

Министерство здравоохранения Украины
Украинская медицинская стоматологическая
академия
Кафедра общей хирургии
с уходом за больными

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ

Учебно-методическое пособие
для соискателей высшего медицинского
образования по специальности «Медицина»

ПОЛТАВА 2019

УДК 617.576 - 002.3-089

Г 56

Рекомендовано Ученым советом Украинской медицинской стоматологической академией как учебно-методическое пособие для иностранных студентов - соискателей высшего образования степени магистра, которые обучаются по специальности 222 «Медицина» в заведениях высшего образования МЗ Украины (Протокол заседания Ученого совета от 11.12.2019 №5)

авторы:

Горб Л. И.
Зубаха А. Б.
Лигоненко А. В.
Черная И. А.
Ярошенко Р.А.
Дигтярь И. И.
Стороженко А. В.
Шумейко И. А.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой общей хирургии Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого д. мед. н., профессор Андриющенко В.П..

Заведующий кафедрой общей хирургии Винницкого национального медицинского университета им.М.И.Пирогова, д.мед.н., профессор Химич С.Д.

Заведующий кафедрой хирургии №4 Украинской медицинской стоматологической академии д.мед.н., профессор Дудченко М.А.

В учебно-методическом пособии по диагностике и лечению острых гнойных заболеваний кисти и пальцев приведены почти все гнойно-воспалительные заболевания этой области, что в целом занимает одно из первых мест по частоте среди всех хирургических заболеваний с которыми больные обращаются в амбулатории и поликлиники.

Введение

Гнойные заболевания кисти и пальцев занимают значительное место среди других хирургических заболеваний. При анализе работы хирургических кабинетов поликлиник бросается в глаза высокий процент больных с гнойными заболеваниями этого рабочего органа человека. Как правило, на поликлинических приемах 20-30% больных составляют больные с гнойными заболеваниями кисти и пальцев. По данным некоторых авторов (М. И. Лыткин, И. Д. Косачев 1975, Кондратенко П.Г. 2007), их число достигает 64-69%. В здравпунктах многих предприятий среди больных, обращающихся с воспалительными заболеваниями кисти и пальцев процент еще выше и составляет основную группу больных с временной потерей трудоспособности.

Как показывает анализ причин этого заболевания, в большинстве случаев в анамнезе можно установить наличие небольшой травмы, так называемой микротравмы. Чаще всего это небольшие колотые ранки, царапины и ссадины, мозоли, мелкие поверхностные ранения, реже ушибы. Эти микротравмы являются причинами гнойных заболеваний кисти и пальцев. В то же время более глубокие резаные, ушибленные, рваные и другие раны реже являются причинами гнойных заболеваний, так как такие раны, как правило, сразу же подвергаются хирургической обработке и в дальнейшем заживление идет без осложнений. Микротравмы же чаще всего остаются без должного внимания со стороны потерпевшего, не предоставляется никакой, даже самой элементарной первой помощи, не применяются антисептические средства для профилактики воспалительных осложнений, а сам пострадавший не считает необходимым обратиться с такой «мелочью» в медпункт, или хотя бы воспользоваться аптечкой. Только через несколько дней, когда появляется осложнение в виде острого гнойно-воспалительного процесса, больной обращается в медпункт, или в поликлинику за помощью.

Среди производственного и особенно промышленного травматизма, травмы кисти и пальцев, в том числе микротравмы, занимают очень важное место. Там, где активное выявление и учет микротравм кисти поставлен достаточно хорошо, процент травмы этой локализации составляет 80% и более всего от промышленного травматизма.

Такая высокая частота травмы кисти и пальцев обусловлена

тем, что кисть человека есть одним из основных органов труда. В процессе труда кисть и пальцы человека, постоянно вступая в непосредственный контакт с орудиями производства, с инструментами и машинами, быстрее и чаще могут подвергаться травме, чем другие части тела.

Однако не только частота заболеваний кисти и пальцев определяет важность этого раздела хирургии. Являясь органом труда, кисть при заболевании теряет способность к труду, и задачей врача является скорейшее и качественное лечение больного, чтобы сократить срок его нетрудоспособности, предотвратить развитие инвалидности, которая в некоторых случаях грозит больному и восстановить функцию кисти.

Выполнение всех перечисленных задач возможно только при совершенном знании разнообразной патологии гнойных заболеваний кисти и пальцев, знании анатомо-физиологических и функциональных особенностей этого органа труда, грамотном подходе к лечению его заболеваний. Как правило, больной впервые обращается с начальными проявлениями воспалительных заболеваний кисти и пальцев к молодому врачу, который недостаточно знает и недооценивает серьезность этого заболевания.

К сожалению, в медицинском вузе студенты, даже готовящиеся стать хирургами, проявляют большой интерес к большой хирургии - абдоминальной, грудной, сосудистой, сердечной, с чем большинству молодых хирургов приходится встречаться очень редко, а вот к гнойной хирургии, которая приобретает все большее и большее значение, и к так называемой «малой» амбулаторной хирургии как студенты, так и молодые врачи обнаруживают очень малый интерес и потому плохо ее знают.

Однако сразу после окончания вуза молодому врачу прежде всего приходится сталкиваться с заболеваниями, на которые он мало обращал внимания в вузе, покоренный внешним эффектом большой хирургии специализированных клиник, возглавляемых учеными специалистами.

Вероятно, недостаточное внимание, уделяемое этой группе заболеваний при изучении вопросов хирургии в вузах, приводит к тому, что молодые врачи к панарицию относятся как к амбулаторной «мелочи», лечение которой можно доверить любому, вплоть до фельдшера.

Однако при малейшей ошибке в лечении, острые гнойные заболевания кисти и пальцев могут давать тяжелые осложнения, приводящие к стойким нарушениям функций кисти как органа труда, к инвалидности, а иногда и к смерти больного. Профессор Л. Г. Фишман указывает, что на 457 стационарных больных с гнойными заболеваниями пальцев и кисти он наблюдал 13 смертельных исходов, что составляет 2,9% больных. Конечно, больные с подобными заболеваниями попадают в стационар только после длительного безуспешного лечения в поликлинике, с осложнениями и затяжным течением гнойного процесса. Чаще всего эти осложнения связаны с неверным методом лечения панариция, с ошибками консервативного и оперативного лечения в начальный период заболевания.

Ошибки лечения редко зависят от того, что больной поздно обращается к врачу. Дело в том, что болевой симптом, как правило, значительно выражен в самом начале воспалительного процесса на кисти и пальцах и заставляет больного обратиться к врачу вовремя. Чаще всего врач допускает ошибки из-за недостаточного знания разнообразия патологических процессов при воспалительных заболеваниях кисти и пальцев, недостаточного знания методов топической диагностики, а следовательно, допускаются ошибки и неточности при постановке диагноза. Далее ошибки лечения связаны с недостаточным знанием основных анатомо-физиологических и функциональных особенностей кисти и пальцев и неумением вовремя применить наиболее целесообразный оперативный доступ, обеспечивающий достаточный отток гнойно-некротического содержимого.

Цель данного короткого методического руководства - помочь молодому хирургу, а также врачам-интернам хирургического профиля более четко ориентироваться при топической диагностике основных острых гнойных заболеваний кисти и пальцев и выборе наиболее правильного метода лечения.

Раздел I

Анатомо-физиологические и функциональные особенности кисти и пальцев в клиническом аспекте

Целью этого раздела методического руководства не является подробное описание анатомии кисти и пальцев, хотя именно детали анатомического строения определяют физиологические и функциональные особенности этого органа человека. Конечно, хирургу, работающему в поликлинике и занимающемуся лечением больных с гнойными заболеваниями кисти и пальцев, необходимо хорошо изучить анатомию этой области. Подробные данные об анатомии кисти следует изучить в специальных атласах нормальной и топографической анатомии.

В этом разделе нашего руководства будут рассмотрены только некоторые анатомо-физиологические и функциональные особенности кисти и пальцев, имеющие решающее значение в развитии и распространении гнойных процессов и определении выбора наиболее рациональной хирургической тактики.

1. Одна из главных функциональных особенностей кисти, которую в первую очередь необходимо учитывать хирургу при лечении воспалительных заболеваний этого органа, заключается в том, что кисть - это орган труда. Главной частью кисти как органа труда, обеспечивающим ее разнообразную функцию, являются пальцы. Недаром мудрецы древнего Востока определяли пальцы как «десять наших маленьких друзей».

Однако функциональная ценность пальцев разная. Особенно важную роль играет I палец (большой). Именно он обеспечивает хватательную функцию кисти, благодаря способности к противостоянию. Именно первый палец сделал человека человеком и отличает его руку от руки человекообразных обезьян. При заболевании первого пальца необходимо стремиться сохранить каждый миллиметр. Если ему грозит неподвижность, например, при разрушении суставов, он обеспечит хватательную способность кисти, если даже станет неподвижным, но будет находиться в функционально выгодном положении, то есть будет противопоставлен остальным четырем пальцам.

Второе место по функциональной ценностью занимает II палец (указательный). Его функциональное значение не только в том, что, располагаясь рядом с первым пальцем, он осуществляет начальный этап захвата любого предмета, но и в том, что он обладает особой автономной подвижностью и осуществляет все самые мелкие и точные движения. Именно с помощью второго пальца мы завинчиваем мелкий винтик, берем спичку, застегиваем мелкие пуговицы; второй палец осуществляет

написание букв и именно его движение в конечном счете определяет почерк человека. Потеря второго пальца в значительной степени нарушает хватательную функцию кисти и способность к точным движениям. Однако, если удастся сохранить второй палец даже ценой полного нарушения его подвижности и создать ему функционально-выгодное полусогнутое положение, то хватательная функция кисти и пригодность ее до мелких и точных движений сохраняются в значительной мере.

На третьем месте по значению рабочей функции кисти находится третий (средний) палец. Он определяет силу кисти. Будучи более длинным и, обладая большей силой благодаря тому, что в обоих сухожилиях его сгибателей проходят основные части мышечных волокон поверхностных и глубоких сгибателей пальцев, которые располагаются на ладонной поверхности предплечья, третий палец обеспечивает захват и удерживающую функцию кисти. С потерей третьего пальца динамометрические показатели кисти уменьшаются почти в два раза.

Четвертое место в функциональной полноценности кисти занимает пятый палец (мизинец). Конечно, он имеет решающее значение для пианиста, скрипача и др. При отсутствии пятого пальца музыкант становится профессиональным инвалидом. Однако огромное функциональное значение пятый палец имеет и для других профессий, особенно для людей, занимающихся переносом веса. Именно через пятый палец перебрасывается канат, веревка, когда ею поднимают груз. В таких случаях пятый палец выступает в роли как бы палиспаса, благодаря трению веревки, перекидывается через него, сила сжатия кисти может быть меньше для того, чтобы удержать тяжелый предмет. Кроме того, пятый палец является замыкающим при составлении обеих ладоней «ковшом».

Наконец, в последнее, пятое место, по функциональной ценности можно отнести четвертый палец (безымянный). Он не способен к выполнению каких-либо самостоятельных и изолированных функциональных движений. Разве что у пианистов, у четвертого пальца в большей степени развиты самостоятельные автономные движения. Конечно, нельзя считать, что четвертый палец не имеет никакого функционального значения в работе кисти как органа труда, а есть только «аристократом», приспособленным человеком к ношению колец. Фактически четвертый палец, совершая

движения вместе с соседними пальцами или с одним из них, усиливает их функциональное значение - силу и объем захвата предмета кистью. Кроме того, четвертый палец имеет наибольшую чувствительность, повышенную осязательную способность и именно он начинает захват предмета, когда его надо подхватить снизу в положении супинации предплечья.

В этом есть общие и основные функциональные особенности кисти как органа труда.

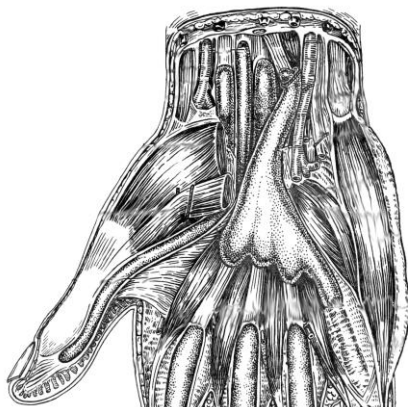
2. Очень важной анатомической особенностью кисти, определяющей ее функцию, является наличие сухожилий - поверхностных и глубоких сгибателей, разгибателей. Эта анатомическая особенность имеет большое клиническое значение. Все сухожилия располагаются достаточно поверхностно и при повреждениях кисти возникает опасность повреждений одного или нескольких сухожилий, нарушая функцию соответствующих пальцев.

3. Большое клиническое значение имеет наличие сухожильных влагалищ на ладонной поверхности у всех сухожилий сгибателей пальцев. Анатомические особенности влагалищ сухожилий сгибателей отдельных пальцев определяют клиническое течение гнойно-воспалительных процессов влагалищ (тендовагинитов) и хирургическую тактику при них.

Прежде всего, необходимо учитывать, что сухожильные влагалища второго, третьего и четвертого пальцев расположены вдоль конечных межфаланговых суставов до головок II-III-IV пястных костей, где заканчиваются слепыми мешками. Точное знание расположения сухожильных влагалищ II-III-IV пальцев поможет диагностировать тендовагинит каждого из этих пальцев с помощью простого метода топической диагностики - «ощупывание» пальца пуговчатым зондом. При нажатии зондом определяется болезненность по ходу сухожильного влагалища с максимальной болезненностью над «слепым мешком» в зоне головки пястной кости (рис. 1).

Рис.1

Сухожильные



влагалища сгибателей

Сухожильные влагалища первого и пятого пальца имеют несколько иное расположение и длину. Начиная с уровня конечных суставов, они проходят через всю ладонь до лучезапястного сустава, иногда даже чуть выше, причем тонкие стенки сухожильных влагалищ обоих пальцев соприкасаются друг с другом. Также в тесном контакте эти сухожильные влагалища находятся с фасциальными пространствами ладони тенара и гипотенара, и контактируют с глубоким фасциальным пространством нижней трети передней поверхности предплечья - Пирогова-Парона.

Пространство Пирогова-Парона, располагаясь по сухожилиями глубоких сгибателей пальцев и перед мышцей - квадратным пронатором предплечья в нижней трети отделяется от проксимальных отделов сухожильных влагалищ первого и пятого пальцев тонкой фасциальной пластинкой. Все эти анатомические особенности определяют клиническое течение гнойного тендовагинита первого и пятого пальца. Все указанные тонкие фасциальные перепонки легко расплавляются под влиянием гнойного процесса, и гной легко распространяется на сухожильные влагалища обоих пальцев, на фасциальные пространства ладони - тенара и гипотенара и на предплечье в пространство Пирогова-Парона. Образуется так называемая V-образная флегмона.

И еще одну анатомическую особенность необходимо учитывать в клинике тендовагинитов - характер кровоснабжения сухожилий на протяжении сухожильных влагалищ.

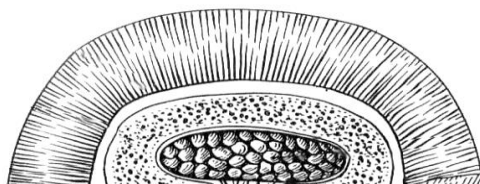


Рис.2

Поперечный
разрез
сухожилия
сгибателя пальца
и сухожильного
влагалища,
с mesotenon,
где проходят
наитончайшие
сосуды

Сосудистая сеть в сухожилиях незначительная. Питание сухожилий осуществляется главным образом за счет синовиальной жидкости, которая вырабатывается сухожильным влагалищем, являющейся одновременно и «смазочным материалом» для скольжения сухожилий внутри влагалища при сгибании пальцев. Однако на протяжении всего сухожильного влагалища с ладонной поверхности от стенки влагалища до сухожилия в продольном направлении располагается очень тонкая и нежная брыжеечка с мелкими сосудами (рис. 2).

Эти сосуды имеют некоторое значение в создании бедной сосудистой сети сухожилий и являются источником образования синовиальной жидкости. Уже в самом начале тендовагинита при воспалительной инфильтрации тканей и появлении экссудата эти мелкие сосуды сдавливаются, даже при незначительном повышении давления в сухожильном влагалище.

Воспалительный экссудат, заменивший синовиальную жидкость, не имеет питательных свойств, а повышенная гидрофильность тканей сопровождается нарушением обменных процессов, что особенно характерно для первой фазы воспалительного процесса. Все это создает условия для развития омертвления сухожилия в ранние сроки. Только ранние противовоспалительные мероприятия в первой фазе воспалительного процесса сухожильного влагалища и ранняя анатомически грамотная операция при гнойном тендовагините может предотвратить развитие омертвления сухожилий.

4. В клинике воспалительных и гнойных заболеваний кисти имеет значение четвертая анатомическая особенность - наличие

пяти фасциальных пространств. О двух из них уже упоминалось - это пространство тенара и гипотенара. Первое из них располагается над основанием первого пальца с ладонной стороны. Тонкая фасциальная пластинка окружает три мышцы возвышения первого пальца - короткий сгибатель, что противопоставляет и приводит мышцы I пальца.

При раскрытии флегмоны пространства тенара необходимо учитывать еще одну анатомическую особенность - иннервацию мышц тенара. Иннервация этих мышц происходит за счет двигательной ладонной веточки срединного нерва (*ramus volaris n. mediam*), что отходит от срединного нерва в области лучезапястного сустава и подходит коротким стволом к мышцам тенара в его основании на 2-3 см дистальнее лучезапястной складки. Итак, в этом районе разрез для раскрытия флегмоны тенара делать не следует. Повреждение этой двигательной веточки срединного нерва приводит к потере способности первого пальца осуществлять движение противопоставление - образуется «обезьянья лапа». Разрез необходимо выполнять более кнаружи от центральной части возвышения тенара.

Второе пространство гипотенара располагается на ладони соответственно возвышению ульнарного края ее - тонкая фасциальная пластинка окружает три мышцы, образующие возвышение гипотенара - короткий сгибатель, что приводит и противопоставляет мышцы V пальца.

Третье фасциальное пространство - это срединное пространство ладони. Оно располагается в центре ладони и включает в себя сухожилия поверхностных и глубоких сгибателей II-III-IV пальцев, ограничиваясь впереди широким и плотным ладонным апоневрозом, который является расширенным и распластанным продолжением тонкого сухожилия такой же тонкой мышцы - длинного сгибателя ладони *m. palmaris longus*. Позади срединное ладонное пространство ограничивается пястными костями и межкостными мышцами. Флегмона срединного ладонного пространства протекает тяжело и в начальной фазе трудно диагностируется. Воспалительный очаг, который располагается под плотным ладонным апоневрозом, сначала со стороны ладони почти себя не проявляет - все основные признаки воспаления и особенно резко выраженный отек оказываются на тыле кисти. Однако характерным и достаточно ранним признаком флегмоны срединного пространства ладони является значительное нарушение функций

II-III-IV и частично V пальцев в виде сгибательной контрактуры, а топическая диагностика с помощью пуговчатого зонда может уточнить диагноз. Только знание топографической анатомии среднего пространства ладони и его соотношения с сухожилиями, с сосудами позволит правильно выработать хирургическую тактику, проекцию и направление разрезов при вскрытии флегмоны указанной локализации.

Четвертое и пятое фасциальные пространства связаны с наличием поверхностной фасции, которая располагается под кожей всей кисти. На ладони эта фасция малоподвижная и окружена небольшим количеством клетчатки, а на тыле кисти поверхностная фасция очень подвижная, над ней и под ней имеется рыхлая клетчатка, в которой легко развивается отек при любой локализации воспалительного процесса на ладони. Поверхностная фасция определяет наличие этих двух фасциальных пространств - эпифасциального и субфасциального. Соответственно возможно образование еще двух видов поверхностных флегмон кисти - эпифасциальная и субфасциальная флегмоны.

5. Очень большое клиническое значение имеет следующая анатомическая особенность, о которой почти всегда забывают врачи при оперативном лечении одного из достаточно распространенных гнойных процессов - мозольного абсцесса, который легко переходит в так называемую комиссуральную флегмону. При данном заболевании большое значение имеют знания о существовании червеобразных мышц (*mm lumbricalis*). Эти мышцы, начинаются от сухожилий сгибателей пальцев в дистальном отделе ладони, идут между головками пястных костей и переходят с ладонной на тыльную поверхность, прикрепляются к тыльно-лучевой поверхности основания соответствующего пальца. При комиссуральной флегмоне и даже при поверхностном мозольном абсцессе червеобразные мышцы являются как бы каналом, по которому отек, а потом гной распространяется с ладонной поверхности по межпальцевым промежуткам на тыльно-лучевую поверхность основания соответствующего пальца. То есть, так называемые комиссуральные пространства между пястными косточками. Их три. Если врач забыл про эту анатомическую особенность и, раскрыв основной абсцесс только с ладонной стороны, получил немало гноя, с гордостью и радостью, показав это больному, он сделал еще не все и не создал условий для выздоровления

больного. Уже на следующий день больной едет к врачу и говорит, что он не спал ночь через пульсирующую боль, а при перевязке видно зияющую рану на ладони со значительным гнойным отделяемым; соответствующий палец «оттопырен» и сомкнуть пальцы в данном межпальцевом промежутке невозможно из-за резкой боли. Хорошо, если врач «вспомнит» о существовании червеобразных мышц у основания соответствующего пальца с тыльно-лучевой стороны где до сих пор формируется «абсцесс-затек» (рис. 3). Тогда продольный разрез над ним, то есть повторная операция, избавит больного от дальнейших страданий. Однако это надо было сделать сразу же при первой операции.

6. Следующая анатомическая особенность - это особенность кровоснабжения ладони и пальцев. Прежде всего надо учитывать существование двух ладонных артериальных дуг, идущих в поперечном направлении ладони - поверхностной (*arcus volaris arterialis superficialis*) и глубокой (*arcus volaris arterialis profundus*). Поверхностная ладонная артериальная дуга образуется за счет продолжения основного ствола локтевой артерии и ладонной ветви лучевой артерии. Она располагается в средней части ладони, в поперечном направлении, сразу под ладонным апоневрозом. От нее отходят артерии, идущие к каждому пальцу. В основании каждого пальца эти артерии делятся на две пальцевые артерии, проходящие вдоль каждого пальца по ладонно-боковому краю до конечной фаланги.



Рис.3 Тыльно-лучевые гнойные затеки у основания соответствующего пальца, которые распространились каналами червеобразных мышц со стороны ладони (при комиссуральных флегмонах).

Поверхностная ладонная артериальная дуга легко повреждается при ранении ладони, ее расположение необходимо учитывать при вскрытии флегмоны ладони, особенно флегмоны срединного ладонного пространства.

Глубокая ладонная артериальная дуга является в основном продолжением лучевой артерии и тыльной веточки локтевой артерии. Располагается глубокая ладонная дуга под сухожилиями глубоких сгибателей пальцев, также в поперечном направлении ладони, но проксимальнее, чем поверхностная, ближе к лучезапястному суставу. Ее повреждения наблюдаются редко, только при сквозных или глубоких ранениях проксимального отдела ладони и всегда сопровождаются ранением сухожилий сгибателей пальцев. От этой дуги к каждому пальцу отходят артериальные веточки, по межкостным промежуткам кисти переходят на тыльную поверхность основания пальцев и, разделяясь на две пальцевые артерии, идут вдоль каждого пальца по тыльно-боковым краям. Таким образом, кровоснабжение каждого пальца осуществляется за счет четырех артерий, проекцию которых надо учитывать, прежде, чем определить направление разрезов для вскрытия различных видов панариция.

7. Большое клиническое значение, определяющее хирургическую тактику при костном панариции, имеет особенность кровоснабжения конечной ногтевой фаланги.

Кость ногтевой фаланги имеет кровоснабжение из двух источников. Вдоль диафиза в кость входят одна или несколько артерий а. mitritia, идущие в проксимальном и дистальном направлениях и разветвляясь, осуществляют кровоснабжение почти всей конечной фаланги, за исключением проксимального эпифиза, который получает кровоснабжение за счет артериальных веточек, входящих в него по всей линии прикрепления суставной сумки дистального сустава (рис. 4). Эта особенность кровоснабжения ногтевой фаланги определяет клинику течения костного панариция - остеомиелита. Костный

панариций, как правило, возникает в результате перехода инфекции из окружающих мягких тканей при неправильно леченном подкожном панариции (percon tinui tatem). В процессе развития остеомиелита внутрикостно расположенные сосуды тромбируются и кость омертвевает, причем только та часть кости, что снабжается кровью из системы а. nutritia. Проксимальный эпифиз остается невредимым. На основании этого, принципиальная хирургическая тактика при костном панариции заключается в том, чтобы, создав рациональными разрезами достаточно хороший отток гноя от кости, в дальнейшем необходимо выждать секвестрации части концевой фаланги и образования четкой демаркационной линии между секвестром и здоровой костной тканью проксимального эпифиза.

8. Наконец, одной из главных и наиболее специфических анатомических особенностей кисти, а точнее, ее ладонной поверхности, является особенность строения ее подкожной клетчатки.

Подкожная клетчатка на ладонной поверхности кисти пронизана фасциальными перепонками, идущими перпендикулярно к коже, от нее внутрь до сухожильных влагалищ на основной и средней фалангах пальцев, к ладонному апоневрозу на ладони и до кости на ногтевых фалангах. Наличие этих фасциальных перегородок приводит к образованию массы ячеек, выполненной рыхлой подкожной клетчаткой. Именно с этой особенностью строения клетчатки ладонной поверхности ногтевой фаланги связано большинство ошибок при оперативном лечении самого распространенного вида панариция - подкожного и развитие целого ряда его осложнений. В связи с ячеистым строением клетчатки «подушечки» пальца представляет большую опасность выжидательная тактика в начальном периоде подкожного панариция.

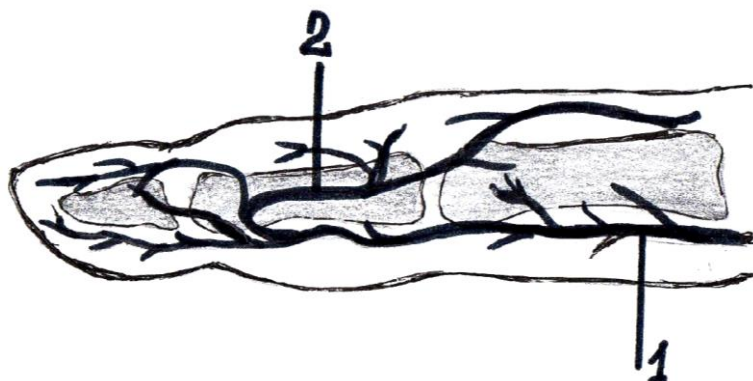


Рис 4

- Рис.4** 1. Собственная артерия пальца.
2. Тыльная артерия пальца.

Очень часто больные, а иногда даже и врач, считают, что гнойник при подкожном панариции еще не «созрел», «гноя еще нет», и «раскрывать еще рано». Операция откладывается, а гнойно-воспалительный процесс, не оправдывая надежд больного и врача, распространяется не в направлении к коже, и гнойник не становится видимым на поверхности, особенно когда кожа ладонной поверхности толстая и грубая, а продвигается внутрь по направлению к кости. Такая выжидательная тактика и является причиной образования костного панариция. Далее основной тактической ошибкой хирурга, связанной с этой же особенностью строения клетчатки, является нецелесообразное направление разреза при подкожном панариции. Эта ошибка заключается в том, что разрез делается параллельно фасциальным перемышкам. Часто при этом выделяется более или менее значительное количество гноя. Однако, при этом не все очаги раскрываются и гнойный процесс продолжает развиваться и распространяется по клетчатке в направлении до надкостницы и кости ногтевой фаланги, что вновь создает опасность возникновения гнойного периостита и остеомиелита – костного панариция.

Принципиально при подкожном панариции разрез делать перпендикулярно фасциальным перемышкам, так, чтобы их пересечь и раскрыть все клетчаточные ячейки, пораженные гнойно-некротическим и воспалительным процессом.

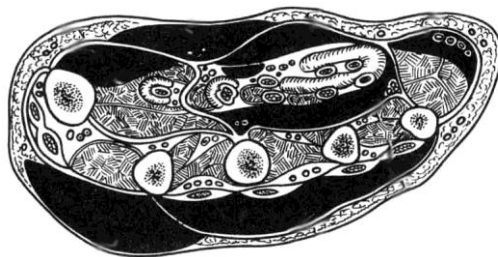


Рис. 5 Схема строения подкожной клетчатки ладонной поверхности пальцев. Клетчатка пронизана фасциальными перемычками.

Перечисленные в этом разделе анатомо-физиологические и функциональные особенности кисти, конечно, не исчерпывают всех деталей этого органа, как органа труда и тем более не исчерпывают подробности сложного топографо-анатомического строения кисти и ее отдельных систем - костей, многочисленных мышц, связочного аппарата и т.д. Для подробного изучения анатомии кисти рекомендуется обратиться к пособиям и атласам по нормальной и топографической анатомии.

Основная задача данного раздела методического руководства - осветить наиболее важные анатомо-физиологические и функциональные особенности кисти, которые прежде всего необходимо учитывать хирургу при диагностике и лечении гнойных заболеваний кисти и пальцев.

