

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ КИСТИ

A. L. Petroushin

HISTORICAL ASPECTS OF PURULENT SURGERY OF THE HAND

ГБУЗ АО Карпогорская ЦРБ, п. Карпогоры Пинежского района Архангельской области

© Петрушин А. А.

В статье представлены основные этапы исторического развития гнойной хирургии кисти. Показана эволюция методов лечения панарициев и флегмон. Оценен вклад различных авторов в процесс формирования хирургии кисти как отдельной отрасли хирургической науки. Кратко охарактеризованы основные руководства отечественных и зарубежных авторов, оказавшие влияние на развитие хирургии гнойных заболеваний кисти.

Ключевые слова: кисть, гнойные заболевания, панариций, история хирургии.

The article presents main stages of historical development of purulent surgery of the hand. The evolution of panaritiums and phlegmonas treatment is showed. Contribution of different authors in the process of formation of hand surgery as a separate branch of surgical science is assessed. Main works of domestic and foreign authors that have influenced on the development of purulent surgery of the hand are characterised.

Key words: hand, purulent diseases, panaritium, history of the surgery.

УДК 617.576-002.3-089

Каждая отрасль хирургической науки имеет свою историю. Исторические этапы развития подробно освещены в руководствах по сосудистой, желчной, желудочной хирургии и позволяют проследить их становление и развитие. К сожалению, исторические материалы по гнойной хирургии кисти крайне скудны. Во всех отечественных руководствах, посвященных данной проблеме, вопросы истории занимают один-два абзаца. Лишь в работах А. Н. Рыжих [5] и Г. П. Зайцева [1] вопросам истории уделена одна из страниц. Однако, с одной стороны, этого явно недостаточно, с другой — данные руководства давно стали библиографической редкостью. Надеемся, что настоящее исследование до определенной степени восполнит имеющиеся пробелы в истории лечения гнойных заболеваний кисти.

Гнойные заболевания кисти известны с глубокой древности. В отечественной медицинской литературе для обозначения неспецифических гнойных процессов пальцев кисти до настоящего времени широко используется термин «панариций». По поводу происхождения данного термина однозначного мнения нет. Согласно одной из теорий, панариций происходит от искаженного *paronichia* (греческого *παρά* — возле, около и *νηυς* — ноготь). Термин *paronichia* впервые встречается у Гиппократ (около 460 — ок. 377 г. до н. э.)

во второй книге «Эпидемики». В те времена под ним понимали гнойное воспаление всей дистальной части пальца. Позже «паронихия» упоминается Плутархом (ок. 45 — около 127 г. н. э.). Из греческого языка данный термин был заимствован римлянами как *paronichium* и встречался в «Естественной истории» Плиния-старшего (около 23—79 г. н. э.).

Однако существует и другая версия происхождения названия «панариций», выдвинутая немецким исследователем М. Zur-Verth (1923). По мнению автора, термин происходит от греческого *πρωξ* или дорийского *πάρωξ* (опухоль, отек) и *ρέω* (течь). Автор находил термин «панариций» в арабских источниках раннего средневековья [1].

В европейской медицинской литературе термин «паронихия» известен с конца XVI века (в Англии впервые появился в 1597 г.), термин «панариций» (*panaricium*, позже — *panaritium*) с конца XIV — начала XV века (в Англии — около 1400 г.). Определение панариция, близкое к настоящему, впервые было дано голландским врачом и анатомом Р. Forestus (1522—1597). В XV—XVII веках изучением гнойных заболеваний кисти занимались Парацельс (1493—1541), Ж. Л. Пти (1674 — 1750), Амбруаз Паре (около 1510—1590 гг.). Последний предлагал для

лечения панарициев компрессы с отваром болиголова и мандрагоры и описал несколько летальных исходов при панариции. Необходимо отметить, что вплоть до середины XIX века в лечении гнойных заболеваний кисти преобладали консервативные подходы, оперативное лечение выполнялось лишь при появлении флюктуации и распространении инфекции на проксимальные отделы конечности. Арсенал предлагаемых консервативных средств был чрезвычайно широк — использовались компрессы и отвары растительных препаратов (белена, экстракт опия, корень калгана), яичные желтки, лед, уксус, минеральные воды. А. Velpeau для предупреждения развития гнойного воспаления предлагал компрессию пораженного пальца. В некоторых руководствах середины XVIII века упоминаются достаточно экзотические средства — прикладывание к больному пальцу мочи, помета животных, живых дождевых червей, введение пальца в ухо кошки и т. д. [12]. Консервативное лечение было направлено не только на предупреждение развития гнойного процесса, но и использовалось для «размягчения кожи» и самопроизвольного вскрытия гнойника.

