

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИСТИ

Проверил: Атантаев А.Б
Выполнил: Нурлаев К

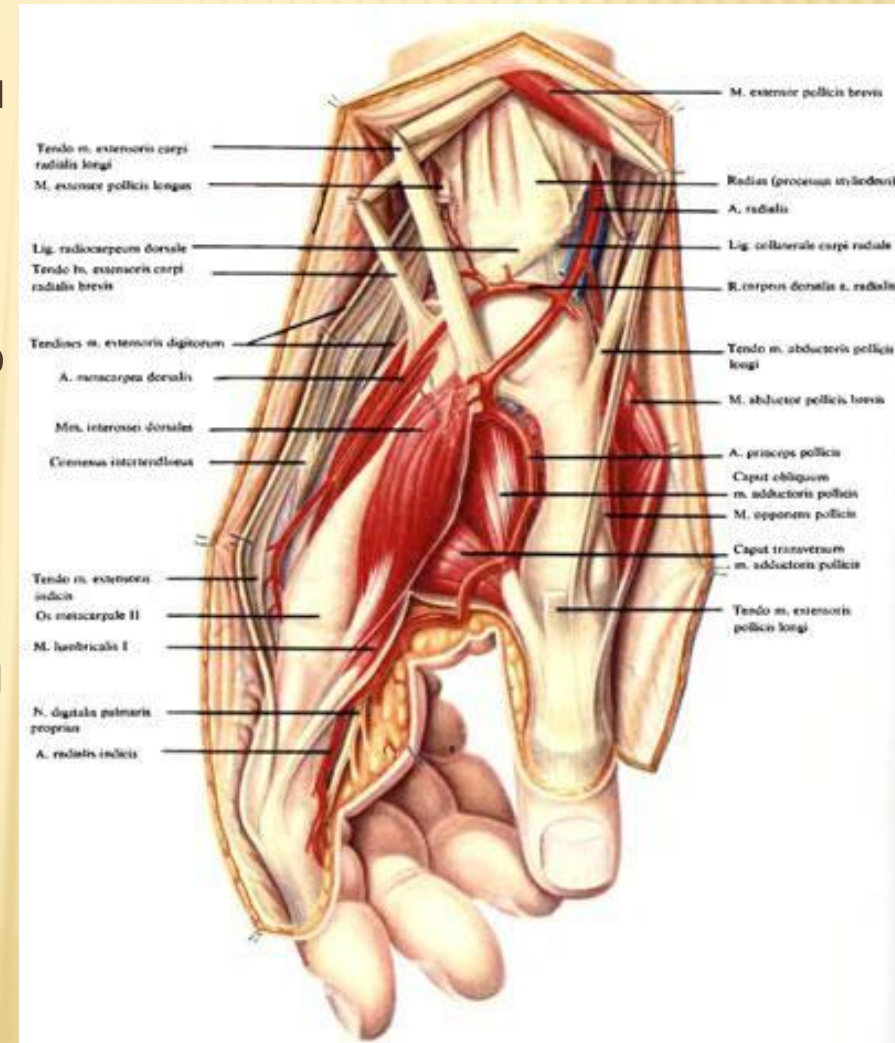
Алматы, 201
7г

ПЛАН:

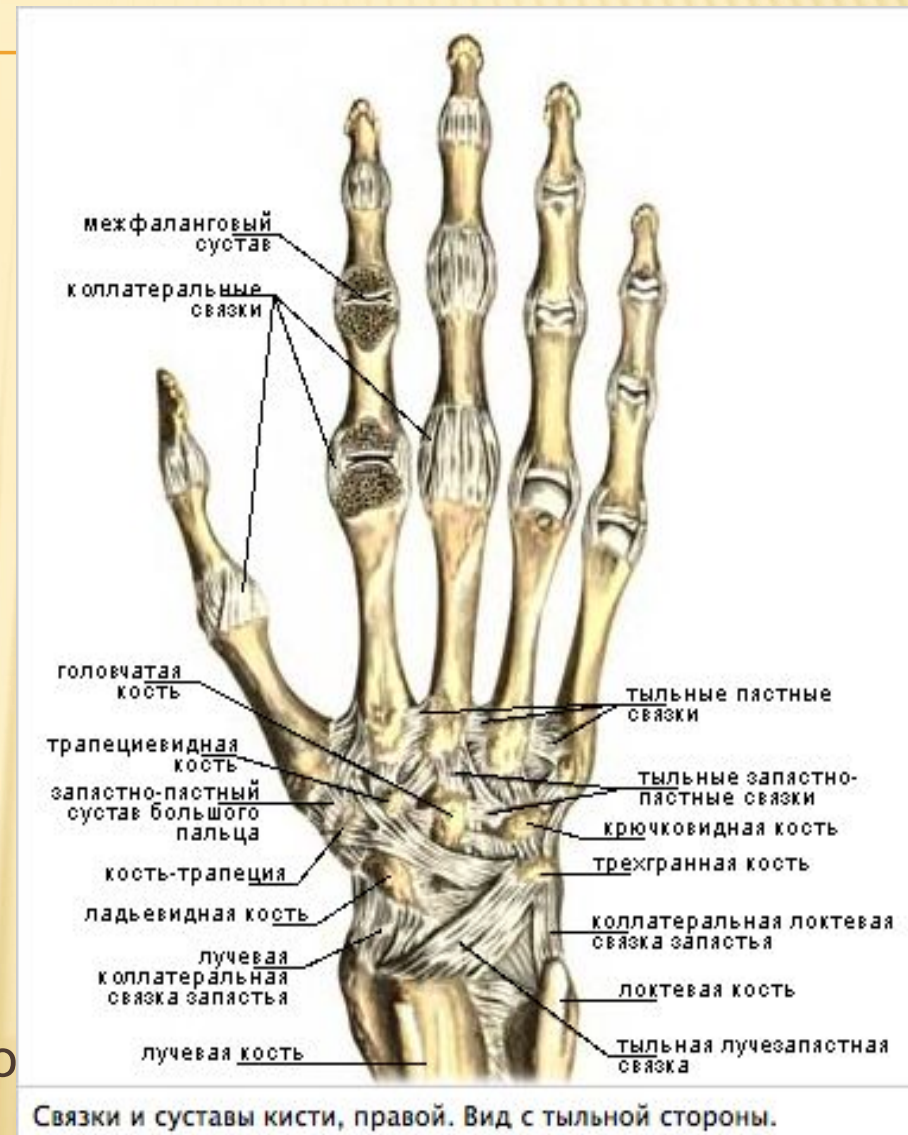
- Анатомические особенности кисти
- Пространство Пирогова-Парона
- Особенности хирургического доступа и лечения

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИСТИ

- Основные особенности пальцев и кисти следующие.
- Кожа на ладонной поверхности отличается прочностью, толщиной и малой растяжимостью, в результате чего гнойному очагу чрезвычайно трудно спонтанно прорваться наружу.
- Толщина кожи, особенно у лиц физического труда, значительно маскирует классические признаки гнойного воспаления.
- Подкожная клетчатка на ладонной поверхности пальцев разделена на отдельные ячейки фиброзными перегородками, фиксирующими кожу к надкостнице или к апоневрозу.



