

# Гнойные заболевания кисти (панараций, флегмона)

Выполнили:  
студентки МС-311  
Насирова Лала  
Панова Ксения

# Особенности топографо-анатомического строения кисти

Кожа тыльной поверхности кисти эластичная, подвижная, легко растягивается и собирается в складки. Кожа ладони плотна, малоподвижна из-за сращения с ладонным апоневрозом, лишена волосяных луковиц и сальных желез, благодаря чему здесь не возникают атеромы, фурункулы, карбункулы.

Подкожная клетчатка тыльной поверхности развита слабо и состоит из рыхлой соединительной ткани. Подкожная клетчатка ладони заключена между множественными вертикальными соединительными волокнами, связывающими кожу с апоневрозом.

Жировая клетчатка заключена в отдельные ячейки.

Соединительнотканые волокна, связывающие кожу с апоневрозом, при ранении кисти являются проводниками инфекции с поверхности в глубину, а не в ширину.

# Этиология заболеваний

В этиологии гнойных заболеваний кисти основную роль играют стафилококки, в меньшей степени другая микрофлора (стрептококки, синегнойная палочка, протей и др.). Контоминация происходит в результате мелких повреждений: колотые раны о проволоку, древесную щепу, металлическую стружку, рыбью кость, ссадины, мозоли, трещины кожи и др.

Выделяют 2 стадии гнойного процесса:

- серозно инфильтративную
- гнойнонекротическую

## 1. Гнойные заболевания пальцев:

### 1.1. Панариции:

1.1.1. Кожный;

1.1.2. Подкожный;

1.1.3. Сухожильный (гнойный тендовагинит); 1.1.4. Паронихия;

1.1.5. Подногтевой

1.1.6. Суставной;

1.1.7. Костный;

1.1.8. Пандактилит.

### 1.2. Фурункул (карбункул) тыла кисти. II. Гнойные заболевания кисти:

#### 2.1. Флегмоны:

2.1.1. Флегмона тенара;

2.1.2. Флегмона гипотенара;

2.1.3. Флегмона срединного ладонного пространства (над-подапоневротическое);

2.1.4. Комиссуральная флегмона (мозольный абсцесс);

2.1.5. Перекрестная (U-образная) флегмона;

2.1.6. Флегмона тыла кисти (над-подапоневротическая).

#### 2.2. Фурункул (карбункул) тыла кисти

Клиническая картина гнойных заболеваний кисти, как и другого воспалительного процесса, складывается из известных общих и местных признаков: повышение температуры тела, боль, отек, гиперемия, нарушение функции органа. Однако воспалительные процессы пальцев и кисти имеют специфические признаки.



# Кожный панариций

Экссудат располагается под эпидермисом и отслаивает его в виде пузыря, содержимое которого имеет серозный, гнойный или геморрагический характер.

Отмечается покраснение кожи и отслойка эпидермиса. Боли постепенно усиливаются.