В конце XVIII — начале XIX века появились первые диссертационные работы, посвященные гнойной патологии кисти (Flocke, Kullberg, Charpentier) [2]. Авторам того времени уже была известна связь гнойно-воспалительных заболеваний кисти с микротравмами, они отмечали высокую заболеваемость панарициями представителей некоторых профессий — портных, плотников, чесальщиков и т. д. [7].

L. Ravaton наблюдал «эпидемию» панарициев у солдат гарнизона г. Ландау, когда большое количество пациентов в течение короткого времени обратились с данным заболеванием; многим из них были ампутированы пальцы. Автор объяснял данный феномен сырими и холодными погодными условиями [14]. Особо злокачественное течение и частые неблагоприятные исходы отмечались при гнойных заболеваниях кисти, причиной которых были повреждения, полученные при перевязках гнойных ран или язв и при вскрытии трупов. В медицинской литературе XVIII — начала XIX веков приводятся многочисленные примеры тяжелых форм гнойной инфекции кисти, развившейся у медиков вследствие микротравм пальцев и закончившихся потерей конечности или гибелью [11]. Причину подобного тяжелого течения видели в действии «трупного яда». В XVIII веке появляются первые классификации гнойных заболеваний кисти (Vesti J. 1704; Van Amstel 1758

и др). Большинство исследователей того времени выделяли эритематозную, подкожную или флегмонозную, сухожильную и периостальные формы панариция. Оперативное лечение применялось лишь при неудаче консервативной терапии. Показанием к операции служили «нестерпимая боль, жар, краснота и напряжение кожи» [11]. Для оперативного лечения использовались продольные разрезы во всю длину пальца или кисти, иногда — симметричные двусторонние разрезы [13]. В качестве анестезии применяли компрессы с настойкой опия, охлаждение пальцев и кисти с помощью льда, холодного уксуса и т. д. Серьезную проблему представляли распространенные формы панариция с вовлечением в гнойный процесс сухожилия или кости. При наличии остеомиелита и гнойных свищей оперативное пособие заключалось в их рассечении и удалении с помощью пинцета костных секвестров [14]. При наличии гнойных теносиновиитов предлагались продольные разрезы с переходом на кисть, запястье и предплечье. Авторы указывали на склонность гнойных теносиновиитов к быстрому распространению на проксимальные отделы конечности, когда единственным выходом являлась ампутация [8]. Большой вклад в развитие анатомии и хирургии кисти в XVIII — начале XIX века внесли известные французские ученые-медики A. Velpeau, D. Larrey, J. Dupuitren.

Во второй половине XIX века отношение к лечению гнойных заболеваний кисти стало меняться в сторону более раннего выполнения операции. L. Hüter, автор одной из классификаций гнойных заболеваний кисти, в 1869 г. писал: «Пора развязаться с ходячими и, к сожалению, не чуждыми даже врачам предрассудками, будто нужно давать нагноению сначала созреть, а потом уже делать разрезы. Плоды, созревающие при панарициях под припарками, пластырями и другими выдумками людского легкомыслия, приходят к нам в виде некрозов, сращения сухих жил, сведения суставов, в виде негодных пальцев и рук» [6]. Показанием к оперативному лечению, по мнению многих авторов, являлась первая бессонная ночь, проведенная пациентом [9]. Однако результаты лечения гнойных заболеваний кисти во многом не удовлетворяли как хирургов, так и пациентов. Нередки были летальные исходы. Так, от панариция погиб выдающийся венгерский хирург и акушер, один из родоначальников асептики И. Ф. Земмельвейс (1818—1865). Особо удручающими оставались последствия гнойных теносиновиитов и распространенных флегмон кисти. Используемые разрезы с рассечением ладонной

карпальной связки и переходом на предплечье (Hüter 1869, Lexer 1886, Bockenheimer 1887) приводили к формированию грубых рубцов и стойких контрактур. Лишь после глубокого изучения анатомии кисти как отечественными (Пирогов Н.И. 1843, Воскресенский В.Ф. 1893, Игнатьев М.Е. 1896), так и зарубежными (Velpeau A. 1859, Roux P.J. 1841) исследователями стало возможным развитие хирургии кисти как самостоятельного раздела хирургической науки.