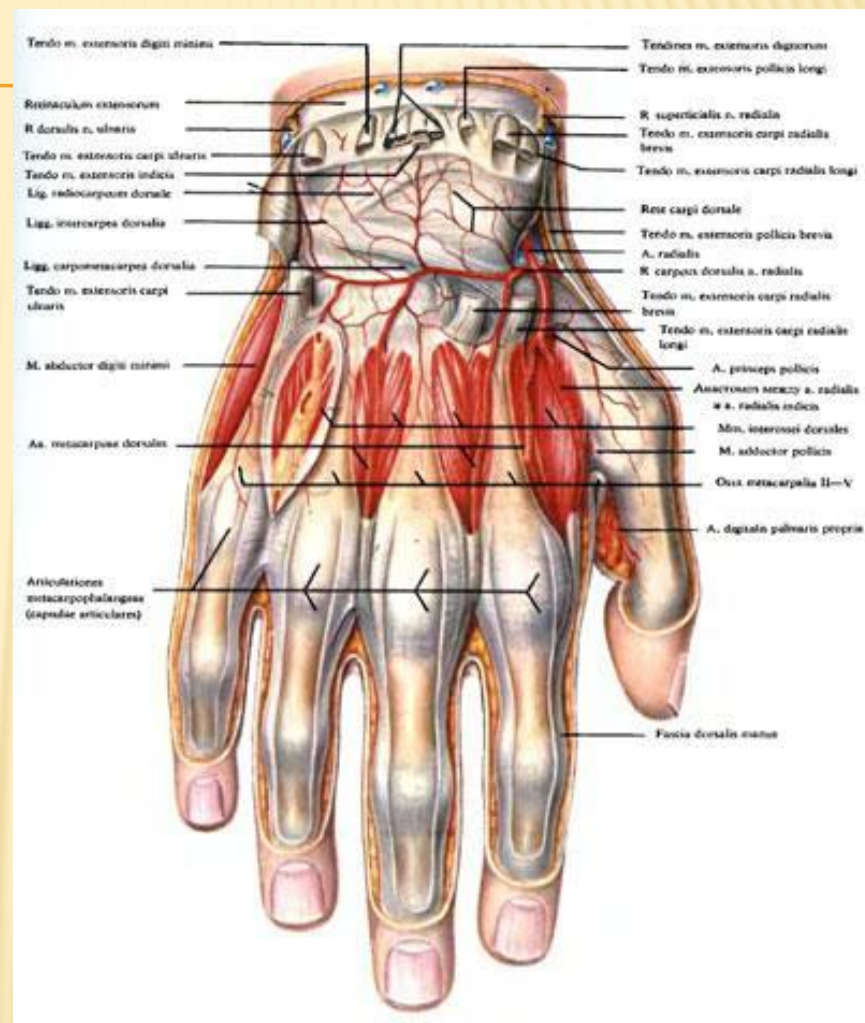
- Во-первых, это ведет к тому, что гнойник в подкожной клетчатке не склонен распространяться вширь, но легко распространяется вглубь.
- Во-вторых, при возникновении в замкнутых ригидных ячейках воспалительного процесса (инфильтрат, экссудация) ткани в объеме существенно не увеличиваются (припухлость выражена мало), зато в них резко повышается давление, что ведет к сдавлению нервов (выраженный болевой синдром) и сосудов (ишемия тканей, омертвление клетчатки).
- Сухожильные влагалища сгибателей II, III и IV пальцев начинаются от оснований ногтевых фаланг и заканчиваются на уровне головки соответствующей пястной кости, располагаются изолированно друг от друга и от синовиальных сумок предплечья.



Сухожильное влагалище сгибателя I пальца сообщается с лучевой, а V пальца — с локтевой синовиальной сумкой. Таким образом, при развитии здесь гнойного процесса возможно его распространение на глубокое клетчаточное пространство предплечья (пространство Пирогова — Парона).

Сухожильные влагалища I и V пальцев в 10-15% случаев сообщаются между собой, что может привести к соответствующему распространению гнойного процесса (так называемая U-образная флегмона).

Питание сухожилий осуществляется сосудами, проходящими в его брыжеечке, которая может сдавливаться при накоплении во влагалище экссудата. Поэтому при позднем дренировании сухожильного влагалища часто развивается некроз сухожилия.