РАЗДЕЛ II

Классификация гнойных заболеваний кисти и пальцев

Существует несколько классификаций гнойных заболеваний кисти и пальцев. В основу всех классификаций положен клинко-анатомический принцип, то есть анатомическая локализация основного гнойно-воспалительного процесса. Различие отдельных классификаций связаны не с принципиальным подходом, а с опытом авторов, которые выделяют в отдельную форму панариция гнойно-воспалительный процесс определенной локализации, но с поражением и соседних анатомических образований.

В основу принятой нами клинко-анатомической классификации гнойных заболеваний кисти и пальцев мы взяли классификацию В. И. Стручкова (1991г.), В. К. Гостищева (1996 г.), Б. Н. Доценко (1995 г.), П.Г. Кондратенко (2005 г.), а также выделяем две группы заболеваний области кисти - ладонной и тыльной поверхности.

I. ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАЛЬЦЕВ (ПАНАРИЦИИ)

Самым «безобидным» панарицием является 1) кожный панариций - это гнойный абсцесс под эпидермисом, причиной которого может быть нагноившийся ожог второй степени, потертость, поверхностные ссадины и др. «Безобидность» его заключается в том, что при своевременном иссечении отслоенного гноем эпидермиса обнаженный сохранившийся мальпигиев слой под повязкой покрывается в течение нескольких дней эпидермисом и раневая поверхность быстро заживает без осложнений. Основным и самым распространенным видом панариция является 2) подкожный панариций. Не будет большим преувеличением афоризм, утверждающий, что нет никаких панарициев, кроме подкожного, только полное неумение его лечить порождает целую классификацию различных гнойных заболеваний пальцев.

Третьим очень коварным панарицием является кожно-подкожный. Дело в том, что его очень часто врач принимает за кожный, высекает отслоившегося эпидермис, «выпускает» гной и довольный отпускает больного. Больной же, приходя к врачу на следующий день, заявляет, что он не спал всю ночь из-за пульсирующей боли. Хорошо, если врач поставит правильно диагноз теперь уже подкожного панариция и сделает рациональный раз-рез. А лучше было бы это сделать накануне - после удаления подэпидермального абсцесса провести дополнительно топическую диагностику пуговчатым зондом и сразу раскрыть подкожную часть кожно-подкожного панариция.

Классификация гнойных заболеваний пальцев (панарициев):

- 1) кожный
- 2) подкожный
- 3) кожно-подкожный
- 4) подногтевой
- 5) околоногтевой
- 6) паронихия (воспаление околоногтевого ложа)
- 7) периостальный
- 8) костный
- 9) суставной (гнойный артрит)
- 10) костно-суставной (остеоартрит)
- 11) сухожильный (тендовагинит)
- 12) фурункул и карбункул пальцев
- 13) пандактилит (тотальный панариций) - гнойное воспаление всех тканей пальца
- 14) эризипелоид («свинная краснуха»).

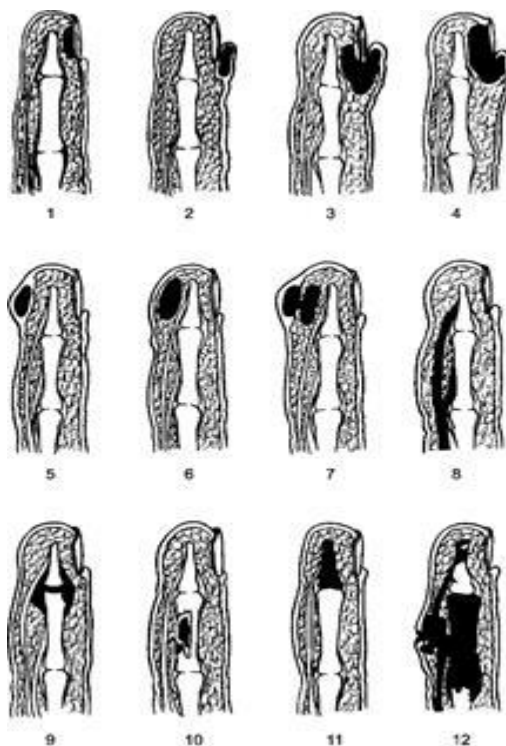


Рис. 6 Виды панарициев:

1 - подногтевой панариций, 2 - паронихия, 3,4 - паронихии с прорывом гноя под ноготь, 5 - кожный панариций, 6 - подкожный панариций, 7 - подкожный панариций в виде "запонки", 8 - сухожильный панариций, 9 - суставной панариций, 10 - костный панариций, 11 - секвестрация конечной фаланги, 12 - пандактилит

II. ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЯСТИ

- 1) мозольный абсцесс
- 2) комиссуральные флегмона
- 3) флегмона фасциального пространства тенара
- 4) флегмона фасциального пространства гипотенара
- 5) флегмона срединного ладонного пространства
- 6) V-образная флегмона (осложненная флегмоной пространства Пирогова-Парона)
- 7) поверхностная эпифасциальная флегмона тыла кисти
- 8) подфасциальная флегмона тыла кисти
- 9) фурункул и карбункул тыла кисти
- 10) ретикулярный и трункулярный лимфангоит тыла кисти
- 11) эризипелоид («свиная краснуха») тыла кисти
- 12) остеомиелит пястных костей
- 13) гнойный артрит и остеоартрит пястно-фаланговых суставов
- 14) гнойный артрит и остеоартрит пястно-запястного сустава.

Приведенная клинико-анатомическая классификация охватывает все формы и локализации гнойно-воспалительных процессов кисти и пальцев. Конечно, при постановке диагноза во многих случаях необходимо еще уточнить локализацию пораженного пальца, его сегмента (фаланги) или сустава, межпальцевых промежутков, пястной кости и т.д.

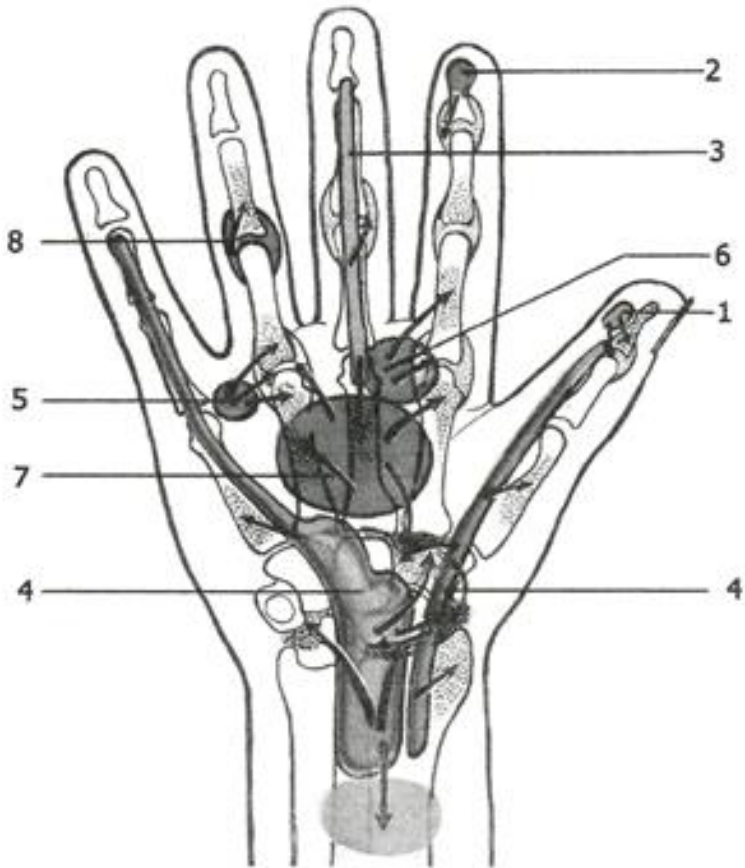
Кроме того, некоторые из перечисленных заболеваний часто являются осложнением подкожного панариция (на пальцах), или мозольного абсцесса на ладони, осложнившегося комиссуральной флегмоной и т.д.

Наконец, следует отметить, что некоторые из указанных локализаций гнойных заболеваний пальцев и особенно кисти редко встречаются изолированно. Например, гнойные тендовагиниты I и V пальцев часто осложняются V-образной флегмоной; одновременно переходит гнойный процесс на пространства тенара и гипотенара, осложняясь флегмоной пространства Пирогова-Парона на передней поверхности предплечья.

Изолированные гнойные воспаления любой названной в классификации локализации могут развиваться в результате непосредственной травмы соответствующего фасциального пространства и внесенной в него при этом инфекции.

РАЗДЕЛ III

**Общие вопросы клиники и диагностики
гнойных заболеваний пальцев
(панарициев) и кисти**



вания
ому в
ей до
устное
вие в
м, так
льные,
ее не
такой
ления

я

1-подкожный панариций; 2-костный панариций; 3-гнойный тендовагинит;
4-гнойный тендобурсит; 5-межпальцевой абсцесс; 6-межпальцевая флегмона;
7-ладонная флегмона; 8-гнойный остеоартрит.

Инфекцией, проникшей при микротравме или после нее, если не оказана первая помощь, чаще всего является стафилококк, который почти в 90% случаев является возбудителем гнойных заболеваний кисти и пальцев.

Как правило, больные обращаются к врачу по поводу боли, которая носит достаточно локализованный, пульсирующий характер в определенной анатомической области кисти, пальцев. Больные жалуются на особо значительную боль при локализации воспалительного процесса на ладонной поверхности кисти или пальцев. Конечно, если больные не занимаются дома «самолечением» (ванны, согревающие компрессы), то они обращаются к врачу вовремя, на 1-2 день после начала заболевания.

При осмотре (проводить осмотр нужно, сравнивая симметричный участок на здоровой кисти) можно обнаружить все пять клинических признаков воспаления - боль, припухлость, покраснение, местное повышение температуры, нарушение функции. Однако все эти общие клинические симптомы воспаления в зависимости от локализации воспалительного очага выражены в разной степени и носят различный характер.

При дальнейшем исследовании проводят топическую диагностику - определяют место, зону, а иногда даже точку наибольшей болезненности при пальпации. Однако нужно помнить правило - «пальцы пальцами не пальпируются».

Прежде всего феномен достоверной флюктуации, что при другой локализации гнойного очага показывает наличие гноя,

при гнойниках на ладонной поверхности пальцев и кисти отсутствует. Из-за особенностей строения подкожной клетчатки ладонной поверхности, пронизанной фасциальными перемычками, образующими отдельные ячейки, флюктуация определяется в нормальных тканях, а при гнойно-воспалительном процессе флюктуация исчезает и определяется, наоборот, выраженная твердость тканей под натянутой кожей. Во-вторых, с помощью своих пальцев хирург не может точно определить наиболее выраженную зону, иногда очень небольшую, в виде почти точки максимальной болезненности, что очень важно для решения вопроса об эпицентре гнойного очага в ранние сроки заболевания.

Примечание. Ошибочной флюктуацией называется толчок, передаваемый по волокнистым тканям, (мышцы) только в одном поперечном к волокнам направлении. Достоверной флюктуацией называется, когда толчок передается при проведении этого приема по двум взаимно-перпендикулярным направлениям и характеризует наличие жидкости (гноя) в тканях.

Поэтому описываемую методику топической диагностики только условно называют пальпацией, а проводят ее с помощью пуговичного зонда.

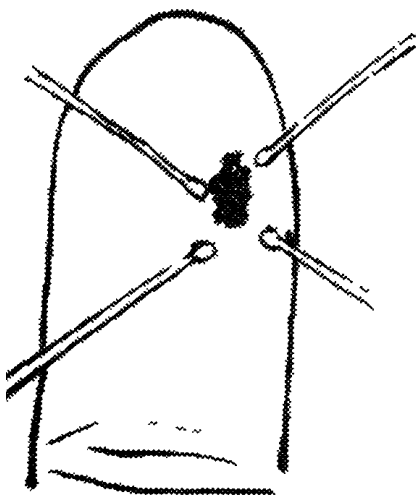
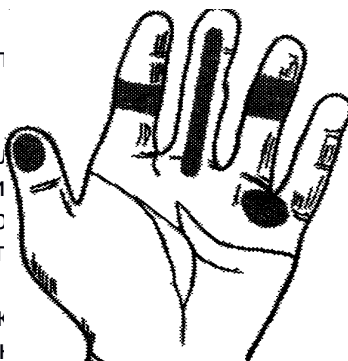


Рис.7 Схема топопической диагностики панариция пуговичным зондом

Методика заключается в нажатии зондом на пальцы в направлении начинают, постепенно, через небольшие расстояния предполагаемому воспалительному очагу, несколько раз вокруг воспалительного очага, со всех сторон (рис. 7).

Таким образом, можно определить зону наибольшей болезненности воспалительного очага.



Методика заключается в нажатии зондом на пальцы в направлении начинают, постепенно, через небольшие расстояния предполагаемому воспалительному очагу, несколько раз вокруг воспалительного очага, со всех сторон (рис. 7).

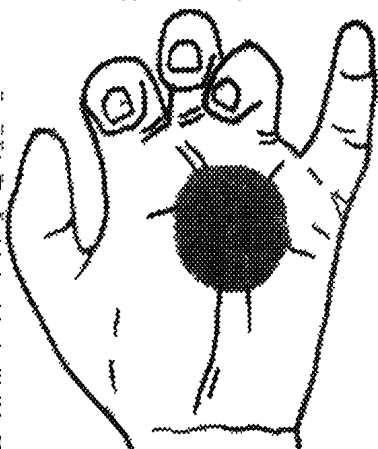
Таким образом, можно определить зону наибольшей болезненности воспалительного очага.

Рис.8

Зоны наибольшей болезненности при подкожном панариции (I палец); при суставном панариции (III палец); при костно-суставном панариции (остеоартрите) - (IV палец); при мозольном абсцессе и

комиссуральной флегмоне ладони.

нар
выг
пом
нес
акт
прс
луч
уча
заб
уто



определить
I пальцев, н
тому что инс
кализацию
ивную фунд
ибание, ра
и пятого
м проверить
иссивные дв
я полученн



ер
ие
ор
ла
да:
ие,
в
ез
ых
ют

Рентге

Рис.9 Зона максимальной болезненности и сгибательная контрактура II-III-IV пальцев при флегмоне срединного пространства ладони

Рис.10 Зона максимальной болезненности и сгибательная контрактура V пальца при гнойном тендовагините V пальца и флегмоне пространства hypothenara

Рентгенологическое исследование (рентгеновские снимки) при костных панарициях и остеомиелитах пястных костей для ранней диагностики имеет небольшое значение. Только через 2-2,5 недели, когда развиваются разрушения кости, на рентгенограммах можно обнаружить исчезновение костной структуры, а затем в последующие дни на сериях снимков можно проследить образование секвестра, что дает возможность правильно решить вопрос о своевременности радикальной операции - секвестрэктомии.

РАЗДЕЛ IV

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЛЬЦЕВ (ПАНАРИЦИИ)

1. КОЖНЫЙ (ПОДЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ) ПАНАРИЦИЙ

- с точки зрения клиники и диагностики не представляет каких-либо особенностей и затруднений.

В анамнезе зачастую оказываются поверхностные ссадины, ожог второй степени ладонной поверхности пальца, потертость с образованием кровянистой или водянистой мозоли, не раскрытая вовремя, что загноилась и больные обращаются с жалобами на умеренные или даже незначительные боли и подэпидермальный абсцесс. При осмотре четко видно наличие гноя под эпидермисом с четкими границами.

После тщательной подготовки операционного поля антисептическим раствором хирург осторожно срезает стерильными ножницами весь отслоившийся эпидермис по самому краю, гной удаляется, ранка осторожными прикосновениями стерильных шариков высушивается, а окружающая здоровая кожа еще раз протирается антисептиком и смазывается бетадином. Накладывается повязка с антисептической мазью на гидрофильной основе. Если никаких осложнений не развивается, то больной не чувствует никакой боли, и наложенная после операции повязка является первой и последней. Ее можно снять через 1 день и до 3-5 суток раневая

поверхность мальпигиевого слоя уже покрывается здоровым эпидермисом.

2. ПОДКОЖНЫЙ ПАНАРИЦИЙ

Чаще всего больные обращаются к врачу вовремя из-за того, что заболевание начинается с болевого симптома, причем боль носит пульсирующий характер и быстро прогрессирует. Только в редких случаях больные с подкожным панарицием пытаются домашними средствами лечиться сами и тогда обращаются с опозданием на 1-2 дня. Итак, все осложнения подкожного панарициа связаны с недостаточно точной топической диагностикой и неправильным или недостаточным разрезом, то есть с неправильной хирургической тактикой.

Жалобы и анамнез. Больной жалуется на боль, а иногда вспоминает, что за несколько дней до заболевания была небольшая травма.

Осмотр: видно на глаз припухлость ногтевой фаланги, где чаще всего локализуется подкожный панариций, или иной фаланги. Кожный рисунок ладонной поверхности сглажен, иногда кожа даже блестит от натяжения.

В начальном периоде, когда процесс локализован по какому-либо краю пальца, заметна асимметрия поверхности. В области воспалительного очага определяется болезненная твердость тканей и отсутствует феномен флюктуации, что, как указывалось ранее, присуще для ладонной поверхности ногтевой фаланги в норме.

Активная функция в подлежащем суставе сохранена, но несколько ограничена; пассивная также сохранена, но умеренно.

Затем проводится топическая диагностика с помощью пуговичного зонда и выявляется наиболее болезненная зона на ладонной поверхности. Чем раньше обратился больной, тем эта зона меньше и может быть даже почти точкой - это эпицентр гнойно-воспалительного процесса. Методом светодиагностики можно уточнить локализацию этого очага.

Раннее обращение больного, четко проведенная топическая диагностика позволяют точно поставить диагноз даже когда начинается подкожный панариций и начать раннее лечение. Основным методом лечения подкожного панарициа является операция, которая должна быть проведена «после первой бессонной ночи».

Только в редких случаях, когда больной обратился в первый день заболевания и не было еще «первой бессонной ночи», можно в течение одного дня провести краткий курс «консервативной терапии», которая заключается в следующем:

а) проводят один сеанс УВЧ;

б) у основания пальца новокаин-линкомициновая блокада - точки по боковым краям тыла пальца;

в) на воспалительный очаг накладывается повязка с антисептической мазью;

г) иммобилизирующая повязка в виде ладонной гипсовой лонгеты для одного пальца в функционально-выгодном, то есть в полусогнутом положении от пучки пальца до средней трети предплечья или иммобилизацию можно осуществить, вложив в ладонь ватно-марлевый валик в форме шара диаметром около 5-6 см, к которому прибинтовываются пальцы также в полусогнутом положении;

д) кисть подвешивается на косынку.

Эффективность этого консервативного метода лечения должна быть решена на следующий день. Если лечение проведено действительно в первый день заболевания и точно по указанной схеме, то в большинстве случаев уже на следующий день больной приходит к врачу с радостным сообщением, что он совершенно здоров и при снятии повязки никаких симптомов воспаления не обнаруживается. Лечение на этом заканчивается.

Ранняя операция при подкожном панариции должна проводиться не позднее чем после «первой бессонной ночи». Нельзя ожидать «созревания» гноя для того, чтобы удивить больного большим количеством гноя, выделенным при операции. Некоторые молодые хирурги получают удовольствие только тогда, когда при разрезе получают значительное количество гноя. При своевременной операции по поводу подкожного панариция нужно получить одну каплю гноя или гнойно-некротической массы. Именно это показывает своевременность операции. Только внимательный и знающий хирург, проведя тщательную топическую диагностику, точно определит локализацию этого небольшого гнойного очага и сравнительно небольшим рациональным разрезом подойдет к очагу, удалит его и дренирует рану.

Операция по поводу подкожного панариция должна делаться с соблюдением всех правил асептики, организации операционной обстановки, хорошим обезболиванием.

1. Больной должен быть уложен на операционный стол, больная рука отведена и положена на приставной столик.

2. Операционное поле должно быть подготовлено широко, антисептиками обрабатывают не только весь палец, подлежащий операции, но и дистальную часть ладони и тыла кисти. Ограничивается операционное поле стерильным полотенцем лучше квадратной тканевой салфеткой 50x50 см, с отверстием посередине, через которое и надевается на палец.

3. Обезболивание для любой операции на одном пальце, в том числе и по поводу подкожного панариция, по методу Лукашевича. Регионарная анестезия 1% - 2,0 новокаином проводится у основания основной фаланги пальца двумя уколами по тыльно-боковой поверхности.

При методически правильно проведенной анестезии болезненным должен быть только один укол. С первого укола вводится по 2-3 мл новокаина в трех направлениях - к кости, к ладонной поверхности пальца и по тыльной стороне под кожей в направлении к точке второго укола - это и обеспечивает его безболезненность. С другой укола вводится по 2-3 мл новокаина в двух направлениях - к кости и к ладонной поверхности основания пальца. Таким образом, раствор новокаина омывает и блокирует все четыре нерва пальца.

4. Обескровливание - на уровне только что проведенной анестезии у основания пальца накладывается тонкий резиновый жгут. В крайнем случае для этой цели можно использовать жгут, скрученный из марлевой полоски, который просто завязывается узлом. Обезболивание наступает через 3-5 минут.

При ранней операции, когда процесс локализуется ближе к одной из сторон «подушечки» пальца, что определяется методом топической диагностики, разрез делается небольшой, с соответствующей стороны, то есть выбирается наиболее короткий путь к очагу, и обязательно параллельно ладонной поверхности пальца по боковой поверхности ногтевой фаланги. Это делается для того, чтобы пересечь все фасциальные перепонки и раскрыть все соседние с очагом воспаления клетчаточные ячейки. Если гнойный очаг располагается ближе к дистальному краю ногтевой фаланги, то разрез дугообразно загибается к пучке с соответствующей стороны (разрез типа «клюшки» - рис. 11).



Рис. 11

Разрезы при
подкожном панариции.
Линейно-боковые разрезы
в области средней и
основной фаланги,
клюшкоподобные
разрезы на ногтевых
фалангах

Мы считаем очень целесообразной предложение Л. Г. Фишмана кожу рассекать не просто продольным разрезом, а эллипсовидным разрезом высекать кожную полосу шириной в 1,5-2 мм. Кроме кожи мы рекомендуем высечь и часть клетчатки в направлении воспалительного очага в виде сужающегося конуса. Эта деталь имеет значение в процессе заживления, который будет идти постепенно из глубины, путем выполнения раны грануляционной тканью. При обнаружении подкожного гнойно-некротического очага проводится тщательное выскабливание ложечкой Фолькмана. Рана промывается перекисью водорода, раствором антисептика. В глубину раны вводится тонкая резиновая полоска (от перчатки) и накладывается мазевая повязка. Обязательна иммобилизация этого пальца (ладонная гипсовая лонгета, ватно-марлевый валик) в функционально выгодном положении. Если операция сделана вовремя и правильно и больные не предъявляют в ближайшие дни никаких жалоб, то, как правило, делаем перевязки каждый день после операции. Рана постепенно выполняется грануляциями, которые «выталкивают» на поверхность раны резиновую полоску. По краям гранулирующей раны, к этому времени уже видна узкая полоса эпителизации. При первой перевязке повязка засохшая и часто прилипает к ране, повязка не снимается, и все, что можно, срезается ножницами. Палец, а лучше вся кисть опускается в теплую ванну 41-42° С на 10 минут с добавлением в воду марганцовокислого

калия до розовой окраски. Еще лучше делать ванночку в 1-2% растворе бикарбоната натрия, потому что сода хорошо растворяет раневые выделения и повязка легко и безболезненно отделяется от раны. После ванночки рана и кожа тщательно высушиваются. Окружающая кожа смазывается бетадином или спиртом, накладывается мазевая или сухая асептическая повязка, которая меняется через 2-3 дня до полного заживления, обычно, наступающего не позднее 10-12 дня. Причем все последующие перевязки нужно делать с применением такой же ванночки до тех пор, пока имеется отделяемое из раны повязка к ней «прилипает».

Некоторые авторы после удаления гнойно-некротического очага при панариции пропагандируют наложения первичного «глухого» шва под «защитой» антибиотиков (В. М. Фурманчук - 1973; М. И. Лыткин, И. Д. Косачев - 1975 и другие). Этот метод, конечно, ускоряет заживление операционной раны, сокращает сроки нетрудоспособности. Однако он рискованный и применять первичный шов после операции может только опытный хирург, уверенный в полноценности проведенной операции. На следующий день такой больной должен быть обязательно осмотрен, а если он жалуется на боли имеется отек в области операционного шва, последние должны быть распущены и рана заживает вторичным натяжением.

Показателем недостаточности разреза при подкожном панариции прежде всего являются продолжающиеся боли после операции или возникшие снова через 1-2 дня после нее.

При перевязке обнаруживаются гнойные выделения, гнойно-некротическая «пробка».

Если вокруг раны имеются признаки воспаления - краснота, отек, болезненность - необходимо расширить разрез, сделав предварительно обезболивание у основания пальца. В тех случаях, когда больные на боли в послеоперационном периоде не жалуются, а при первой перевязке имеется наличие гнойных выделений из раны при отсутствии воспалительной реакции в окружающих тканях, это означает, что во время операции не полностью были удалены гнойно-некротические очаги острой ложечкой, хотя был сделан достаточно рациональный разрез.

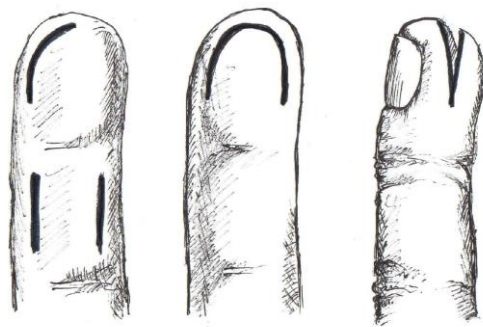
При указанных осложнениях неполноценной проведенной операции по поводу подкожного панариция дальнейшее ведение больного должно быть следующим. Ежедневные перевязки и содовые ванночки. Повязки необходимо накладывать с мазями

на гидрофильной основе до тех пор, пока ранка не очистит от гнойно-некротического налета. Затем можно перейти на жидкие антисептики для перевязки.

В тех случаях, когда больной обращается к хирургу поздно, с запущенным подкожным панарицием и гнойно-некротический процесс поражает большую зону подкожной клетчатки ладонной поверхности ногтевой фаланги, приходится делать более глубокие разрезы.

В 1923 году Klapp и Beck предложили подковообразный разрез. Этот разрез анатомически обоснован, так как пересекает все связующе-тканевые волокна и, таким образом, раскрываются все ячейки клетчатки ладонной поверхности ногтевой фаланги (рис. 12). Однако этот разрез подвергли справедливой критике. Рубец после него остается грубый, в виде «рта акулы», что ведет не только к нарушению чувствительности, но очень мешает в работе при многих профессиях - музыкантам, ткачам, портным. Нити попадают в щель рубца, травмируют его. Приходится в дальнейшем делать пластические операции. Чтобы избежать этого недостатка, Kanavel в 1935, Г. П. Зайцев предложили два параллельных разреза на ладонной поверхности (рис. 13). Однако их лучше делать по боковым поверхностям ногтевой фаланги проколом скальпеля насквозь от одной стороны к другой, проводя скальпель перед костью. Таким образом, пересекаются

пораженные
ячейки. Затем
ткани и с обе
полосками и
раствором хл
обязательно в



искриваются
тетчаточные
кротические
иновыми
ическим
лизация

Рис 12 Разрез Клаппа при запущенных подкожных панарициях

Конечно, два параллельных разреза по Канавелю дают лучшие отдаленные результаты, чем подковообразный разрез по Клаппу. Однако, эти разрезы выполняют только при запущенных подкожных панарициях, если гнойно-некротический процесс захватывает не только всю центральную часть «подушечки» пальца, но и распространяется дистальнее, где после сквозного разреза скальпелем необходимо продолжить разрез в дистальном направлении.

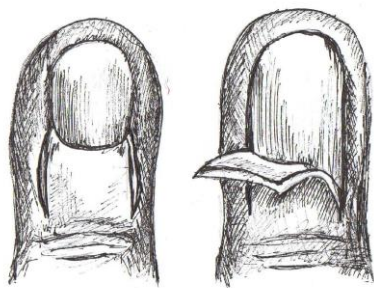


Рис.13 Разрез Канавела

Если в этом случае остается на конце перешеек кожи менее одного сантиметра, то наступает в ближайшее время его некроз с образованием ладонного участка, как при подковообразном разрезе («рот акулы»). Поэтому необходимо стремиться к раннему раскрытию подкожного панариция, пока он ограничивается небольшим участком гнойно-некротического очага и можно обойтись небольшим разрезом.

3. КОЖНО-ПОДКОЖНЫЙ ПАНАРИЦИЙ

Как уже отмечалось, этот вид панариция является «опасным». Коварство его заключается в том, что его принимают часто только за подкожный панариций. Срезав отслоившийся эпидермис и удалив из-под него гной, накладывают повязку и отпускают больного, у которого продолжает развиваться подкожный гнойник, причиняя больному затихающие боли. Чтобы избежать этой ошибки, необходимо во всех случаях кожного панариция после иссечения эпидермиса и удаления гноя провести топическую диагностику с помощью пуговичного зонда, а также методом светодиагностики. При обнаружении наличия и локализации подкожного панариция делают обезболивание и типовую операцию, описанную ранее.