Заметными вехами в развитии гнойной хирургии кисти явились работы Kanavel A. (1912) и Beir A. (1901, 1925). Американский хирург Kanavel A. в своей монографии «Infections of the hand» впервые описал пути распространения гноя при панарициях и флегмонах кисти и клинические признаки воспаления сухожильных влагалищ, которые до настоящего времени носят названия «признаки Канавела». Монография выдержала множество изданий, но, к сожалению, так и не была переведена на русский язык. Немецкий ученый Beir A. впервые определил принципы ранней диагностики и оперативного лечения гнойных теносиновиитов. Он также отказался от рассечения межфаланговых складок при разрезах на пальцах, что значительно снизило количество рубцовых контрактур. Развитие анестезии, особенно регионарной (Войно-Ясенецкий В.Ф. 1915, Braun H. 1906), также способствовало повышению интереса исследователей к проблеме гнойной патологии кисти. В 20-х г. XX века вышли в свет фундаментальные работы по гнойной хирургии кисти Zur Verth M. (1923); Klapp R., Beck H. (1923); Iselin M. (1924). Две последние имеют русские издания 1930—1931 гг. В данных монографиях подробно рассмотрены вопросы классификации гнойных заболеваний кисти, различные приемы оперативного лечения, многие из которых используются до настоящего времени и носят имена авторов (разрез по Клаппу, пластика по Клаппу, доступ по Изелену и т. д.). В работе Iselin M. также подробно описаны способы реконструкции увечной кисти (фалангизация I пястной кости, полицизация и т. д.).

В России гнойная хирургия кисти стала развиваться позднее. Первой отечественной публикацией, непосредственно посвященной проблеме гнойной патологии пальцев, является статья Н.А. Мейнгарда «К хирургии ручной кисти и пальцев», вышедшая в журнале «Хирургический

Вестник» в 1891 г. Автор указывает, что работу выполнил по предложению проф. Н.И. Вельяминова. На большом клиническом материале (5239 пациентов, находившихся на лечении в Крестовоздвиженской амбулатории с 1884 по 1890 гг.) Н.А. Мейнгард подробно изучил статистические характеристики — распределение панарициев по полу, возрасту, сезонность заболеваемости, связи заболеваемости с родом деятельности пациентов. Под панарицием автор понимал «случаи острого, поверхностного или глубокого, септического воспаления тканей в области ногтевой фаланги, поражающего (первично или вторично) ткани волярной стороны пальца...» [2].

В 1929 г. на XXI съезде хирургов России проблемы гнойной хирургии кисти впервые рассматривались в программном докладе, носившем название: «Нагноительные процессы ручных пальцев и кисти». Более полно эти проблемы были рассмотрены на V Всеукраинском съезде хирургов (1933 г.), повестка которого в значительной степени была посвящена хирургии кисти.

Первая отечественная монография, посвященная проблемам гнойной патологии кисти, вышла в 1933 г. в г. Киеве и носила название «Сучасне хірургічне лікування гострих глибоких інфекцій пальців і п'ясти» («Современное хирургическое лечение острых глубоких инфекций пальцев и пясти»), автором ее был заведующий кафедрой хирургии и топографической анатомии Харьковского медицинского института проф. Б.Г. Пржевальский. Основное внимание в руководстве уделяется диагностике и лечению гнойных теносиновиитов [4]. «Гордиев узел неудач лечения глубоких инфекций руки,» — писал автор, — «не поддается развязыванию способом клинической эмпирии, а разрубается глубоким изучением анатомии, физиологии, бактериологии и патологии руки»¹.

В 30-е годы XX столетия отмечается бурное развитие гнойной хирургии кисти в отечественной медицине. На страницах медицинских журналов выходят работы, посвященные бактериологии, патологической анатомии, рентгенодиагностике, оперативному лечению и профилактике панарициев и флегмон кисти (Овнатянян Т.К. 1940, Рывлин Я.Б. 1930, Сороко Н.К. 1935, Хайцис Г.М. 1939 и др.). В 1938 г. вышли в свет две монографии, посвященные гнойной хирургии

¹Пржевальский Б.Г. Сучасне хірургічне лікування гострих глибоких інфекцій пальців і п'ясти. — 1933. — С. 3.

кисти: «Гнойная инфекция кисти» А. Н. Рыжих, Л. Г. Фишмана [5] и «Острая гнойная инфекция кисти и пальцев руки (панариций)» Г. П. Зайцева [1]. Руководство А. Н. Рыжих и Л. Г. Фишмана, на наш взгляд, является классическим трудом и по своему значению может быть сопоставимо с руководством Мондора по хирургии «острого живота» или «Этюдам желудочной хирургии» С. С. Юдина. В книге подробно обсуждаются вопросы этиологии, оперативного лечения и реабилитации больных гнойной инфекцией кисти. Отдельная глава посвящена анатомическим вариантам строения сухожильных влагалищ сгибателей, которые авторы изучали путем наливки жидким парафином [5]. Классификация гнойной патологии кисти, предложенная Г. П. Зайцевым, является основой, на которой выстроены все отечественные классификации данной патологии (Коньчев А. В. 2002, Лыткин М. И. 1975, Стручков В. И. 1984), а некоторые авторы (Чадаев А. П. 1996) до настоящего времени используют ее в неизменном виде [1].

