

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАНИЙ
НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ
Кафедра загальної хірургії з доглядом за хворими
з курсом анестезіології та реаніматології

Лекція - ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИСТІ

У вік культурного процесу, автоматизації і ери антибіотиків кількість хворих з гострою інфекцією кисті дещо зменшилась. І все ж за частотою захворювань, кількістю втраченого робочого часу, матеріальними затратами, що пов'язані з тимчасовою втратою працездатності та виходом на інвалідність, гнійні захворювання кисті і пальців – є дуже важливою соціальною проблемою.

Для повсякденної практики найбільш доцільна класифікація найгнійних захворювань пальців і кисті запропонована Л.Г.Фішманом (1963).

Пальці

Шкіра:

1. Шкірний панарицій.
2. Нігтьовий панарицій:
 - а) пароніхія;
 - б) піднігтьовий панарицій.

Підшкірна клітковина:

- а) підшкірний панарицій.

Сухожильні піхви і сумки:

- а) гнійний тендовагініт І і V пальців;
- б) променевий і ліктьовий тендобурсит.

Кістка:

- а) кістковий панарицій.

Суглоб:

- а) суглобовий панарицій.

Ураження усіх тканин пальця:

- а) пандактиліт.

Кисть

Шкіра:

- а) шкірний абсцес;
- б) мозольний абсцес.

Підшкірна клітковина:

- а) надапоневротична флегмона долоні;
- б) міжпальцева флегмона.

Фасціальні-клітковинні простори долоні:

- а) поданевротична флегмона долоні;

- б) флегмона серединного долонного простору;
- в) флегмона простору м'язів узвишся І пальця;
- г) флегмона простору м'язів узвишся V пальця.

Фасціальні-клітковинні простори тилу кисті:

- а) підшкірна флегмона;
- б) підапоневротична флегмона.

Шкірний панарицій

Це найбільш легкий вид гнійної інфекції кисті – **піденідермальний внутрішньошкірний абсцес**, при якому поверхневі шари епідермісу відшаровуються ексудатом від мальпігієва шару шкіри.

Біля 80% шкірного панарицію локалізується на долонній поверхні пальців. Шкіра долонної поверхні пальців і кисті значно товща і міцніша, ніж на тильному боці тому, що епідерміс більш розвинутий за рахунок рогового шару. При огляді на пальці виявляється обмежений гнояк, що оточений поясом гіперемії. Під епідермісом просвічує прозорий або мутний серозний, гнійний або геморагічний ексудат.

Клінічні ознаки: по мірі розвитку запального процесу зростає біль в пальці. Процес якби “повзе” під шкірою і захоплює іноді усю фалангу. На тильному боці кисті, передпліччя з'являються ознаки лімфаденіту, може підвищитися температура тіла.

Шкірний гнійник досить часто зустрічається як ускладнення підшкірного панарицію у вигляді “пісочного годинника” і це необхідно пам'ятати. Розрізняти їх необхідно за наступними ознаками: **при шкірному панарицію** процес розвивається швидко – іноді за кілька годин, **при підшкірному** – нешвидко, з періодом “незручності” болі і розпирання в пальці. Проривання гною під епідерміс при підшкірному панариції приносить полегшення, цього не спостерігається при шкірному панариції.

Лікування шкірного панарицію не складне. Необхідно провести обробку шкіри і гострими ножицями розкрити гнійник. Потім, обережно підняти пінцетом краї розрізу і видалити відшарований по краям епідерміс, ніде не залишаючи кишень з яких можливе розповсюдження інфекції. Майже третина хворих з шкірним панарицієм продовжує роботу, але до цього питання необхідно підходити диференційовано.

Середній термін лікування хворих шкірним панарицієм становить 3-5 діб. Ускладнення при шкірному панариції спостерігалися у 2,5% хворих у вигляді лімфангоїтів, рідше шкірний панарицій ускладнювався глибокими видами гнійної інфекції пальців.

Пароніхія

Пароніхія – це запалення нігтьового валика пальця. За локалізацією гною розрізняють дві форми пароніхії: поверхнева – субепідермальна і глибока – коли гній накопичується в товщі нігтьового валика. Головною причиною

пароніхії є інфіковані заусениці, манікюр, садна. Пароніхія у жінок спостерігається в 5 раз частіше, ніж у чоловіків.

Лікування: хворому призначають гарячі ванночки, горілчані компреси, іноді мазь Вишневського. Але ці процедури досить часто не сприяють затиханню запального процесу. Під впливом теплових процедур фаза серозної ексудації переходить в фазу гнійного розплавлення. Епідерміс нігтьового валика в тому чи іншому місці припіднімається, відшаровується і під ним посвічує гній. Тоді хворі знову звертаються до хірурга і згоджується на “маленьку” безкровну операцію.

Хірург (без знеболення) кінчиком скальпеля надсікає відшарований епідерміс, після чого виділяється декілька крапель гною. Рану обробляють розчином антисептиків. Призначають фізіотерапевтичні методи лікування УФО, УВЧ. Тисячі хворих пароніхією одужують після цієї операції. Але є сотні пацієнтів у яких благоприємного виходу після такої операції не настає. В таких випадках говорять про хронічне протікання пароніхії.

Причиною затяжного лікування хворих є недостатнє розкриття гнійного вогнища і наявність в ньому невидалених некротичних тканин. В основі цієї помилки лежить невірне уявлення про будову нігтя. Інфекція зосереджується то в зоні епоніхії, то проникає вглиб, в товщу валика. В першому випадку для лікування достатня безкровна операція – відшарування і підрізання епоніхії, в іншому – необхідно розсікання нігтьового валика, висікання некротизуючих тканин. Пізнє розпізнавання другого варіанта інфекції і є причиною затяжних форм пароніхії, ускладнень і деформації нігтя.

