

Гнойные заболевания пальцев и кисти



Острые гнойные заболевания кисти и пальцев в амбулаторной хирургической практике занимают одно из ведущих мест: частота панарициев и флегмон кисти колеблется от 15- 18% до 20 - 30%, среди травм - 27% и среди гнойной патологии различных локализаций-61%.

- Возбудителем гнойных процессов на пальцах и кисти в подавляющем большинстве случаев является золотистый стафилококк. Внедрение инфекционных возбудителей в ткани происходит чаще всего через мелкие колотые ранки. Особое значение имеет попадание в кожу мелких инородных тел - «заноз». Часто микробы проникают в ткани через трещины огрубевшей кожи, заусенцы, инфицированные мозоли.



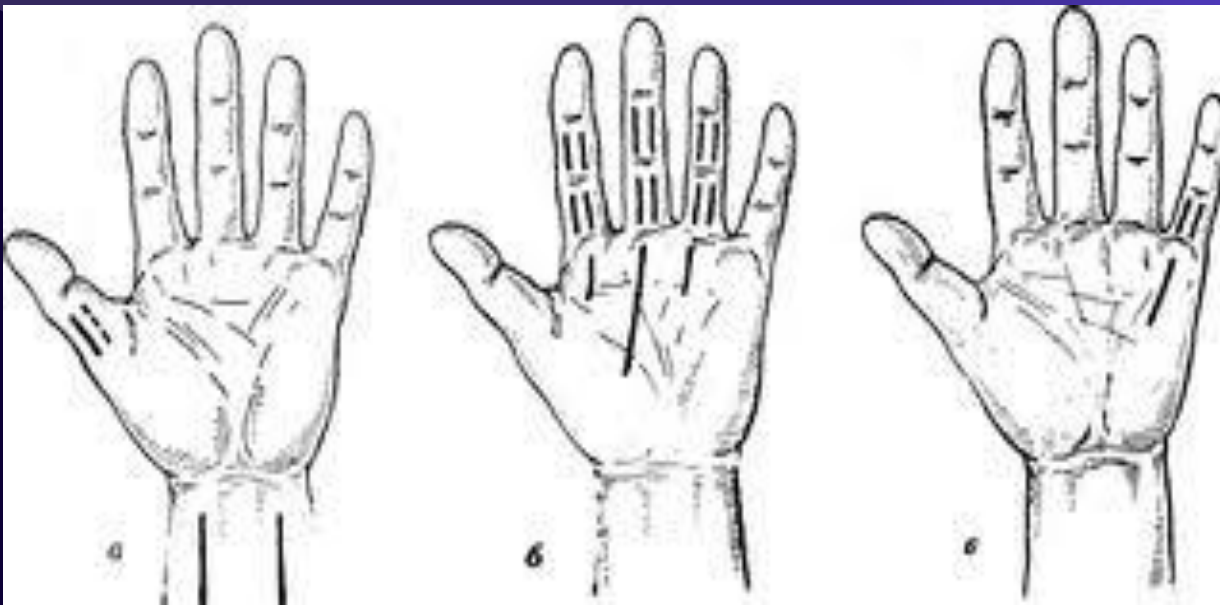
- В дальнейшем в месте внедрения патогенной микрофлоры развивается воспалительный процесс и нагноение. При этом гнойный экссудат не прорывается через кожу, а обычно распространяется вглубь, что связано с особенностями строения тканей пальцев и кисти.



Основные анатомо-функциональные особенности пальцев и кисти :

- Кожа на ладонной поверхности отличается прочностью, толщиной и малой растяжимостью, в результате чего гнойному очагу чрезвычайно трудно спонтанно прорваться наружу.
- Подкожная клетчатка на ладонной поверхности пальцев разделена на отдельные ячейки фиброзными перемычками, фиксирующими кожу к надкостнице или к апоневрозу.

- 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.

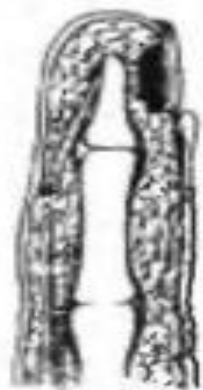


- Питание сухожилий осуществляется сосудами, проходящими в его брыжеечке, которая может сдавливаться при накоплении во влагалище экссудата. Поэтому при позднем дренировании сухожильного влагалища часто развивается некроз сухожилия.
- Лимфатические сосуды с ладонной поверхности направляются на тыльную поверхность пальцев кисти, где нередко развивается выраженный отек рыхлой подкожной клетчатки
- Пальцы и кисти хорошо кровоснабжаются, поэтому операции выполняются под жгутом, чтобы кровотечение не мешало идентифицировать миниатюрные образования

панариций

- Острые гнойные процессы, локализующиеся в мягких тканях ладонной поверхности пальцев, в области ногтя и околоногтевого валика, а так же в костях и суставах пальцев.





1



2



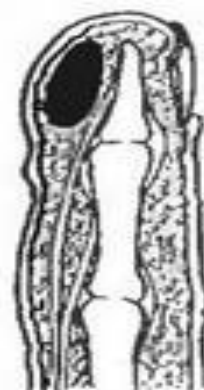
3



4

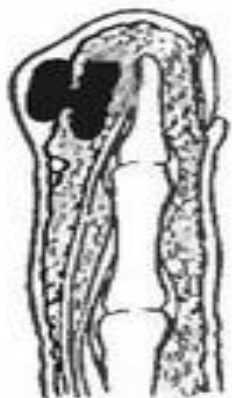


5

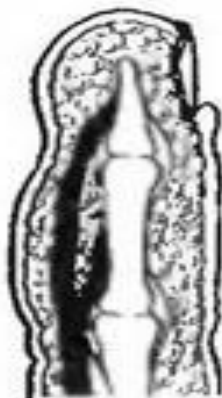


6

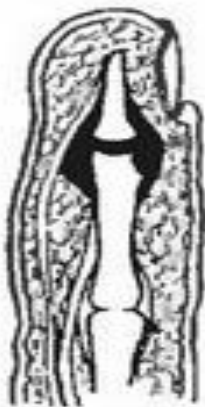
FireAiD - все по
медицине.



7



8



9



10



11



12

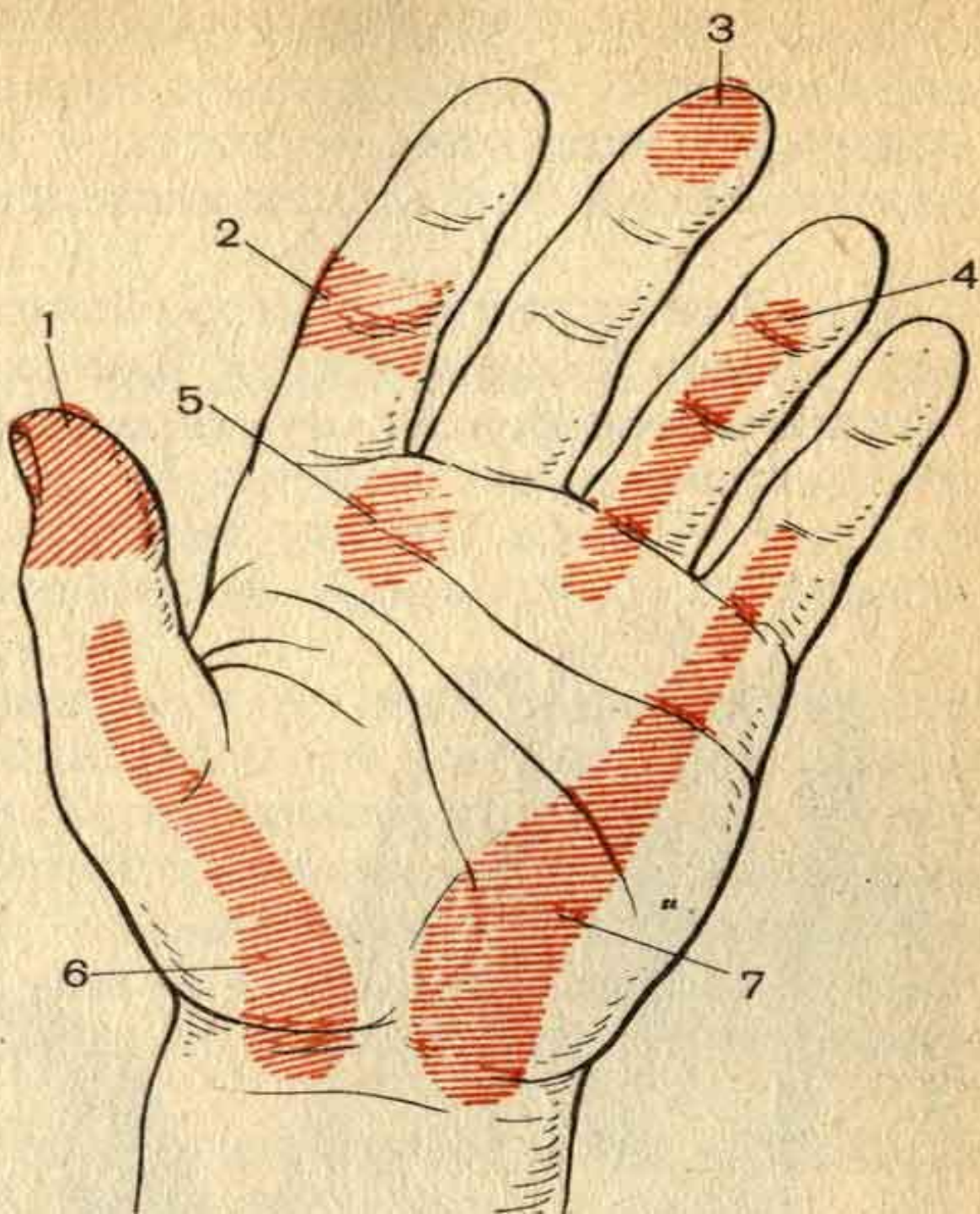
FireAiD - все по
медицине.

По В.К. Гостищеву выделяется 12 видов 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 (секвестрация диафиза средней фаланги пальца); 11 — секвестрация концевой фаланги; 12 — пандактилит.

- Выглядит панариций как пузырек с мутной жидкостью или гноем. Симптомами панариция является пульсирующая, дёргающая боль, бывает очень сильная лишаяющая сна и покоя. В месте локализации очага, опухоль и нагноение.

- Кожа лоснится и
- напряжена,
- конец пальца
- принимает
- колбообразный
- вид.