4. ПОДНОГТЕВОЙ ПАНАРИЦИЙ

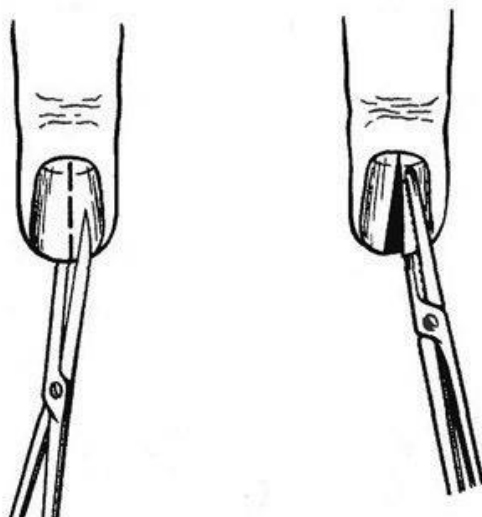
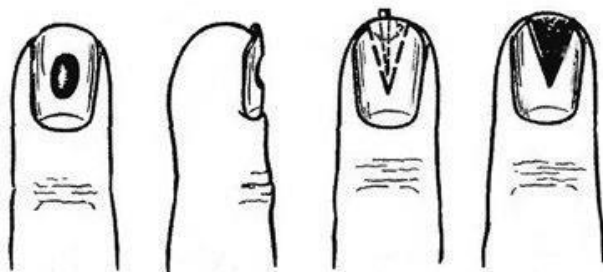


Рис. 14 Разрезы для удаления ногтя при подногтевом панариции и паронихии

Подногтевой гнойник чаще всего является следствием ушиба ногтевой фаланги и нагнаивающейся подногтевой гематомы. Такая гематома образуется при случайном ударе по ногтевой фаланге молотком, прищемлением дверью, дверью автомобиля и т.п.

Нужно подчеркнуть, что подногтевая гематома очень болезненная и большинство больных пытаются немедленно обратиться к врачу. Только некоторые «очень терпеливые» больные могут дождаться нагноения гематомы.

При обращении больного с подногтевой гематомой в первые часы, а иногда и в первые минуты после травмы, необходимо принять очень простые меры, в ногте над центром гематомы сделать сквозное отверстие. Через это отверстие брызнет фонтанчиком кровь и больной сразу же отметит исчезновение боли. На палец накладывается асептическая повязка на 2-3 дня. На этом лечение подногтевой гематомы заканчивается и предупреждается развитие подногтевого панариция.

Если больной пришел уже с подногтевым панарицием, то необходимо сделать операцию - удаление ногтя. Удаляется вся дистальная часть ногтя, начиная от центральной границы подногтевого абсцесса. Проводим обезболивание по Лукашевичу-Оберсту у основания пальца 1-2% раствором новокаина, после накладывания резинового или марлевого жгута.

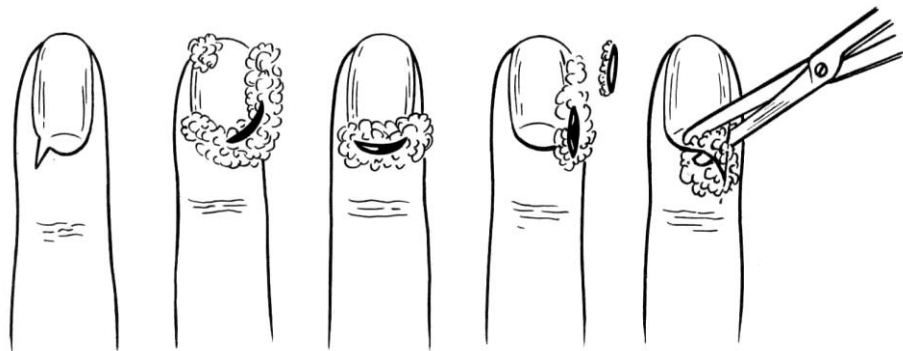
Проводятся два параллельных разреза сбоку по краю к верхней границе подногтевого абсцесса. Если подногтевой абсцесс заходит выше края ложа, то оба разреза продолжают вверх и пересекают край ложа. Затем острыми прямыми ножницами рассекается вдоль по центру пластинки, также до верхнего края абсцесса (рис. 14).

Этими же ножницами делается два перпендикулярных разреза у верхнего края абсцесса в одну и другую сторону. Если

верхний край абсцесса распространяется под ложе, то предварительно надо край ложа отделить от ногтя до уровня верхнего края абсцесса. Затем каждая половина пластинки увлекается продольно любым торзионным зажимом (лучше зажимом Кохера) и поворотом по направлению продольной оси пальца каждая половина пластинки удаляется. Обнаженная раневая поверхность ложа освобождается от гноя сухим марлевым шариком, промывается перекисью водорода. Если остается на поверхности гнойно-некротический налет, то можно наложить повязку с антисептическим раствором, но тогда необходимо на следующий день делать перевязку (с содовой ванночкой). Однако лучше наложить повязку с мазью "левомеколь".

В тех случаях, когда абсцесс распространяется выше края валика и его приходится отслаивать, при наложении повязки необходимо поднять этот край и под него подвести край мазевой или гипертонической повязки. После операции желательна иммобилизация пальца в функционально-выгодном полусогнутом положении.

При правильно сделанной операции и благоприятном течении мазевая повязка меняется только на 5-6 день; после содовой ванночки. Повязки с растворами делают после того, как ложе покроется нежным эпителием, после чего рекомендуется ношение асептической защитной повязки. При своевременной операции ноготь вырастает не деформированный, через 1,5-2



месяца. **Рис. 15** Операции при паронихии

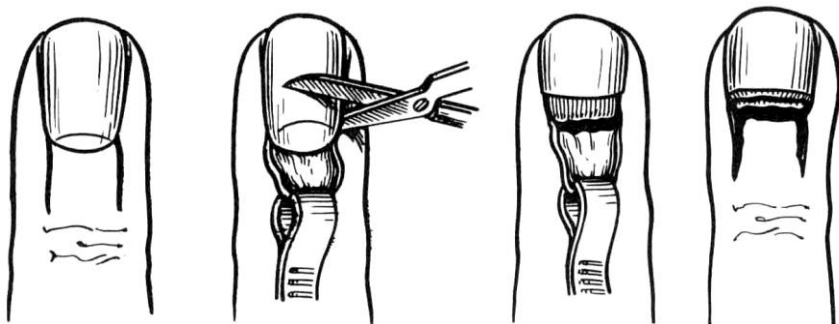


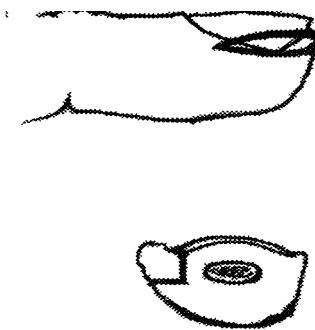
Рис. 16 Операции при ногтевом панариции

5. ОКОЛОНОГТЕВОЙ ПАНАРИЦИЙ

Причиной его чаще всего бывает инфицированная микротравма при чрезмерном срезании края ногтя. Гнойно-некротические очаги располагается частично в подкожной клетчатке одного из краев ногтевого валика, частично под краем ногтевой пластинки. Пораженный край околоногтевого валика набухший, как бы приподнят над краем ногтя. Топическая диагностика с помощью пуговичного зонда помогает точно установить локализацию гнойно-некротического очага и диагноз околоногтевого панариция.

Операция проводится таким способом. Под обезболиванием у основания пальца делается скальпелем дугообразный продольный разрез по ладонной границе гнойно-некротического очага, выпуклостью обращенный в ладонную сторону. Этот разрез надо сделать на 1-2 мм длиннее, чем сам гнойник. Из разреза начинает вытекать гной. Затем острыми прямыми ножницами отсекается краевой участок ногтя по границе подногтевой части гнойного очага (рис. 17). Образуется широкая зияющая ранка, сужающаяся в глубину. Острой ложечкой вискабливаются все гнойно-некротические ткани. Рана промывается перекисью водорода и накладывается мазевая повязка. Кончик марлевого шарика с мазью погружается в глубину раны. На следующий день рана промывается, делается перевязка. Дальнейшее лечение, как при подкожном панариции.

Рис.17
Клиновидный
разрез при
околоногтевом
панариции



6. ПАРОНИХИЯ - ВОСПАЛЕНИЕ ОКОЛОНОГТЕВОГО ЛОЖА

Инфекция проникает чаще всего во время маникюра, при появлении заусенец. Конечно, прежде всего это стафилококковая инфекция, но иногда присоединяется грибковая инфекция и тогда паронихия принимает длительное течение и, кроме оперативного лечения, необходимо проводить специфическое противогрибковое лечение.

Клиническая картина паронихии очень характерна. При воспалении начавшегося околоногтевого ложа боли не слишком резко выражены. К врачу больной обращается уже с выраженными признаками воспаления по ходу всего околоногтевого валика. Выразительная краснота и припухлость «полувеночком» окружают проксимальный и боковые стороны ногтевой пластинки. В области этого валика определяется максимальная болезненность при исследовании пуговичным зондом. Чаще всего больные обращаются через несколько дней после начала заболевания, когда гнойный процесс распространяется из-под околоногтевого валика под ногтевую пластинку и поражает матрикс. В этот период боли усиливаются, что и заставляет больного обращаться к врачу. Помимо ранее описанных симптомов воспаления и ограниченной болезненности по ходу околоногтевого валика, появляется еще один характерный симптом – болезненность под ногтевым валиком при надавливании на дистальную часть ногтевой пластинки.

При установлении диагноза паронихии необходима немедленная операция - удаление ногтя в начальном периоде, удаление только его проксимальной (центральной) части. Только при своевременной и четко проведенной операции в дальнейшем вырастает не деформированный ноготь.

Операция выполняется под полноценным обезболиванием по Лукашевичу у основания пальца. Проводятся скальпелем два параллельных разреза по краю ногтевой пластинки и вверх до уровня центрального конца ногтя, покрытого околоногтевой складкой (граница средней и центральной трети ногтевой фаланги). Затем острыми прямыми ножницами удаляется гнойно-некротический очаг всего околоногтевого валика. После этого распатором или скальпелем отслаивают от проксимальной части ногтевой пластинки остатки околоногтевой складки, пока полностью не обнажится проксимальный край ногтя. В тех случаях, когда гнойный очаг незначительно проник в проксимальный край ногтевой пластинки и незначительно

поражает матрикс, можно ограничиться удалением только проксимальной (центральной) половины ногтя. Ногтевая пластинка пересекается в средней части в поперечном направлении и в проксимальной половине легко удаляется торсионным зажимом. Оставление дистальной половины пластинки имеет некоторые преимущества в сравнительно позднем послеоперационном периоде, когда повязка снимается и больной может приступить к работе без защитной повязки, так как оставшаяся дистальная часть ногтя без раневой поверхности, а сама пластинка выполняет некоторую опорную функцию пальца.

Если гнойный процесс распространился под ногтем в дистальном направлении на одну треть и более, следует обязательно удалить весь ноготь. Вместо поперечного рассечения пластинка рассекается по центру вдоль острыми ножницами на всем протяжении, в каждой половине удаляется поочередно торсионными зажимами поворотом к центральной оси пальца.

В конце операции раневая поверхность острой ложечкой освобождается от гнойно-некротических тканей (надо беречь матрикс - центральную часть ногтевого ложа). Рана промывается перекисью водорода и накладывается мазевая повязка, причем обязательно в складку необходимо подвести край марлевого шарика с мазью.

Первая перевязка с содовой ванночкой делается на 3-5 день, если операция сделана правильно и нет показаний для более ранней перевязки. В дальнейшем редкие смены мазевой повязки через 2-3 дня до заживления, что обычно наступает через 8-10 дней.

7. ПЕРИОСТАЛЬНЫЙ ПАНАРИЦИЙ

Изолированный периостит ногтевой фаланги сравнительно редкое заболевание.

Чаще он развивается как осложнение подкожного панариция, когда гнойный процесс по межфасциальным ячейкам переходит из подкожной клетчатки на надкостницу. В дальнейшем гнойный периостит может стать причиной костного панариция.

Изолированный периостит может развиваться из подпериостальной гематомы в результате ушиба - удар молотком, ограничения соответствующей фаланги пальца.

Симптоматика и диагностика panaritium periostale не отличается от обычного подкожного панариция.

При топической диагностике очаг гнойно-некротического процесса определяется более глубоко. При рентгенологическом исследовании на снимке можно найти некоторое утолщение и отслоение надкостницы.

Окончательный диагноз периостального панариция должен быть поставлен при операции, которая должна делаться в ранние сроки, то есть после «первой бессонной ночи», как и при подкожном панариции. При запаздывании с операцией гнойный процесс с надкостницы может перейти на кость и вызвать остеомиелит фаланги пальца.

Операция под анестезией у основания пальца делается разрезом по боковой поверхности с иссечением узкой (2-3 мм) полоски кожи на всю глубину до гнойника и затем гнойно-некротические ткани тщательно выскабливаются острой ложечкой. При этом определяется разрушение надкостницы, а гнойно-некротические ткани примыкают к обнаженной кости. Рана дренируется узкой резиновой полоской и мазевой турундой. После операции обязательна гипсовая лонгета, иммобилизирующая палец в функционально-выгодном положении. Дальнейшее ведение такое же, как после операции по поводу подкожного панариция.

8. КОСТНЫЙ ПАНАРИЦИЙ

Как правило, причиной костного панариция является несвоевременно или неправильно леченный подкожный панариций. Такой механизм развития костного панариция, по литературным данным, наблюдается в 95% случаев всех костных панарициев. Только в 5% из них наблюдается первичный костный панариций, развивающийся иногда в результате непосредственной травмы ногтевой фаланги, особенно после открытого перелома. Очень редко наблюдается гематогенный остеомиелит как ногтевых, так и других фаланг.

Клиническое течение костного панариция медленное и длительное. Воспалительный процесс, переходя из мягких тканей на кость, распространяется по сосудам и клетчатым периваскулярным пространствам гаверсовых каналов. Этот воспалительный процесс, постепенно распространяясь, ведет к тромбозу мелких сосудов кости, выключению кровотока и

нарушению питания костной ткани, выражающееся в некрозе соответствующего участка фаланги и образовании секвестра.

В зависимости от распространенности поражения сосудов гаверсовых каналов различается три типа секвестрации ногтевой фаланги - краевой, субтотальный и тотальный секвестр.

Характер и распространенность гнойно-некротического процесса при костном панариции связаны с особенностями кровоснабжения ногтевой фаланги.

Анатомически кровоснабжение ногтевой фаланги осуществляется минимум из трех источников. Ногтевая фаланга состоит из трех частей. Сплюснутая головка имеет шероховатости с ладонной поверхности, откуда в кость проникает несколько мелких и коротких сосудов. Изолированный воспалительный процесс, захватывающий только эту группу мелких и коротких сосудов, ведет к образованию краевого и сравнительно поверхностного секвестра. Короткий диафиз имеет трубчатое строение и кровоснабжение диафиза осуществляется из одной или нескольких а. nutritia, проникающих в диафизы через соответствующие каналы в средней части диафиза и разветвляются по гаверсовым каналам в дистальном и проксимальном направлении эпифиза, где заканчиваются.

Третья часть ногтевой фаланги - проксимальный эпифиз, имеет так же, как и головка, губчатое строение и кровоснабжение его осуществляется за счет мелких артерий, которые проникают в кость по линии прикрепления суставной сумки.

Перечисленные особенности кровоснабжения ногтевой фаланги не только определяют тип секвестрации, характер, длину и локализацию секвестра, а также хирургическую тактику.

Подозрение на развитие костного панариция основывается на следующих фактах: 1) запоздалое обращение больного с подкожным панарицием, когда больной «перетерпел» пульсирующие боли в течении нескольких ночей и до момента обращения жалуется на меньшие произвольные боли, но значительно усиливающиеся при малейшей попытке движения и при изменении положения.

При осмотре определяется значительное утолщение ногтевой фаланги, а при методах топической диагностики определяется значительная по длине болезненная зона. При таком запущенном подкожном панариции обоснованы подозрения костного. Обязательно делается рентгенологическое

исследование пальца в двух проекциях (УЗД, МРТ пальца). Подтверждается также костный панариций во время операции. Операция проводится под проводниковой анестезией у основания пальца по Лукашевичу-Оберсту. Разрез делается достаточно широкий. В тех случаях, когда при топической диагностике распространенность процесса ограничивается каким-либо краем ногтевой фаланги, можно сделать разрез в форме «клюшки» с продольным иссечением кожной полоски шириной 2-3 мм. Острой ложкой вискабливаются все гнойно-некротические ткани. Подтверждением костного панариция является выявление обнаженной, лишенной надкостницы кости. Обнаженная кость на всем протяжении должна быть обработана острой ложкой.

Рана над обнаженной костью при уверенности в удалении всех гнойно-некротических тканей может быть выполнена марлевым шариком с мазью левосин. При наложении повязки пальцу придается функционально выгодное положение и накладывается ладонная гипсовая лонгета для одного пальца.

Первая перевязка начинается со снятия верхних слоев повязки и ванны в 1-2% растворе соды, температура 40-41 ° С. Если при первой операции разрезы сделаны достаточно широкие, то к пятому дню во время перевязки открывается широко зияющая рана с признаками грануляций, без прогрессирования воспалительных явлений на коже вокруг раны. Отек ногтевой фаланги до этого времени либо вовсе отсутствует, либо заметно уменьшается, что видно по морщинистости кожи.

Для предупреждения прогрессирования остеомиелитического процесса с этого же дня эффективно назначить противовоспалительную короткофокусную рентгенотерапию по 50-75-100 Re ежедневно - 5-7 сеансов. Вместо рентгенотерапии также с целью предотвращения дальнейшего развития воспалительного процесса в кости фаланги хорошо назначить ионофорез 3-4% раствора сульфата цинка - ежедневно до 8-10 сеансов. В большинстве случаев одной из этих процедур удается предотвратить распространение воспалительного процесса в кости, образование некроза и секвестрации. Во многих случаях удается ограничить участок секвестрации.

Только через 2-3 недели после первой операции путем рентгенографии можно решить вопрос о наличии, характере и объеме формирующегося секвестра.

По распространенности некротического процесса различают три типа секвестрации ногтевой фаланги: 1) краевой секвестр, 2) субтотальный и 3) тотальный секвестр.

Краевой секвестр образуется в начальных стадиях костного панариция ногтевой фаланги, когда операция сделана вовремя и в послеоперационном периоде проводится интенсивная противовоспалительная терапия одним из вышеуказанных способов.

Субтотальный секвестр образуется при распространении тромбоза по внутрикостным сосудам системы *aa nutritiae*, проникающих в кость на протяжении диафиза ногтевой фаланги. Участок проксимального эпифиза имеет изолированное кровоснабжение за счет мелких сосудов, проникающих в эпифиз по линии прикрепления суставной сумки и связочного аппарата ногтевого сустава. Если на эти сосуды не распространяется воспалительный процесс и тромбоз, то весь проксимальный эпифиз остается сохраненным.

Тотальная секвестрация всей ногтевой фаланги, как правило, является следствием перехода гнойного процесса на ногтевой сустав и образованием гнойного остеоартрита, что может происходить при неправильном лечении и несвоевременном или неполноценном оперативном вмешательстве при подкожном или костном панариции.

При тотальном секвестре показано удаление всей ногтевой фаланги и артротомия двумя продольными боковыми разрезами. Во многих случаях костного панариция с полным секвестром, особенно с большими гнойно-некротическими изменениями в мягких тканях ногтевой фаланги, дело заканчивается экзартикуляцией и даже ампутацией с частичным удалением головки средней фаланги.

9. СУСТАВНОЙ ПАНАРИЦИЙ (ГНОЙНЫЙ АРТРИТ)

Изолированный гнойный артрит каждого из суставов пальцев встречается очень редко и причиной его может быть проникающее ранение сустава, например, иглой, гвоздем и т.д. или ушиб сустава с гемартрозом и последующей аутоинфекцией.

Решающее значение в профилактике суставного панариция играет раннее выявление травмы и своевременное обращение к

хирургу, который должен провести следующие мероприятия в первые 6-24 часов после травмы:

- 1) пункция соответствующего сустава проколом с боковой поверхности;
- 2) удаление крови при наличии гемартроза;
- 3) введение в сустав и периартикулярно антибиотика (линкомицин);
- 4) повязка и ладонная гипсовая лонгета для одного пальца в функционально-выгодном (полусогнутом) положении.

При начинающемся нагноении при гнойном артрите можно провести такие же мероприятия. При развитом гнойном артрите необходима артротомия двумя или даже четырьмя разрезами по боковым поверхностям сустава и дренирование двумя резиновыми полосками. Закончить операцию артротомию необходимо введением антибиотика вокруг сустава и в сустав. Обязательно должна быть осуществлена иммобилизация пальца гипсовой ладонной лонгетой.

10. КОСТНО-СУСТАВНОЙ ПАНАРИЦИЙ

При тяжелых запущенных гнойных артритах пальцев с поражением суставных поверхностей фаланг, то есть при остеоартрите, приходится делать резекцию сустава с последующей иммобилизацией в функционально-выгодном положении. После затихания острых явлений - прекращении боли, уменьшении отека, можно приступить к ранней (на 4-5 день) подводной активной гимнастике, что способствует образованию неоартроза и сгибательная функция пальца в резецированном суставе страдает мало.

При очень запущенных суставных панарициях приходится делать экзартикуляцию или ампутацию пальца с последующей иммобилизацией.

11. СУХОЖИЛЬНЫЙ ПАНАРИЦИЙ - ГНОЙНЫЙ ТЕНДОВАГИНИТ

Сухожильный панариций, или тендовагинит, один из самых тяжелых видов гнойных заболеваний кисти и пальцев. Этиология и патогенез сухожильного панариция разные. Инфекция может проникнуть непосредственно в сухожильное влагалище при открытых травмах - колотые, резаные, ушибленные, укушенные раны. Кроме того, инфекция на сухожильное влагалище может

перейти из мягких тканей ладонной поверхности пальца при подкожном панариции средней и основной фаланги. Подкожный панариций ногтевой фаланги также может осложниться гнойным воспалением влагалища соответствующего сухожилия, куда инфекция проникает лимфогенным или реже гематогенным путем.

Гнойный тендовагинит, как правило, начинается с серозного воспаления, однако даже сначала процесс протекает с ясно выраженной и характерной клинической картиной, распространяясь, как правило, на все сухожильное влагалище пораженного пальца и очень редко ограничивается в пределах одной фаланги. Отек, характерный для серозного воспаления, ведет к сдавливанию сосудов и рано нарушается питание сухожилий, которое полностью прекращается с появлением гнойного экссудата, ведет к некрозу сухожилий. Поэтому диагностика и лечение должны быть своевременными.

Первым и ранним признаком сухожильного панариция является значительная боль по всему пальцу, которая заставляет больного обратиться к врачу.

К характерным местным симптомам относятся: 1) равномерное утолщение пораженного пальца; 2) его полусогнутое во всех суставах положение; 3) полное отсутствие активных движений; 4) болезненные пассивные движения; 5) совсем невозможна попытка пассивного сгибания; 6) при исследовании даже попытка пассивного сгибания вызывает сильную боль у хирурга; 7) при исследовании болезненность над сухожилием; 8) болезненность над сухожилием ладонной поверхности пальца; 9) болезненность над сухожилием II-III или IV пальца; 10) болезненность при надавливании пуговки; 11) болезненность в области «слепого мешка», т.е. в области соответствующего пальца; 12) болезненность в области пястной кости.



Рис.18

Разрезы при гнойном тендовагините (сухожильном панариции)

V пальца

При гнойном тендовагините проявляется общая реакция организма на местный гнойный очаг - гнойно-резорбтивная лихорадка, озноб, общая слабость, головная боль, температура может повышаться до 37° и даже до 40° С.

Клинические признаки и течение гнойных тендовагинитов I и V пальцев из-за особенностей анатомического строения и расположения их влагалищ отличаются от тендовагинита II-IV пальцев.

Первая особенность заключается в том, что сухожильные влагалища I и V пальцев, начиная от уровня дистального межфалангового сустава, переходят на ладонь и располагаются под мышцами *tenara* (I пальца) и *hypotenara* (V пальца), а заканчиваются почти в дистальной складке лучезапястного сустава.

Во-вторых, эти влагалища в своем проксимальном отделе интимно сталкиваются с соответствующими фасциальными пространствами *tenara* и *hypotenara*, отделяясь от них тонкими фасциальными пластинками.

Рис. 19 Разр при сухожильнх панарициях (тендовагинита II-III-IV пальце



В-третьих, «слепые» проксимальные концы этих сухожильных влагалищ очень близко подходят к дистальному отделу пространства Пирогова-Парона, которое располагается на передней поверхности предплечья над лучезапястным суставом между сухожилиями глубоких сгибателей пальцев и мышцей - квадратным пронатором. У 30-40% людей стенки этих фасциальных пространств и сухожильных влагалищ I и V пальца соединяются друг с другом и отделяются тонкими фасциальными перепонками.

Все эти анатомические особенности имеют значительное влияние на клиническое течение гнойного тендовагинита I и V пальцев и распространение гнойного процесса с I и V пальцев на фасциальные пространства *tenara* и *hypotenara*, а иногда и на пространство Пирогова-Парона - на предплечье. Это очень тяжелое гнойное заболевание, получившее название - «V-образная флегмона», которое сопровождается выраженной общей реакцией организма в виде гнойно-резорбтивной лихорадки и даже может осложниться сепсисом.

Прежде чем начать изложение лечения сухожильных панарициев, необходимо подчеркнуть огромное значение профилактических мероприятий при угрожающем тендовагините.

Правильное и своевременное лечение подкожного панариция можно рассматривать как одно из важнейших мер предупреждения тендовагинита, который может развиваться как осложнение подкожного панариция при несвоевременном и неполноценном лечении.

При наличии открытой травмы, сопровождающейся повреждением сухожильного влагалища (колотые, резаные, укушенные раны), профилактические мероприятия состоят, во-первых, при наличии показаний, из первичной хирургической обработки раны и, главным образом, из мероприятий по

предупреждению развития инфекции посредством применения современных антисептических средств.

Затем наложить гипсовую иммобилизацию для соответствующего пальца в виде ладонной лонгеты.

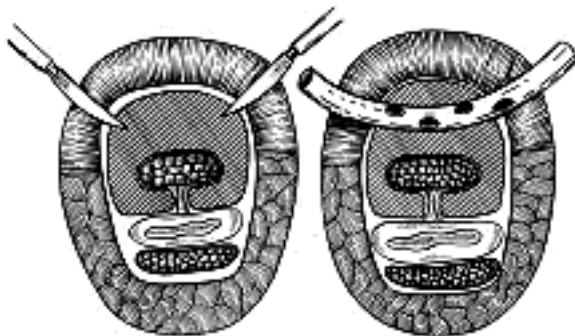
Лечение гнойного тендовагинита только оперативное и должно проводиться своевременно и радикально с анатомической точки зрения.

Операции при гнойных тендовагинитах II-III-IV пальцев лучше всего проводить под проводниковой анестезией кисти. На этих пальцах необходимо сделать до двух разрезов на средней и основной фалангах по ладонно-боковой поверхности на всем протяжении между межфаланговыми складками. Кроме того, необходимо двумя параллельными разрезами раскрыть «слепой» проксимальный мешок сухожильного влагалища над головкой соответствующей пястной кости (рис. 19). Дренаж проводится резиновыми полосками, накладывается антисептическая повязка и гипсовая лонгета для одного пальца.

При гнойном тендовагините первого и пятого пальцев операцию лучше делать под общим обезболиванием. При тендовагините первого пальца достаточно сделать три разреза - два продольных разреза по ладонно-боковым поверхностям основной фаланги и третий разрез по лучевой поверхности tenara почти до лучезапястной складки. Если гнойный процесс распространяется на фасциальное пространство tenara, то необходимо кроме этого третьего разреза сделать еще один, четвертый, разрез по межпальцевой складке между I и II пальцами, соединив его (рис. 20) тупым путем третьим разрезом.

Рис. 20

Вскрытие и дренирование синовиального влагалища.



Необходимо остерегаться при раскрытии флегмоны фасциального пространства *tenara*, делать разрез на ладонной поверхности близко к середине ладони, особенно в проксимальной половине *tenara*. В этом месте от срединного нерва к мышцам *tenara* подходит двигательная веточка - *z. volaris n. mediani* и при ее повреждении первый палец потеряет способность движения - противопоставление («обезьянья» рука).

Дренирование осуществляется отдельными резиновыми полосками из каждого разреза и накладывается повязка. Обязательно иммобилизация на ватно-марлевой подушке ладонной гипсовой лонгетой.

При гнойном тендовагините пятого пальца делается по два продольных разреза на ладонной поверхности средней и основной фаланги и затем по лучевому краю пятой пястной кости раскрывается сухожильное влагалище этого пальца на ладони (рис. 21).