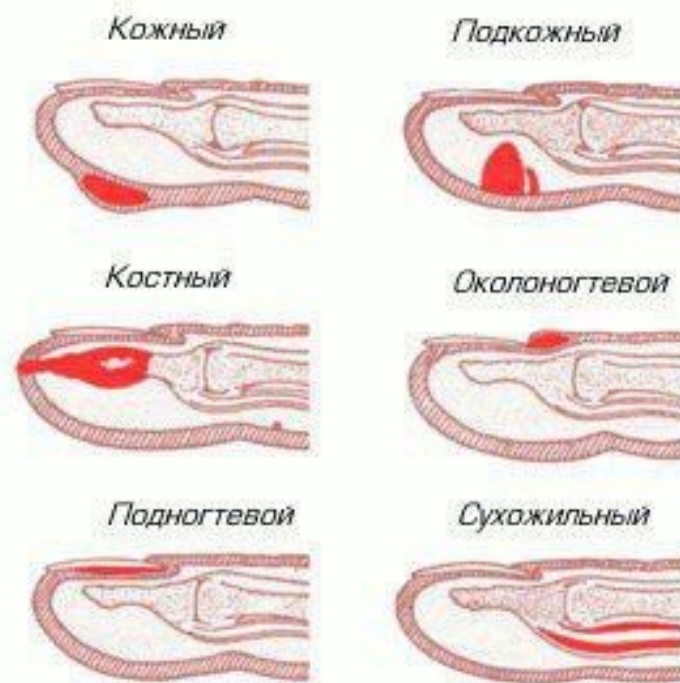
Формы панариция



# Подкожный панариций

Одним из характерных симптомов является нарастающая, дергающая, пульсирующая боль в месте травмы. При исследовании пальца обращает на себя внимание напряжение тканей, иногда сглаженность расположенной вблизи от воспалительного очага межфаланговой сгибательной борозды. Гиперемия кожных покровов выражена нерезко. Больной щадит палец. При методической и последовательной пальпации с помощью пуговчатого зонда легко определить зону наибольшей болезненности, которая соответствует расположению гнойного очага. Соединительнотканые тяжи, пронизывающие жировую клетчатку пальца и соединяющие соответственно кожу с надкостницей, препятствуют распространению отека на периферию. При подкожном панариции гной имеет тенденцию распространяться в глубину, на сухожилия, суставы и кость фаланги пальца.

Формы панариция



# Паронихия

Паронихия сопровождается болезненной припухлостью околногтевого валика и гиперемией окружающих тканей.

Пальпация околногтевого валика вызывает резкую болезненность. В некоторых случаях при паронихии гной проникает под ногтевую пластинку, отслаивая ее. При этом, гнойный экссудат просвечивает через отслоенный край ногтя. Из-за нарастающих воспалительных явлений больные довольно быстро теряют трудоспособность.





# Подногтевой панариций

Накапливаясь под пластинкой, гнойный экссудат несколько приподнимает ее. При пальпации отмечается зыбление ногтевой пластинки, распирающая боль в области ногтевой фаланги. Удаление ногтевой пластинки оперативным путем создает необходимые предпосылки к выздоровлению. Вслед за эпителизацией раны полная регенерация ногтя наступает через 4 мес.

Формы панариция

Кожный



Подкожный



Костный



Околоногтевой



Подногтевой



Сухожильный



# Суставной панариций

Суставной панариций чаще всего возникает после ранения межфаланговых или пястнофаланговых областей пальца с их дорсальной поверхности, где суставы прикрыты лишь тонким слоем мелких тканей. Инфекция по раневому каналу легко проникает в суставную щель. Воспаленный сустав приобретает веретенообразную форму, попытка движений в нем приводит к резкому усилению болей. Отек и гиперемия тканей наиболее выражены с тыльной поверхности пальца. Осевая нагрузка резко болезненная. При вовлечении в воспалительный процесс связочного, хрящевого, костного аппарата пальца возникает патологическая подвижность и ощущение крепитации шероховатых частей суставных поверхностей.

Формы панариция



# Костный панариций

Костный панариций развивается из запущенного или нерадикально излеченного подкожного панариция. В таких случаях, после вскрытия подкожного панариция вслед за кратковременным периодом улучшения состояния вновь появляется болевой синдром. Грануляционная ткань в ране становится серой, из раны не прекращается скудное гнойное отделяемое, боли принимают постоянный характер. Фаланга булавидно утолщается, пальпация ее на всем протяжении болезненна. На рентгенограммах пальца, сделанных в первую неделю заболевания, не удастся выявить четких признаков деструкции кости. Рентгенологические изменения кости определяются лишь к концу 2-ой недели. Это обстоятельство не должно служить основанием для промедления с повторным радикальным вмешательством, во время которого необходимо провести тщательную ревизию кости, устранить все некротические ткани. Операцию следует проводить не дожидаясь явных деструктивных изменений, определяемых рентгенологически.