**Зона болезненности
при гнойном
воспалении пальцев и
кисти:**

- 1 — костный панариций;**
- 2 — суставной панариций;**
- 3 — подкожный панариций;**
- 4 — сухожильный панариций;**
- 5 — мозольный абсцесс ладони;**
- 6 — тенобурсит I пальца и лучевой ладонной сумки;**
- 7 — тенобурсит V пальца и локтевой ладонной сумки.**

- Функция пальца и кисти при воспалительном процессе нарушена: палец находится в полусогнутом положении и попытки его выпрямить резко болезненны. Соседние здоровые пальцы также могут находиться в полусогнутом положении, но движения в них возможны и менее болезненны. Очень часто панариций сопровождается повышением температуры тела, ознобом, головной болью и чувством «разбитости».

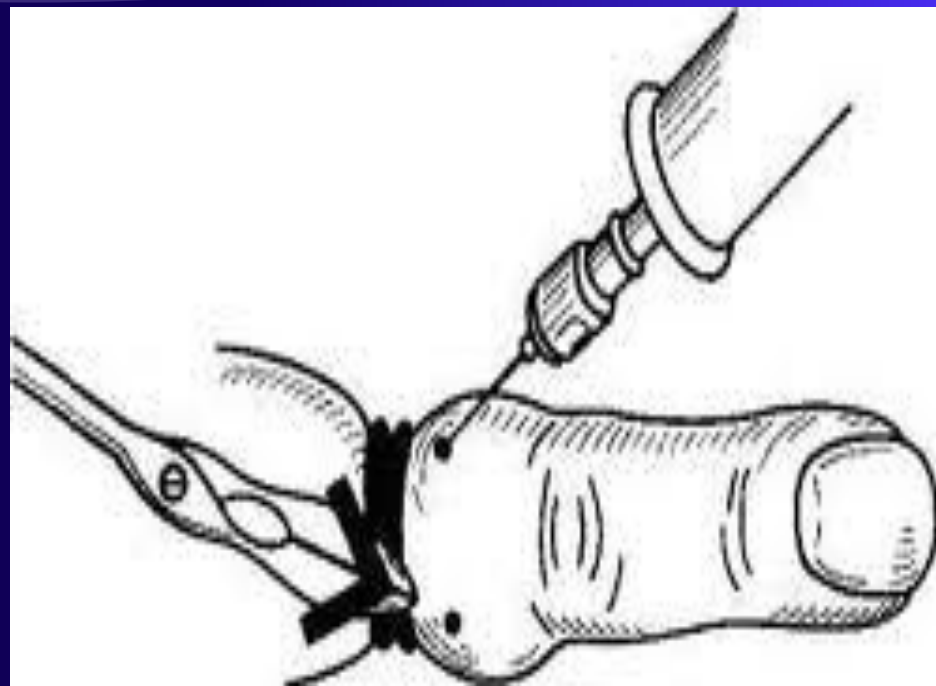


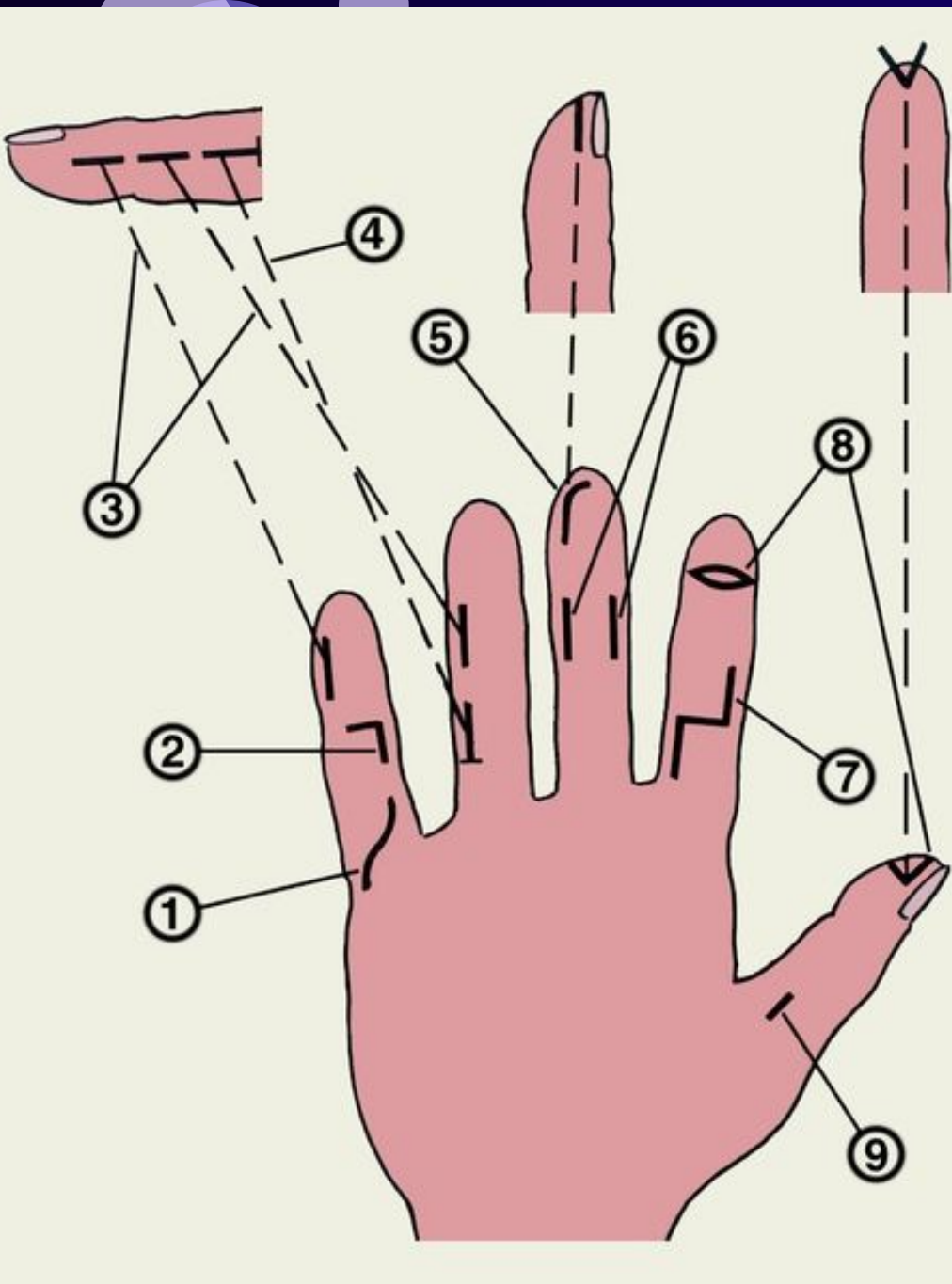
Общие принципы лечения

- Раннее применение хирургического
- лечения. Правило «первой
- бессонной ночи»: если пациент не
- спал ночь из-за болей в пальце - его
- необходимо оперировать.
- Правило оперативного лечения. Правило трех «О»:
- **ОБСТАНОВКА** - вмешательство должно выполняться в операционной, специальными малого размера инструментами, при хорошем освещении, пациент должен лежать, а его больная рука должна находиться на приставном столике, хирург оперирует сидя.



- **ОБЕЗБОЛИВАНИЕ** - при вскрытии панариция используется проводниковая анестезия по Лукашевичу-Оберсту, а при переходе процесса на кисть, костном, суставном панариции или пандактилите под наркозом.
- **ОБЕСКРОВЛИВАНИЕ** - операцию выполняют после предварительного наложения жгута.





- Разрезы, рекомендуемые для вскрытия гнойных процессов на пальцах: 1, 2, 7 — разрезы по ладонной поверхности фаланг пальца; 3, 9 — среднелатеральные разрезы; 4 — Т-образный разрез; 5 — клюшкообразный, полулунный разрез; 6 — парные переднебоковые разрезы; 8 — поперечный эллипсообразный разрез с иссечением краев раны.

- Местно после операции проводится лечение образовавшейся гнойной раны - перевязки с наложением влажно высушающих повязок с антисептиками, промывание раны. При глубоких формах обязательной является иммобилизация пальца, дополнительно применяют физиотерапию. Из методов общего лечения основное значение имеет антибактериальная терапия, т.к. дезинтоксикация требуется требуется лишь в особо тяжелых случаях. Так же используется внутривенное введение антибиотика под жгутом. После купирования острого воспалительного процесса
- необходима лечебная
- физкультура и физиотерапия.



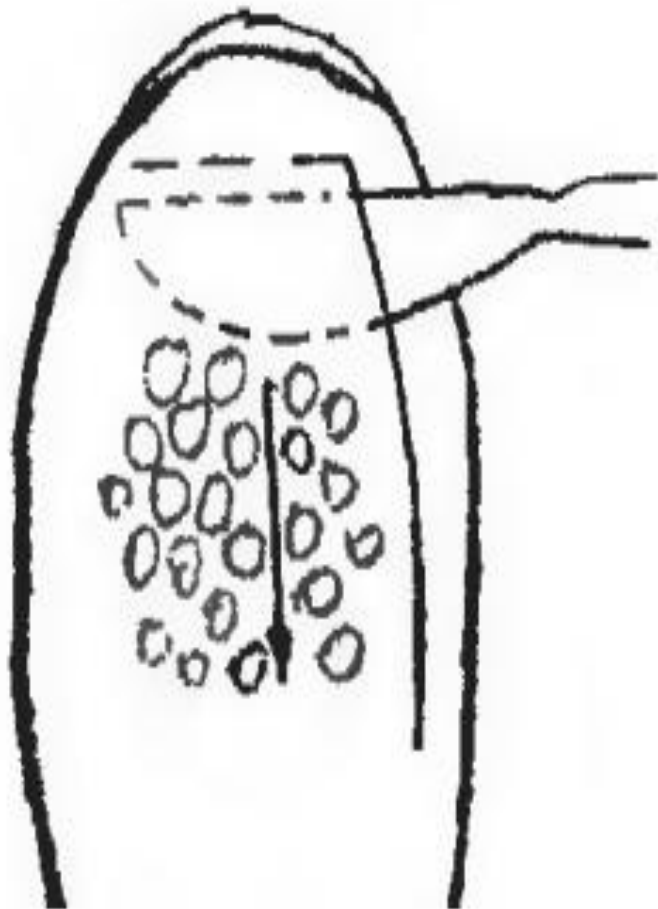
КОЖНЫЙ

- развивается на тыльной стороне пальца. Под эпидермисом накапливается гной, образуется пузырь с мутным иногда кровянистым содержимым. Кожа вокруг пузыря становится ярко-красной или приобретает красноватый оттенок. Боль не сильная, иногда чувство жжения. Если пузырь становится больше в размере, это говорит о том что болезнь прогрессирует и перешла на более глубокие ткани.