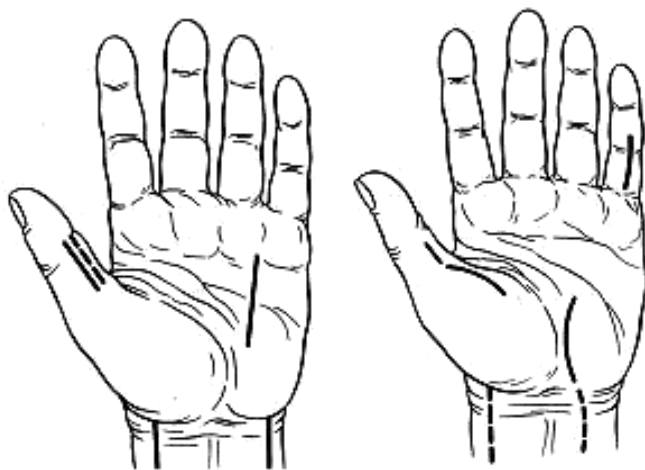


Рис. 21 Разрезы при гнойном тендобурсите лучевой и локтевой сумок

Этим же разрезом одновременно раскрывается и фасциальное пространство *hypotenara*, если гной, расплавляя фасциальные перемычки, прорывает с сухожильного влагалища V пальца в соответствующее фасциальное пространство.

При не своевременной хирургической помощи гнойный процесс расплавляет фасциальные перемычки между фасциальными пространствами *tenara* и *hypotenara* и возникает так называемая V-образная флегмона, которая довольно часто может распространиться на предплечье и осложниться флегмоной пространства Пирогова-Парона.

Момент расплавления фасциальной перемычки и распространение гнойного процесса на соседнее фасциальное пространство клинически сопровождается временным снижением боли и субъективным улучшением, а через несколько часов меняется снова нарастанием боли и значительным ухудшением общего состояния (см. соответствующий раздел).

12. ФУРУНКУЛ И КАРБУНКУЛ ПАЛЬЦЕВ

Фурункул - гнойное воспаление волосяного мешочка, сальной железы и окружающей клетчатки. Наблюдается на тыльной стороне средней и основной фаланги любого пальца.

Карбункул - гнойно-некротическое воспаление всех слоев кожи и подкожной клетчатки тыла средней и основной фаланги пальцев.

Этиология фурункула и карбункула связана с проникновением через поры кожи вирулентной стафилококковой и реже стрептококковой инфекции. Часто карбункул является осложнением неправильного лечения или не леченого фурункула, когда инфекция с одного волосяного мешочка и сальной железы распространяется на соседние.

Такому распространению инфекции может способствовать применение влажных повязок при попытках лечить фурункул согревающими компрессами или какими-либо антисептическими растворами. Лечение фурункула любыми влажными повязками ведет к мацерации окружающей кожи, расширению пор и проникновению инфекции из одного пораженного при фурункуле волосяного мешочка и сальной железы в соседние, создавая условия для образования карбункула. Такой механизм возникновения карбункула приводит к не совсем правильному определению его как воспаления нескольких волосяных мешочков и сальных желез, то есть к количественной различия карбункула от фурункула. В то время, как карбункул имеет выраженное качественное отличие от фурункула и, не будучи «коллективным» фурункулом, характеризуется значительно выраженным некрозом всех слоев кожи.

В начальной стадии (до образования абсцесса) лечение фурункула и карбункула консервативное.

В тех случаях, когда идет образование абсцесса, необходимо оперативное лечение. При достаточно широком раскрытии с иссечением всех некротических тканей дальнейший ход и заживления раневой поверхности происходит без осложнений и лечения заключается в перевязках с антисептическими мазями. По показателям можно перед перевязкой применить теплые ванны с содовым раствором. При вялом заживлении и слабо выраженной эпителизации можно рекомендовать ежедневные облучения субэритемными дозами кварца.

13. ПАНДАКТИЛИТ

Пандактилит, или тотальный панариций - гнойное воспаление всех тканей пальца, как правило, развивается только при недостаточно эффективном и нерациональном лечении ранее перечисленных панарициев.

Пандактилит - это осложнение подкожного, сухожильного, суставного или костного панариция. Пандактилит как осложнение перечисленных видов панариция может развиваться у больных сахарным диабетом и характеризуется гнойно-некротическим процессом, захватывающим весь палец.

Заболевание сопровождается вначале значительными болями, которые стихают, когда над воспалительным процессом начинают превалировать процессы некроза и всегда выражена общая реакция организма в виде гнойно-резорбтивного лихорадки, повышенной температуры, в крови наблюдается лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг влево.

Пандактилит чаще, чем другие виды панариция, сопровождается ретикулярным лимфангоитом, что выражается в отеке и покраснении тыла кисти, тункулярным лимфангоитом в виде красных продольных полос на предплечье и регионарным лимфаденитом локтевых и подмышечных лимфоузлов.

Лечение пандактилита оперативное. Операция выполняется под общим обезболиванием.

Необходимо учитывать, что пандактилит - это крайне запущенное заболевание, а органосохраняющая операция возможна, когда пандактилит осложняет первично развившийся

гнояный процесс в мягких тканях, то есть в начале перехода гнойного процесса на кость при запущенном гнойном тендовагините, гнойном артрите. В этот период можно ограничиться четырьмя продольными разрезами, идущими вдоль всего пальца до самой кости, а при необходимости раскрыть и пястно-фаланговый сустав этими же четырьмя разрезами, продленными на ладонную и тыльную поверхности головки соответствующей пястной кости.

После операции накладывается повязка с антисептическими мазями в каждую рану отдельно и выполняется иммобилизация ладонной гипсовой лонгетой в функционально-выгодном (полусогнутом) положении пальца.

Перевязка начинается с теплой ванны в 1-2% растворе соды, раны промывают перекисью и накладывается повязка с любой антисептической мазью. Перевязки лучше делать редко, если возможно, когда дальнейшее распространение процесса прекращается.

Заживление раневой поверхности идет медленно, и после выздоровления, как правило, остаются значительные нарушения функции пальца, выраженные контрактуры в суставах.

В большинстве случаев при пандактилите приходится делать экзартикуляцию.

Операция экзартикуляции проводится также под регионарной анестезией. У основания пальца проводится полуовальный разрез. С ладонной стороны разрез делается перпендикулярно к основанию и циркулярно до кости, а затем на тыле переходит косо на головку пястной кости и соединяется над ней. После экзартикуляции пальца проволоочной пилой спиливается головка соответствующей пястной кости. Накладывается повязка с мазью и ладонная гипсовая лонгета до верхней трети предплечья.

14. ЭРИЗИПЕЛОИД («СВИНАЯ РОЖА»)

Эризипелоид (Erysipeloid) имеет несколько названий - свиная краснуха, свиная рожа, ползучая эритема. Это заболевание было впервые описано в 1873 году А. Бейкером (А. Baker) и подробно изучено в 1877 году А. Розенбахом (А. Rosenbach). Оно вызывается грамположительной палочкой свиной рожи.

Заражение происходит через мелкие ссадины при контакте с тушами животных, птиц, рыб, со шкурами и является

профессиональным заболеванием работников мясокомбинатов, рыбных заводов, рубщиков мяса, поваров. В быту это заболевание наблюдается у домашних хозяек и заражение может наступить при обработке сырого мяса и дичи.

Клиническая картина заболевания очень характерна. Малоболезненная и слегка зудящая краснота и припухлость на тыле пальцев с достаточно четкими границами в виде ломаной линии с валиком, слегка возвышается над здоровой кожей. Как правило, эта краснота ограничивается только тыльной поверхностью пальцев и редко переходит на тыльную поверхность кисти или предплечья. Припухлость равномерно захватывает все пораженные пальцы. Иногда больше припухают мелкие суставы и появляются артралгические боли. Общее состояние не страдает и температура тела не повышается, что и отличает *erysipelooid* от рожистого воспаления, которое редко локализуется только на пальцах и всегда сопровождается высокой температурой тела.

Лечение заключается в следующем: очень хорошо сделать новокаин-линкомициновую блокаду выше границы покраснения - у основания пальца. Такая блокада особенно эффективна при артралгии мелких суставов пальцев - снимаются боли, зуд. Можно предварительно провести кварцевое облучение - субэритемной дозой. На палец накладывается мазевая антисептическая повязка. Затем накладывается ладонная гипсовая лонгета от кончиков пальцев до середины верхней трети предплечья. Все эти меры можно повторить один раз через 2-3 дня. Через 10-12 дней заболевание заканчивается полным выздоровлением.

РАЗДЕЛ V

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ

1. МОЗОЛЬНЫЙ АБСЦЕСС

Это заболевание является подкожным гнойником, образующимся на месте «водяной» или «кровяной» мозоли при проникновении в нее инфекции.

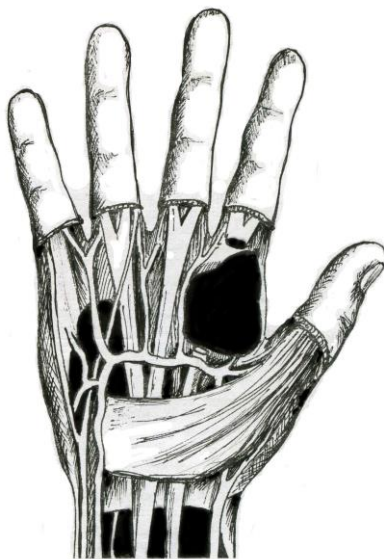
Наиболее частая локализация такой мозоли и мозольного абсцесса на ладони в области головки пястных костей.

Диагностика мозольного абсцесса ладони не представляет труда - гной четко виден под отслоившимся эпидермисом мозоли, вокруг которой видна зона покраснения. Лечение оперативное, после смазывания антисептиком, ножницами выстригается расслоенный эпидермис (без обезболивания), выпускается гной, высушивается обнаженное «дно» абсцесса и накладывается повязка с любой антисептической мазью. Полное выздоровление наступает через 3-5 дней.

2. КОМИССУРАЛЬНАЯ ФЛЕГМОНА

Однако в случае задержки оперативного вмешательства гной с подэпидермального пространства может распространиться глубже в подкожную клетчатку ладони и далее через «окна» в ладонном апоневрозе (комиссуры) между головками пястных костей под ладонный апоневроз и вызвать образование комиссуральной флегмоны (рис. 22),

Рис. 22 Запущенная комиссуральная (подапоневротическая) флегмона ладони



что наблюдается сравнительно часто; или даже флегмоны срединного пространства ладони, что уже достаточно тяжелое заболевание. С клетчатки подапоневротического пространства отек, а затем и гной распространяется по червеобразным мышцам до основания соответствующего пальца на

тыльнолучевой стороне, в более поздних случаях, проявляется в виде покраснения и припухлости на тыльнолучевой стороне основания соответствующего пальца. В ранние сроки, когда имеется только отек соответствующей червеобразной мышцы, необходимо обратить внимание на отстояние друг от друга двух пальцев, между которыми располагается отечная червеобразная мышца. При попытке хирурга пассивно соединить их, появляется значительная болезненность. Этот симптом отстояния друг от друга двух пальцев и симптом боли при попытке пассивно соединить их необходимо проверять при любом мозольном абсцессе. Дело в том, что часто хирург, диагностируя мозольный абсцесс, раскрывает его, срезая расслоенный эпидермис, довольствуется тем, что получает немного гноя, и, проверив указанные симптомы, отпускает больного домой. Через сутки больной идет к врачу с жалобами на пульсирующие боли, которые не дали спать. И это связано только с тем, что врач не установил осложнение мозольного абсцесса и начинается комиссуральная флегмона. Если бы врач обратил внимание на указанные симптомы некоторого отстояния пальцев друг от друга и болезненность при их пассивном соединении, то следовало бы после вскрытия подэпидермального мозольного абсцесса пройти пуговчатым зондом по ходу червеобразной мышцы на тыльнолучевую сторону основания пальца и сделать дополнительный продольный разрез в этом месте. Затем по ходу этого канала проводится дренирование двумя резиновыми полосками с одной и с другой стороны. Полоски вводятся по ходу червеобразной мышцы в направлении друг к другу. После наложения повязки необходимо наложить ладонную гипсовую лонгету.

Операция раскрытия комиссуральной флегмоны выполняется под проводниковой анестезией кисти с блокадой всех трех нервов (n. Medianus, n. Ulnaris, rr. dorsalis, n. Radialis) на уровне лучезапястной складки.

3. ФЛЕГМОНА ФАСЦИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ТЕНАРА И ГИПОТЕНАРА

Изолированная флегмона фасциального пространства тенара или гипотенара наблюдается сравнительно редко. Причина этого заболевания связана с непосредственной травмой мышечного утолщения тенара или гипотенара. Случайная рана этой области первично бактериально загрязнена и при несвоевременной или недостаточной первой помощи или

отсутствии первичной хирургической обработки (при показаниях) инфекция распространяется на соответствующее фасциальное пространство.

Ушибы этой области, сопровождающиеся межмышечной гематомой, а также при ее инфицировании могут давать изолированную флегмону фасциального пространства тенара или гипотенара. Диагностика такой изолированной флегмоны не представляет трудностей. Боль, значительные нарушения функции I или V пальца, изолированная болезненность при топической диагностике с помощью пуговичного зонда, припухлость и выраженное уплотнение соответствующего возвышения тенара или гипотенара.

Изолированная флегмона тенара или гипотенара сопровождается ретикулярным поверхностным лимфангоитом с распространением покраснения на переднюю поверхность нижней трети предплечья, иногда трункулярным лимфангоитом в виде отдельных продольных красных полос, доходят до локтевого сгиба, где могут прощупываться болезненные лимфоузлы (регионарный лимфаденит). Регионарным лимфаденитом могут быть поражены и подмышечные лимфоузлы, какие при ощупывании увеличены, уплотнены и болезненные.

Лечение флегмоны фасциального пространства тенара и гипотенара оперативное. Только в самом начале, когда нет никаких признаков нагноения, до «первой бессонной ночи» можно применить консервативное лечение: УВЧ, новокаин-линкомициновую блокаду на уровне лучезапястного сустава в виде подкожной инфильтрации соответственно над областью тенара или гипотенара в виде широкой поперечной полосы, на половину охватывающую участок лучезапястного сустава. На участок воспалительного процесса, начинающегося у тенара или гипотенара следует наложить повязку с антисептической мазью или тыльную гипсовую лонгету в функционально-выгодном положении.

Если через сутки улучшения не наступило, показана операция. При позднем обращении больного, при наличии всех перечисленных симптомов флегмоны пространства тенара или гипотенара и особенно если в анамнезе отмечается «бессонная ночь», операция выполняется сразу же при первичном обращении больного.

Операция выполняется под проводниковой анестезией трех нервов на уровне лучезапястного сустава (nn medianus, ulnaris, radialis), как это описано ранее.

Раскрытие флегмоны пространства тенара стоит делать двумя разрезами. Первый разрез выполняется по ладонно-лучевой поверхности возвышенности вдоль первой плюсневой кости. При получении гноя в рану вводится инструмент (торзионный зажим) по направлению к первой межпальцевой складке, где над вершиной инструмента делается второй разрез, лучше вдоль межпальцевой складки по краю тенара на границе с ладонью. Однако этот разрез необходимо делать очень осторожно и ограничить его только в пределах одной трети дистального отдела линии по границе тенара и ладони. Продолжать этот разрез в проксимальном направлении не следует, так как в проксимальном отделе тенара по его локтевой стороне к мышцам возвышения подходит двигательная веточка срединного нерва (r. Volaris n. Mediani), случайное повреждение которой приводит к стойкому нарушению функции I пальца, главным образом невозможности противопоставления, лишению способности захвата, то есть к образованию - так называемой «обезьяньей» кисти. Поэтому мы рекомендуем второй разрез делать вдоль первой межпальцевой складки. Дренажирование раскрытой такими двумя разрезами флегмоны пространства тенара выполняется двумя резиновыми полосками, введенными навстречу друг, в каждый из двух разрезов. Накладывается асептическая повязка и обязательно накладывается иммобилизирующая гипсовая лонгета (ладонная или тыльная) с ладонным ватно-марлевым валиком в функционально-выгодном положении. Кисть и предплечье подвешивается на косынку.

Раскрытие флегмоны гипотенара

Раскрытие изолированной флегмоны фасциального пространства гипотенара выполняется под регионарной анестезией трех нервов на уровне лучезапястного сустава. Широкое раскрытие флегмоны осуществляется двумя параллельными разрезами. Один из них, более длинный, проводится по ладонно-локтевому краю длиной от головки V пястной кости вдоль ее и заканчивается не доходя 1-1,5 см до передней поверхности гороховидной косточки. Второй разрез проводится параллельно первому по ладонному краю возвышения гипотенара над концом введенного в первую рану инструмента и длиной не менее всей средней трети длины

ладони так, чтобы не осталось никаких карманов ни в дистальном, ни в проксимальном отделе этого разреза. Оба разреза располагаются по бокам V плюсневой кости и не представляют опасности для повреждения сухожилий сгибателей V пальца, располагающихся перед пястной костью. Дренирование осуществляется резиновыми полосками из двух разрезов. Накладывается асептическая или антисептическая повязка и выполняется иммобилизация гипсовой лонгетой в функционально выгодном положении.

Если разрезы при изолированной флегмоне пространства тенара или гипотенара сделаны достаточно широко и нет показаний к осмотру (нет боли, отека на тыле кисти или предплечье, нет общей реакции на прогрессирующее нагноение - озноб, жар, повышение температуры), то первую перевязку нужно сделать не ранее 4-5 дней. Однако на прием в поликлинику для осмотра, больной должен появляться ежедневно.

Повязка снимается после 15-минутной ванны в 1-2% содовом растворе при температуре 40-41 ° С. До этого дня уже начинается развитие грануляций и рана обычно достаточно чистая, почти без гнойного содержимого. Обе раны обрабатываются марлевыми тампонами с мазью и накладываеьтся гипсовая лонгета. На второй день после первой перевязки можно начать лечебную гимнастику, активные движения всеми пальцами, не снимая гипсовой лонгеты. Перевязки с ванночками можно делать через 1-2 дня и каждый раз проводить подводную гимнастику. Когда рана выполнится грануляциями, обычно до 10-12 дня, гипсовую лонгету снимают и переходят к более расширенному комплексу лечебной гимнастики с включением движений в лучезапястном суставе и стремлением к полному активному сгибанию всех пальцев,

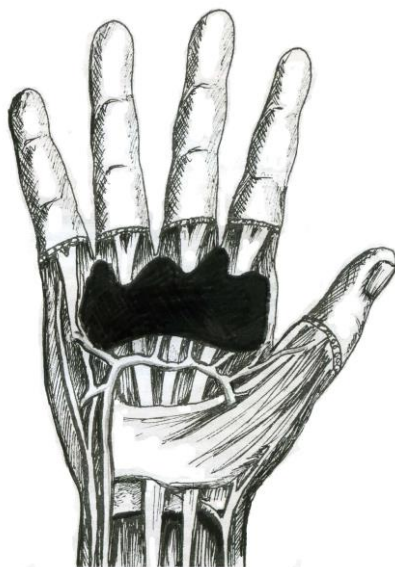
Однако необходимо напомнить, что изолированные флегмоны фасциальных пространств тенара и гипотенара встречаются довольно редко и чаще они возникают как осложнения гнойного тендовагинита I и V пальцев, то есть так называемая V-образная флегмона, о которой речь будет дальше.

4. ФЛЕГМОНА СРЕДИННОГО ЛАДОННОГО ПРОСТРАНСТВА

Срединное ладонное пространство располагается сразу под ладонным апоневрозом и включает в себя всю группу сухожилий поверхностных и глубоких сгибателей II-III-IV пальцев. Тыльной

стенкой этого пространства есть соответствующие II-IV пястные кости, межкостные мышцы и покрывающие их тонкие фасции.

Рис. 23 Флегмона срединного ладонного пространства, как осложнение комиссуральной флегмоны



Дистальной границей срединного ладонного пространства являются «слепые» проксимальные сухожильные влагалища II-IV пальцев, а проксимальной границей являются фасции, покрывающие мышечное возвышения тенара (с лучевой стороны) и гипотенара (с локтевой стороны), которые почти сходятся под углом в проксимальном отделе ладони. Изолированная флегмона срединного ладонного пространства встречается редко и может развиваться при ранении ладони с повреждением ладонного апоневроза (рис. 23).

Симптомы изолированной флегмоны срединного ладонного пространства очень характерны. Боль и бессонная ночь заставляют больного обратиться к врачу. Кисть принимает вид «когтистой лапы» с резко согнутыми II-IV и часто V пальцами.

Активные движения в этих пальцах отсутствуют, а пассивные сгибательные очень ограничены, разгибательные же совсем невозможны.

При проведении топической диагностики с помощью пуговчатого зонда определяется четко очерченная максимальная

болезненность в середине ладони соответственно анатомическим границам срединного ладонного пространства. И еще очень характерны местные симптомы - несмотря на сгибательные контрактуры пальцев, поперечные ладонные складки сглажены.

Общее состояние при флегмоне срединного пространства страдает в более или меньшей степени, но всегда характеризуется общим недомоганием, ознобом, жаром, повышенной температурой, повышенным лейкоцитозом и нейтрофильным сдвигом влево. Наблюдаются ретикулярные и трункулярные лимфангоиты на предплечье и регионарные лимфадениты в области локтевого сгиба и подмышечной впадины.

Однако чаще флегмона срединного ладонного пространства встречается как осложнение комиссуральной флегмоны, гнойного тендовагинита одного из трех (II-III-IV) пальцев, когда из «слепого» проксимального отдела сухожильного влагалища, нет свободного оттока, гной (если этот «слепой» отдел не будет раскрыт вовремя) проникает под ладонный апоневроз.

Лечение флегмоны срединного ладонного пространства только оперативное. Под проводниковой анестезией трех нервов на уровне лучезапястного сустава выполняются два параллельных разреза в средней трети ладони над вторым и четвертым межкостными промежутками. Иногда длина разрезов в пределах только средней трети оказывается недостаточной, то есть остаются карманы в дистальном или проксимальном отделе. Тогда разрезы удлиняются. В дистальном направлении продолжение разрезов не представляется опасным.

Однако при необходимости продолжения разрезов в проксимальном направлении возникает опасность, а иногда и неизбежность пересечения поверхностной ладонной артериальной дуги. Это надо вовремя предусмотреть, увидеть и перевязать оба конца. Перевязка одной поверхностной артериальной ладонной дуги не приводит ни к каким нарушениям кровоснабжения дистального отдела ладони и пальцев.

Флегмона срединного ладонного пространства чаще встречается не изолированно, а как осложнение комиссуральной флегмоны, гнойного тендовагинита II-IV пальцев, где одновременно необходимо сделать разрезы по поводу этих первичных заболеваний. Операция заканчивается дренированием гнойных полостей отдельными резиновыми

полосками через кожную рану, наложением асептической или антисептической повязки и гипсовой лонгеты (лучше тыльной с ладонным валиком) в функционально-выгодном положении.

Если нет боли и температура у больного не выше $37,2^{\circ}$, со второго дня, не снимая повязки, можно начать лечебную гимнастику по первому комплексу не снимая гипсовой лонгеты, рекомендуются возможные активные движения всеми пальцами.

Первую перевязку при отсутствии показаний (боль, отек, повышенная температура) можно делать не раньше 5-6 дня. Перевязка начинается с содовой ванны (1-2% сода) при температуре $40-41^{\circ}$ С 15 минут с подводной лечебной гимнастикой. В дальнейшем ванны и перевязки делаются через день и до 10-12 суток, затем прекращается иммобилизация и начинается лечебная гимнастика по второму комплексу.

Если операция была сделана вовремя и не были значительно поражены гнойным процессом сухожилия сгибателей II-IV пальцев, то полное выздоровление наступает через 3-4 недели. Однако иногда остаются в разной степени выраженные нарушения функции указанных пальцев (сгибательные контрактуры).

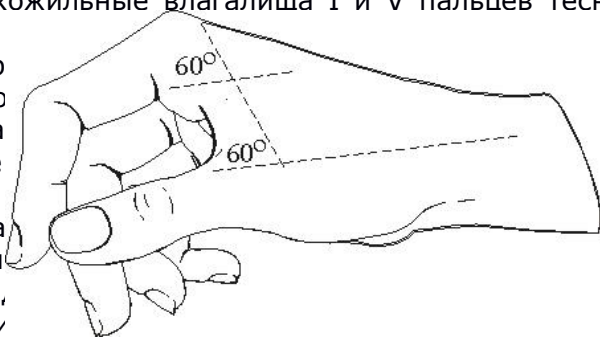
5. V-ОБРАЗНАЯ ФЛЕГМОНА И ОСЛОЖНЕНИЕ ЕЕ ФЛЕГМОНОЙ ПРОСТРАНСТВА ПИРОГОВА-ПАРОНА НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ

V-образной флегмоной кисти называют гнойный тендовагинит I пальца с распространением гноя на сухожильное влагалище V пальца или наоборот.

Как подчеркивалось в первом разделе, сухожильные влагалища I и V пальцев продолжают на ладонь до лучезапястного сустава и иногда даже выше. Причем эти сухожильные влагалища в проксимальном отделе ладони очень близко расположены друг от друга и разделены тонкой фасциальной перемычкой, легко расплавляются гноем и гнойным тендовагинитом, распространяясь с одного пальца на другой, образуют V-образную флегмону.

Кроме того, сухожильные влагалища I и V пальцев тесно контактируют с пространствами тенар флегмоне также легко

Наконец, при за V-образной флегмоне может прорываться фасциальное пространство располагается в нижней и ограничено поза, сухожилиями глубокой (profundus).



V-образная флегмона как она является тендовагинит I или II пальца, обращаются к хирургу гораздо раньше, до распространения гнойного процесса на сухожильное влагалище второго пальца. Однако, если гнойный тендовагинит I или II пальца прооперирован недостаточно грамотно и полноценно, то есть разрезы не раскрывают полностью все затеки гноя, то и после такой неполноценной операции развивается V-образная флегмона.

Рис. 24

Функционально –
выгодное положение
кисти и пальцев

Диагностика V-образной флегмоны не представляет трудностей и основана на выявлении следующих симптомов. Первый и пятый палец равномерно утолщены из-за отека и полусогнуты. Имеется более или менее выраженный отек на тыле кисти. Активные движения в I и V пальцах полностью отсутствуют, а во II-IV пальцах, находящихся в слегка согнутом состоянии, значительно ограничены. Пассивные движения в I и V пальцах через болезненность также невозможны, особенно попытка разгибания. Так как при V-образной флегмоне гнойный процесс часто переходит на фасциальное пространство тенара и гипотенара, поэтому эти возвышения увеличены в объеме и резко болезненные. Значительно ограничены и болезненные активные и пассивные движения в лучезапястном суставе.

Если V-образная флегмона осложнилась флегмоной фасциального пространства Пирогова-Парона, то прежде всего бросается в глаза довольно выраженный отек нижней трети предплечья. Причем отек распространен не только на тыле предплечья, но и на ладонной поверхности и при этом совсем сглажены контуры сухожилий сгибателей пальцев. Активные движения в II-IV пальцам полностью отсутствуют (а не только в I и V пальцах, как при V-образной флегмоне, не осложненной флегмоной пространства Пирогова-Парона). Пассивное сгибание II-IV пальцев возможны, хотя и ограничены, но пассивное разгибание этих пальцев абсолютно невозможно из-за резкой болезненности, которая возникает в нижней трети предплечья при малейшей попытке пассивного разгибания пальцев.

Уже всех перечисленных симптомов достаточно, чтобы поставить диагноз V-образной флегмоны, осложненной или неосложненной флегмоной пространства Пирогова-Парона. В дополнение к этим симптомам можно провести топическую диагностику с помощью пуговичного зонда. С помощью его выявляются максимальные зоны болезненности над пораженными анатомическими образованиями – сухожильными влагалищами I и V пальца и фасциальными возвышениями тенара и гипотенара. При флегмоне фасциального пространства Пирогова-Парона максимальная болезненность при пальпации

определяется над шиловидными отростками лучевой и локтевой кости и по передней поверхности предплечья над лучезапястным суставом.

При V-образной флегмоне всегда будет общая реакция организма на гнойный процесс. Общее недомогание, головная боль, озноб, жар, повышенная температура, иногда доходит до 39 ° С и выше - постоянные общие симптомы V-образной флегмоны. Всегда имеются выраженные характерные изменения крови в виде повышенного лейкоцитоза и нейтрофильного сдвига влево.

Лечение V-образной флегмоны только оперативное и только в стационаре. Операция выполняется, как правило, под общим обезболиванием. Можно использовать для обезболивания и проводниковую анестезию плечевого сплетения.

Для полноценного и широкого раскрытия всех анатомических образований, пораженных при V-образной флегмоне, необходимо сделать 2-3 разреза так, как это описано в разделах гнойного тендовагинита I и V пальца и флегмоны тенара и гипотенара и представлено на рис. 23, а дренирование выполняется отдельными резиновыми полосками из каждого разреза.