-
- ▣ Обильная чувствительная иннервация ладонной поверхности пальцев, являющейся основным органом осязания, способствует возникновению мучительных болей при развитии воспалительного процесса, несравнимых с болями при гнойных заболеваниях другой локализации.
 - ▣ Лимфатические сосуды с ладонной поверхности направляются на тыльную поверхность пальцев и кисти, где нередко развивается выраженный отек рыхлой подкожной клетчатки.
 - ▣ Пальцы и кисть очень хорошо кровоснабжаются, здесь находится большое количество функционально важных образований (двигательные и чувствительные ветви нервов, магистральные сосуды, суставы, сухожилия), поэтому операции обычно производят под жгутом, чтобы кровотечение не мешало идентифицировать миниатюрные образования.
 - ▣ Кроме того, необходимы точные знания расположения отдельных сосудов и нервных стволов для избежания их ятрогенного повреждения.

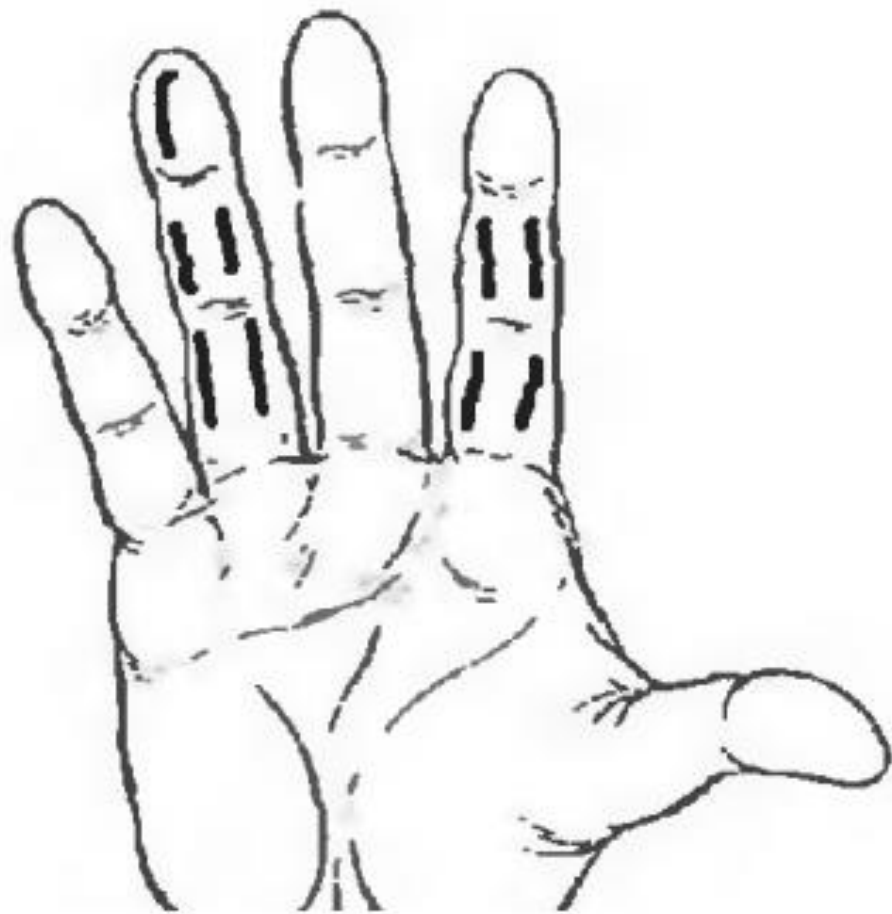
-
- ▣ **Пароны — Пирогова пространство** (F. Parona, итал. хирург XIX в.; Н.Н. Пирогов, 1810—1881, отеч. хирург; син. Пирогова пространство) — клеточное пространство в нижней трети передней области предплечья, ограниченное спереди длинным сгибателем большого пальца и глубоким сгибателем пальцев, а сзади — квадратным пронатором и межкостной перепонкой.