- Лечение состоит в полном удалении ножницами (без анестезии) нечувствительного отслоенного рогового слоя эпидермиса с последующим наложением повязки с антисептической мазью. Через 4-5 дней роговой слой эпидермиса восстанавливается и больной выздоравливает.
- Кожный панариций нельзя спутать с так называемым абсцессом в форме запонки, при котором роговой слой отслаивается гноем, прорывающимся из подкожной клетчатки. Абсцесс в форме запонки лечится по правилам лечения подкожного панариция.





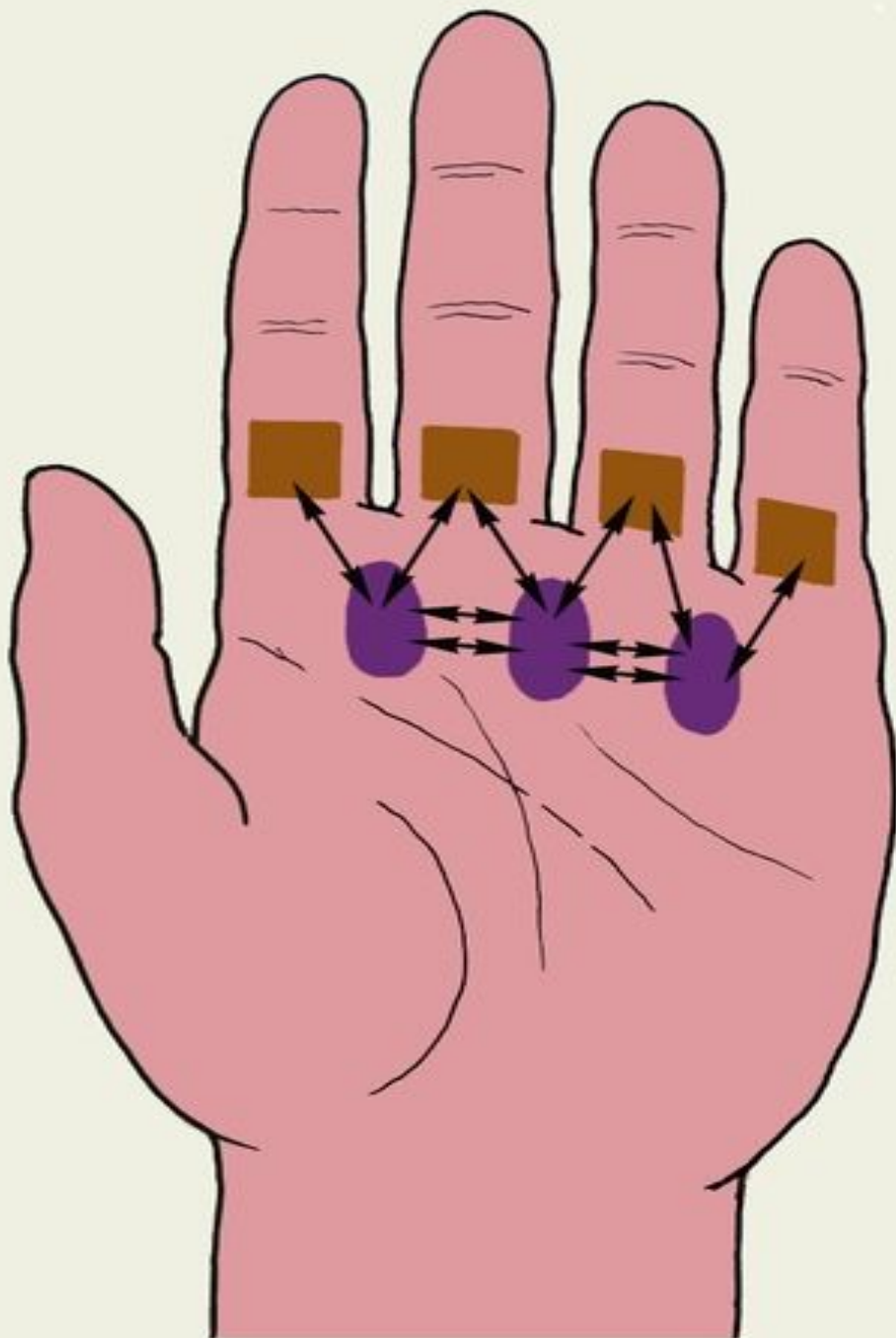
- *Вскрытие подкожного панариция концевой фаланги клюшкообразным разрезом.*

FireAiD - все по
медицине.

ПОДКОЖНЫЙ

- развивается на пальце со стороны ладони под кожей. Так как кожа на этой стороне плотная, гной образующейся долго не может вырваться наружу и процесс переходит вглубь. Далее подкожный панариций может поразить сухожилия, суставы и кости. Иногда поражается всё вместе. Для подкожного панариция характерны постоянные стреляющие боли, особенно по ночам, при дотрагивании до пальца возникает резкая боль.



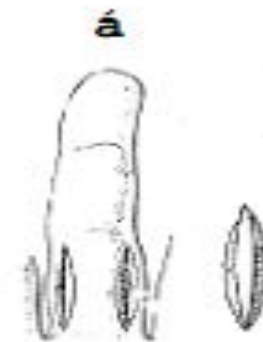


- Схема распространения гноя при подкожном панариции основной фаланги: направления прорыва гноя указаны стрелками





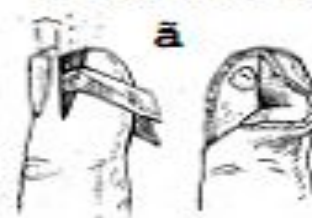
Щелевидные разрезы при подкожном панариции



