

Саксин Алексей Алексеевич,
кандидат медицинских наук,
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»

Пятин Роман Викторович, студент,
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»

Костин Сергей Владимирович,
кандидат медицинских наук, доцент,
ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва»

СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Аннотация. В статье рассмотрена тактика ведения пациентов с гнойной хирургической инфекцией в амбулаторных условиях. Определены границы допустимого хирургического вмешательства при фурункулах, карбункулах и панарициях. Приведены схемы эмпирической антибиотикотерапии согласно клиническим рекомендациям. Отдельное внимание уделено критериям экстренной госпитализации.

Ключевые слова: Гнойная хирургическая инфекция, амбулаторная хирургия, панариций, антибиотикотерапия.

Актуальность. Основой лечения гнойной хирургической инфекции (ГХИ) остается принцип «Ubi pus, ibi evasua», однако объем вмешательства в поликлинике имеет четкие ограничения. При фурункулах, карбункулах и гидраденитах в фазу инфильтрации допустима консервативная тактика – аппликации ихтиоловой мази, полуспиртовые компрессы. Но при формировании гнойно-некротического стержня или появлении флюктуации показано вскрытие под местной анестезией (лидокаин 2% или новокаин 0,5% с соблюдением максимальных дозировок). Иссечение некротических тканей проводят строго в пределах здоровых, оставляя дно полости нетронутым 2 избыточная травматизация лишь расширяет зону вторичного некроза.

Отдельного внимания заслуживают панариции. Амбулаторно допустимо лечение только кожных и подкожных форм. Диагностическими ориентирами здесь служат локализованная гиперемия, болезненность при пальпации в проекции гнойника и отсутствие иррадиации боли по ходу сухожилия. Как только появляется веретенообразная припухлость пальца, боль при пассивном разгибании дистальной фаланги или лимфангит, поднимающийся выше лучезапястного сустава, – это сухожильный или костный панариций. Таких пациентов необходимо немедленно направлять в стационар: попытка амбулаторного лечения в этой ситуации ведет к некрозу сухожилия, тугоподвижности и нередко – к ампутации. Наличие лимфангита выше лучезапястного сустава требует экстренной госпитализации в отделение гнойной хирургии [1].

Эмпирическая антибиотикотерапия в поликлинике должна покрывать наиболее вероятных возбудителей: *Staphylococcus aureus* (включая MRSA) и стрептококки. Согласно обновленным клиническим рекомендациям, для амбулаторного лечения неосложненных форм ГХИ кожи и мягких тканей (инфицированные кисты, абсцессы до 5 см.) препаратом выбора является амоксициллин+клавулановая кислота в дозировке 875+125 мг. два раза в сутки перорально, курс 7 дней. При аллергии на пенициллины переходят на клиндамицин 300 мг. четыре раза в сутки или цефалексин 500 мг. четыре раза в сутки (при низком риске MRSA). В регионах с высокой распространенностью MRSA (>20%) для амбулаторной терапии абсцессов



с обширной зоной гиперемии (более 5 см) в послеоперационном периоде рекомендуется котримоксазол 800+160 мг. два раза в сутки в комбинации с метронидазолом 500 мг. два раза в сутки для покрытия анаэробной флоры, особенно при локализации в перианальной области или на нижних конечностях у пациентов с венозной недостаточностью [2].

В амбулаторной хирургии также важна профилактика перекрестного инфицирования и вторичного инфицирования раны госпитальными штаммами. Европейские рекомендации 2025 года по профилактике инфекций области хирургического вмешательства подтверждают, что обработка операционного поля перед вскрытием гнойного очага должна проводиться раствором хлоргексидина на спиртовой основе (0,5% или 2%), так как это снижает бактериальную нагрузку эффективнее водных растворов повидон-йода [3]. После хирургической обработки рану не следует ушивать наглухо (первичный шов противопоказан). Показано рыхлое тампонирующее с гипертоническим раствором натрия хлорида (10%) для осмотического дренирования или использование современных гидроактивных повязок с серебром (например, на основе ионов серебра или нанокристаллического серебра), которые обладают пролонгированным бактерицидным действием. Пациент должен быть обучен правилам смены повязок: обработка кожи вокруг раны 0,05% раствором хлоргексидина, очистка раны стерильным физиологическим раствором без использования спирта, так как этанол повреждает грануляции [4].

Критерии направления в стационар (отделение гнойной хирургии или гнойно-септическое отделение) четко регламентированы. Показаниями к экстренной госпитализации из поликлиники являются:

- флегмона конечности (разлитое воспаление без четких границ, регионарный лимфаденит, лимфангит);
- гнойный бурсит (особенно локтевой или коленный) с угрозой вскрытия в сустав;
- панариций сухожильный, костный или суставной (подтвержденный рентгенографически или клинически);
- наличие сахарного диабета с декомпенсацией (уровень глюкозы >13 ммоль/л.) на фоне ГХИ любой локализации;
- отсутствие эффекта от амбулаторного лечения в течение 48-72 часов (сохранение гиперемии, усиление болей, лихорадка);
- синдром системной воспалительной реакции (СВР).

Транспортировка осуществляется бригадой скорой медицинской помощи с соблюдением мер инфекционной безопасности (стандартные и контактные меры предосторожности). В приемном покое стационара пациент должен быть осмотрен дежурным хирургом в течение 30 минут с момента поступления. В случае подозрения на анаэробную инфекцию (крепитация, геморрагический экссудат, газ в тканях по данным УЗИ или рентгена) пациент направляется, минуя приемный покой непосредственно в операционную.

Заключение. Ведение пациента с гнойной хирургической инфекцией в поликлинике требует от хирурга высокой бдительности и дисциплины. Хирургическое вмешательство должно быть радикальным, но ограниченным по объему, антибактериальная терапия – рациональной и короткой, а показания к госпитализации – расширенными, чтобы не пропустить жизнеугрожающее состояние. Только такой подход позволяет минимизировать риски генерализации инфекции, хронизации процесса и развития антибиотикорезистентности у амбулаторного пациента.

Список литературы:

1. Rezaei AR, Zienkiewicz D, Rezaei AR. Surgical site infections: a comprehensive review. J Trauma Inj. 2025 Jun;38(2):71-81. doi: 10.20408/jti.2025.0019



2. Российские рекомендации. Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам. — МАКМАХ, СГМУ: Смоленск, 2024. — 192 с.

3. UEG/ESCP/EAES/SSI-E SSI Prevention Working Group. European Guideline on Pre-Operative Prevention of Surgical Site Infections Following Digestive Surgery: A Joint Update of the WHO SSI Guideline for Gastrointestinal Surgery by UEG, ESCP, EAES, and SIS-E. United European Gastroenterol J. 2025 Dec;13(10):1887-1904. doi: 10.1002/ueg2.70128

4. Marr J. Guidelines in Practice: Transmission-Based Precautions. AORN J. 2025 Oct;122(4):240-248. doi: 10.1002/aorn.14411.