В послевоенные годы проблемы гнойной патологии кисти отражались в руководствах Л. Я. Леви (1947), Е. Л. Гуровой (1950), Л. Г. Фишмана (1950), Е. Л. Яновского (1953) и других исследователей. В конце 40-х — начале 50-х годов прошлого столетия в связи с внедрением в клиническую практику пенициллина многие исследователи стали склоняться к консервативному лечению панарициев, включая их осложненные формы (Ветошекин Н. В. 1948, Сельцовский П. Л. 1948, Шлапоберский В. Я. 1951). Однако, как показала практика, данная концепция оказалась несостоятельной. Уже во второй половине 50-х годов основным элементом

лечения вновь была признана хирургическая обработка гнойного очага. В последующем руководство, посвященное лечению гнойной патологии кисти, выходило в свет в среднем раз в пять лет.

Интерес к гнойной хирургии кисти не ослабевает до настоящего времени. На основе высокотехнологичных методов исследования (ультрасонография, термография) определяется тяжесть и распространенность гнойного процесса и прогнозируется дальнейшее течение заболевания. Для восстановления покровных дефектов используется пластика лоскутами с осевым кровоснабжением. Разрабатываются различные аппараты и приспособления для distraction пораженных суставов. Об актуальности гнойной патологии кисти свидетельствует то, что только за последние 8 лет вышли в свет около 10 отечественных монографий по данной проблеме. Для иллюстрации актуальности считаем возможным привести следующие цитаты. «Панариций требует внимания и тщательного лечения со стороны наиболее опытных практикующих врачей, будучи неправильно леченным, он становится губительным из-за боли, распространения нагноения и возможной гангрены конечности» [2]. «Панариций как никакая другая очаговая неспецифическая инфекция трудно поддается хирургическому лечению, а результаты его не всегда предсказуемы» [3]. Между двумя этими высказываниями прошло без малого 200 лет, однако, несмотря на грандиозный прогресс медицинской науки за истекшее время, они свидетельствуют о том, что проблема гнойной патологии кисти по-прежнему далека от окончательного решения и представляет широкое поле для будущих исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев Г. П. Острая гнойная инфекция кисти и пальцев руки (панариций). — М. : Медгиз, 1938. — 109 с.
2. Мейнгарт Н. А. К хирургии ручной кисти и пальцев // Хирургический вестник. — 1891. — № 10. — С. 102—121.
3. Мелешевич А. В. Панариций и флегмона кисти. — Гродно : ГрГУ, 2002. — 185 с.
4. Пржевальский Б. Г. Сучасне хірургічне лікування гострих глибоких інфекцій пальців і п'ясти. — Київ : Медичне видавництво. — 1933. — 92 с.
5. Рыжих А. Н., Фишман Л. Г. Гнойные инфекции кисти. — М. : Медгиз, 1938. — 311 с.
6. Яновский Е. Л., Дегтярев И. Т. Панариций и его осложнения. — М. : Медгиз, 1953. — 303 с.
7. Dictionnaire de medecine et de chirurgie pratiques. — Paris : Gabon, Mequignon-Marvis, J.-B. Bailliere, 1834. — P. 442—443.
8. Dictionnaire de medecine par MM. Adelon, Beclard, Bieth et al. — Paris : Bechet jeune, 1826. — T. 1. — P. 126—139.
9. Dictionnaire de medecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art veterinaire et des sciences qui s'y rapportent 13-e edition, entierment refondue par E. Littré et Ch. Robin. — Paris : J.-B. Bailliere, 1873. — P. 1116—1117.
10. Dictionnaire de medecine et de chirurgie pratiques. — Paris : Gabon, Mequignon-Marvis, J.-B. Bailliere, 1834. — P. 442—443.
11. Dictionnaire des sciences medecales par une societe de medecins et de chirurgiens. — Paris : Panckouke, 1819. — P. 168—176.

12. James R. A medical dictionary. — Londres : J. Roberts, 1743—1745. — P. 207—209.
13. Le dictionnaire des dictionnaires de medecine francais et etrangers ou traite complet de medecine et chirurgie pratiques contenant l'analyse des meilleurs articles qui ont paru jusqu'a ce jour dans les dictionnaires et les traites speciaux les plus importants, redige par une societe de medecines sous la directions du Dr Fabre. — Paris : Germer-Bailliere, 1850. — P. 131—133.
14. Nouveau dictionnaire de medecine de chirurgie pratiques, illustre de figures intercalees dans le texte, sous la direction du Dr Jaccoud. — Paris : J.-B. Bailliere, 1878. — P. 695—701.

Поступила в редакцию 21.01.2013

Утверждена к печати 25.02.2013

Автор:

Петрушин А. Л. — врач ГБУЗ АО «Карпогорская ЦРБ» Пинежского района Архангельской области, г. Карпогоры.

Контакты:

Петрушин Александр Леонидович

164600, Архангельская обл., п. Карпогоры, ул. Абрамова, д. 2, кв. 2.

тел.: 8-818-56 2-11-03, 8 921 076 73 29

petrushin.59@mail.ru