Вырезание полоски кожи и подкожной клетчатки



Боковые разрезы



Разрезы для вскрытия подкожного панариция концевой фаланги пальца



Дугообразный разрез на ногтевой фаланге

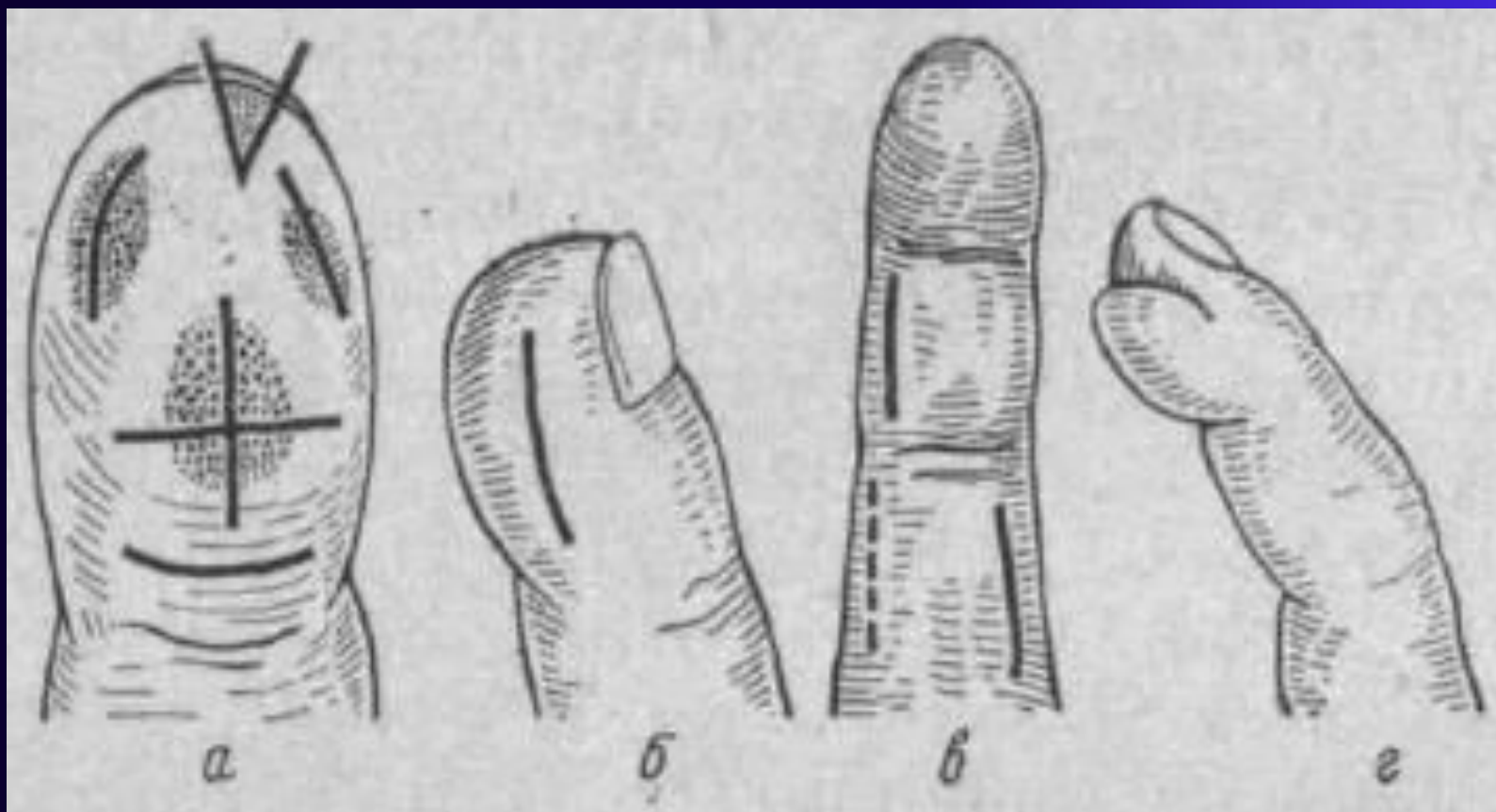
а



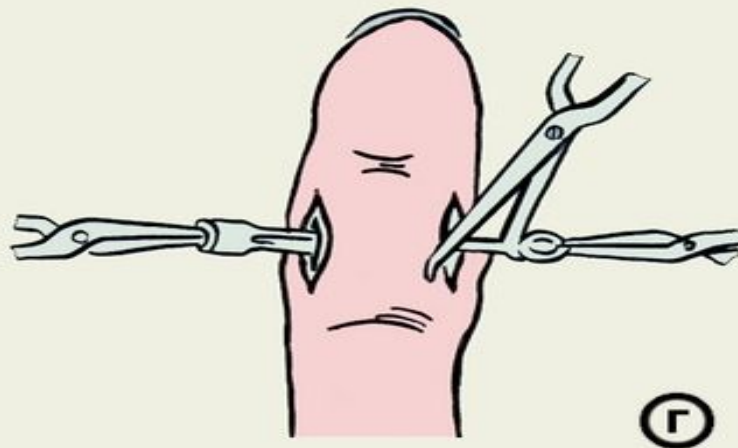
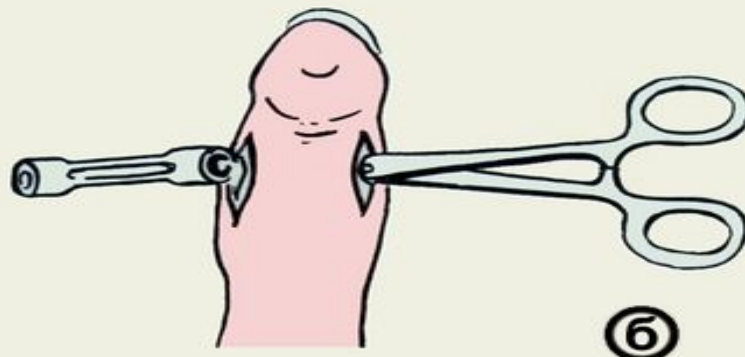
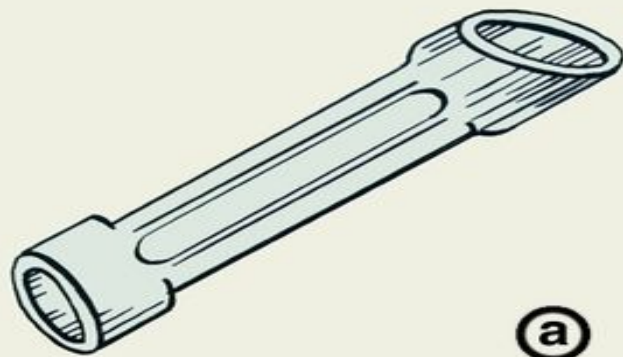
Операция при околоногтевой паронихии по способу «снятия стружки»

Рис. 1. Устаревшие, патогенетически необоснованные методики хирургического лечения панариция, пропагандируемые: а) Е.В.Усольцевой, К.И.Машкара; б), в) Л.Г.Фишманом; г), д) Е.Л.Яновским, И.Г.Дяхтеревым. Основной недостаток современных хирургических приемов лечения панариция состоит в том, что его вскрытие и дренирование отождествляется с полноценной санацией гнойно-воспалительного очага, в то время как радикальность хирургического лечения панариция может быть достигнута после методически правильной хирургической обработки вскрытого гнойника

**Схема разрезов при подкожном панариции.
а и б — разрезы на дистальной фаланге; в —
разрезы на средней и проксимальной фалангах, г
— обезображивающий рубец после
подковообразного разреза.**



- При подкожном панариции ногтевой фаланги хорошего оттока гнойного экссудата достигают с помощью **клюшкообразного разреза**. Скальпель вкалывают с боковой стороны фаланги (крючок клюшки) и ведут по направлению к межфаланговому суставу во фронтальной плоскости, рассекая таким образом соединительнотканые тяжи, идущие от кожи к кости. В результате все ячейки, заполненные гноем, разрушаются и гной легко оттекает. На боковой поверхности фаланги остаётся разрез (ручка клюшки), который после ликвидации гнойного процесса заживает с образованием тонкого эластичного рубца.



- Дренирование резиновым окончатým дренажем при подкожном панариции средней фаланги: а — окончатýй дренаж; б — введение дренажа в раневой канал; в — промывание раны через дренаж; г — извлечение дренажа.

Околоногтевой

- воспаление околоногтевого валика. Очень часто паронихия развивается после неудачного маникюра. Воспаление развивается у края ногтевой пластинки, в коже ногтевого валика, в результате различных повреждений кожи (маленькие трещинки, заусенцы, мелкие порезы).



Продольный разрез ногтя

1 — свободный край ногтя, 2 — матрикс, 3 — эпонихия, 4 — паронихия субэпидермальная, 5 — паронихия в толще ногтевого валика

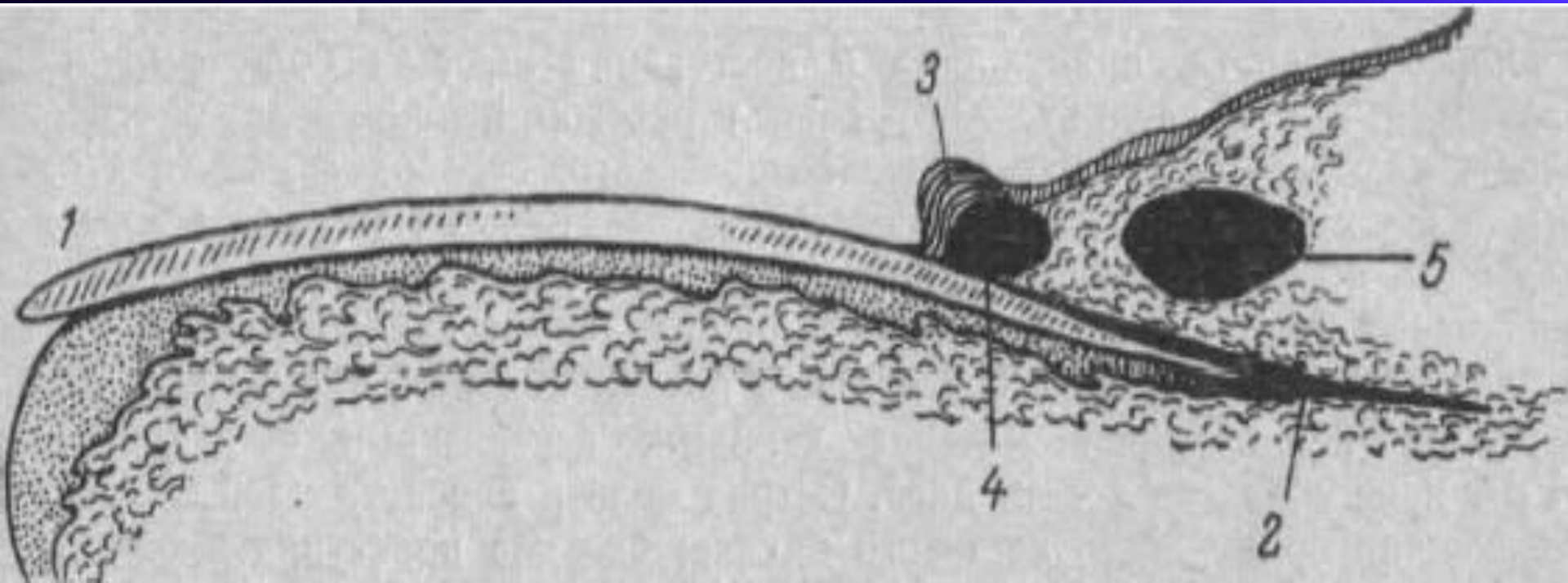
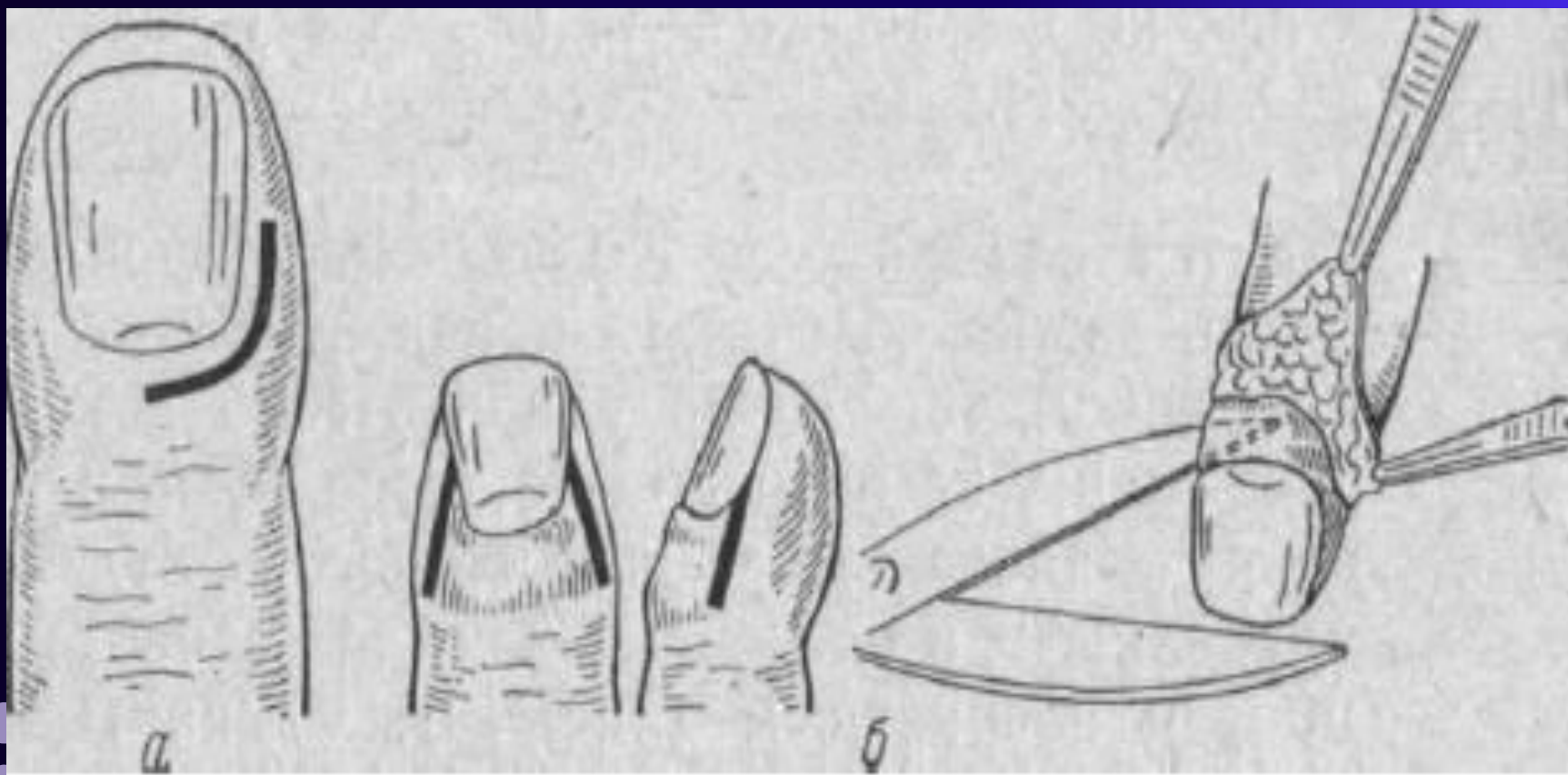