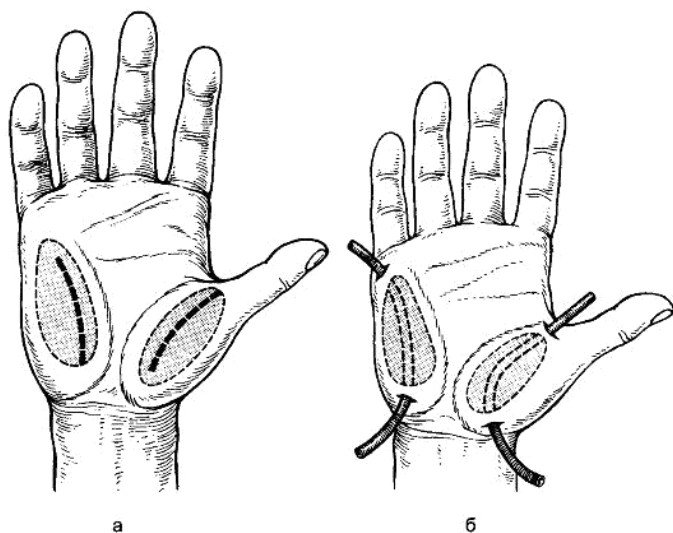
Если имеются признаки флегмоны фасциального пространства Пирогова-Парона, то раскрытие ее выполняется двумя разрезами. Первый разрез делается с локтевой стороны предплечья. Он начинается от шиловидного отростка локтевой кости и идет вверх между сухожилиями *mm flexus et extensor carpi ulnaris* длиной 5-6 см. Рассекается кожа, клетчатка и фасция предплечья. Затем корнцангом тупо проходят под сухожилиями глубоких сгибателей пальцев, перед *m. pronator quadratus* на лучевую сторону предплечья так, чтобы конец корнцанга прошел между сухожилиями *mm flexor et extensor carpi radialis*. Над выступающим концом корнцанга делается продольный разрез такой же длины, которой начинается перед шиловидными отростком лучевой кости. Операция заканчивается дренированием этого пространства двумя резиновыми полосками с обеих разрезов.

Мы придерживаемся рекомендации некоторых авторов, и в частности Л. Г. Фишмана, о том, что при V-образной флегмоне даже в тех случаях, когда она еще не осложнилась флегмоной пространства Пирогова-Парона, необходимо сделать профилактическое раскрытие ее типичными, описанными ранее,

разрезами . Такое профилактическое раскрытие пространства Пирогова-Парона имеет рациональное анатомическое обоснование. Дело в том, что проксимальные «слепые» отделы фасциальных пространств тенара и гипотенара и особенно сухожильные влагалища I и V пальцев даже при таком широком раскрытии V-образной флегмоны десятью разрезами, как это уже описано, могут оказаться недостаточно дренированными. Особенно при тех анатомических вариантах, когда эти «слепые» отделы сухожильных влагалищ и фасциальных пространств, располагаясь под *lig. carpi volaris*, заканчиваются проксимальнее ее верхнего края.

В этих случаях профилактическое раскрытие пространства Пирогова-Парона позволяет хорошо дренировать все «слепые» отделы фасциальных пространств и сухожильных влагалищ I и V пальцев и предупредить распространение гноя на предплечье.

Рис. 25 Разрезы при V-образной флегмоне кисти



После раскрытия V-образной флегмоны и пространства Пирогова-Парона и дренирования всех ран резиновыми полосками и тампонами с антисептической мазью накладываются повязка и тыльная гипсовая лонгета с ватно-марлевым валиком, вложенным в кисть, в функционально выгодном положении. Гипсовая лонгета накладывается с тыльной стороны от пястно-фаланговых суставов до середины плеча. Локтевой сустав фиксируется в положении сгибания до 90 °.

Уже при первой перевязке в ванной начинается активная подводная гимнастика всеми пальцами в лучезапястном суставе. Дренажи и тампоны извлекаются и заменяются новыми. В тех случаях, когда раскрытие пространства Пирогова-Парона выполнялось с профилактической целью и при первой перевязке гнойного отделяемого нет, повторное тампонирование его не делается. Вводятся только с двух разрезов резиновые полоски навстречу друг другу еще на два дня, то есть до второй перевязки.

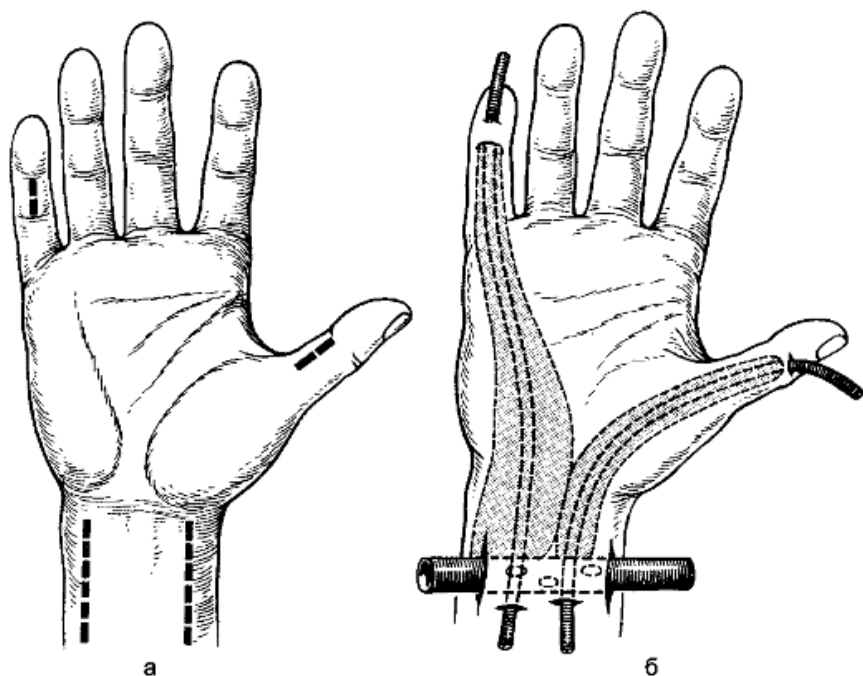


Рис. 26 Разрезы при V-образной флегмоне, осложненной флегмоной пространства Пирогова-Парона

В дальнейшем продолжают перевязки с предшествующей содовой ванной и подводной гимнастикой. До 10-12 дня обычно можно прекратить введение тампонов и дренажей, а через 2-3 дня - снять гипсовую лонгету и начать гимнастику по второму комплексу. В течении следующих двух недель постепенно увеличивается объем движений во всех пальцах, лучезапястного

суставе. Если V-образная флегмона была раскрыта вовремя и полноценно, а пространство Пирогова-Парона раскрывался профилактически, полное выздоровление и восстановление функции кисти и пальцев заканчивается примерно через месяц после операции. Однако, если гной проникал в пространство Пирогова-Парона, то некоторое нарушение функции пальцев (сгибание) остаются на достаточно длительный срок после заживления всех ран. В этих случаях рекомендуется длительное применение физиотерапевтических средств в виде грязей, озокерита, йонофореза с йодистым калием, ванн и лечебной гимнастики.

Таким образом, V-образная флегмона - это одно из самых тяжелых гнойных заболеваний кисти, представляет опасность и для жизни больного, а при благоприятном исходе приводит к длительному, а иногда и к стойкому нарушению функции кисти как органа труда.

6. ПОВЕРХНОСТНАЯ ЭПИФАСЦИАЛЬНАЯ ФЛЕГМОНА ТЫЛА КИСТИ

Причиной эпифасциальной флегмоны являются инфицированные поверхностные ранки, ссадины, царапины, то есть микротравмы, при которых не была оказана первая помощь. Уже в самом начале такой поверхностной флегмоны четко проявляются все клинические местные признаки воспаления - боль, припухлость, покраснение, местная гипертермия и умеренное нарушение функции (разгибание пальцев). Общая реакция организма может быть выражена в разной степени.

Показанием к операции является феномен флюктуации, проверяемый пальцами во взаимно перпендикулярном направлении. До появления флюктуации можно применить консервативное лечение. Короткая новокаин-линкомициновая блокада подкожной клетчатки выше инфильтрата, УВЧ, повязка с антисептической мазью и ладонная гипсовая лонгета.

С появлением флюктуации выполняется операция. Под местной анестезией выше и вокруг инфильтрата делается один разрез над центром гнойного очага или два продольных, параллельных разреза на тыле кисти на всем протяжении гнойной полости. Операция заканчивается дренированием, наложением повязки и ладонной гипсовой лонгеты от основания пальцев до верхней трети предплечья. В дальнейшем ванночки через 1-2 дня до заживления раны.

7. СУБФАЦИАЛЬНАЯ ФЛЕГМОНА ТЫЛА КИСТИ

Изолированно субфасциальная флегмона тыла кисти встречается значительно реже, чем эпифасциальная. Причиной ее могут быть сравнительно глубокие, часто колотые, инфицированные раны тыла кисти, проникающие в подфасциальное пространство. Иногда субфасциальная флегмона является осложнением гнойного процесса одного из перечисленных выше анатомических образований ладони.

Однако при диагностировании субфасциальной флегмоны тыла кисти надо быть очень внимательным и осторожным. Дело в том, что при гнойных процессах фасциальных пространств ладони всегда наблюдается выраженный отек на тыле кисти, имеющийся и при субфасциальной флегмоне.

Решающим симптомом, указывающим, что в субфасциальном пространстве имеется гной, а не просто отек клетчатки, является феномен истинной флюктуации. В сомнительных случаях следует сделать пункцию подфасциального пространства и при получении гноя выполняется операция. При изолированной субфасциальной флегмоне операция выполняется под местной инфильтрационной анестезией выше и вокруг гнойного очага по типу короткого блока 0,25% новокаином с линкомицином. При субфасциальной флегмоне, являющейся осложнением флегмоны ладони, операция выполняется под проводниковой анестезией трех нервов на уровне лучезапястного сустава.

Субфасциальная флегмона раскрывается одним или двумя продольными разрезами на всем протяжении гнойной полости. Операция, как обычно, заканчивается дренированием резиновыми полосками, наложением асептической повязки и ладонной гипсовой лонгеты в функционально-выгодном положении от кончиков пальцев до середины верхней трети предплечья. В дальнейшем рекомендуются содовые ванны и перевязки через 2-3 дня до заживления раны.

8. ФУРУНКУЛ И КАРБУНКУЛ ТЫЛА КИСТИ

Диагностика не представляет трудностей. Иногда фурункул и карбункул сопровождаются лимфангоитом, регионарным

лимфаденитом и общей реакцией организма. Лечение, как правило, консервативное:

- 1) новокаин-линкомициновая блокада. Раствор вводится вокруг или под фурункул или карбункул;
- 2) накладывается мазевая антисептическая повязка;
- 3) ладонная гипсовая лонгета в функционально выгодном положении;
- 4) УВЧ через повязку.

Если общая реакция организма уменьшается или хотя бы не нарастает, а местно не нарастают боль и отек, то первую перевязку можно сделать через 2-3 дня, ежедневно проводя сеансы УВЧ через повязку.

При первой перевязке четко выражено отторжение некротического «стержня» при фурункуле и некротической ткани при карбункуле.

Выздоровление при фурункуле (при правильном лечении) наступает через 5-6 суток, а при карбункуле до тех пор должны полностью отторгнуться некротические ткани. Если до этого времени при карбункуле некроз кожи и клетчатки продолжается, необходимо выполнить иссечение всех некротических тканей. Операция выполняется под общим обезболиванием. После операции накладывается повязка с мазью "Левомеколь" и ладонная гипсовая лонгета.

Первую перевязку, если иссечение некротических тканей выполнено полноценно, можно делать не ранее 5-6 дней, когда рана выполняется грануляциями. Перевязка сопровождается содовой ванной, после которой можно применить кварцевое облучение (субэритемные дозы). Для стимуляции краевой эпителизации: можно в дальнейшем применять повязки со слабым раствором азотнокислого серебра (0,5%) , ежедневно или через день. Каждый раз после содовой ванны проводится сеанс субэритемных доз кварца. Иногда при большом карбункуле тыла кисти после отторжения некротических тканей образуется гранулирующая рана значительных размеров. Заживление такой раны идет очень медленно и сопровождается образованием стягивающего рубца, что может привести к явлениям умеренной разгибательной контрактуры пальцев. Поэтому при образовании гранулирующей раны, более 2 см в диаметре с розовыми грануляциями в ранние сроки рекомендуется выполнить кожную пластику.

9. РЕТИКУЛЯРНЫЙ И ТРУНКУЛЯРНЫЙ ЛИМФАНГОИТ. РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ТЫЛА КИСТИ

Причиной ретикулярного и трункулярного лимфангоита всегда является гнойный очаг, который располагается на кисти и пальцах, или инфицированная микротравма (ссадины, царапина, колотая ранка и т.п.), которые иногда даже могут не давать явных местных проявлений воспаления.

Ретикулярный лимфангоит характеризуется отеком и разлитой гиперемией на тыле кисти и иногда распространяется на предплечье.

В тех случаях, когда ретикулярный лимфангоит является перифокальным осложнением основного гнойного очага на кисти и пальцах, то основным в его лечении является широкое и анатомически правильное раскрытие флегмоны или иного гнойного процесса кисти и пальцев.

Когда же ретикулярный лимфангоит развивается в результате инфицированной микротравмы, но без местных воспалительных явлений, основное лечение направлено на ликвидацию лимфангоита. Необходимо убедиться, что на всем участке красноты кожи и отека, нет нигде феномена флюктуации, то есть нет эпи- или субфасциальной флегмоны.

Для лечения ретикулярного лимфангоита применяется: 1) облучения кварцем в субэритемных дозах; 2) новокаин-линкомициновая блокада; 3) повязка с мазью диоксизоль; 4) ладонная гипсовая лонгета. Обычно этого достаточно для того, чтобы через 2-3 дня наступило полное выздоровление.

До специфических стрептококковых ретикулярных лимфангоитов относится рожистое воспаление (erysipelas). Рожа отличается от банального ретикулярного лимфангоита более ярким красным цветом, четкими границами «языковидной» формы и незначительным возвышением границы гиперемии над здоровой кожей.

Кроме того, при роже всегда выражена общая реакция организма и значительно повышена температура тела в пределах 38-39 ° С и выше.

Лечение такое же, как и при банальном ретикулярном лимфангоите. Однако при блокаде к новокаину рекомендуется добавить 1-2 мл линкомицина. Кожу выше границы покраснения смазать бетадином. Повязку можно наложить с одной из вышеперечисленных мазей.

Кроме того, при роже необходимо интенсивное общее лечение: 1) антибактериальная терапия; 2) дезинтоксикационная терапия; 3) десенсибилизирующая терапия; 4) симптоматическое лечение.

При рожистом воспалении тыла кисти и выраженной термической реакции организма лечение лучше проводить в стационаре. Полное выздоровление наступает на 5-7 сутки.

Причиной трункулярного лимфангоита всегда есть гнойный процесс на пальцах кисти. Как правило, красные продольные полосы, если и начинаются на тыле кисти, то всегда переходят и на тыльную и на переднюю поверхность предплечья, заканчиваясь в области локтевого сгиба, где прощупываются пакеты увеличенных лимфоузлов. В некоторых случаях трункулярный лимфангоит может переходить на плечо.

Лечение трункулярного лимфангоита заключается в рациональном лечении основного гнойного очага, располагающегося на пальцах, кисти. Полный комплекс консервативных или, при необходимости, оперативных мероприятий, направленных на ликвидацию первичного гнойного очага, обычно ведет к ликвидации трункулярного лимфангоита.

Кроме того, для непосредственного воздействия на воспалительный процесс в лимфатических сосудах необходимо применить обычный полуспиртовой компресс или повязку с мазью на тыл кисти и на все предплечье и иммобилизацию гипсовой лонгетой от пальцев до верхней трети плеча, а конечность подвешивается на косынку.

10. ЭРИЗИПЕЛОИД («СВИНАЯ РОЖА») ТЫЛА КИСТИ

Это заболевание описано в 14 разделе главы IV, где указано, что заболевание чаще поражает именно пальцы и редко переходит на тыльную поверхность ладони, и совсем редко на предплечье.

При поражении свиной рожей тыла кисти новокаин-линкомициновая блокада выполняется в виде полукольца на тыле предплечья или на уровне лучезапястного сустава, обязательно над самой границей красноты. Эризипелоид является специфическим (палочка свиной рожи) ретикулярным лимфангоитом и внутриможная блокада предупреждает его дальнейшее распространение.

В дальнейшем проводятся такие же мероприятия, как и при «свиной краснухе» на пальцах.

11. ОСТЕОМИЕЛИТ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ

Гематогенный остеомиелит пястных костей встречается редко. Чаще наблюдается гнойный остеомиелит как осложнение гнойного тендовагинита одного из пальцев, или флегмоны одного из фасциальных пространств ладони, при которых гнойный процесс переходит на кость. Еще чаще остеомиелит пястных костей осложняет открытую и особенно огнестрельную травму с повреждением одной или нескольких костей.

Остеомиелит пястных костей лечится оперативно при следующих показаниях:

1. Когда гной проникает в параоссальное пространство, что местно проявляется отеком на тыле кисти, феноменом флюктуации и подтверждается пункцией. В этот период на рентгенограмме еще не проявляются явные костные изменения. Операция в этот период выполняется под регионарной анестезией продольными разрезами в соответствующем одном или двух межкостных промежутках, широко раскрывается параоссальный гнойник без вмешательства на костях.

2. В поздние сроки операция выполняется, когда на рентгенограмме выявляются секвестры. В этом случае под проводниковой анестезией кисти продольным разрезом в межкостном промежутке обнажается соответствующая пястная кость. Секвестр удаляется и полость тщательно выскабливается острой ложкой Фолькмана. В полость засыпается антибиотик и, если возможно, погружается предлежащая межкостная мышца. Вводится тонкая полихлорвиниловая трубка для активной аспирации на 2-3 суток, рана зашивается наглухо. Накладывается асептическая повязка и ладонная гипсовая лонгета в функционально выгодном положении от кончиков пальцев до верхней трети предплечья.

Если послеоперационный период без осложнений, то через 2-3 дня извлекается дренажная трубка, на 8 день снимаются швы, а на 14 день гипсовая лонгета. Движение пальцами в гипсовой лонгете начинается с 3-4 дня (лечебная гимнастика по первому комплексу), а после снятия гипсовой лонгеты - по второму комплексу, а еще через 8-12 дней - по третьему комплексу. Таким образом, выздоровление наступает через 3-3,5 недели.

12. ГНОЙНЫЙ АРТРИТ И ОСТЕОАРТРИТ ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ

Гнойный артрит и остеоартрит пястно-фаланговых суставов как изолированное заболевание может развиваться при инфицированном проникающем ранении этих суставов или при ушибе и инфицированном гемартрозе.

Чаще же гнойный артрит и остеоартрит пястно-фалангового сустава является осложнением комиссуральной флегмоны, несвоевременно раскрытой или при недостаточных разрезах самой флегмоны и затеку по ходу червеобразных мышц.

При гнойном артрите признаком наличия гноя в суставе является отек, отсутствие контуров сустава. Особенно это видно на тыле кисти, где «исчезает» головка пястной кости. Положение сустава полусогнутое, активные движения отсутствуют, а пассивные ограничены и болезненны. Наиболее достоверным методом диагностики гнойного артрита является пункция сустава. Пункция выполняется с тыльной стороны межпальцевых промежутков так, чтобы не повредить сухожилия разгибателя пальца. При получении мутной серозной жидкости (но не гноя) в сустав вводится линкомицин. Если при пункции будет гной, то необходима операция - артротомия, четырьмя разрезами под регионарной анестезией кисти. Два параллельных разреза делаются по тыльно-боковым сторонам сустава, а два - по ладонно-боковым.

Для гнойного остеоартрита, кроме перечисленных симптомов, характерны рентгенологические изменения со стороны суставных концов пястной кости и основной фаланги. На рентгенограмме определяется неровность суставных поверхностей, нарушение костной структуры, а в дальнейшем рентгенологически определяется полное разрушение суставных концов.

В этих случаях, кроме артротомии, из этих же разрезов стоит сделать резекцию сустава - удалить разрушенные суставные концы. В рану вводится полихлорвиниловая трубка для активной аспирации и можно зашить все раны наглухо (в стационаре). Если нет уверенности в полноценности удаления пораженной кости, рана дренируется резиновыми полосками и тампонируется марлевыми турундами с антисептической мазью. Затем накладываются повязка и ладонная гипсовая лонгета в функционально-выгодном положении.

В первом случае микродренаж удаляется на 3-5 сутки, и, если все протекает хорошо (нет отеков, покраснения, болезненности в области удаленного сустава), на 7-10 день

начинают активные движения в пястно-фаланговых участках для формирования неоартроза. Через 4-6 недели движение восстанавливается.

Во втором случае, если нет срочных показаний, первая перевязка и содовая ванна делается на 5-6 день. Удаляются тампоны и в ванночке выполняются первые попытки активных движений в области удаленного сустава. В дальнейшем ванночки с подводной активной гимнастикой делаются ежедневно или через день. При необходимости дренирование выполняется только резиновыми полосками. Эти мероприятия проводятся до заживления раны, которое обычно наступает не ранее чем через 3-4 недели, а разработка движений продолжается и восстанавливается очень медленно.

13. ГНОЙНЫЙ АРТРИТ И ОСТЕОАРТРИТ ПЯСТНО-ЗАПЯСТНЫХ СУСТАВОВ

Это очень тяжелое гнойное заболевание мы наблюдали как осложнение огнестрельных ранений этой области. В мирное время гнойный артрит лучезапястного сустава развивается как осложнение флегмоны срединного ладонного пространства и V-образной флегмоны.

При гнойном остеоартрите лучезапястного сустава, как правило, поражаются не все, а иногда и все восемь костей запястья и суставные концы костей предплечья.

Распространенность поражения костей при гнойном остеоартрите устанавливается предварительно по рентгенограмме. При операции артротомии и секвестрэктомии - удаляются все свободно лежащие костные фрагменты и острой ложкой очищаются обнаженные косточки. Артротомия выполняется одним (при изолированном поражении сустава только с лучевой или локтевой стороны) или двумя продольными параллельными разрезами над шиловидными отростками длиной 5-6 см, причем на 1,5-2 см ниже шиловидных отростков, что необходимо для доступа к суставу, секвестры удаляют долотом или костными щипцами.

К сожалению, больные поступают в стационар в сравнительно поздний срок уже развившегося гнойного остеоартрита лучезапястного сустава, поэтому при оперативном лечении трудно рассчитывать на полное восстановление функции сустава. Поэтому главная задача операции не только в удалении разрушенных костных фрагментов, но и в создании

условий, предупреждающих дальнейшее распространение гнойного процесса на кости запястья. Это возможно только при достаточно широкой артротомии и полноценном дренировании.

В тех случаях, когда есть полная уверенность в полноценности произведенной операции и после удаления разрушенных костных фрагментов образовалась единая полость без карманов, можно закончить операцию введением в полость тонкой полихлорвиниловой трубки для активной аспирации и зашиванием ран наглухо. Затем накладывается ладонная или тыльная гипсовая лонгета в функционально выгодном положении от пальцев до середины плеча и конечность подвешивается на косынку. Через активный дренаж один раз в сутки вводится раствор антибиотика, на 2-3 часа дренаж пережимается, а потом подключается сжатый баллон для активной аспирации. Если послеоперационный период протекает без осложнений, то с 3-4 суток начинается лечебная гимнастика - движения в пальцах, не снимая гипсовой лонгеты. На 5-6 день извлекается дренаж. На 8-10 день снимаются швы. На 14 сутки начинаются попытки активных движений в лучезапястном суставе со снятием в это время гипсовой лонгеты, и расширяется постепенно объем движений в лучезапястном суставе.

Однако в тех случаях, когда нет уверенности в достаточной радикальности операции, обе раны дренируются резиновыми полосками, а полость с двух сторон дренируется тампонами с антисептической мазью. Первая перевязка с преварительной содовой ванночкой делается не ранее 5-6 дня с последующими ванночками и перевязками через 2 суток и подводной гимнастикой. Имобилизация продолжается до полного выполнения ран грануляциями, на что уходит не менее 3-4 недель.

В этих случаях функция лучезапястного сустава восстанавливается не полностью, а заживление ран более длительное.

Учитывая то, что гнойный остеоартрит лучезапястного сустава является тяжелым заболеванием и, как правило, ведет к ограничению функции, очень важно проводить профилактику этого заболевания во всех случаях, которые могут вызвать нагноение в этой области. При ранениях области лучезапястного сустава выполняется тщательный туалет раны и окружающей кожи, при показаниях - ранняя и полноценная первичная хирургическая обработка, новокаин-линкомициновая блокада и

иммобилизация гипсовой лонгетой в функционально выгодном положении от пальцев до середины плеча. При ушибах, переломах - также новокаин-линкомициновая футлярная блокада лучезапястного сустава, пункция гематомы и местное введение в нее антибиотиков с новокаином. Обязательна также иммобилизация гипсовой лонгетой на несколько дней при ушибах и несколько недель при переломах.

РАЗДЕЛ VI

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ОТКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КИСТИ

Открытые повреждения кисти отмечаются в 55-70% больных при травмах этого участка.

При классификации открытые повреждения кисти разделяем на шесть клинических групп:

- 1) переломы и дефекты кожных покровов;
- 2) переломы с повреждением сухожилий, дефектом кожи;
- 3) открытые вывихи с повреждениями сухожилий;
- 4) повреждения сухожилий и дефект кожи;
- 5) длительное сдавление кисти с повреждением кожи, сухожилий;
- 6) огнестрельные повреждения.

Организация и тактика лечения открытых травматических повреждений кисти

Методика лечения включает три этапа: догоспитальный, госпитальный, амбулаторный.

Первый (догоспитальный) этап.

Первая медицинская помощь включает обработку кожи вокруг раны растворами антисептиков (стерилиум, бетадин, спирт), наложение асептической повязки. Кровоостанавливающий жгут накладывается только при повреждении магистральных сосудов (артерий и вен ладонной дуги, пальцевых артерий). Обязательно транспортная иммобилизация, введение анальгетиков, при необходимости - наркотических.

Врачебная помощь на травмпункте, в поликлинике состоит в выяснении анамнестических данных, механизма травмы; в тех случаях, если пострадавшему не проводилась активная

иммунизация, вводят 3000 ЕД противостолбнячной сыворотки и 0,5 мл столбнячного анатоксина. Проводится рентгенологическое исследование поврежденной кисти в двух проекциях.

После оценки общего состояния, проводим первичную хирургическую обработку, обязательно посев из раны на выявление микрофлоры и чувствительность к антибиотикам.

Кисть и предплечье фиксируем гипсовой лонгетой или шиной, в функционально-выгодном положении.

Второй (госпитальный) этап.

На госпитальном этапе пострадавшему оказывается квалифицированная помощь. Этот этап включает три периода: подготовительный или предоперационный, операционный и послеоперационный.

В предоперационном периоде проводим детальное обследование пострадавшего, рентгенограммы выполняем с обязательным захватом ближних костно-суставных участков.

При исследовании целостности сухожилий обращаем внимание на объем движений в межфаланговых суставах, возможность выполнения боковых движений в пястно-фаланговых суставах.

Определение наличия поврежденных сухожилий не просто, даже при знании функциональной анатомии. Нередко пострадавший не может выполнить указанных движений из за повреждения костей, наличия боли. Диагноз, как правило, устанавливается во время операции.

В первые 24-48 часов лечение заключается в ликвидации нарушенного венозного и лимфатического оттока, сама операция откладывается на 2-3 суток.

В зависимости от сроков оперативного вмешательства, операции разделяем на ранние (первые 24 часа, до развития инфекционного осложнения), отсроченную (24-48 часов) и позднюю (при наличии нагноения раны) хирургическую обработку.

Интерес представляет методика лечения в абактериальной среде с использованием двух основных типов абактериальных изоляторов:

1) общие изоляторы-палаты или операционные с ламинарным потоком стерильного воздуха, которые используются для общей изоляции больных;

2) местные изоляторы для создания абактериальных условий отдельных участков тела или операционной раны.

Второй период - первично-восстановительных операций является решающим в плане хирургического лечения.

При открытых травмах, кроме заключительной хирургической обработки раны, выделяем следующие виды хирургических восстановительных операций:

- 1) остеосинтез костей кисти и пальцев;
- 2) пластика костных дефектов;
- 3) сухожильный шов поврежденных сухожилий;
- 4) пластика дефектов сухожильной ткани;
- 5) шов поврежденного нерва;
- 6) формирование оторванного большого пальца;
- 7) кожная пластика (свободным лоскутом).

Во время хирургического вмешательства необходимо трижды менять инструменты и белье, обрабатывать кисть и рану растворами антисептиков. Первую смену после повторной обработки антисептиками поврежденной кисти; вторую - после иссечения нежизнеспособных тканей; третью - после завершения восстановительных операций - сухожильного шва, остеосинтеза, костной и кожной пластики.

Для успешного восстановительного лечения открытых травматических повреждений кисти, сухожилий, нервов и дефектов кожных покровов, последовательность проведения оперативных вмешательств, после завершения санации ран и отсроченной хирургической обработки выполняется в следующей последовательности: восстановление костей, затем сухожилий, нервов и, наконец, кожная пластика дефектов.

РАЗДЕЛ VII

Обезболивание при операциях на пальцах и кисти

При различных гнойно-воспалительных заболеваниях пальцев и кисти, как правило, приходится применять оперативное лечение в виде анатомически обоснованных, целесообразных и достаточно широких разрезов. Для проведения такой полноценной и тщательной операции необходимо полноценное и рациональное обезболивание. Наш опыт в несколько тысяч различных операций на кисти и пальцах показывает, что наиболее полноценное обезболивание для любой операции достигается проводниковой невралгической анестезией.