# Сухожильный панариций

Пораженный палец находится в состоянии легкого сгибания. Попытка разгибания пальца приводит к резкому усилению боли, в то же время его сгибание значительно снижает остроту боли. Пальпация пуговчатым зондом по линии проекции сухожилия сгибателей вызывает резкую болезненность. Страдает общее состояние: повышается температура тела, появляются признаки интоксикации.

При наличии такой клинической картины промедление с операцией при гнойных тендовагинитах крайне опасно. Сухожилие, лишенное кровоснабжения вследствие сдавления сосудов мезотенона экссудатом, быстро погибает.



# Пандактилит

Пандактилит – это гнойное воспаление всех тканей пальца. Клиническая картина складывается из совокупности всех видов гнойного поражения пальца. Он протекает тяжело, сопровождается выраженной интоксикацией (головная боль, повышение температуры тела и др.), регионарным лимфангитом, лимфаденитом.

Болевой синдром постепенно усиливается и приобретает интенсивный мучительный характер. Отечный палец приобретает сине-багровый цвет. Пальпация пальца во всех отделах болезненная, попытка к движению в суставах этого пальца также вызывает резкую болезненность.

# ФЛЕГМОНЫ КИСТИ

Диффузное гнойное поражение клетчаточных пространств кисти в зависимости от локализации имеет характерные симптомы.

К местным признакам воспалительного процесса относятся отек и гиперемия тканей, нарушение функции кисти, местное повышение температуры, болезненность при пальпации. Степень выраженности указанных симптомов различна и зависит от обширности воспалительного процесса, вирулентности возбудителя, защитной реакции организма и др.

Поэтому клиническое течение флегмон кисти весьма разнообразно: от строго локализованных форм воспаления до обширных, склонных к распространению гнойно-некротических процессов.

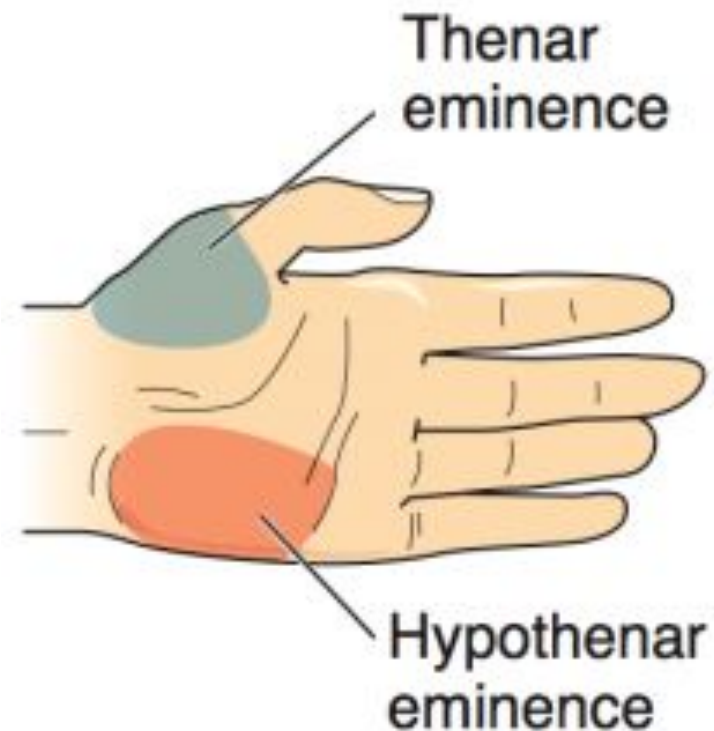
# Флегмона тенара

сопровождается резким отеком тенара и лучевого края тыльной поверхности кисти. Резкая боль при пальпации, напряжение тканей, отек, сглаженность ладонной кожной складки – это характерные симптомы воспаления клетчаточного пространства тенара. Нередко гнойный экссудат распространяется по краю первой межкостной мышцы на тыльную поверхность кисти с выраженным отеком.