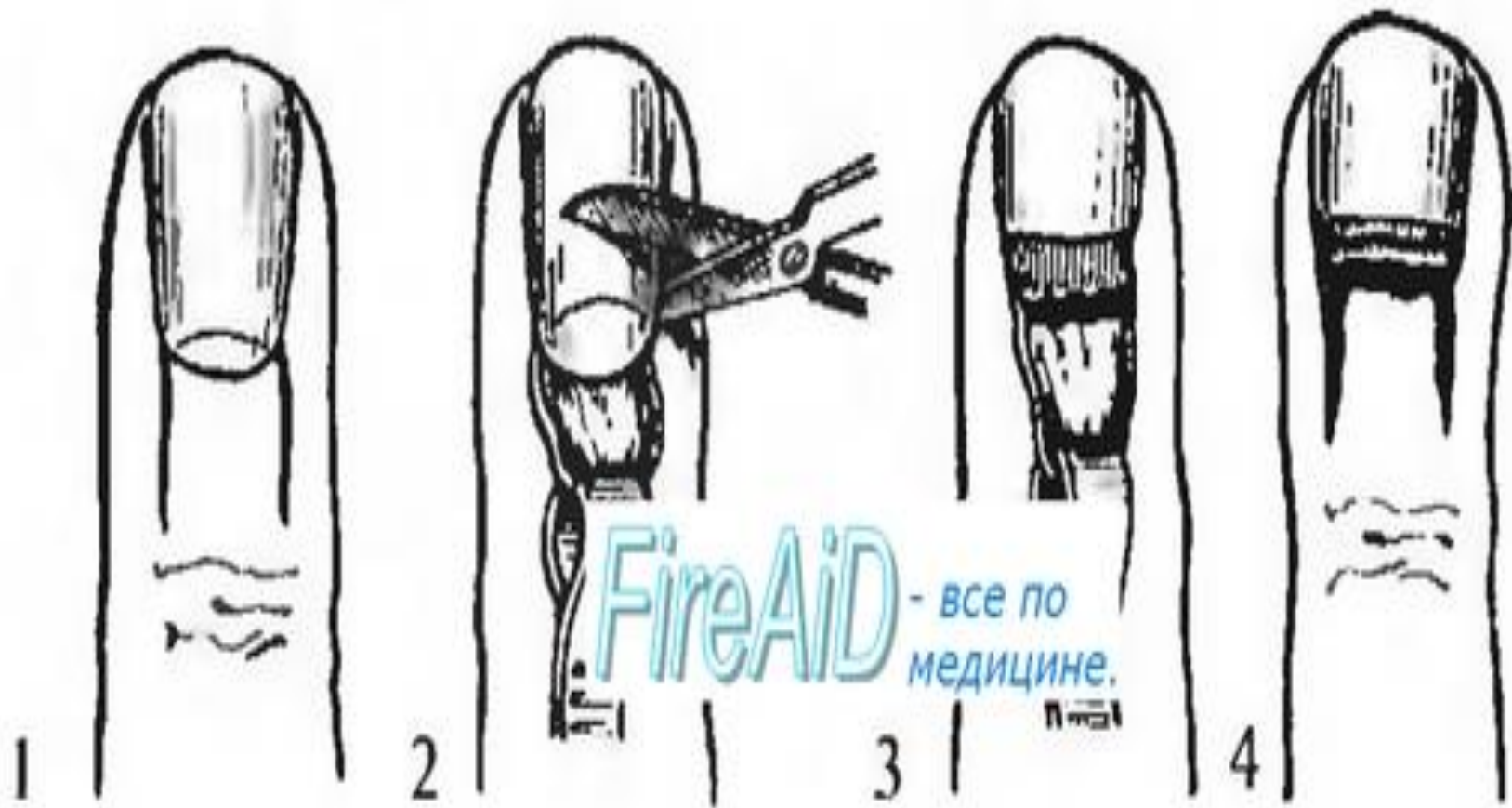
Схема операции паронихии.

а — в толще ногтевого валика; б — операция Кеневела.



лечение

- Применяют разрезы по Кляпину (дугообразный, параллельно краю ногтя) или по Канавелу (два параллельных разреза от края ногтя по оси пальца с отсепаровкой лоскута ногтевого валика от основания ногтя). Гнойную полость вскрывают, иссекают некротические ткани околоногтевого валика и накладывают повязку с антисептиком. Основание ногтя, если под ним скапливается гной, резецируется, в дальнейшем постепенно происходит смена ногтя на новый. При дальнейшем лечении применяют мазевые повязки



Операция Канавела при тотальном поражении ногтевого валика (по В.К.Гостищеву). 1 — разрезы кожи; 2, 3 — иссечение основания ногтя и валика; 4 — вид после операции.

Подногтевой

- воспаление тканей под ногтём. Может развиваться, когда гной проникает под ногтевую пластину. Такой панариций может развиваться после укола или попадания занозы под ноготь.



Лечение.

- При небольшом локальном скоплении гноя часть ногтя над гнойным очагом удаляется. После этого накладывается повязка с антисептическим раствором. При распространении процесса на значительную часть подногтевого пространства удаляют весь ноготь и saniруют ногтевое ложе. Если имеется распространение гнойного процесса на околоногтевой валик, после удаления ногтя его рассекают и частично иссекают. После операции применяют повязки с антисептиком, а затем мазями.



Операции при подногтевом панариции (по В.К. Гостишеву). 1,2 — трепанация ногтевой пластинки; 3,4 — клиновидное иссечение дистальной части ногтевой пластинки с одномоментным удалением инородного тела

Суставной

- гнойный артрит межфалангового сустава. Развивается после проникновения инфекции в полость сустава (например при ранении) или в результате долгого гнойного процесса в мягких тканях пальца над суставом. Для суставного панариция свойственно веретенообразное расширение, ограничение движения в суставе, болезненность при нажатии и движении. Встречается чаще, поражение первой фаланги.



Рис. 34. Больная С. Псевдосуставной панариций проксимального межфалангового сустава IV пальца правой кисти. Вид области сустава после диагностически необоснованной и методически неправильно выполненной артротомии

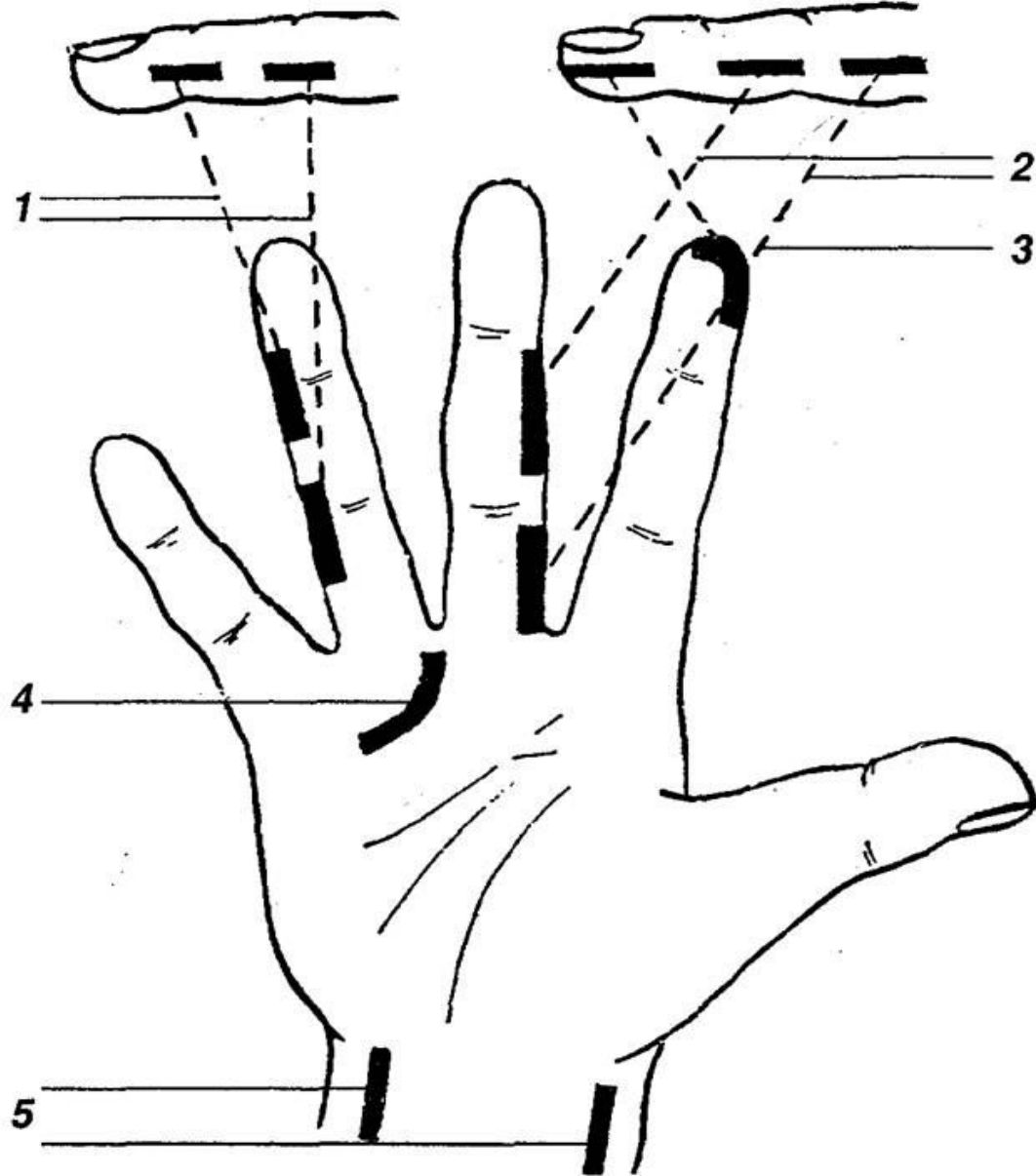


Рис. 3.10. Разрезы для дренирования гнойных очагов на кисти и пальцах:

1 — при суставном и костно-суставном панариции; 2 — при локализации очага на средних и проксимальных фалангах; 3 — разрез типа «клюшки»; 4 — при сухожильном панариции IV пальца; 5 — при вскрытии пространства Пирогова

лечение

- В начальных фазах заболевания, особенно при первичном поражении сустава, лечение может заключаться в ежедневных пункциях сустава с эвакуацией гноя и антибактериальной терапией. При выраженной деструкции суставных концов осуществляется резекция сустава с созданием в последующем артродеза в функционально выгодном положении. При большом разрушении тканей пальца очень редко, но не приходится прибегать к ампутациям пальцев.