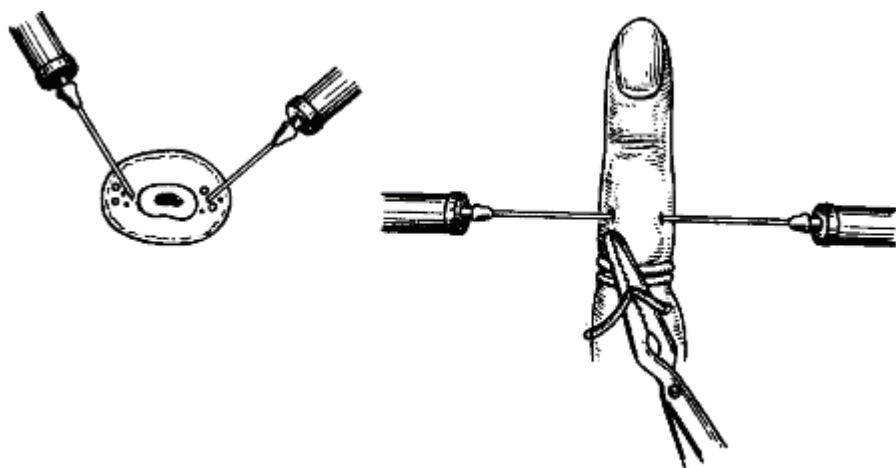


Рис.27

Схема регионарной анестезии у основания пальца.

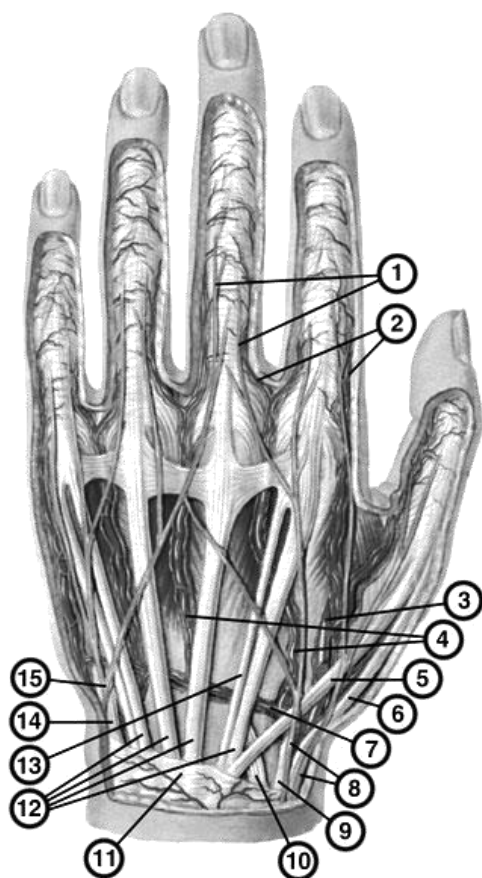


Рис.28 СОСУДЫ И НЕРВЫ ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЛЕВОЙ КИСТИ:

1-тыльные пальцевые нервы; 2 тыльные пальцевые артерии; 3 - лучевая артерия; 4 - тыльные пястные артерии; 5 - сухожилие длинного разгибателя большого пальца; 6 - сухожилие короткого разгибателя большого пальца; 7 - тыльная лучезапястная ветвь лучевой артерии; 8 - разветвление поверхностной ветви лучевого нерва; 9 - сухожилие длинного лучевого разгибателя запястья; 10 - сухожилие короткого лучевого разгибателя запястья;

- 11 - держатель разгибателей; 12 - сухожилия разгибателей пальцев;
13 - сухожилие разгибателя указательного пальца;
14 - сухожилие локтевого разгибателя запястья;
15 - тыльная ветвь локтевого нерва.

1.Анестезия при операциях на пальцах

Для операции на пальце лучше пользоваться несколько видоизмененным методом проводникового обезболивания А.И. Лукашевича, предложенного им еще в 1886 году. Эта анестезия выполняется из двух уколов с тыльной стороны основания пальца, где кожа менее чувствительна и клетчатка более рыхлая, чем на ладонной стороне.

С первого укола игла продвигается под кожей в поперечном направлении до точки второго укола и на всем пути вводится 0,5 - 1% раствор новокаина без адреналина 2-3 мл. Это делается для того, чтобы второй укол был совсем безболезненный. Затем с первого укола игла доводится до кости, куда вводится также 2-3 мл новокаина (лидокаина), и наконец, с этого же укола в третий раз меняется направление иглы, продвигается перпендикулярно к оси фаланги - до ладонной поверхности и вводится еще 2-3 мл раствора. С другой укола, что уже выполняется безболезненно, игла продвигается в двух направлениях - до кости и к ладонной поверхности, куда вводится также по 2-3 мл 0,5% раствора новокаина (рис. 27).

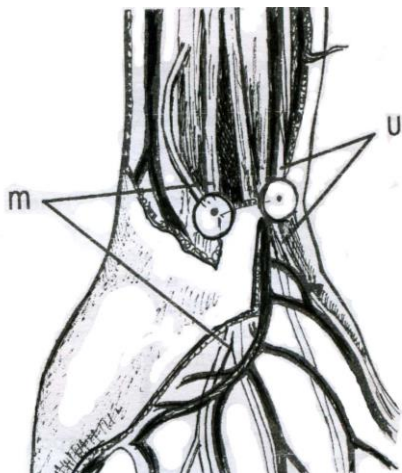


Рис. 29. Расположение срединного и локтевого нервов над ладонной лучевой-запястной связкой. Показан уровень уколов иглы для подведения анестезирующего раствора к указанным нервам.

Таким образом, блокируются все четыре пальцевые нерва. Для обезболивания пальца расходуется 8-12 мл 0,5 - 1% новокаина. Адреналин в раствор новокаина при анестезии пальцев не добавляется, он у некоторых людей может привести к длительным трофическим расстройствам. Для продления анестезии накладывается жгут из тонкой перчаточной резины на основание пальца под местом выполнения анестезии. Полная анестезия наступает через 3-5 минут и держится 30-40 минут, вернее, пока лежит жгут. Анестезия исчезает через 10-15 минут после того, как снят жгут. Если соблюдать указанные выше методики, то абсолютная безболезненность наблюдается во всех случаях.

2. ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА КИСТИ

Для операций на кисти выполняется проводниковое обезболивание срединного, локтевого и поверхностного лучевого нервов на уровне лучезапястного сустава.



Рис. 30 Проекция уколов иглы из точек на коже на уровне дистальной лучезапястной складки

Срединный и локтевой нервы переходят с предплечья на кисть в виде отдельно стоящих стволов, а лучевой нерв (его поверхностная ветвь) переходит на кисть в виде двух-трех подкожных стволов, располагаясь под кожей на тыльно-лучевой стороне лучезапястного сустава в области так называемой «анатомической табакерки». Необходимо учитывать, что на кисти и на пальцах все эти нервы друг с другом анастомозируют. Поэтому для операций даже на какой-либо одной части кисти стоит блокировать все три нервы.

1) Блокада срединного нерва.

Срединный нерв проходит на передней поверхности предплечья между глубокими и поверхностными сгибателями пальцев. В нижнем отделе предплечья нерв, выходя из-под лучевого края поверхностного сгибателя пальцев, на некотором протяжении прикрыт только тонким сухожилием длинной ладонной мышцы. В этом месте блокада срединного нерва обеспечивает наиболее полноценное обезболивание.

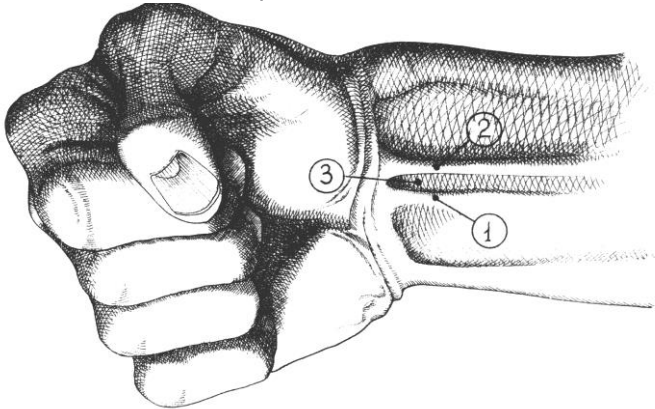


Рис.31 Внешние ориентиры и точка укола при блокаде срединного нерва на уровне запястья: 1 - сухожилие длинной ладонной мышцы; 2 - сухожилие лучевого сгибателя кисти; 3 - точка вкола

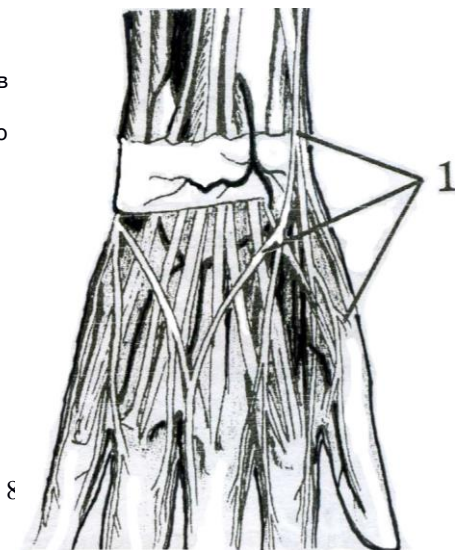
Ориентиром для укола иглы является иногда хорошо выраженное сухожилие длинной ладонной мышцы, сквозь

которое и вводится игла на уровне лучезапястной складки. В некоторых случаях сухожилие длинной ладонной мышцы не удается проследить, особенно у тучных людей. Поэтому ориентироваться по нему не всегда возможно. Более постоянным ориентиром является бугорок большой многогранной кости. По локтевому краю бугорка большой многогранной кости проходит срединный нерв, ложась под сухожилием длинной ладонной мышцы и идя затем под поперечную связку запястья (рис. 30). Бугорок многогранной кости хорошо прощупывается под кожей даже у очень тучных людей. По локтевому краю этого бугорка на уровне лучезапястной складки делается укол на глубину 0,5-0,7 см (рис. 31). Игла вводится не перпендикулярно коже, а под углом до ладони в 45° , чтобы анестезирующее вещество распространялось чуть выше поперечной связки запястья. Прокалывается кожа, подкожная клетчатка, сухожилие длинной ладонной мышцы и фасция предплечья. Обычно при соблюдении проекционной точки и направления игла достаточно точно попадает в нерв и появляется парестезия в I-II-III пальцах или в одном из них. Особенно настойчиво добиваться парестезии не надо, потому что несмотря на отсутствие ее, при выполнении всех деталей техники, наступает хорошая анестезия. Сюда вводится 2 мл 2% новокаина..

2) Блокада локтевого нерва.

Локтевой нерв, переходя на кисть, ложится по лучевому краю гороховидной косточки, где его расположение очень постоянное (рис. 29).

Рис. 32 Расположение поверхностных чувствительных веточек лучевого нерва в месте перехода их с предплечья на кисть по тыльно-лучевому краю лучезапястного сустава (участок «анатомической табакерки»). Стрелкой указано распространение новокаинового инфильтрата в подкожной клетчатке над фасцией.



В этом месте выполняется блокада локтевого нерва. Укол иглы выполняется перпендикулярно коже по лучевому краю гороховидной косточки, которая прощупывается хорошо под кожей (рис. 32). На глубине 0,5-0,7 см игла встречает нерв, лежащий на кости. Парестезия, что появляется в IV-V пальцах указывает, что конец иглы касается локтевого нерва. Сюда вводится 2 мл 2% новокаина с адреналином и 5 мл 0,25% новокаина. Анестезия обычно наступает через 3-5 минут.

3) Блокада лучевого нерва.

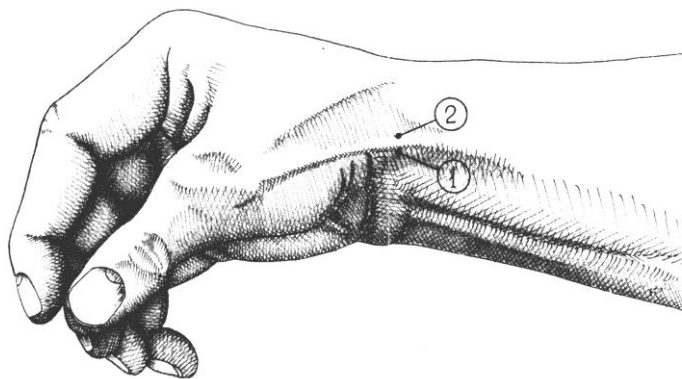
В чувствительной иннервации кисти участвует только поверхностная ветвь лучевого нерва. Эта ветвь в верхних двух третях предплечья проходит по ладонной стороне его и сопровождает лучевую артерию. На границе средней и нижней трети предплечья поверхностная ветвь лучевого нерва переходит на тыльную поверхность предплечья, где проходит фасцию и двумя-тремя подкожными веточками переходит на тыл кисти. На уровне лучезапястного сустава эти веточки проходят по тыльно-лучевой стороне лучезапястного сустава, немного шире области «анатомической табакерки» (рис. 32).

Для блокады этих веточек выполняется поперечная подкожная инфильтрация 2% раствором новокаина с адреналином в количестве до 2 мл из одного укола в области «анатомической табакерки» (рис. 33).

Этого достаточно для анестезии всего участка разветвления лучевого нерва на кисти. Анестезия наступает через 3-5 минут.

Рис. 33

Место укола иглы на коже над «анатомической табакеркой» для блокады чувствительных поверхностных веточек лучевого нерва:
1 - лучевая артерия;
2 - точка



вкола иглы.

3) Блокада плечевого сплетения.

В случае распространения воспалительного процесса на запястье, предплечье можно выполнить блокаду плечевого сплетения.

Методика проведения. Положение больного - на спине с отведенной в плечевом суставе под прямым углом и ротированной кнаружи конечности на уровне прикрепления к плечевой кости большой грудной мышцы и широкой мышцы спины накладываем жгут (рис. 34).

Точку укола иглы определяют в паховой ямке в месте пульсации подмышечной артерии, над головкой плечевой кости.

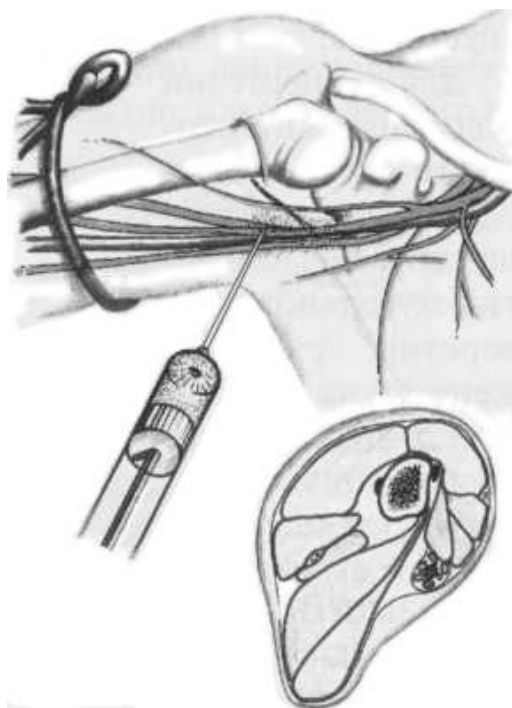


Рис. 34 Подмышечная анестезия плечевого сплетения; 1 - подмышечная артерия; 2 - место укола иглы; 3 - жгут.

Иглу вводят перпендикулярно оси плечевой кости. Необходимо получить парестезию. Иглой манипулируют с одного кожного прокола. Обезболивающий раствор объемом не менее 40 мл нужно вводить спереди и сзади от подмышечной артерии. Жгут снимают через 3-5 минут после введения раствора. Анестезия плечевого сплетения облегчает оперативное вмешательство, так как вызывает расслабление мышц предплечья и мышц кисти.

Ретроградная внутривенная анестезия показана при сравнительно непродолжительных операциях. На плечо накладываем манжету с манометром и вводим в вену в области локтевого сгиба 50-60 мл 0,5% раствора новокаина. Анальгезия наступает раньше, чем при внутрикостной анестезии, к раствору новокаина можем добавлять антибиотики, тогда манжету не снимаем в течении 10-15 минут.

3. ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Общее обезболивание применяется при флегмонах фасциального пространства тенара и гипотенара, U-образной флегмоне и ее осложнении попаданием гноя в пространство Пирогова-Парона на предплечье. Это, как правило, внутривенный наркоз препаратами короткого и ультракороткого действия. Метод прост, больные быстро входят в наркоз, а также быстро выходят из него.

Раздел VIII ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ РАН КИСТИ

1. ВЫБОР ПРЕПАРАТОВ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ

Местное лечение гнойных ран проводится в зависимости от фазы раневого процесса.

ЛЕЧЕНИЕ РАН КИСТИ В I ФАЗЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

Задачами лечения в I фазе раневого процесса являются отторжение некроза, эвакуация раневого отделяемого, улучшение трофики тканей, борьба с инфекцией.

Применяются средства, обладающие гидрофильными, некролитическими, а также антибактериальными свойствами.

Практически всеми этими качествами обладают мази, изготовленные на водорастворимой основе — Левосин, Левомеколь, Браунодин, 5% диоксидиновая мазь, 10 % мазь мафенида ацетата и др. Полиэтиленгликолевая основа перечисленных мазей (фракция с молекулярной массой 1400) обеспечивает выраженный гидрофильный эффект продолжительностью до 20 час. При этом объем впитываемой жидкости превышает аналогичный эффект 10 % раствора хлорида натрия в 10-20 раз. Благодаря такому уникальному свойству перевязку раненого, больного достаточно производить 1 раз в сутки. Применение водорастворимых мазей быстро купирует отечность поврежденных тканей, уменьшает раневую экссудацию, способствует отторжению омертвевших тканей, оказывает выраженное обезболивающее действие (за счет включения местного анестетика).

Из новых мазей заслуживает особого внимания отечественный препарат — Стрептолавен, в состав которого входит энзим микробного происхождения (стрептолизин), антимикробный препарат мирамистин и сбалансированная по осмотическому действию основа, не вызывающая пересушивание тканей ран.

При наличии в ране грамотрицательных бактерий, в частности, синегнойной палочки, рекомендуется применять 10% мазь Браунодин, 10% мазь мафенида ацетата, 5 % диоксидиновую мазь, мазь Диоксиколь, мазь Нитацид. Для лечения неспорогенной анаэробной инфекции в сочетании с аэробной целесообразно использовать 5 % диоксидиновую мазь, а также мазь Диоксиколь.

При выборе антисептиков, используемых как с профилактической, так и с лечебной целью, предпочтение отдается препаратам с универсальным, широким или умеренным спектром действия, активным против смешанной микрофлоры, обладающим бактериоцидным или бактериостатическим действием.

В практике лечения ран достаточно широко используются новые комплексные соединения йода с поливинилпирролидоном, выпускаемые разными фирмами под названиями Повидон-йод, Браунодин раствор, Бетадин. Йодофоры обладают почти универсальным спектром активности:

- подавляют грамположительные бактерии, включая энтерококки и микобактерии;
- подавляют грамотрицательные бактерии, в том числе — псевдомонады, ацинетобактерии, клебсиеллы, протей;
- подавляют споры бактерий, грибы, вирусы, включая вирусы гепатита В и С, энтеро- и аденовирусы, а также анаэробные, спорообразующие и аспорогенные бактерии.

Все возбудители раневой инфекции не обладают к йодофорам ни естественной, ни приобретенной резистентностью. На активность комплекса с поливинилпирролидоном не влияет присутствие крови, гнойного отделяемого или некротических тканей.

В отдельных случаях, при неэффективности или непереносимости антибактериальных препаратов других фармакологических групп, для лечения больных с раневой инфекцией, вызванной полирезистентной флорой, синегнойной палочкой и возбудителями неклостридиальной анаэробной инфекции целесообразно назначать 0,5% раствор диоксида. Этот препарат наиболее активен в отношении анаэробных бактерий *Clostridium spp.*, *Bacteroides spp.*, *P. melaninogenicus*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, а также аэробных грамотрицательных бактерий — *Ps. aeruginosa*, *E. coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Serratia spp.* Диоксидин хорошо совместим с другими антимикробными препаратами.

В последние годы в комплексном лечении гнойных ран используется антисептик из класса поверхностно-активных веществ — Мирамистин. Препарат активно воздействует на грамположительные и грамотрицательные бактерии, грибы, вирусы, простейшие, аэробные и анаэробные, спорообразующие и неспорообразующие микроорганизмы.

Для лечения поверхностных, гнойных и гнойно-некротических ран различной этиологии в фазе воспаления с успехом применяются биологически активные дренирующие сорбенты, основным компонентом которых является Гелевин с антимикробным препаратом диоксидин, протеолитическими ферментами, местным анестетиком (анилокаин), что позволяет проводить целенаправленную терапию раневого процесса в зависимости от выраженности тех или иных симптомов.

В последние годы появилась возможность успешно лечить раны, используя новый комбинированный препарат Банеоцин, содержащий два высокоактивных бактерицидных компонента — бацитрацин (полипептидный антибиотик, ингибирующий синтез клеточной оболочки бактерий) и неомидин (аминогликозид, ингибирующий синтез белков), между которыми существует синергизм. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о высокой активности банеоцина в отношении грамотрицательной и грамположительной флоры, аэробов и анаэробов. Компоненты препарата проявляют синергизм в отношении высокорезистентных госпитальных штаммов *Ps. aeruginosa*, *E. coli*, *S. aureus*. Для препарата Банеоцин характерно свойство создавать высокие бактерицидные концентрации в гнойном очаге и не оказывать системного влияния.

Ускоренному очищению гнойных ран способствует местное применение протеолитических ферментов в нативном виде (трипсин, химотрипсин) либо в иммобилизированной форме (дальцекс-трипсин и др.). Несмотря на различия по своей природе и механизму воздействия, эти препараты обладают общими для них протеолитическими, противовоспалительными, антикоагуляционными, дегидратационными свойствами. Кроме того, под их влиянием повышается эффективность применяемых антибактериальных средств, повышается чувствительность микрофлоры к антибиотикам и, соответственно, понижается порог ее резистентности к препаратам. На выбор ферментного препарата оказывают влияние особенности гнойного воспаления в ране или очаге.

Так, например, при обширных некрозах, фибриновых наложениях показано применение протеаз животного происхождения (трипсин, химотрипсин), а при наличии густого гноя — рибонуклеазы, дезоксирибонуклеазы. Достаточно эффективным препаратом из этой группы зарекомендовала себя мазь Ируксол.

Для размягчения сухого некроза путем его регидратации идеально подходит Аскина гель, который облегчает очищение раны от некротических масс, фибрина и других нежизнеспособных тканей.

Для достижения полного эффекта энзимотерапии необходимо соблюдение ряда условий. Прежде всего, требуется своевременно вскрыть очаг гнойно-инфекционного воспаления,

эвакуировать гнойно-некротический субстрат, промыть полость и тщательно осушить ее марлевыми тампонами. После этого в рану вносят порошкообразный препарат, который равномерно распределяют по ее поверхности, либо концентрируют в местах, наиболее подверженных последующему некрозу и нагноению. Возможно рыхлое тампонирование марлевыми салфетками, смоченными в 0,5–2 % растворе ферментного препарата (30–150 мг); в дальнейшем необходимы перевязки 1–2 раза в сутки. Благоприятное действие ферментов местно проявляется в ускорении некролиза, противовоспалительном и противоболевом эффекте; подавляется жизнедеятельность микробов, сокращается число и токсические свойства патогенных штаммов, улучшаются условия для воздействия антибиотиков; оживляется механизм фагоцитоза, пролиферация тканей; в крови исчезает С-реактивный белок, нормализуется протеинограмма.

Энзимотерапия противопоказана при сохранении на поверхности раны мазей, а также на фоне общей алергизации больного, при злокачественных опухолях и состояниях, угрожающих кровотечением (геморрагические диатезы, туберкулез легких, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, и т.п.).

Местное применение антибиотиков в растворе не обосновано по причине легкой инактивации, невозможности создать достаточные концентрации в тканях раны, учащения алергических реакций, быстрой генерации резистентных штаммов.

ЛЕЧЕНИЕ РАН ВО II ФАЗЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

Задачами лечения во II фазе являются борьба с инфекцией, защита грануляций, стимуляция репаративных процессов.

При выявлении признаков регенераторного процесса на фоне отсутствия обильного гноетечения и остающихся не резко выраженных симптомов воспаления возможно лечение ран под повязками с использованием йодсодержащих растворов: 7,5 % Браунодин, 10 % Бетадин, 1 % Йодопирон. Для пациентов на стадии созревания грануляций можно использовать жидкие антисептики — 1 % раствор диоксидина, Пронтосан раствор и

гель, обладающие возможностью инактивировать **био пленки**, в сочетании с атравматическими повязками, а также мази на водорастворимой основе (Левомиколь, Левосин, диоксициноловая мазь, диоксициноловая мазь, мазь Браунодин). Во второй фазе раневого процесса показано использование препарата Банеоцин в виде мази. На этом этапе желательно проведение бактериологического контроля раневого отделяемого, так как проводимая антибиотикотерапия может утратить эффективность в связи с выработкой устойчивости микроорганизмов или присоединением другой, чаще микозной, флоры.

ЛЕЧЕНИЕ РАН В III ФАЗЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

Задачами лечения в III фазе раневого процесса являются стимуляция репаративных процессов и эпителизации. При появлении признаков перехода раневого процесса в третью фазу используются мази и гели с незначительной осмотической активностью (гель Пронтосан, Метилдиоксилин, Аргосульфат, Катацел А, Бактробан 2%, Фузимет, Стрептонитол), масла Милиацил, Винилин.

Появление в стационарах новой мази Фузимет (комбинация фузидина натрия с метилурацилом) позволяет успешно лечить больных с выявленными в ранах метициллинорезистентными *S. aureus* (MRSA). Для стимуляции роста эпителия можно использовать Куриозин, Актовегин гель и мазь, Солкосерил гель и мазь, мазь Биопин 20 %, гель Регидин, препараты прополиса.

Такие препараты как ихтиоловая мазь, 10 % серно-дегтярная эмульсия касторового масла (линимент бальзамический по Вишневскому), линкомициновая мазь, эритромициновая мазь, тетрациклиновая мазь, гентамициновая мазь, стрептоцидовая мазь, 5 % линимент синтомицина еще 25-30 лет назад рассматривались как устаревшие, требующие замены ввиду их малой эффективности в хирургической практике вследствие недостаточной антимикробной активности, несоответствия их основы фазам раневого процесса. Однако подобные препараты могут быть использованы в качестве бюджетных раневых повязок.

2. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ

Раневое покрытие — это текстильный материал для закрытия ран в виде пленки, губки, геля и их комбинации .

Критерии оптимальной повязки:

- удерживает влагу, т. к. заживление язвы возможно лишь в естественной для нее влажной среде;
- поглощает или не нарушает отток экссудата;
- создает бактериальный барьер, предотвращая тем самым вторичное инфицирование и уменьшая сроки применения антибиотиков;
- предохраняет от травматизации;
- обеспечивает термоизоляцию;
- удаляется легко и без травматизации (атравматичность);
- обеспечивает доступ кислорода к ране.

ХАРАКТЕРИСТИКИ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ

Существует несколько групп повязок для лечения ран, имеющих определенные характеристики и качества и, соответственно, показания.

Альгинаты имеют большую впитывающую способность (элиминация бактерий и удаление фибрина), а также умеренный гемостатический эффект (например, Аскина Сорб, Сорбалгон).

Гидроколлоиды характеризуются умеренной впитывающей способностью с умеренным увлажнением сухих ран. Гидроколлоиды ускоряют процесс аутолиза (например, Аскина Гидро, Гидроколл, Аскина Биофилм).

Гидрогели по своим свойствам близки гидроколлоидам, однако сильнее увлажняют рану (рекомендуются Аскина гель, Гидросорб). Эти повязки также противопоказаны при ишемии.

Порошки имеют самую большую впитывающую способность и максимальное поглощение продуктов некроза.

Полиуретановые губчатые раневые покрытия обладают умеренной впитывающей способностью, зависящей от толщины повязки (Аскина Фоам, Пермафоам, Трансорбент).

Полупроницаемые пленки имеют поверхностный слой повязки, позволяющий выводить влагу и одновременно увлажнять сухие раны (Аскина Дерм, Тегадерм).

Особые типы повязок. TenderWet: перед применением повязка смачивается раствором Рингера. При нахождении на ране происходит смачивание ее раствором с поглощением

раневого отделяемого, фибрина, бактерий. TenderWet 24 activ уже содержит раствор Рингера, а TenderWet 24 activ cavity имеет форму полоски для заполнения сложных раневых каналов и полостей.

Аскина Калгитроль имеет широкий антимикробный спектр действия за счет высвобождения ионов серебра, не требует вторичных абсорбирующих повязок и активна в течение 7 суток.

Аскина Карбосорб — удобная повязка с толстым впитывающим слоем из вискозы и слоем активированного угля для поглощения бактерий и связывания запаха.

Сетчатые повязки. Основное свойство — атравматическое покрытие раны и предохранение ее от высыхания. Поверх повязки необходимо накладывать впитывающий материал или губку. Сетчатые повязки могут включать лекарственные компоненты. Например, повязка Branolind содержит перуанский бальзам с умеренным антисептическим эффектом.

Адсорбирующие повязки. Для лечения обильно экссудующих ран (трофические язвы при венозной и артериальной недостаточности, пролежни, донорские участки при трансплантации кожи) предпочтительно воспользоваться раневой повязкой Аскина Сорб, состоящей из кальция альгината, гиалуроновой кислоты и карбоксиметилцеллюлозы.

3. АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ

важнейшая составная часть комплексного лечения больных с гнойными заболеваниями кисти. Среди разнообразных антибактериальных средств центральное место принадлежит антибиотикам.

В связи с полиэтиологичностью современных видов хирургической инфекции, резистентностью многих штаммов часто приходится применять комбинацию антибактериальных средств. К показаниям для проведения комбинированной химиотерапии относятся:

— эмпирическое лечение хирургических инфекционных осложнений и заболеваний неизвестной этиологии;

— смешанный характер хирургической инфекции с участием различных микробных групп;

— тяжелые гнойно-септические осложнения и заболевания с генерализацией и инвазией инфекционного процесса (аденофлегмона, сепсис).

Необходимо избрать путь введения антибиотика, создающий максимально возможную концентрацию его в тканях, подверженных инфекционному процессу. Предпочтение отдается регионарному введению (внутриартериально, внутривенно под жгутом, эндолимфатически), используются также внутривенное и внутримышечное введения. Пероральное применение антибиотиков в гнойной хирургии, как правило, неэффективно.

В преодолении антибиотикорезистентности возбудителей хирургической инфекции важнейшим принципом является назначение антибиотиков по строгим показаниям. Целенаправленное применение химиопрепарата узкого спектра действия более предпочтительно, чем обладающего широким спектром (при условии одинаковой их эффективности в отношении выделенного возбудителя). Местное применение антибиотиков, особенно способствующее генерации устойчивых штаммов, следует сводить к минимуму, продиктованному строгими показаниями. Рекомендуется временное прекращение (на 6—12 мес.) профилактического использования того или иного антибиотика с одновременным значительным ограничением его применения для лечебных целей. За это время происходит многократное снижение процента возбудителей ране.

Тактика эмпирической антибактериальной терапии у больных с гнойными ранами

Режимы антибактериальной терапии

Легкая степень –

Амбулаторные пациенты

- Цефалексин (внутрь, 0,5 г 4 раза в сутки)
- Цефуросим аксетил (внутрь, 0,5 г 2 раза в сутки)
- Амоксициллин/клавуланат (внутрь, 0,625 г 3 раза в сутки или 1 г 2 раза в сутки)
- Клиндамицин (внутрь, 0,3 г 4 раза в сутки)

При выделении MRSA:

- Линезолид (внутрь 0,6 г 2 раза в сутки) или Ко-тримоксазол (внутрь, 0,96 г 2 раза в сутки)

Госпитализированные пациенты

- Цефазолин (в/в, 2 г 3 раза в сутки)
- Цефуросим (в/в, 1,5 г 3 раза в сутки)
- Амоксициллин/Клавуланат (в/в, 1,2 г 3–4 раза в сутки)
- Ампициллин/Сульбактам (в/в, 3 г 4 раза в сутки)

- Клиндамицин (в/в, 0,3–0,6 г 3–4 раза в сутки)

Умеренная степень: лечение в стационаре

Пациенты, не получавшие амбулаторно антибиотики

- Амоксициллин/Клавуланат (в/в, 1,2 г 3–4 раза в сутки)

- Ампициллин/Сульбактам (в/в, 3 г 4 раза в сутки)

- Клиндамицин (в/в, 0,3–0,6 г 3–4 раза в сутки)+ Цефуроксим (в/в, 1,5 г 3 раза в сутки), или Цефтриаксон (в/в, 2 г 1–2 раза в сутки), или Цефотаксим (в/в, 2 г 3–4 раза в сутки)

Пациенты, получавшие антибиотики

- Левофлоксацин (в/в, 0,75-1 г 1 раз в сутки) ± Метронидазол (в/в, 0,5 г 3 раза в сутки)

- Моксифлоксацин (в/в, 0,4 г 1 раз в сутки)

- Офлоксацин (в/в, 0,4 г 2 раза в сутки) + Клиндамицин (в/в, 0,6 г 3–4 раза в сутки)

- Пиперациллин/Тазобактам (в/в, 4,5 г 3–4 раза в сутки)

- Эртапенем (в/в, 1 г 1 раз в сутки)

При риске MRSA:

+ Линезолид (в/в или внутрь, 0,6 г 2 раза в сутки) или Ко-тримоксазол (в/в или внутрь, 0,96 г 2 раза в сутки) к любому режиму терапии или Тигециклин (в/в, однократно 100 мг, затем 50 мг 2 раза в сутки) — монотерапия

Остеомиелит

- Фторхинолон (Ципрофлоксацин, или Офлоксацин, или Левофлоксацин) ± Клиндамицин (в/в, 0,6 г 4 раза в сутки) ± Рифампицин (в/в или внутрь, 0,3 г 2 раза в сутки)

- Линезолид (в/в или внутрь, 0,6 г 2 раза в сутки) ± Фторхинолон

Тяжелая степень:

сепсис

Без острой почечной недостаточности

- Левофлоксацин (в/в, 0,75–1 г 1 раз в сутки) или Ципрофлоксацин (в/в, 0,4 г 2–3 раза в сутки) + Метронидазол (в/в, 0,5 г 3 раза в сутки)

- Пиперациллин/Тазобактам (в/в, 4,5 г 3–4 раза в сутки)

- Цефоперазон/Сульбактам (в/в, 4 г 2–3 раза в сутки)

- Эртапенем (в/в, 1 г 1 раз в сутки)

- Имипенем (в/в, 1 г 3–4 раза в сутки)

- Меропенем (в/в, 1 г 3–4 раза в сутки)

При риске MRSA:

+ Линезолид или Ванкомицин к любому режиму терапии

С острой почечной недостаточностью/септическим шоком

Имипенем (в/в, 1 г 3–4 раза в сутки) или Меропенем (в/в, 1 г 3–4 раза в сутки) + Линезолид (в/в, 0,6 г 2 раза в сутки) или Ванкомицин (в/в, 15 мг/кг 2 раза в сутки)

4. ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

направлена на снижение всасывания токсинов из очага поражения, разведение, связывание и выведение токсинов из кровеносного русла. В клинической практике применяются методы форсированного диуреза, плазмообмена, экстракорпоральной детоксикации (гемо-, плазмо-, лимфосорбция), перитонеальный диализ, гемодиализ.

5. ГЕМОФИЛЬТРАЦИЯ

предназначена для удаления продуктов метаболизма путем конвекционного транспорта веществ, растворенных в плазме крови, через высокопористую мембрану за счет создания трансмембранного давления. Противопоказанием к проведению плазмафереза являются выраженное угнетение сердечной деятельности с некорректируемой артериальной гипотонией, различные проявления геморрагического синдрома (желудочно-кишечное кровотечение и др.).

6. ГЕМОДИАЛИЗ

показан при развитии почечной недостаточности для временного замещения функции почек с целью поддержания баланса жидкости и электролитов.

7. ТРАНСФУЗИОННО-ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

проводится с целью устранения расстройств кислотно-основного состояния, электролитного и белкового обмена, нормализации анаболических процессов, восполнения энергетических затрат организма.

Показаниями к ней являются тяжелые раневые инфекции, послеоперационные осложнения и гнойные заболевания (например, острый остеомиелит, злокачественный карбункул, флегмоны клетчаточных пространств и др.), генерализованные формы инфекции, сопровождающиеся выраженной эндогенной интоксикацией. Инфузионная терапия нередко требуется и при более легких формах инфекции, развивающихся у больных с

сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, заболевания сосудов и др.).

Для устранения гиповолемии, обусловленной превалирующим дефицитом глобулярного объема, при средней и тяжелой степени анемии, являющейся следствием тяжелой интоксикации, показаны трансфузии эритроцитарной массы. Одновременно показано назначение стимуляторов кроветворения.

Развившаяся гипопроотеинемия служит показанием к переливаниям альбумина. При выраженной диспротеинемии, истощении резерва тканевых белков (хронические гнойные процессы — остеомиелит) для восполнения белкового дефицита необходимы растворы аминокислот (Аминоплазмаль). Следует заметить, что гемотрансфузии, переливания плазмозаменителей, помимо прочих свойств, обладают дезинтоксикационным действием, а восстановление содержания и качественного состава белков плазмы очень важно для нормализации противоинфекционной защиты организма.

При ограниченном гнойном процессе нарушения водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния обычно незначительны и быстро исчезают после хирургической санации очага воспаления. При тяжелом гнойном процессе необходима целенаправленная коррекция этих нарушений путем инфузий растворов глюкозы, электролитов, бикарбоната натрия, коллоидных плазмозаменителей. Нарушения электролитного баланса наиболее выражены в стадии гнойно-некротического воспаления. Объем и содержание инфузионной терапии рассчитываются индивидуально на основании данных лабораторных исследований с учетом суточных потребностей в электролитах, жидкости.

8. ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

является важным звеном современного комплексного лечения хирургической инфекции. Развитие нарушений иммунитета при тяжелом течении гнойной хирургической инфекции связано с обширными инфицированными ранами с высокой бактериальной инвазией. Интенсивное потребление факторов клеточного и гуморального иммунитета приводит к развитию вторичного иммунодефицита. С целью коррекции этого временного дефицита применяют иммуномодуляторы. Наиболее широко используют интерфероны, левамизол, препараты

вилочковой железы. Тем не менее, при длительном введении и больших дозах эти препараты подавляют выработку собственных иммунных клеток. В последнее время все большее внимание уделяют созданным методом генной инженерии цитокинам, в частности, интерлейкинам, имеющим широкие показания к применению при иммунодефицитных состояниях. Созданы и используются в лечении человеческие рекомбинантные интерлейкин-1b и интерлейкин-2.

Активную иммунизацию анатоксинами и вакцинами используют с профилактической целью, дабы подготовить больного к борьбе с инфекцией собственными силами. Это достигается введением неспецифического гамма-глобулина, белковых препаратов, гипериммунной антистафилококковой плазмы, антистафилококкового гамма-глобулина, стафилококкового анатоксина, специфической антитоксической сыворотки и др. До санации гнойного очага и в фазе напряжения предпочтительна пассивная иммунотерапия с последующим переходом на активную иммунизацию.

При проведении иммунокорректирующей терапии необходимо устранять не только дефицит факторов иммунного ответа, но и предупреждать или устранять опасность их чрезмерной стимуляции и развития гиперергических реакций, что возможно лишь в условиях постоянного и квалифицированного лабораторного контроля.

9. ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ И ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Недооценка длительных и высоких белково-энергетических потерь — одна из основных причин неудовлетворительных результатов лечения больных с тяжелым течением гнойной инфекции.

Большая потеря мышечной массы приводит к необратимым дистрофическим изменениям внутренних органов и нарушению всех видов обмена веществ. Метаболические потери у больных с тяжелыми формами хирургической инфекции возрастают в среднем на 50 %, а суммарные суточные белково-энергетические потери больных достигают 2,5 г/кг белка и 40–50 ккал/кг массы тела. Проблема адекватного восполнения потерь азота и белка при тяжелом течении хирургической инфекции становится одним из основных компонентов интенсивной терапии.

Энергетические потери восполняют концентрированными (до 20–40 %) растворами глюкозы с соответствующей

дозировкой инсулина (4 г глюкозы — 1 ед. инсулина). Второй источник энергии при парентеральном питании—жировые эмульсии (Липофундин, Липоплюс и др.). Варианты лечебного питания—парентеральное (внутривенное), энтеральное (зондовое), комбинированное. Вариант питания зависит от функционального состояния желудочно-кишечного тракта. Энтеральное питание дозированное введение специализированных смесей (Нутрикомп, Нутрикомп Энергия Файбер, Нутрикомп иммунный и др.) через назогастральный зонд в желудок или тонкую кишку.

Больным сепсисом в течение первых 7–10 дней показано проведение комбинированного питания с восполнением 50 % потерь энтерально и 50 % — парентерально, так как в полном объеме (2500–3000 ккал) только парентерально или энтерально восполнить метаболические потери невозможно. Энтеральное питание проводится при достаточной (по клинико-лабораторным данным) функции ЖКТ через назогастральный зонд. Критерии эффективности лечебного питания: положительный азотистый баланс, положительная динамика массы тела, уровня общего белка и альбумина плазмы крови.

Таким образом, этиопатогенетическое многообразие гнойных ран при заболеваниях кисти, их осложнениях, требует знания и применения всего спектра средств, способствующих ускорению течения раневого процесса, а также улучшению качества жизни пациентов.

10. ДРЕНИРОВАНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИСТИ

Операция является основой лечения гнойных заболеваний пальцев и кисти, дренирование может быть разным, в зависимости от вида гнояника.

Используются марлевые турунды, перчаточную резину, резиновые и полихлорвиниловые трубки. Для повышения дренирующих свойств применяются гипертонические растворы, мази на водорастворимой основе и ферментосодержащие.

Общее правило дренирования гнояников - широкий разрез для достаточного оттока гноя, но некоторые анатомические особенности кисти, не всегда позволяют провести широкий разрез, это и определяет выбор метода дренирования. Мазевые турунды, особенно при недостаточных разрезах, играют роль "

пробки ', и задерживают отток гноя, что приводит к усилению воспалительного процесса.

Уже в первые часы после введения в рану марлевые полоски пропитываются гноем и кровью, дренирование прекращается, экссудат задерживается, боль остается.

При замене марлевого дренажа повреждаются грануляции, рана начинает кровоточить, раздражение нервов причиняет боль. Резиновые полоски не прорастают грануляциями, легко и безболезненно удаляются из раны, не требуют частой замены и широких разрезов.

Недостатки резиновых дренажей:

- не обеспечивают быстрого отторжения некротизированных тканей
- дренирование пассивное, что ведет к увеличению сроков лечения и нетрудоспособности.

Дренирование резиновыми и полихлорвиниловыми трубками проводится после гемостаза, зажимом проводятся трубки в рану и промываются растворами антисептиков.

В стационарных условиях можно наладить капельное промывание полости гнойника.

Окончатый резиновый или полихлорвиниловый трубчатый дренаж достаточно раскрывает гнойно-некротические полости, обеспечивает отток из раны, позволяет насквозь проходить рану и орошать гнойную полость растворами антисептиков, антибиотиков и механически удалять при промывке остатки некротизированных тканей.

Постоянный трубчатый дренаж в ране делает перевязки менее болезненными и широко применяется в хирургии кисти и пальцев.

11. Методы, дополняющие хирургическую обработку гнойных ран пальцев и кисти

Улучшение технического уровня медицины открывает новые возможности для улучшения результатов хирургической обработки гнойных ран.

Обработка раны пульсирующей струей антисептической жидкости в 3-4 раза эффективнее удаляет из раны детрит и микро-организмы, уменьшается бактериальное загрязнение. Эффект обработки объясняется в основном механическим

воздействием на рану. Наиболее эффективна обработка раны пульсирующей струей растворами антибиотиков.

Вакуумная обработка гнойной раны кисти. Для обработки используется операционный вакуум-отсос со специальными насадками, которые прижимаются к стенкам раны, удаляется свободный детрит и слабо фиксированные участки некротических тканей, инородных тел и микрогематом. Одновременно проводится орошение ран растворами антисептиков.

Механизм действия данного метода заключается в очистке раны, улучшении микроциркуляции, лимфооттока.

Обработка гнойной раны лучами лазера. Преимуществом данного метода является быстрое одномоментное удаление поврежденных тканей. Кровотечение предупреждается эффектом фотокоагуляции, незначительная травматизация, стерилизующее воздействие на раневую поверхность.

Обработка гнойной раны ультразвуком. Проводится ультразвуковая кавитация гнойной раны, полость которой заполняется растворами антисептиков. Механизм действия проявляется в подавлении роста микрофлоры, быстром очищении раны и развитии грануляций. Время обработки в среднем колеблется от 3 до 10 минут.

Низкочастотный ультразвук ускоряет очищение раны за счет кавитационного разрушения клеточных элементов, выделения лизосомальных энзимов, бактерицидных катионных белков. Эти факторы ускоряют протеолитическую активность экссудата, стимулируют фагоцитарную и антибактериальную активность нейтрофилов.

Средне-частотный ультразвук стимулирует вторую фазу раневого процесса, что проявляется ускоренной организацией грануляционной ткани.

Криохирургия гнойных ран кисти. В ранах, которые подвергались низкотемпературному воздействию, количество микроорганизмов становится ниже критического уровня, уменьшается ацидоз раневого содержимого, повышается бактерицидная и фагоцитарная активность лейкоцитов. В результате этого ускоряется очищение и регенерация. На кисти, пальцах, где есть гнойные раны, методика лечения заключается в криоапликации (-196 С).

12. Физиотерапевтические методы лечения

гнойно - воспалительных заболеваний кисти

Существенным дополнением к хирургическому лечению являются физиотерапевтические процедуры.

Электрофорез протеолитическими ферментами, УВЧ-терапия, ультрафиолетовое облучение ран. При начальных (серозно-инфильтративных) формах эффективным методом консервативной терапии является электрофорез с трипсином, химиотрипсином. Применение этого метода в начальных стадиях воспаления приводит к быстрому обратному развитию процесса и тем самым предупреждает переход в гнойно - некротическую стадию.

Как правило, назначаемый комплекс физиотерапевтических процедур, а также ЛФК должен быть направлен на снятие воспалительных признаков, отека, боли, смягчения рубцов, улучшение кровообращения и трофики тканей пальцев и кисти.

Для улучшения трофики тканей, смягчения рубцов наиболее эффективны: 1) озокеритовые и парафиновые аппликации, после которых назначаем электрофорез или диадинамофорез с лидазой; 2) фонофорез с лидазой, гидрокортизоновой мазью. При введении препаратов с помощью ультразвука улучшаются диффузные процессы и усиливается физиотерапевтическое воздействие вышеуказанных препаратов. Из медикаментозных препаратов для смягчения рубцов можно применять трипсин, лидазу.

Для стимуляции регенерации нервов после оперативного вмешательства назначают витамины группы В, прозерин, массаж, ванночки.

С целью сохранения активности денервированных мышц кисти для реиннервации применяется их электростимуляция.

Физиотерапевтические процедуры проводят курсами по 10-15, потом делается перерыв до 2-х месяцев и при наличии показаний курс лечения повторяют.

ЛФК выполняют под руководством методиста. Активные движения постепенно усложняют и проводят с постоянно нарастающими нагрузками

Ситуационные задачи

1. Больной К., 26 лет, жалуется на боль в правой кисти в

течении 4 суток. Боль вначале появилась у основания II и III пальцев. Затем стали быстро нарастать отек и припухлость тыла кисти. II и III пальцы полусогнуты в межфаланговых суставах, разогнуты и разведены в пястно-фаланговых суставах, кисть имеет вид "граблей". Ваш диагноз и тактика лечения данного больного?

Ответ: У больного флегмона второго межфалангового пространства правой кисти. Ему необходимо оперативное вмешательство - раскрытие гнояника в области наибольшей болезненности по ладонной поверхности продольным разрезом в межпальцевом промежутке с контрапертурой или без нее на тыле кисти. После вмешательства необходимо иммобилизовать кисть.

2. На прием к хирургу пришла 53-летняя женщина с жалобами на зуд и жжение кожи на III пальце левой кисти. Из анамнеза стало известно, что 3 дня назад пациентка дома разделявала рыбу и костью уколола палец. Через день появились отек на пальце, покраснение кожи. При осмотре на тыльно-боковой поверхности пальца отмечается пятно гиперемии кожи с синюшно-фиолетовым оттенком. Края покрасневшие, фестончатые. Палец отечный, движения в межфаланговых суставах ограничены, болезненные. О каком заболевании нужно думать? С какой патологией необходимо проводить дифференциальную диагностику? Какой метод лечения будет применен у данной больной?

Ответ: У больной скорее всего имеет место эризипелоид III пальца левой кисти, кожная форма. Это заболевание необходимо дифференцировать с кожным, подкожным и суставным панарицием, экссудативной эритемой, артритом. Больной показано консервативное лечение.

3. Больная жалуется на сильную пульсирующую боль во II пальце правой кисти. Четверо суток тому уколола палец при разделке рыбы. Последние две ночи из-за боли не могла спать. Ногтевая фаланга пальца отечная, отмечается припухлость и резкая болезненность по ее ладонной поверхности. Движения в межфаланговых суставах умеренно ограничены. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Какой Ваш диагноз? Какую помощь

необходимо оказать этой пациентке.

Ответ: У больной подкожный панариций II пальца правой кисти в фазе гнойного воспаления. Гнойник должен быть раскрыт. Оперативное вмешательство можно выполнить под местной анестезией.

4. Больной К., 36 лет, тросом глубоко уколол I палец правой кисти. Через сутки появились отек и пульсирующая боль в пальце. За медицинской помощью не обращался, и только две бессонные ночи заставили его прийти на прием к хирургу. Ногтевая фаланга пальца утолщена наподобие булавы, отмечается болезненность при пальпации зондом практически всех мягких тканей дистальной фаланги пальца. Имеет место ограничение движений в межфаланговом суставе. Какой будет Ваш диагноз и возможный оперативный доступ?

Ответ: У больного подкожный панариций ногтевой фаланги I пальца правой кисти. Для вскрытия нарыва необходимо будет выполнить два боковых разреза. После операции-иммобилизация.

5. На прием пришел больной с гнойным подкожным панарицием II пальца правой кисти. Показания к операции абсолютные. Согласие больного на оперативное вмешательство получено. Но перед вскрытием, чтобы тщательно удалить все нежизнеспособные ткани, необходимо эффективное обескровливание пальца. Каким образом Вы его создадите?

Ответ: Сухое операционное поле при оперативном вмешательстве на пальце можно создать путем наложения жгутика на основание пальца. Чтобы уменьшить болевые ощущения от сдавления, жгутик накладывается на предварительно обезболенный участок.

6. Мать привела на прием к хирургу мальчика 9 лет, которого беспокоит боль в I пальце правой кисти. Болеет в течение 3-х суток. При осмотре на ладонной поверхности ногтевой фаланги пальца определяется участок припухлости мутно-белого цвета диаметром до 0,8 см, окруженный тонкой полоской гиперемии. Какую помощь необходимо оказать ребенку?

Ответ: У мальчика кожный панариций I пальца правой кисти. Гнойник раскрывается, отслоенный эпидермис удаляется, делается ревизия на наличие свища в подкожной клетчатке, накладывается повязка с антисептиком.

7. Больная А., 44 лет, обратилась с жалобами на боль в I пальце левой кисти. Болеет около недели с момента, когда удалила занозу (рыбья кость) из-под ногтя. Сразу боль была незначительной. Применяла ванночки с солевым раствором, прикладывала компрессы с мазью Вишневского, печеный лук. Улучшение не наступило. К врачу "заставила" прийти бессонная ночь накануне. При осмотре определяется в виде треугольника помутнение в центре ногтевой пластинки. Нажатие на ногтевую пластинку резко болезненно. Движения в межфаланговом суставе в полном объеме. Ваш диагноз и лечебная тактика?

Ответ: У больной подногтевой панариций I пальца левой кисти. Показано оперативное вмешательство - клиновидная резекция ногтевой пластинки над участком поражения.

8. В поликлинику обратился мужчина 35 лет с жалобами на умеренные боли в области ногтевой фаланги II пальца правой кисти. Боль беспокоит в течение двух недель. Через 5 дней от начала заболевания произошло выделение гнойного содержимого из образовавшегося свища на ногтевой фаланге пальца, после чего боль уменьшилась. Затем боль и отек пальца периодически увеличивались, но после выхода гноя наступало облегчение. За последние сутки вновь произошло увеличение интенсивности боли и стал нарастать отек пальца в области ногтевой фаланги, гной не выходил. При объективном обследовании выявлено: отек и гиперемия (цвет кожи синюшный с багровым оттенком) ногтевой фаланги II пальца правой кисти, распространяется на дистальную часть средней фаланги. На ладонной поверхности фаланги есть свищ диаметром до 2 мм, из которого при нажатии выделяется небольшое количество гнойного содержимого. Исследование пуговичным зондом выявило зону резкой болезненности всей ногтевой фаланги II пальца правой кисти. На рентгенограмме данного пальца обнаружены очаги деструкции дистальной фаланги.

Какой диагноз Вы поставите этому больному? В чем будет заключаться дальнейшая тактика его лечения?

Ответ: У больного костный панариций II пальца правой кисти. Показано оперативное вмешательство (секвестрнекрэктомия) с использованием в послеоперационном периоде закрытого метода лечения.

9. Пациент, 35 лет, поступил в клинику с диагнозом сухожильный панариций I пальца правой кисти. В каком порядке должно быть выполнено ему оперативное вмешательство и какой метод обезболивания при этом необходимо применить?

Ответ: Больной должен быть прооперирован в экстренном порядке под проводниковой анестезией по Усольцевой, либо под общей внутривенной анестезией.

10. В клинику поступила больная 9 лет, которой установлен диагноз: подкожный панариций III пальца левой кисти. Гнойно-некротический процесс локализуется на ногтевой фаланге. Последний раз ребенок ела и пила 1 час назад. Какой должна быть тактика хирурга в данном случае?

Ответ: Ребенку нужно выполнить срочное оперативное вмешательство по поводу панариция под общим обезболиванием. Операция будет выполняться через 3 часа после приема пищи (необходимо для профилактики осложнений при выполнении наркоза).

11. Больная, 73 лет, поступила в хирургическое отделение через 15 суток от начала заболевания. Жалуется на умеренную постоянную боль в V пальце правой кисти, на боль и припухлость кисти в области гипотенара, повышение температуры тела до 39 ° C, общую слабость, жажду. Из анамнеза известно, что она в течении 25 лет болеет сахарным диабетом II типа, последнее время для коррекции уровня сахара принимала манинил. При осмотре правой кисти выявлено: V палец утолщенный с участками некротизированной кожи; на ногтевой и средней фалангах есть гнойные свищи диаметром 2 и 3 мм, из которых выделяется значительное количество гнойного содержимого; при пальпации пальца определяется крепитация и

патологическая подвижность в проксимальном межфаланговом суставе, участок гипотенара инфильтрирован, гиперемия кожи здесь нечеткая, симптом флюктуации не определяется; при исследовании пуговичным зондом обнаружена болезненность по ходу сухожильного влагалища.

Какой предварительный диагноз вы поставите? Какие дополнительные исследования необходимо еще применить у этой больной? В чем будет заключаться тактика лечения?

Ответ: Предварительный диагноз: Пандактилит V пальца правой кисти. Флегмона гипотенора? Тендовагинит сгибателя V пальца. Дополнительные методы исследования: рентгенография правой кисти, диагностическая пункция участка гипотенора, общий анализ крови, анализ крови на сахар, общий анализ мочи, ацетон мочи.

Учитывая, что данная пациентка страдает сахарным диабетом II типа и имеет возраст 73 года, необходимо оперативное вмешательство - экзартикуляция V пальца правой кисти. При обнаружении гноя при пункции или во влагалище сухожилия во время операции будет необходимым вскрытие флегмоны гипотенара. К общепринятому комплексу лечения необходимо добавить средства коррекции уровня сахара (инсулинотерапия), а также препараты, улучшающие реологические свойства крови и микроциркуляцию (реополиглюкин, трентал, ксантинола никотинат и т.д.).

12. В хирургическое отделение госпитализирован больной 34 лет с жалобами на боль в указательном пальце правой кисти на 22 сутки от начала заболевания. Известно, что в поликлинике на 8-е сутки с момента заболевания он был прооперирован по поводу подкожного панариция. После операции применял ванночки с солевым раствором, повязки с мазью Вишневского. Проводилась УВЧ-терапия. За две недели такого лечения улучшения не наступило. Ногтевая фаланга пальца утолщена, болезненная. На лучевой поверхности ее есть линейная рана с чрезмерными грануляциями и скудным серозно-гнойным отделяемым.

С подозрением на какое осложнение направлен больной в стационар? Какие дополнительные исследования нужно выполнить с целью верификации диагноза?

Ответ: Скорее всего, подкожный панариций у больного осложнился костным, что чаще всего обусловлено малым разрезом, недостаточной ревизией раны, плохим дренированием. Необходимо выполнить рентгенографическое исследование пальца.

13. Больной Г., 23 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боль во II пальце левой кисти. Две недели тому уколол палец металлической стружкой. В течении последней недели лечился в поликлинике: пункция, антибиотикотерапия, иммобилизация. Улучшение не наступило, поэтому был направлен на стационарное лечение. Палец в проксимальном межфаланговом суставе полусогнут, веретенообразно утолщен, набухший, кожа гиперемирована, пальпация в области сустава резко болезненная, движения в суставе практически отсутствуют. Какой Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо выполнить? Ваша лечебная тактика?

Ответ: У больного суставной панариций проксимального межфалангового сустава II пальца левой кисти. Необходимо выполнить рентгенологическое исследование пальца. Больному показано оперативное вмешательство.

14. Больная, 27 лет, жалуется на пульсирующую боль в 3-м пальце правой кисти. Трое суток назад уколола палец иглой. При обследовании установлено: 3-й палец разбухший, утолщенный, движения пальца резко ограничены, болезненны, особенно в первом межфаланговом суставе. На рентгенограмме кисти отмечается расширение суставной щели указанного сустава. Какой наиболее вероятный диагноз у больной?

Ответ: Суставной панариций. На суставной панариций указывают клинические проявления (максимальная болезненность в межфаланговом суставе) и расширение соответствующей суставной щели на рентгенограмме кисти.