# Флегмона гипотенара

не сопровождается явлениями выраженной интоксикации. Характерны умеренно выраженный отек, гиперемия и напряжение тканей, болезненность при пальпации. Движения V пальца приводят к усилению боли.





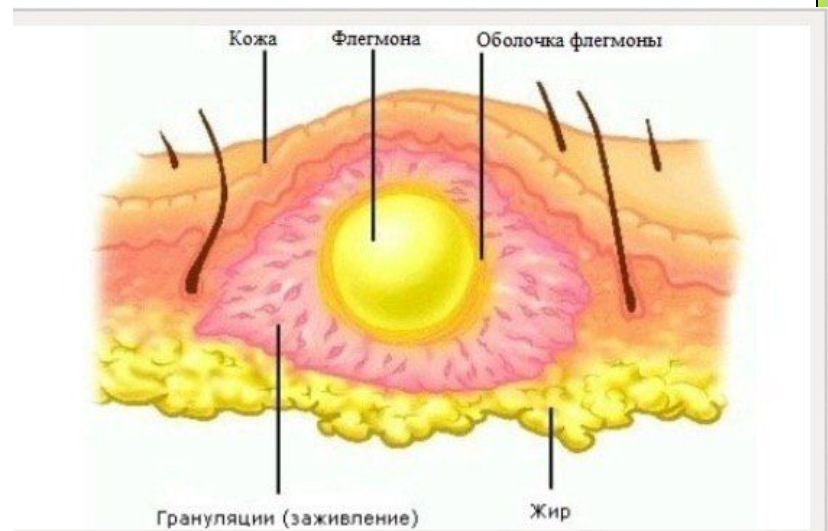
# Флегмона комиссуральная

локализуется в дистальной части ладони. Входными воротами инфекции являются трещины грубой, орозоленной кожи в области пястно-фаланговых сочленений ладони. Отсюда и другое название таких флегмон – мозольные абсцессы. Воспалительный очаг формируется, как правило, в комиссуральных пространствах II-IV пальцев. Флегмоны сопровождаются значительными болями, отеком дистальной части обеих поверхностей кисти. Пальцы по соседству с гнойным очагом несколько разведены и согнуты в межфаланговых суставах. Разгибание их болезненно из-за натяжения воспаленного ладонного апоневроза



# Флегмоны срединного пространства

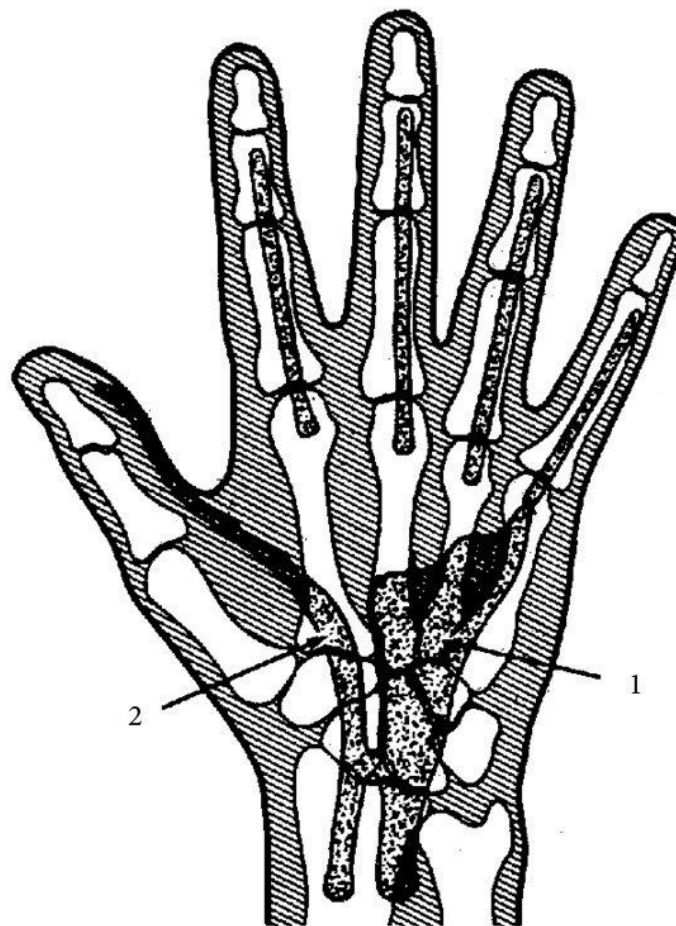
Воспалительный процесс указанной локализации сопровождается повышением температуры тела, головными болями, изменениями периферической белой крови. Центральная часть ладони взбухает, кожа напряжена, пальпация этой области резко болезненная. Резко выражен отек тыла кисти. Попытка активного или пассивного разгибания II-IV пальцев вызывает значительное усиление боли. Запоздалые или нерациональные меры лечения флегмоны срединного ладонного пространства осложняются прорывом гноя в щель тенара, а также распространением гноя по каналам червеобразных мышц на тыл кисти.