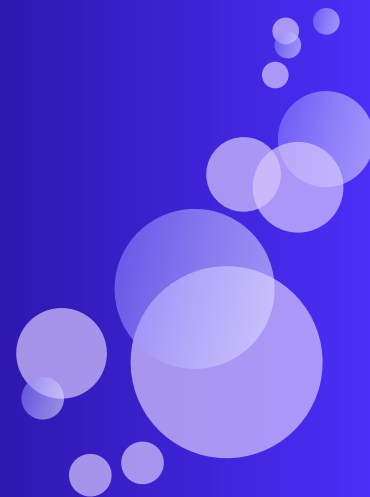
Сухожильный

- это более тяжёлый вид панариция, который приводит к долгому нарушению функции кисти. При нём, палец опухает, сильно болит, движение ограничено. При попытках разогнуть палец ощущается сильная боль.

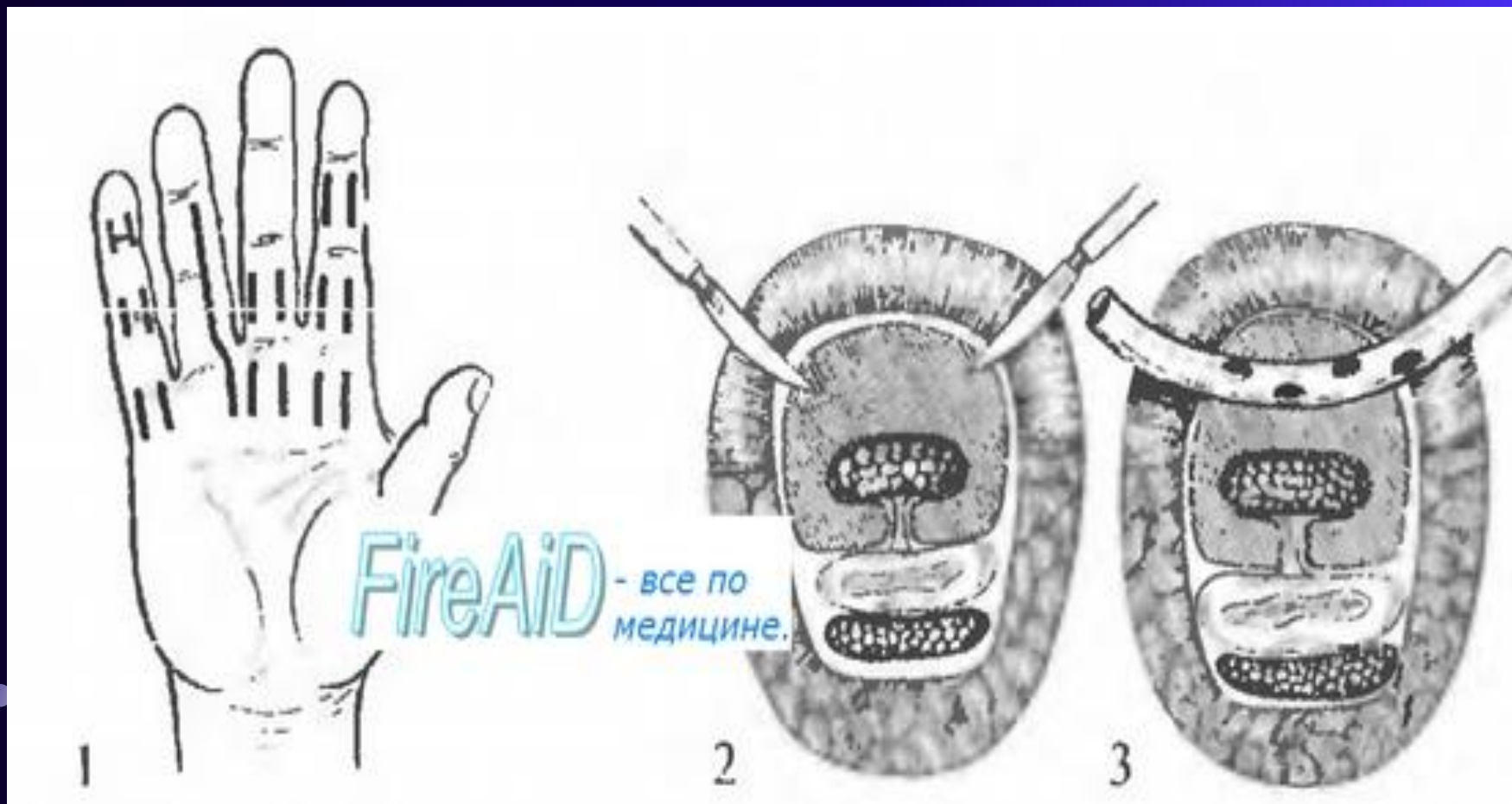




**Схема разрезов при
сухожильных
панарициях и
тенобурситах**



Разрезы при тендовагинитах (по В.К. Гостищеву). 1 — на I пальце кисти по Клаппу; на III пальце по Рыжих — Фишману; на IV пальце по Канавелу; на V пальце по Гартлю; 2 — вскрытие синовиального влагалища; 3 — дренирование синовиального влагалища.

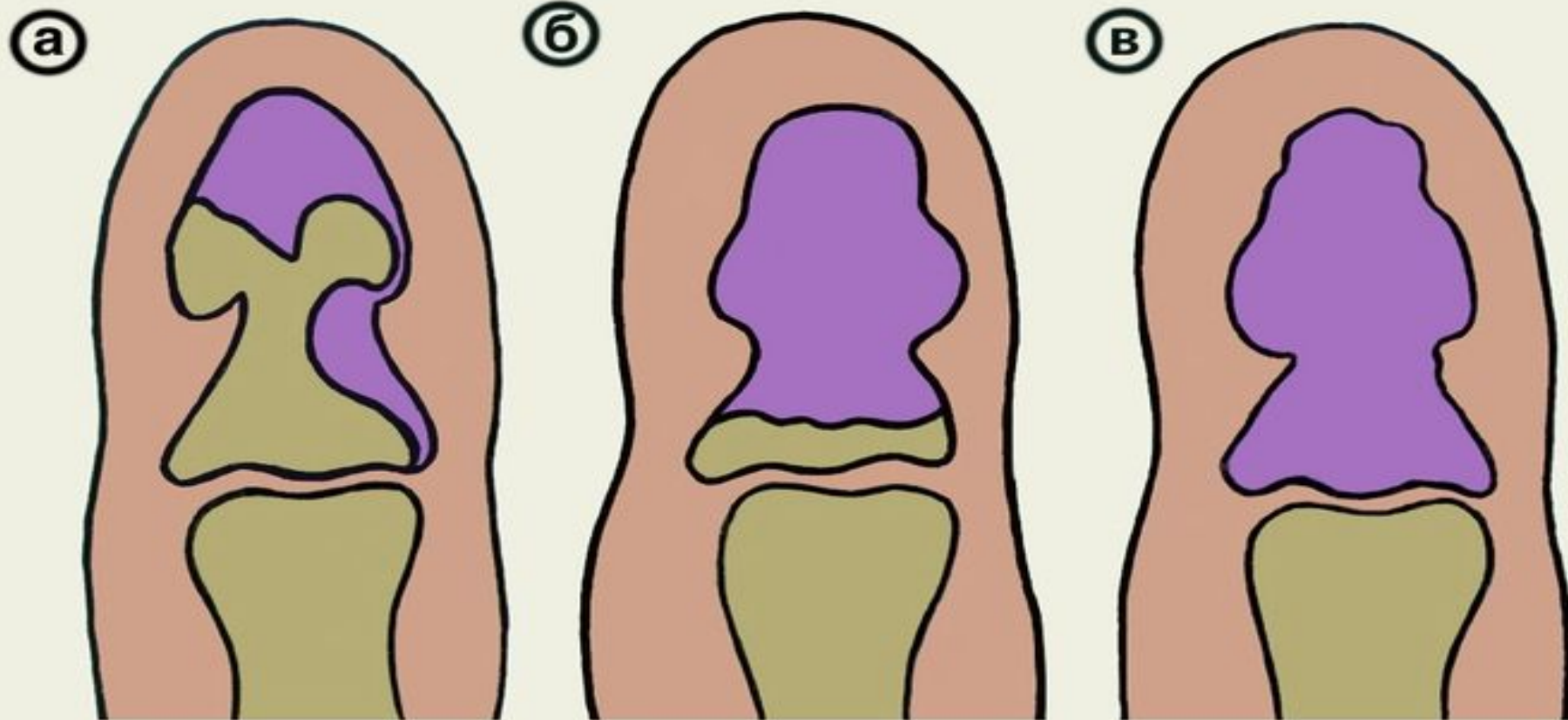


- Консервативное лечение может заключаться в пункции сухожильного влагалища с аспирацией и введением антибиотиков. При вскрытии сухожильного влагалища обычно выполняют параллельные разрезы по ладонно-боковой поверхности пальца на основной и средней фаланге (на уровне ногтевой фаланги сухожильного влагалища нет). После рассечения кожи и подкожной клетчатки также продольно вскрывают сухожильное влагалище, по введенному зажиму делают аналогичную контрапертуру, промывают рану и дренируют насквозь полосками резины .

КОСТНЫЙ

- поражает кости пальца. Развивается после попадания инфекции в костную ткань (например, при инфицированных открытых переломах) или при распространении гнойного процесса на кость прилежащих мягких тканей.





- Схематическое изображение деструкции и секвестрации кости при костном панариции: а — краевая; б — субтотальная; в — тотальная.

Рис. 163. Дополнительный ноготь при краевом повреждении матрикса.

Рис. 164. Когтеобразный ноготь после костного панариция дистальной фаланги.