-
- Основными принципами местного лечения являются:
 - вскрытие гнойного очага,
 - адекватное дренирование гнойника,
 - местное антисептическое воздействие,
 - иммобилизация.

ВСКРЫТИЕ ГНОЙНОГО ОЧАГА

Хирургическая операция — вскрытие гнойника — обычно выполняется под проводниковой или общей анестезией (инфильтрационная анестезия используется редко, так как может способствовать распространению инфекции, а эффективность действия анестетиков в воспалительном очаге снижается). Разрез производят на всю длину воспалительного инфильтрата. После вскрытия очага определяют наличие некротизированных тканей, затем их иссекают, определяют наличие гнойных затеков и дополнительно вскрывают их, разделяют перемычки, определяют состояние соседних органов, явившихся причиной или вовлеченных вторично в гнойный процесс. Осмотр гнойной полости не всегда возможен. В таких случаях обязательным является обследование полости пальцем. Операция при гнойном воспалении может заключаться и в полном удалении гнойного очага (иссечение абсцесса небольших размеров в пределах здоровых тканей при гнойном мастите, абсцессе подкожной клетчатки и др.).

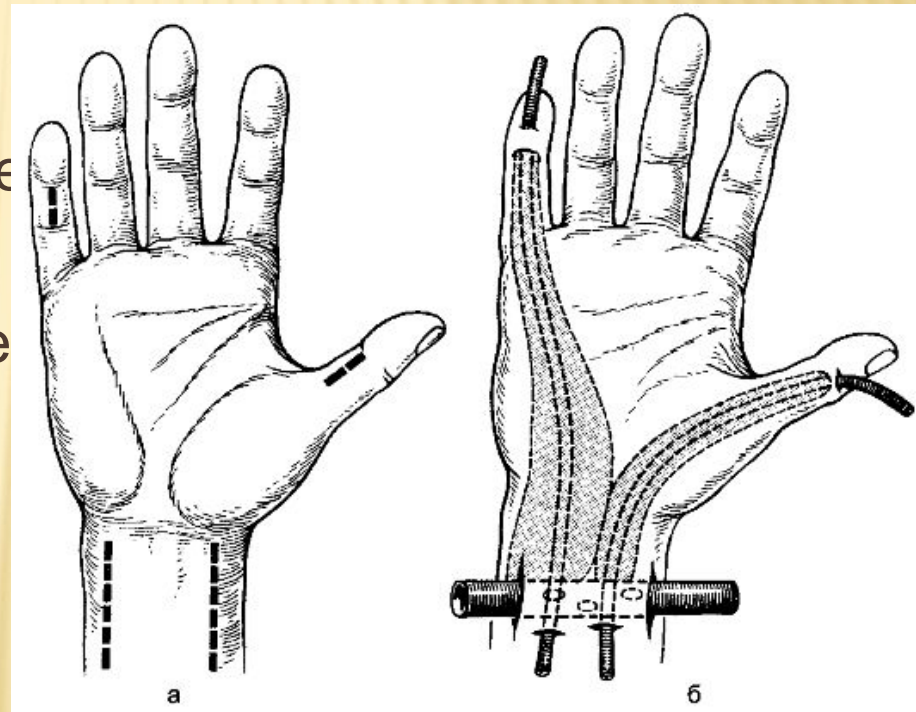
Важным элементом интраоперационной санации является использование химических антисептиков для обильного промывания гнойной полости, образовавшейся при воспалении. Полость промывают раствором одного из антисептиков (перекись водорода, фурацилин, хлоргексидин), механическая некрэктомия может быть дополнена одним из средств физической некрэктомии (ультразвуковая кавитация, луч углекислого лазера). Следует отметить, что чем радикальнее выполнено хирургическое вмешательство, тем быстрее и с меньшим количеством осложнений пойдет процесс выздоровления. Всегда целесообразно проводить взятие на посев полученного гнойного экссудата для его бактериологического исследования и определения чувствительности к антибиотикам, что позволяет выбрать оптимальный вариант антибактериальной терапии. Любая операция по вскрытию гнойника завершается его дренированием.



