєво вплинути на кількість захворюваності цієї патології.

Достатньо значне місце у структурі гнійно-септичної патології в амбулаторних умовах посіли підшкірно розташовані (поверхневі) абсцеси – 142 випадки (9,3%). Обмежене скупчення гною під шкірою ми спостерігали в області кінцівок. Це були підмозольні абсцеси, абсцеси після травмування скабками, цвяхами та іншими предметами.

Крім того, з меншою частотою були проведені оперативні втручання з приводу інших форм гнійно-запальних процесів. Так, у 59 хворих (3,9%) були виконані оперативні втручання з приводу гнійного запалення навколонигтевого валіка при врослому нігті. Врослий ніготь визначається насамперед болевим синдромом, через що хворі частіше звертаються за допомогою і оперуються у плановому порядку. Для порівняння: протягом зазначеного періоду планово було прооперовано 153 особи, що у 2,6 разів більше ніж ургентно.

Так, 34 особи були прооперовані з приводу нагноєння епітеліальних куприкових кіст (ходів). Переважно це були чоловіки – 28 осіб (82,4%) віком до 30 років. З поверхневими (підшкірними) обмеженими флегмонами кінцівок прооперовано 19 осіб (1,25%). Через своєчасно проведене оперативне втручання вдалося зупинити розповсюджен-

ня гнійного процесу, локалізувати його і провести повністю лікування хворих в амбулаторних умовах. У 19 осіб (1,25%) було діагностовано підшкірний парапроктит (серед них чоловіків було 16, жінок – 3). Всім хворим виконано широке розтинання і дренажування вогнища гнійного запалення. Всі хворі закінчили лікування в умовах поліклініки без формування параректальної норичі.

Висновки. Таким чином, питома вага онкологічних операцій, які виконувались в амбулаторних умовах, склала до 45% серед всіх «чистих» амбулаторних операцій. Проте, слід звернути увагу, що із всіх пухлин, оперованих амбулаторно у плановому порядку, до 2,5% мали злоякісний характер. Причому, у 1,5% від всіх прооперованих клінічно злоякісність пухлини навіть не передбачалась. Тому, гістологічне дослідження після видалення пухлини і попередня консультація онколога у сумнівних ви-

падках є обов'язковими, і кожен пухлину слід вважати як потенційно злоякісну. Попереднє широке оздоровлення хворих із епідермальними кістами і атеромами дозволяє уникнути можливих гнійних ускладнень.

Гостра гнійна хірургічна патологія посідає значне місце в практиці амбулаторного хірурга і складає до 35% серед всіх хворих, які звертаються за допомогою. Своєчасне і адекватне надання хірургічної допомоги в комплексному лікуванні цієї категорії хворих дозволяє не тільки отримати позитивний результат але й провести повністю лікування в амбулаторних умовах, попередити розповсюдження гнійного процесу та формування його ускладнень. Планове оперативне оздоровлення населення з приводу атером різної локалізації, врослого нігтя, тощо дозволяють зменшити кількість можливих ускладнень гнійно-запального характеру.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Баранник С.І. Клінічні та організаційні питання надання медичної допомоги хворим з гострою гнійною хірургічною патологією в амбулаторно-поліклінічних умовах / С.І. Баранник, В.М. Барвінський, В.Ю. Бахвала, В.М. Шевцов // Медичні перспективи. – 2012. – Т. XVII, № 1, ч. 1. – С. 31-34.
2. Баранник С.І. Надання амбулаторної медичної допомоги хворим із гострими гнійно-септичними захворюваннями м'яких тканин / С.І. Баранник, В.М. Барвінський, В.Ю. Бахвала, В.М. Шевцов // Шпитальна хірургія. – 2013. – № 3(63). – С. 121-122.
3. Баранник С.І. Особливості хірургічного лікування пухлин шкіри та підшкірної клітковини в амбулаторних умовах / С.І. Баранник, Г.І. Тітов, В.М. Шевцов // Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини. Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 24-25 червня 2016 року). – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2016. – 108 с. – С. 11-15.
4. Баранник С.І. Аналіз і перспективи надання медичної допомоги хворим із гострою гнійною хірургічною патологією в амбулаторно-поліклінічних умовах / С.І. Баранник, Г.І. Тітов, Д.В. Зозуля, В.М. Шевцов // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – 2016. – № 15(15), вересень. – С. 10-12.
5. Воробьев В.В. Перспективы развития и совершенствование стационарозамещающей медицинской помощи в хирургии / В.В. Воробьев // Медичні перспективи. – 2012. – Том XVII, № 1, ч. 1. – С. 19-22.
6. Хирургия. Т.1 / Под ред. Я.С. Березницкого, М.П. Захараша, В.Г. Мишалова, В.А. Шидловского. – Днепропетровск: РИА «Днепр-VAL», 2007. – 445 с.
7. Хирургия: підручник / Б.П. Лисенко, В.Д. Шейко, С.Д. Хімич та ін.: за ред. професорів Б.П. Лисенка, В.Д. Шейка, С.Д. Хімича. – К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 712 с. – С. 188-211.