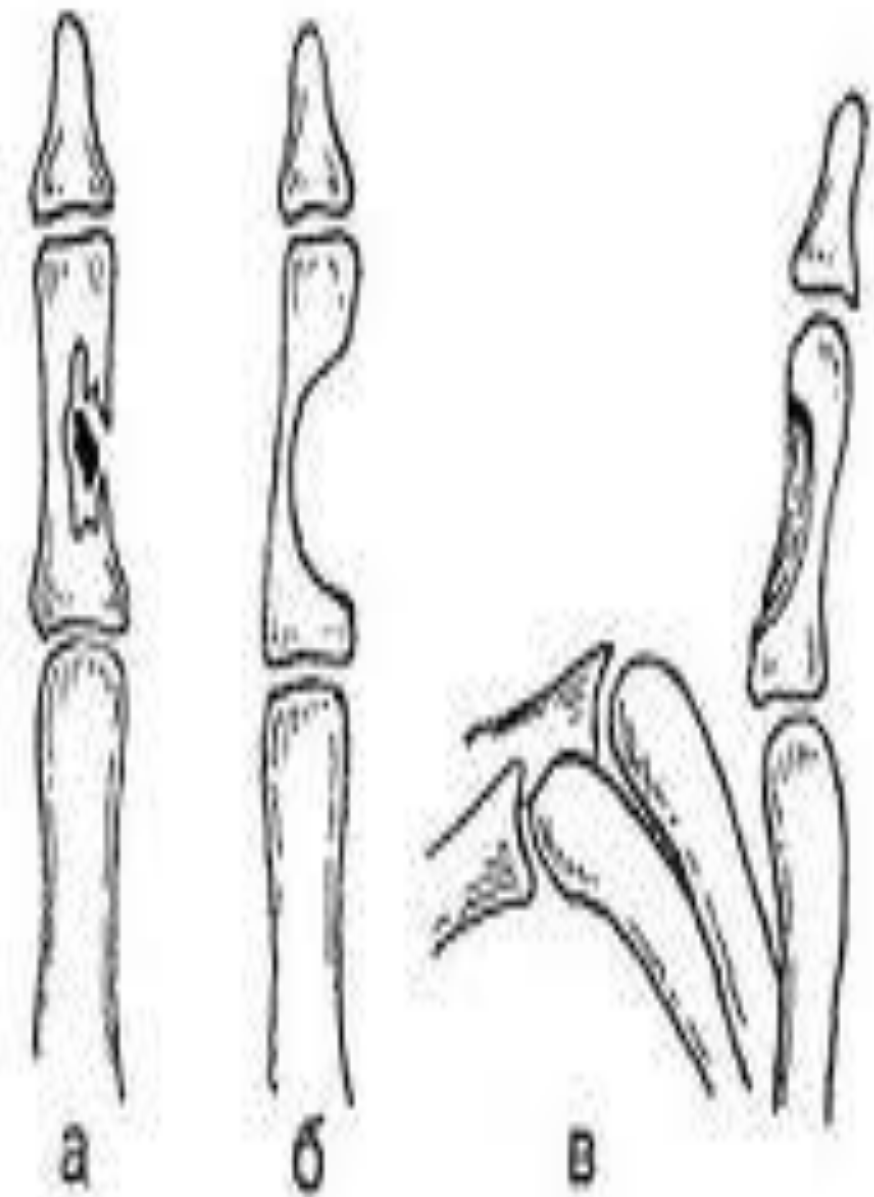
Рис. 163.



Рис. 164.

лечение

- При начальных признаках деструкции кости выполняют продольные параллельные разрезы, производят широкую некрэктомию мягких тканей и дренирование. Если обнаруживается краевая деструкция кости, осуществляют ее санацию ложечкой Фолькмана.
- В большинстве случаев при вторичном костном панариции приходится рассекать свищ, иссекая патологические грануляции и удалять секвестры и резецировать полуразрушенную крошащуюся кость.



пандактилит

- Гнойное воспаление всех тканей пальца(кожи, подкожной клетчатки, сухожилий, костей и суставов). Это наиболее тяжелая форма панариция. Развивается как осложнение сухожильного, костного и суставного панариция. Часто имеются свищи, из которых выделяется гной и некротизированные ткани. имеются явления лимфаденита.



лечение

- Пандактилит относится к заболеваниям, при которых хирурги вынуждены прибегать к ампутации.
- В некоторых случаях можно попытаться сохранить палец. Для этого производятся широкие дренирующие разрезы тканей, экономная резекция костей и хрящей, вскрытие карманов, затеков и дренирование их. В послеоперационном периоде применяют протеолитические ферменты и антибиотики, регулярные, saniрующие перевязки в сочетании с иммобилизацией кисти на период острых явлений, физиотерапевтическое лечение.

Флегмона кисти

Диффузное гнойное поражение клетчаточных пространств кисти в зависимости от локализации имеет характерные симптомы. К местным признакам воспалительного процесса относятся отёк 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, его иммунологической реактивности и т.д. Поэтому, клиническое течение флегмон кисти весьма разнообразно: от простых строго локализованных форм воспаления до обширных, склонных к распространению гнойно-некротических процессов, сопровождающихся выраженной интоксикацией.

Классификация гнойных заболеваний КИСТИ

- Кожа:
- Кожный абсцесс
- Мозольный абсцесс
- Подкожная клетчатка:
- Надапоневротическая флегмона ладони
- Межпальцевая (комиссуральная) флегмона

- **Фасциально-клетчаточные пространства ладони:**
- Подапоневротическая флегмона ладони
- Флегмона срединного ладонного пространства
- Флегмона тенара
- Флегмона гипотенара
- **Фасциально-клетчаточные пространства тыла кисти:**
- Подкожная флегмона
- Подапоневротическая флегмона

Межпальцевая (комиссуральная) флегмона

- Гнойный процесс возникает в межпальцевых складках, область которых обычно инфицируются при переходе воспаления с подкожной клетчатки основной фаланги или же при кожном (мозольном) абсцессе. Значительно реже подкожная клетчатка складки инфицируется при механическом



- Клиника: в области межпальцевой складки возникает болезненная припухлость, раздвигающая пальцы, и гиперемия, выраженная преимущественно на тыле кисти. Общая реакция бывает выражена в различной степени.



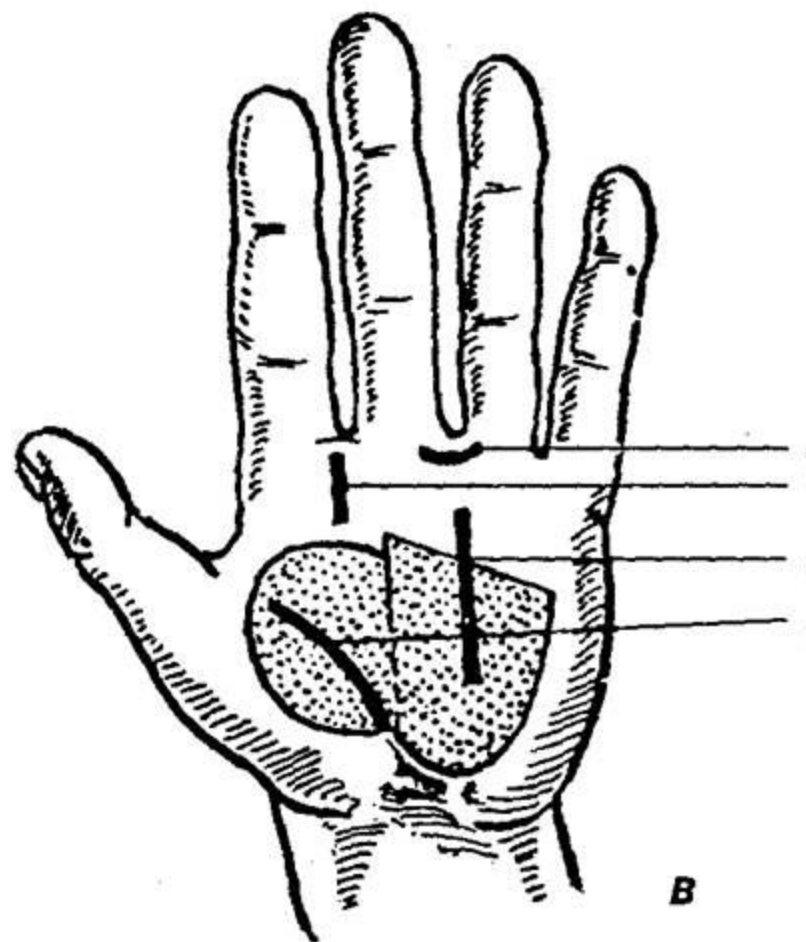
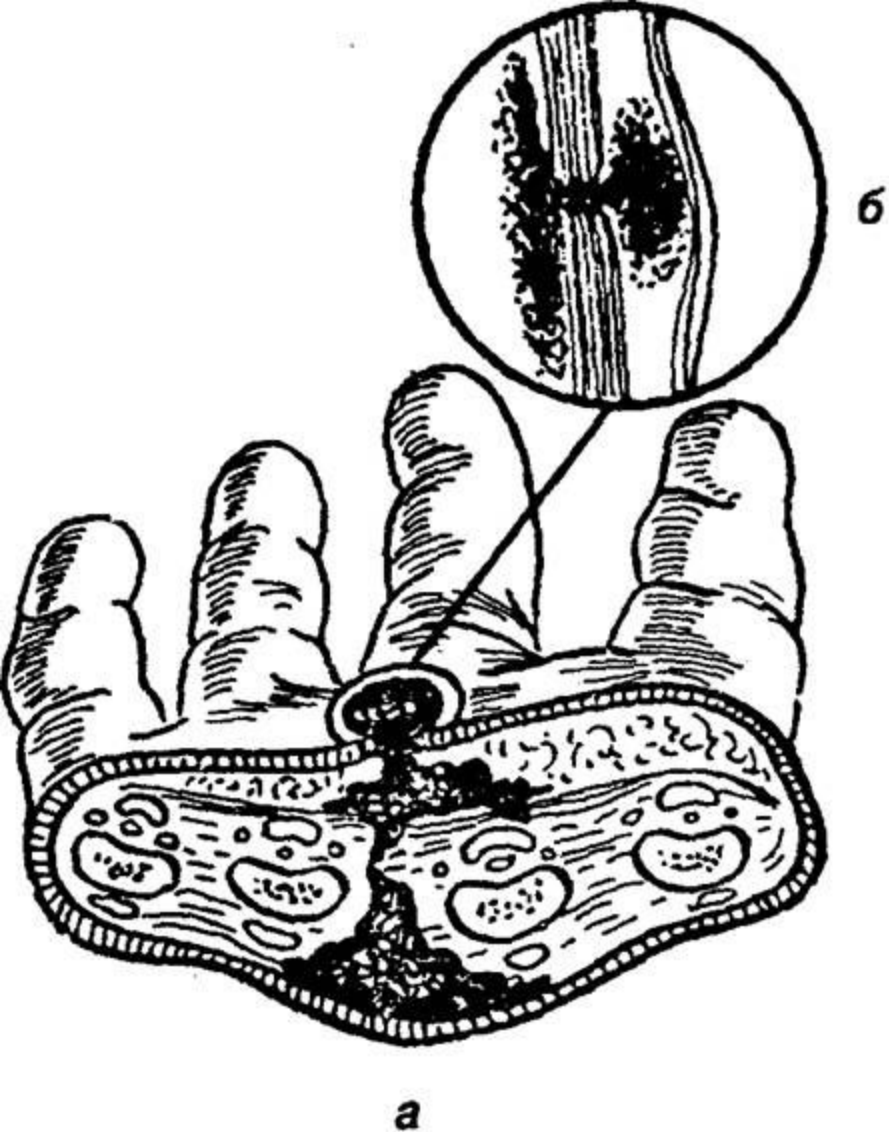