FireAiD - все по
медицине.

АДЕКВАТНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГНОЙНИКА

- Для адекватного дренирования применяются все возможные способы, относящиеся к физической антисептике: пассивное дренирование (используются тампоны, перчаточная резина, дренажные трубки), активная аспирация и проточное дренирование. Важным является и правильное выполнение разрезов при вскрытии гнойника. Определенные направление и глубина разреза способствуют тому, чтобы края раны зияли и гнойный экссудат свободно оттекал наружу.



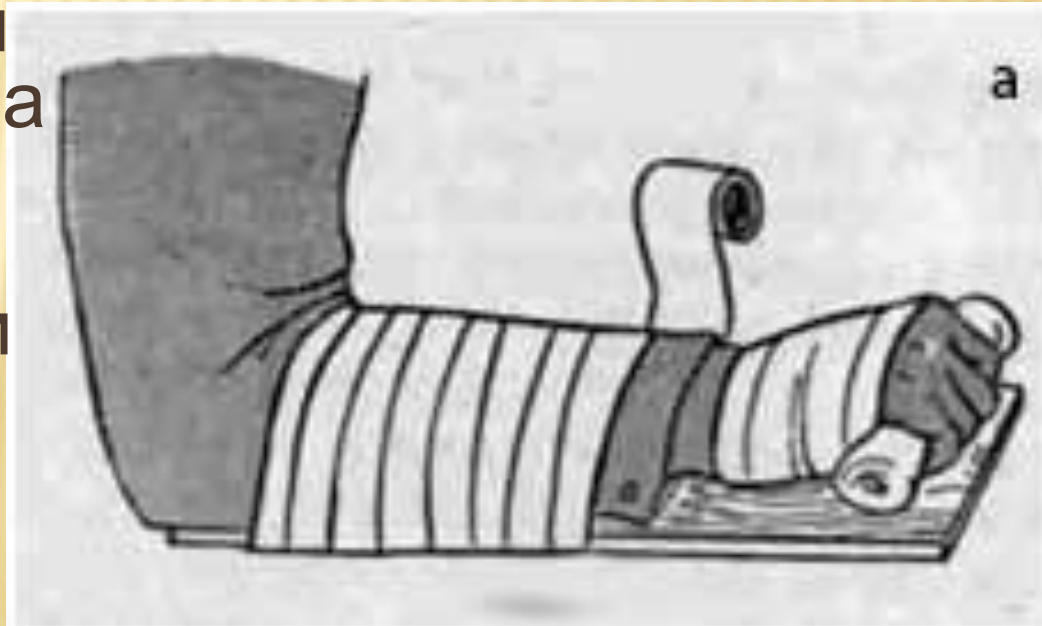
МЕСТНОЕ АНТИСЕПТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

- Местное антисептическое воздействие заключается в обработке ран 3% перекисью водорода, применении влажно-высыхающих повязок с 2-3% борной кислотой, водным раствором хлоргексидина, фурацилином и др. Кроме того, необходимо использовать протеолитические ферменты, а также вспомогательные физиотерапевтические процедуры (УФ-облучение, УВЧ, электрофорез с антибиотиками и др.).



ИММОБИЛИЗАЦИЯ

- На время острого периода течения гнойного процесса необходимо создание покоя пораженному сегменту, особенно в случае локализации гнойного процесса на конечностях, в зоне суставов. Для иммобилизации обычно применяют гипсовые лонгеты



ЛИТЕРАТУРА

- <http://www.nedug.ru/library>
- <http://www.nedug.ru/library/hirurgiya/anatomicheskie-osobennosti-kisti-i-paltsev-50871.html>
- <http://www.med24info.com/books/obschaya-hirurgiya/anatomofunkcional-n-e-osobennosti-pal-cev-i-kisti-1689.html>

**Спасибо за
внимание**