15. Больной, 47 лет, жалуется на постоянную боль пульсирующего характера в области II пальца правой кисти. Болеет 4-й день после того, как проколол ногтевую фалангу пальца. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, температура тела 38,7° С, пульс 96 уд /

мин. Ногтевая и средняя фаланги 2-го пальца правой кисти увеличены в объеме, набухшие, гиперемированы; движения в межфаланговом суставе несколько ограничены, болезненные. При пальпации выражена резкая болезненность в области ногтевой фаланги по ладонной поверхности. По передней поверхности предплечья есть полоса гиперемии, которая распространяется до локтевого сустава. Сформулируйте диагноз у больного.

Ответ: Подкожный панариций 2-го пальца правой кисти, лимфангит. На подкожный характер панариция указывает резкая болезненность в области ладонной поверхности ногтевой фаланги пальца.

16. Больной, 45 лет, работник бойни, обратился к врачу с жалобами на резкий зуд в области тыльной поверхности II-III пальцев правой кисти. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,9° С. Кожа тыльной поверхности II-III пальцев правой кисти отечная, темно-красного цвета, болезненная при пальпации. Какое заболевание возникло у пациента?

Ответ: Эризипелоид II-III пальцев правой кисти. На эризипелоид указывают характерная клиническая картина заболевания и особенности профессиональной деятельности больного.

17. Больной, 52 года, обратился к хирургу с жалобами на пульсирующую боль в области III-го пальца правой кисти, повышение температуры тела до 38,6° С, недомогание. Уколот палец рыбной костью 4 дня назад. объективно: II-й палец правой кисти находится в полусогнутом положении, утолщенный, кожа его умеренно гиперемирована. Определяется резкая болезненность при пальпации всей ладонной поверхности пальца. Разгибание пальца невозможно из-за боли. Какой диагноз у больного?

Ответ: Тендовагинит III-го пальца правой кисти. Характерными признаками тендовагинита (сухожильного панариция) у больного есть вынужденное положение пальца и резкая болезненность при пальпации тканей вдоль сухожилий сгибателей пальца.

18. Больной во время работы укол ногтевую фалангу 2-го пальца левой кисти. В месте повреждения припухлость, пульсирующая боль. Температура 37,8° С. Местно - утолщение, под эпидермисом виден гной. Диагноз и действия хирурга?

Ответ: Кожный панариций. Операция - вскрытие гнойника с иссечением отслоенного эпидермиса.

19. У больного 12 дней назад в области ногтевой фаланги 1-го пальца появилась припухлость и болезненность. Постепенно боль нарастала и приобрела пульсирующий характер. Местно: ногтевая фаланга увеличена в объеме, палец согнут, из-под ногтя при нажатии выделяется гной. Диагноз и действия хирурга?

Ответ: Костный панариций ногтевой фаланги 1-го пальца, необходимо сделать рентгенограмму этого пальца. Операция - вскрытие гнойника, экзартикуляция ногтевой фаланги, дренирование раны.

20. Больная уколола рыбьей косточкой ладонную поверхность кисти. На 4-й день кисть распухла, кожные покровы гиперемированные, появилась пульсирующая боль. Движение пальцев ограничены. Температура 38,4° С. Диагноз и действия хирурга?

Ответ: Надапоневротическая флегмона левой кисти. Под общим обезболиванием раскрыть флегмону с иссечением некротических тканей, дренирование.

21. Больной П. 45 лет обратился с жалобами на боль и воспаление мягких тканей ногтевой фаланги указательного пальца правой кисти. Заболел 4 дня назад. Боль носит пульсирующий характер, больной не может спать в течение 2-х дней. Уставлен диагноз: "Подкожный панариций".

Какой вид обезболивания нужно применить в данном случае?

Ответ: Обезболивание по Лукашевичу-Оберсту.

22. Больная С. 60 лет, жалуется на резкую боль в средней фаланге III пальца левой кисти, 4 дня назад подколола палец

рыбьей костью. Средняя фаланга отечная, при пальпации появляется сильная боль, больная не в состоянии согнуть фалангу. Температура - 39,2° С. Уставлен диагноз гнойный панариций. Каким разрезом необходимо воспользоваться для санации гнойного очага?

Ответ: Боковым продольным двусторонним разрезом.

23. Какой симптом является кардинальным при диагностике сухожильного панариция?

Ответ: Резкое увеличение боли при попытке разгибания пальца.

24. Больная М., 32 лет, жалуется на увеличение второго пальца левой кисти, повышение температуры тела до 38°С. При осмотре выявлено: палец деформирован, не сгибается, кожа синюшного цвета, есть свищи, из которых вытекает гной. На рентгенограмме - остеопороз костей и суставов II пальца левой кисти. С какой формой панариция имеем дело?

Ответ: Пандактилит.

25. У больной, 20 лет, через 4 дня после микротравмы в области ногтевой фаланги 3-го пальца, полученной после обработки свиного мяса, появился кожный зуд, яркое покраснение и отек пальца. Температура нормальная. О каком заболевании следует думать в первую очередь?

Ответ: Эризепеллоид.

26. Больной С. 25 лет, жалуется на боль в первом пальце правой кисти. Объективно: палец равномерно набухший, находится в согнутом положении. Резкая боль с иррадиацией в кисть появляется при "зондовой" пробе. Какое заболевание можно заподозрить?

Ответ: Сухожильный панариций.

27. У больного С., 44 лет, на 6 сутки после ранения осколком оконного стекла, в области тенора правой верхней конечности возникли разлитая припухлость, покраснение, местное

повышение температуры кожи. Этот участок болезненный при пальпации, над ним определяется флюктуация. Установите диагноз и определите лечебную тактику?

Ответ: Флегмона области тенара правой верхней конечности. Раскрытие флегмоны, дренирование, антибактериальная терапия.

28. Больная С., 53 лет, оперирована амбулаторно по поводу подкожного панариция средней фаланги второго пальца левой кисти. На 6 сутки после операции состояние больной ухудшилось, снова появилась сильная боль в пальце, повысилась температура до 38°C. Объективно: оперированная фаланга утолщенная, функция пальца нарушена, из раны выделяется гнойный экссудат с неприятным запахом. Врачом заподозрено развитие костного панариция. Какое исследование целесообразно провести для подтверждения диагноза?

Ответ: Рентгенографию второго пальца левой кисти.

29. Больной 43 года, жалуется на распирающую, пульсирующую боль в области 3-й фаланги II пальца левой кисти. Отек пальца, ограничение движений. Из-за боли ночью не спал. Пять дней назад укол палец. За медицинской помощью не обращался. При осмотре: третья фаланга II пальца отечная. Кожа слегка гиперемирована. Пальпация резко болезненна. Место наибольшей болезненности в центре фаланги, ближе к ногтю. На рентгенограмме пальца в 2-х проекциях патологии кости не выявлено. Диагноз: подкожный панариций II пальца левой кисти. Какая тактика лечения больного?

Ответ: Показано оперативное вмешательство.

30. Больной Т., 48 лет, жалуется на боли в III пальце правой кисти. Болеет в течение месяца, оперирован трижды: раскрыли и дренировали гнойный очаг в подкожной клетчатке, затем раскрывали первое межфаланговое сочленение с последующим дренированием сустава. Удалены некротизированные сухожилия сгибателей. Объективно: палец равномерно утолщенный, при пальпации на всех уровнях отмечается резкая боль, из ран

выделяется гной. Установите диагноз и определит дальнейшую лечебную тактику?

Ответ: Необходимо сделать рентгенографию III пальца правой кисти. При наличии изменений в кости – диагноз: Пандактилит. Показано оперативное вмешательство.

31. В хирургическую клинику госпитализирован больной Б. 28 лет с костным панарицием средней фаланги второго пальца правой кисти. Какой вид анестезии является предпочтительным при операции у этого больного?

Ответ: Проводниковая анестезия.

32. В травматический пункт обратилась больная, 35 лет, с жалобами на сильную боль, дергающего характера в области ладонной поверхности ногтевой фаланги 3-го пальца правой кисти, отек, покраснение кожи, повышение температуры тела до 38,4°C. Три дня назад иглой уколола палец. Установлен диагноз: подкожный панариций ногтевой фаланги правой кисти. Лечение оперативное. Какой вид местной анестезии целесообразно применить при выполнении операции?

Ответ: Анестезия проводниковая по Оберсту-Лукашевичу.

33. Больной Д., 30 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на интенсивную боль в области III пальца левой кисти. Хирург диагностировал сухожильный панариций, провел операцию и гипсовую иммобилизацию. Вид иммобилизации наиболее оптимальный в данном случае?

Ответ: Лонгетная иммобилизация.

34. У женщины после микротравмы I пальца правой кисти появился отек предплечья покраснение кожи в виде линейных полос, тянущихся до подмышечной ямки. Какой наиболее вероятный диагноз?

Ответ: Лимфангоит.

35. Пациент жалуется на пульсирующую боль, прогрессивно нарастающую, в I пальце правой кисти. Объективно: ткани пальца твердые, межфаланговая бороздка зглажена, температура 38,5°C. Движения в пальце болезненные. Пальпаторно определяется место наибольшей болезненности. Ваш диагноз?

Ответ: Подкожный панариций.

36. У больного отмечается нависание вокруг валика II пальца правой кисти. Пальпация набухших тканей - болезненная. Гнойный экссудат просвечивает сквозь расслоенный край ногтя. Ваш диагноз?

Ответ: Паронихия.

37. У больного после травмы 1 пальца через 4 дня появился отек пальца, кожа почернела. Отмечает сильную боль, отдающую в руку. Появился отек всей кисти. Палец неподвижный, очень болезненный. Покрыт струпьями. Кожа местами некротическая, из под нее выделяется гной. Температура тела 37,9°C. На рентгенограмме большого пальца признаки деструкции кости дистальной фаланги. Какой диагноз?

Ответ: Остеомиелит .

38. Больная обратилась с жалобами на эритему и зуд в области II пальца левой руки. Заболела неделю назад, когда после укола ножом, которым обрабатывала рыбу, появилось покраснение, зуд. Парила палец на дому, в горячей воде. На следующий день краснота переместилась к основанию пальца, зуд усилился. Затем симптомы исчезли. Накануне возобновились вновь. Предполагаемый диагноз и тактика лечения?

Ответ: Эризепилоид, антибактериальная терапия.

39. Больной М., 22 лет, обратился за медицинской помощью с жалобами на боль постоянного характера в области правой ладони, которая усиливается при активных движениях, общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Объективно: у основания III пальца правой кисти на ладонной

поверхности отмечается оmozоление кожи, вокруг которого наблюдается отек, гиперемия кожи, скопление гнойного экссудата. Пальпация места поражения резко болезненна. Функция кисти нарушена. О какой патологии можно думать? Лечебная тактика.

Ответ: Подмозольный абсцесс. Вскрытие гнойника. Противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия.

40. Больной Б., 28 лет обратился за медицинской помощью с жалобами на боль в области II пальца левой кисти, нарушение функции пальца. Объективно: на тыльной поверхности основной фаланги II пальца левой кисти определяется воспалительный инфильтрат с некротическим стержнем в центре. Ваш диагноз? Лечебная тактика.

Ответ: Фурункул II пальца левой кисти. Вскрытие гнойника. Противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия.

41. Больная К., 40 лет обратилась к хирургу с жалобами на боли дергающего характера в ногтевой фаланге II пальца правой кисти, которые усиливаются при активных движениях пальцем, нарушение сна. Из анамнеза известно, что три дня назад получила микротравму (прокол) иглой.

Объективно: на ладонной поверхности ногтевой фаланги II пальца правой кисти отмечается скопление гнойного экссудата под эпидермисом, отек мягких тканей и гиперемия кожи вокруг очага. Пальпация болезненна. Активные движения ограничены. После снятия отслоенного эпидермиса обнаружено свищ в глубине тканей, из которого выделяется гной.

О какой форме панариция можно думать? Метод обезболивания? Лечебная тактика?

Ответ: Панариций по типу «запонки». Обезболивание - проводниковая анестезия по Oberсту-Лукашевичу. Вскрытие, дренирование гнойника. Антибиотикотерапия, десенсибилизирующие, нестероидные противовоспалительные.

42. Больной С., 30 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на резкую боль в области н/з правого предплечья, общую слабость, повышение температуры тела до 38°C, нарушение функции правой кисти.

Из анамнеза известно, что в течение 4-х дней лечился амбулаторно по поводу сухожильного панариция I пальца правой кисти.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Пульс 100 уд. в 1 мин., ритмичный, АД - 110/70 мм рт.ст. Температура тела - 38,6°C. На основной фаланге I пальца правой кисти рана до 0,5 см, с незначительными гнойными выделениями. Сгибательная контрактура пальца, движения ограничены. В н/з предплечья отмечается отек и гиперемия мягких тканей, пальпация резко болезненная. Активные движения пальцев правой кисти резко ограничены, болезненны.

Ваш диагноз? Какое осложнение возникло у больного? Лечебная тактика.

Ответ: Сухожильный панариций I пальца правой кисти. Флегмона пространства Пирогова-Парона. Раскрытие флегмоны, раскрытие панариция. Антибиотикотерапия, десенсибилизирующие, нестероидные противовоспалительные, общеукрепляющая терапия.

43. Больная К., 18 лет, обратилась в хирургическое отделение с жалобами на пульсирующую боль в I пальце правой кисти. Из анамнеза известно, что 2 дня назад получила незначительное ранение во время срезания ногтей. Объективно: латеральный ногтевой валик набухший, гиперемированный, из-под него выделяется незначительное количество белого гноя.

Поставьте диагноз. Ваша тактика.

Ответ: Паронихия I пальца правой кисти. Приподнять с помощью скальпеля край ногтевого валика до выделения гноя.

44. Больной К., 35 лет, лечился в течение 3 дней по поводу сухожильного панариция V пальца левой кисти. В настоящее время жалобы на боль в кисти, нарушение сгибания I и V пальцев. Объективно: резкий отек и болезненность в I и V пальцах, повышение температуры до 38 ° С. Какое осложнение развилось у больного?

Ответ: U-образная флегмона левой кисти.

45. Больная К., 40 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боль дергающего характера в ногтевой фаланге II пальца правой кисти, где отмечается скопление экссудата под эпидермисом. Отек мягких тканей и гиперемия кожи вокруг очага. Пальпация болезненна. Активные движения ограничены. После снятия отслоенного эпидермиса обнаружено свищ из которой выделяется гной. О какой форме панариция можно думать?

Ответ: Панариций в виде "запонки".

46. Больной А., 26 лет получил микротравму (прокол) ногтевой фаланги II пальца левой кисти. Через 5 дней обратился в поликлинику, где был выставлен диагноз: подкожный панариций ногтевой фаланги II пальца левой кисти. Под каким обезболиванием целесообразно выполнить раскрытия панариция?

Ответ: Проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу.

47. Больной М., 60 лет, поступил в хирургическое отделение через 10 дней от начала заболевания с жалобами на боли в области II пальца левой кисти, нарушение функции пальца, общую слабость повышение температуры тела до 38°C. Объективно: состояние больного удовлетворительное, пульс 90 уд. в 1 мин., АД - 120/80 мм рт. ст., температура тела 38°C, II палец левой кисти резко утолщенный, деформирован, кожа набрякшая, цианотическая. В области средней фаланги на ладонной поверхности свищ до 0,3 см с гнойными выделениями. Сгибательная контрактура пальца. Активные движения отсутствуют. На рентгенограмме деструкция кости средней фаланги.

Какое заболевание у больного?

Ответ: Пандактилит.

48. Больной жалуется на боли в области II пальца левой кисти. Болен двое суток. На средней фаланге II пальца левой кисти, на участке 1,5 на 1,5 см. эпидермис отслоенный от подлежащих тканей гнойной жидкостью. Назовите диагноз и перечислите необходимые лечебные мероприятия.

Ответ: Кожный панариций. Иссечение эпидермиса.

49. Больной 3 дня назад наколол III палец левой кисти тросом. Появились пульсирующие боли на сгибательных поверхностях пальца, боли нарастают. Из-за болей не мог заснуть ночью. При пальпации пальца зондом найдено участок наибольшей болезненности размером 1 на 1 см. Назовите диагноз и лечебные мероприятия.

Ответ: Подкожный панариций. Вскрытие гнойника.

50. У больного после удаления отслоенного гнойной жидкостью эпидермиса на II пальце правой кисти найден свищевой ход, заполненный гноем. Назовите диагноз. Какая операция показана больному и под каким обезболиванием?

Ответ: Панариций в виде запонки, вскрытие гнойника под проводниковой анестезией.

51. Больной в течение 3-х дней жалуется на боли в области ногтевой пластинки IV пальца левой кисти. На работе под ноготь попала заноза, которая была сразу удалена. Под ногтевой пластинкой видно скопление гноя. Назовите диагноз и лечебные мероприятия.

Ответ: Подногтевой панариций, удаление ногтевой пластинки.

52. У больного были заусенцы на IV пальцы левой кисти. Затем в области ногтевого валика появились боли и гиперемия. Вышеуказанная симптоматика нарастает. При нажатии из-под ногтевого валика выделяется гнойное содержимое. Назовите диагноз и лечебные мероприятия.

Ответ: Паронихия, удаление ногтевой пластинки.

53. Пациент болен неделю, когда после микротравмы, на работе (наколол рыбьей костью) на ногтевой фаланге I пальца левой кисти появилась локальная болезненность, припухлость, гиперемия кожи. Не спит из-за болей 3 суток. В условиях поликлиники делают ванночки с перманганатом калия. Назовите

диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимы? Какие ошибки допущены в лечении?

Ответ: Подкожный панариций. Вскрытие гнояника.

54. Больной находится на лечении в поликлинике в течение 16 дней по поводу подкожного панариция. Оперирован дважды, сделаны разрезы на ногтевой фаланге II пальца левой кисти. Палец колбовидно утолщен, раны с обильными гнойными выделениями. Назовите диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимы? Дополнительные методы исследования?

Ответ: Костный панариций. Дренаж гнояного очага, рентгенография пальца.

55. Больная в течение 4-х суток жалуется на боли по всей сгибательной поверхности II пальца левой кисти. Палец утолщенный, набухший, полусогнутый. Разогнуть палец не может из-за болей. Назовите диагноз, предполагаемый объем операции.

Ответ: Сухожильный панариций, вскрытие и дренирование сухожильного влагалища.

56. Пациент болен в течение 3-х недель. Беспокоят боли в области III пальца правой кисти. 12 дней назад оперирован по поводу подкожного панариция III пальца. После продольных разрезов улучшения не наступило. Палец колбовидно утолщен, набухший, гиперемированный. При пассивных движениях в I межфаланговом сочленении - крепитация, патологическая подвижность. Назовите диагноз, предполагаемый объем операции.

Ответ: Сухожильный панариций. Вскрытие и дренирование сустава.

57. Больной жалуется на боли в III пальце правой кисти. Больной в течение месяца, оперирован трижды, раскрыли и дренировали гнойный очаг в подкожной клетчатке, затем вскрывали I межфаланговое сочленение, сустав дренировался. Удалены сухожилия сгибателей из-за их некроза. Палец резко утолщенный, при пальпации на всех уровнях резкая

болезненность. Из всех ран обильное гнойное отделяемое. Назовите диагноз.

Ответ: Пандактилит.

58. Три дня назад больной К., 18 лет, во время работы наколол II палец правой кисти. После травмы боли были незначительными. Затем появились боли пульсирующего характера в месте укола. Прошлую ночь не спал из-за боли. При пальпации пальца зондом в месте укола отмечается резкая локализованная болезненность. Ваш диагноз и тактика лечения?

Ответ: Подкожный панариций, показано вскрытие и дренирование гнояника.

59. Больной М. 35 лет считает себя больным в течение 2-х недель, когда появились боли в III пальце левой кисти. 5 суток не спал из-за боли. Лечился повязками с мазью, затем на ногтевой фаланге III пальца правой кисти был раскрыт гнояник. Боли несколько уменьшились. Сохраняется колбовидное утолщение и обильное гнойное отделяемое. Предполагаемый диагноз и тактика лечения?

Ответ: Костный панариций, лечение консервативное.

60. У больного М. 17 лет 3 недели назад появились резкие боли в V пальце левой кисти. Палец стал резко набухший, больной не спал из-за боли несколько ночей. Отек на пальце продолжал нарастать, распространился на кисть, а затем на I палец левой кисти, где также появились резкие боли. Ваш диагноз и тактика лечения?

Ответ: V - образная флегмона кисти, лечение оперативное.

61. У 3-х летнего ребенка 3 недели назад появились резкие боли в области II пальца правой кисти. при осмотре эпидермис отслоен от подлежащих тканей мутной гнойной жидкостью. Ваш диагноз и лечение?

Ответ: Кожный панариций, отслоенный эпидермис необходимо удалить.

62. У больного под ногтевой пластинкой виден гной. Болеет вторые сутки. При пальпации зондом отмечаются резкие локальные боли. Ваш диагноз и тактика лечения?

Ответ: Подногтевой панариций, показано удаление ногтевой пластинки.

ВЫВОДЫ

В методическом пособии по диагностике и лечению острых гнойных заболеваний кисти и пальцев приведены почти все гнойно-воспалительные заболевания этой зоны, что в целом занимают одно из первых мест по частоте среди всех хирургических заболеваний, с которыми больные обращаются в амбулатории и здравпункты предприятий. Однако большинство из рассмотренных гнойных процессов кисти и пальцев является осложнением различных видов бытовой и производственной травмы и главным образом микротравмы.

Своевременное выявление микротравм и элементарная помощь (антисептика и защитные повязки) является главным профилактическим мероприятием в борьбе с гнойными заболеваниями кисти и пальцев.

Причиной тяжелых, распространенных и глубоких гнойных заболеваний этой области, как правило, есть осложнения подкожных гнойных процессов пальцев и ладони. Причем такие осложнения развиваются чаще всего не потому, что больные обращаются поздно к врачу, а потому, что подкожные гнойники раскрываются разрезами, недостаточными по величине и без учета анатомических особенностей данной области.

Таким образом, главным направлением в борьбе с любыми заболеваниями, в том числе и с гнойными процессами кисти и пальцев, является предупреждение их. В профилактике этих заболеваний необходимо включать три раздела.

Во-первых, санитарно-просветительная работа среди населения, на предприятиях. В этот раздел включается знакомство населения с опасностью и осложнениями микротравмы и характером первой помощи.

Во-вторых, на производствах, где частые микротравмы кисти и пальцев (швейные, трикотажные фабрики и мастерские, мясокомбинаты и другие), необходимо наладить активное выявление микротравм путем ежедневного осмотра средним медицинским работником пальцев и кистей у всех работников - на проходной или при выходе из цеха.

В-третьих, на что, собственно, и рассчитано данное методическое руководство, научить врачей топической диагностике, а также повышению грамотного и анатомически обоснованного лечения гнойных заболеваний кисти и пальцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев Ю.К. Справочник хирурга. Раны и раневая инфекция.- Ростов-на-Дону: Феникс, 2006.-427 с.
2. Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И. Обоснование опережающего удаления сухожильно-фасциальных образований при лечении гнойно-некротического поражения конечностей в условиях трофических нарушений. Клиническая хирургия № 11-12, 2009 - 6-7с.
3. Биляева А.А., Радзиховский А.П., Перепадя А.В., Внутренне-тканевой электрофорез в лечении больных с рожистым воспалением. Клиническая хирургия № 11-12. 2009-с.14.
4. Огнестрельные ранения конечностей: Методические рекомендации / Составители: Бурьянов А.А., Страфун С.С., Шлапак И.П. и др. - К., 2015.-46с.
5. Галич С.П., Фурманов А.Ю., Резников А.В. Хирургическое лечение застарелых дефектов сухожилий разгибателей пальцев кисти. Клиническая хирургия № 10, 2005-51-55с.
6. Король С.А. Научное обоснование оптимальной схемы эвакуации раненых с тяжелой боевой травмой конечностей на основе патофизиологических изменений показателей гомеостаза. Хирургия Украины № 4. 2017.-17-21с.
7. Колонтай Ю.Ю., Панченко М.К. "Открытые повреждения кисти", Киев "Здоровье" 1982, 158 с.
8. Кондратенко П.Г. Соболев В.В. Хирургическая инфекция. Практическое руководство. Донецк-2007-511с.
9. Красильщиков А.П. "Справочник по антисептике", "Высшая школа", 1995, 366 с.
10. Курбангалеев С.М. "Гнойная инфекция в хирургии", Москва, "Медицина", 1985, 270 с.
11. Нор Н.М. Лечение термической травмы кисти. Клиническая хирургия № 11-12. 2009-с.64.
12. Усольцева Е.В. Машкара К.И. «Хирургия заболеваний и повреждений кисти», Л., Медицина, 1975, 312 с.
13. Фишман Л.Г. «Клиника и лечение заболеваний пальцев и кисти», Москва, Медгиз, 1963, 160 с.
14. Фурманов А.Ю. Клинические особенности формирования вторичной сгибательной контрактуры проксимальных

межфаланговых суставов трехфаланговых пальцев кисти в условиях посттравматической хронической ишемии. Клиническая хирургия.-2009.- № 6.

15. Глухов А.А., Абакумов В.И. Региональная гидропрессивно-сорбционная терапия в комплексе лечения больных с гнойными ранами. //Вестник экспериментальной и клинической хирургии – 2016. – Т.1; №1, с. 30-36.

16. Загальна хірургія: підручник /С.Д. Хіміч, М.Д. Желіба та ін. ; К.: ВСВ «Медицина», 2018.- 608 с.

17. Загальна хірургія: підручник для студ. вищих навч. Закладів / за ред. проф.: Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова, В.О. Шідловського. - Вінниця: Нова Книга, 2018.- 344с.

18. Современные принципы лечения гнойных ран: учебное пособие для слушателей факультета подготовки врачей и ординаторов по специальности «хирургия» /С. Я. Ивануса, П. Н. Зубарев, Б. В. Рисман, О. А. Литвинов — спб. : «онли-пресс», 2017. — 36 с., ил.

СОДЕРЖАНИЕ

Вступление -----	3
Раздел I	
Анатомо-физиологические и функциональные особенности кисти и пальцев в клиническом аспекте-----	5
Раздел II	
Классификация гнойных заболеваний кисти и пальцев-----	17
I. Гнойные заболевания пальцев (панариции)-----	17
II. Гнойные заболевания пясти-----	19
Раздел III	
Общие вопросы клиники и диагностики гнойных заболеваний пальцев (панарициев) и кисти-----	20
Раздел IV	
Клиника, диагностика и лечение отдельных форм гнойных заболеваний пальцев (панарициев)-----	26
1. Кожный (подэпидермальный) панариций-----	26
2. Подкожный панариций -----	26
3. Кожно-подкожный панариций -----	33
4. Подногтевой панариций -----	34
5. Околоногтевой панариций -----	37
6. Паронихия-----	38
7. Периостальный панариций-----	39
8. Костный панариций -----	40
9. Суставной панариций (гнойный артрит)-----	43
10. Костно-суставной панариций -----	44
11. Сухожильный панариций -----	44
12. Фурункул и карбункул пальцев-----	50
13. Пандактилит-----	51
14. Эризипелоид («свиная краснуха»)-----	52
Раздел V	
Клиника, диагностика и лечение отдельных форм гнойных заболеваний пясти-----	53
1. Мозольный абсцесс-----	53
2. Комиссуральная флегмона-----	53
3. Флегмона фасциального пространства тенара и гипотенара-----	55
4. Флегмона срединного ладонного пространства-----	58
5. V-образная флегмона и осложнение флегмоной пространства Пирогова-Парона на предплечье-----	61

6. Поверхностная эпифасциальная флегмона тыла кисти-----	66
7. Субфасциальная флегмона тыла кисти-----	67
8. Фурункул и карбункул тыла кисти-----	68
9. Ретикулярный и тункулярный лимфангоит. Рожистое воспаление тыла кисти-----	69
10. Эризипелоид («свиная краснуха») тыла кисти-----	70
11. Остеомиелит пястных костей-----	71
12. Гнойный артрит и остеоартрит пястно-фаланговых суставов-----	72
13. Гнойный артрит и остеоартрит пястно-запястных суставов-----	73
Раздел VI	
Травматические открытые повреждения кисти-----	75
Раздел VII	
Обезболивание при операциях на пальцах и кисти-----	77
1. Анестезия при операциях на пальцах-----	80
2. Проводниковая анестезия при операциях на кисти-----	81
3. Общее обезболивание-----	86
Раздел VIII	
Основные принципы лечения ран кисти-----	86
1. Выбор препаратов местного действия-----	86
Лечение ран кисти в I фазе раневого процесса-----	86
Лечение ран кисти в II фазе раневого процесса-----	90
Лечение ран кисти в III фазе раневого процесса-----	90
2. Использование раневых покрытий-----	91
3. Антимикробная терапия-----	93
4. Дезинтоксикационная терапия-----	95
5. Гемофильтрация-----	96
6. Гемодиализ-----	96
7. Трансфузионно-инфузионная терапия-----	96
8. Иммунокорректирующая терапия-----	97
9. Парентеральное и энтеральное питание-----	98
10. Дренажное при заболеваниях кисти-----	99
11. Методы, дополняющие хирургическую обработку гнойных ран пальцев и кисти-----	100
12. Физиотерапевтические методы лечения гнойно- воспалительных заболеваний кисти-----	101
Ситуационные задачи-----	102
Выводы -----	121
ЛИТЕРАТУРА -----	12

Надруковано «Копи-сервис»
300 экз