# U-образная (перекрестная) флегмона

является наиболее тяжелой формой гнойного воспаления кисти. Она представляет собой совместное поражение синовиальных сумок ладони – локтевой и лучевой, которое является следствием гнойного тендовагинита I и V пальцев. Прорыв и быстрое распространение гноя облегчается в случае прямого сообщения сумок в пястном канале.

U-образные флегмоны сопровождаются выраженной интоксикацией (высокая температура тела, головная боль, общая слабость). Пальцы несколько приведены к ладони, активные движения, а также пассивные значительно усиливают боль. Пальпаторно выявляется наиболее выраженная болезненность в зоне проекции сухожилий сгибателей I и V пальцев и в проксимальной части кисти.



# Подкожная флегмона

Подкожная флегмона тыльной поверхности кисти относится к числу более легких форм гнойного воспаления клетчаточных пространств кисти. Отек и гиперемия тканей носят разлитой характер, границы гнойного очага установить трудно. Путем тщательной пальпации тканей можно получить представление об очаге гнойного размягчения клетчатки.

# Осложнения

флегмона кисти (разлитое гнойное воспаление жировой клетчатки)

сращение суставов, поражение всех тканей пальца (пандактилит)

развитие сепсиса (попадание в кровь гноеродных микроорганизмов)

тромбоз сосудов, питающих сухожилие с последующим его некрозом (омертвление)

остеомиелит (гнойный процесс в кости) и другие

# Консервативное лечение

1) компрессы с раствором димексида, полуспиртовые;

2) физиотерапевтическое лечение: фонофорез с димексидом, УВЧ, лазеротерапия и др.;

3) антибиотики и антисептики: энтерально, внутримышечно, внутривенно. При неэффективности консервативной терапии, после первой бессонной ночи – оперативное лечение.

# Оперативное лечение

В зависимости от формы панариция и флегмоны кисти оперативные вмешательства выполняют под местной анестезией или наркозом.

При панарициях выполняют характерные разрезы – продольные линейные разрезы по переднебоковым поверхностям фаланг пальцев. На ногтевой фаланге выполняется клюшкообразный разрез.

При панарициях выполняются по 2 разреза на средней и основной фаланге с обязательным вскрытием синовиального влагалища, удалением экссудата и дренированием ниппельным дренажем.

При костном панариции наряду с иссечением некротически измененных мягких тканей удаляются секвестры костной ткани (ложечкой Фолькмана и др.) с хорошим дренированием раны трубчатым дренажами и фракционным промыванием антисептиками.

При флегмонах кисти разрезы делаются: по межпальцевой складке, продольные и дугообразные разрезы параллельно возвышению тенара и гипотенара. При этом обязательно учитывается топография «запретной» зоны.

Наряду с оперативным лечением одновременно проводится комплексная антибактериальная дезинтоксикационная терапия, повышается неспецифическая резистенция организма, иммунитет.

Спасибо за внимание!