Рис. 3.11. Схема путей распространения инфекции при комиссуральной флегмоне (а, б) и разрезов кожи при флегмонах кисти (в):

1 — при комиссуральных флегмонах; 2 — при флегмоне среднелатерального пространства; 3 — при флегмоне

лечение

- Заключается во вскрытии гнойного очага под наркозом или регионарной анестезией двумя небольшими разрезами на ладонной и тыльной поверхностях и сквозном дренировании.

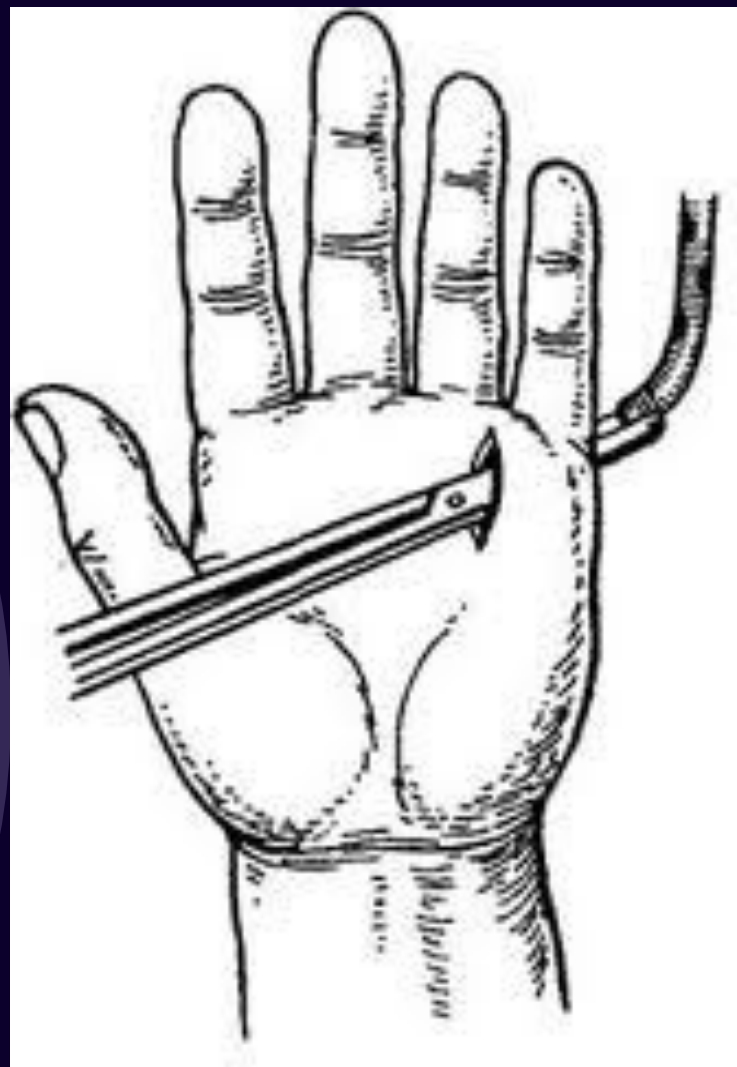


Рис. 12.12
Вскрытие и дренирование
комиссуральной флегмоны

Флегмона срединного пространства

- Представляет собой весьма тяжелый гнойный процесс с выраженной общей реакцией, который может иногда привести к сепсису.

гноеродные микроорганизмы проникают в пространство или при прорыве гноя из проксимального конца сухожильных влагалищ II-V пальцев, или при распространении гноя с фаланги по каналам червеобразных мышц.

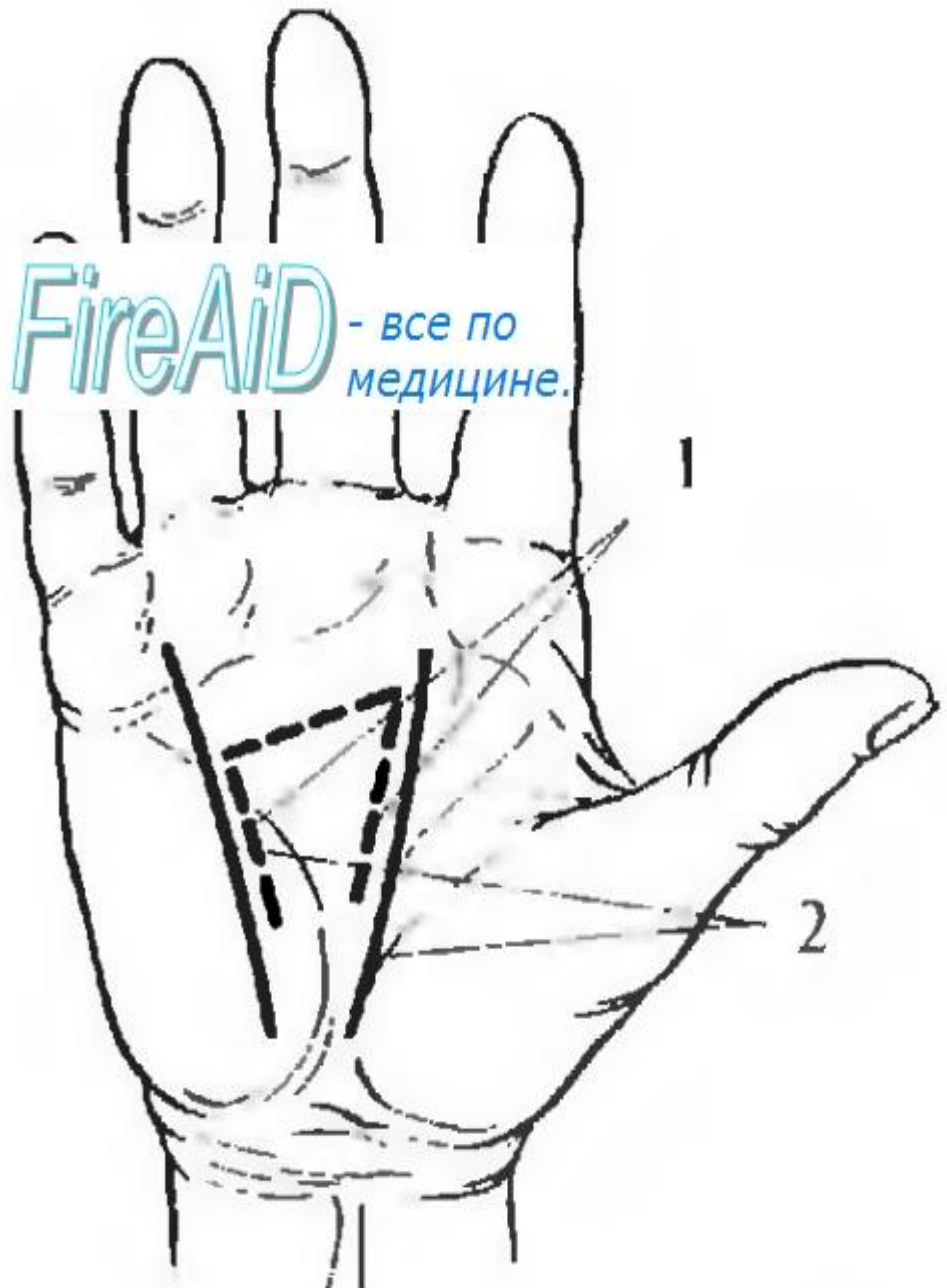


- В средней части ладони возникает резкая боль, сопровождающаяся тяжелой общей реакцией. При обследовании выявляется резкая боль в средней части ладони, отек на тыле кисти. Припухлость на ладони малозаметна, гиперемии практически нет. II-V пальцы находятся в вынужденном полусогнутом положении, а их разгибание крайне болезненно.



- **Вскрытие подапоневротической флегмоны среднего фасциального ложа ладони по Войно-Ясенецкому — Пику** осуществляется продольными разрезами по возвышению I пальца кнутри от проекции сухожилия длинного сгибателя этого пальца и над возвышением мышц V пальца.
- **В среднее ложе** проникают через латеральную и медиальную межмышечные перегородки, разрушая их тупым путем.
- **Дренажные трубки** в зависимости от расположения флегмоны вводят в подапоневротическую или подсухожильную щель среднего ложа через оба разреза. Кисть и пальцы фиксируют на шине в полусогнутом положении.

FireAiD - все по
медицине.



- Разрезы для вскрытия подапоневротической флегмоны (по Гостишеву) 1 - проекция среднего фасциального ложа ладони; 2 - разрезы по Войно-Ясенецкому—Пику.

- **Вскрытие подфасциальной флегмоны ложа тенара.** Разрез всех слоев длиной 4—5 см производят параллельно и снаружи от проекции сухожилия длинного сгибателя I пальца. Дренажирование глубокой клетчаточной щели между мышцей, приводящей большой палец, и первой тыльной межкостной мышцей осуществляют разрезом от I ко II пальцу по первой межпальцевой складке.
- **Вскрытие флегмон тыла кисти.** Подкожную флегмону тыла кисти вскрывают разрезом через центр флюктуации.
- **Вскрытие подапоневротической флегмоны тыла кисти.** Разрезы производят над II и V пястными костями, к которым прикрепляется собственная фасция. В оба разреза заводят дренажные трубки.

-