При тотальному ураженні нігтьового валика і клітковини необхідне виконання операції Кеневела. Виконують два розрізи з обох сторін нігтя. Дуже важливо забезпечити оголення кутка нігтьової пластинки і повністю видалити гній і некротичні тканини і не пошкодити нігтьове ложе і нігтьовий валик – інакше новий ніготь буде деформований і розщеплений.

Середній термін лікування хворих пароніхією – 8 діб з коливаннями від 2 до 50 діб. Ускладнення спостерігаються у 4% хворих.

Піднігтьовий панарицій

Причиною піднігтьового панарицію в більшості випадків є заноза, або укол під вільний край нігтя, рідше забій, заусениця й інші незначні травми.

Розрізняють **первинний і вторинний піднігтьовий панарицій**. В першому випадку інфекція безпосередньо попадає, в другому – вона розповсюджується під нігтьову пластинку, як ускладнення пароніхії. В першому випадку процес деякий час обмежений вхідними воротами у дистальній частині фаланги і запалення охоплює тільки частину нігтьового ложа. В подібних випадках доцільно і майже завжди ефективно резецирувати ніготь, видалити гній, чужорідне тіло, некротизовані тканини, оглянути вогнище і забезпечити відтік. Операція резекції нігтя нескладна, але необхідно зберігати цілісність нігтьового валика, не вискрібати, а вирізувати тканини гострим скальпелем або ножицями.

Невірно виконана операція може призвести до остеомієліту бугристості дистальної фаланги. Це ускладнення протікає в'яло, майже без болю, але операційна рана перетворюється в норицю і довго не загоюється.

Вторинний піднігтьовий панарицій частіше розвивається біля кореня нігтя після пароніхії. Тоді операція Кеневела дозволяє ліквідувати запальний процес.

До теперішнього часу кожен хірург по-своєму вирішує питання про видалення неповністю відшарованого нігтя. Деякі рекомендують видаляти його повністю, інші зберігають фіксовану частину нігтя. Ми дотримуємося наступної тактики:

- 1) при піднігтьовому панариції у вільного краю нігтя і його дистальної частини, коли лунка і корінь нігтя не втягнуті в процес – резецирується тільки дистальна уражена частина;
- 2) при піднігтьовому панариції, який локалізується в основі нігтя без відшарування іншої частини – операція Кеневела з резекцією кореня нігтя;
- 3) при піднігтьовому панариції у основі нігтя з відшаруванням нігтьової пластинки видаляють весь ніготь.

Ускладнення у 5% хворих. Найбільш часті – це інфекція лімфатичних шляхів, кістковий або суглобовий панарицій, іноді пандактиліт.

Підшкірний панарицій

Під підшкірним панарицієм розуміють **запалення підшкірної клітковини пальців**. До міцної шкіри долонної поверхні пальців і кисті прилягає товстий шар жирової клітковини. Жирову клітковину пронизують сполучнотканинні волокна, які йдуть від фасції і надкісниці. На долонній поверхні дистальної фаланги вони утворюють комірочки, в яких відкладена жирова тканина у вигляді жирових дольок. На пальцях частина сполучнотканинних волокон зростається з надкісницею фаланга. Запальний процес, який виникає в жировій комірці може досить довго залишатися обмеженим і викликає сильний біль, напруження тканин.

Підшкірний панарицій продовжує займати перше місце серед гострих гнійних захворювань кисті і майже завжди перешкоджає важким ускладненим формам інфекції кисті. Загальновідомі положення про підшкірний панарицій незмінні: етіологією його залишається мікротравма, найчастіше всього укол кінчика пальця. Локалізація – в 80-90% долонна поверхня дистальної фаланги, частіше I-II-III пальців правої кисті.

Клінічна картина: розпізнавання підшкірного панарицію не важке. Хворий звертається до лікаря зі скаргами на розпираючу, гостру біль в пальці, безсонну ніч.

При огляді кисті виявляється набряк дистальної і середньої фаланги, яку помічають при порівнянні хворого пальця із здоровим. Гіперемія при підшкірному панариції буває нерізкою і з'являється пізно, якщо абсцес не приймає форми "пісочного годинника".

Шляхи розповсюдження інфекції при підшкірному панариції різноманітні:

- під шкірою;
- за ходом сполучнотканинних волокон на кістку;
- в сухожильну піхву;
- в суглоб;
- по лімфатичній системі;
- гематогенним шляхом.

Велике значення в розпізнаванні і з'ясуванні локалізації осередку запалення має ощупування пальця гудзиковим зондом. При цьому виявляється ділянка максимальної болючості, яка як правило відповідає вогнищу запалення.

Підшкірний панарицій необхідно відрізнити від кісткового. При останньому розвиток процесу більш тривалий, менш гострі болі, колбоподібна припухлість фаланги, наявність нориці.

Лікування: з часу Nuter (1869) загально призначено, що основний метод лікування підшкірного панарицію – ранній розріз. Але це положення було суттєво уточнено. В теперішній час операція рекомендується тільки при повній впевненості хірурга в наявності гнійного вогнища і вірному знанні його локалізації.

Принципи лікування підшкірного панарицію в теперішній час складається з наступних положень: при підшкірному панариції в фазі серозної ексудації хірургічне втручання не показане. Рекомендують використання абортівних протизапальних засобів (холод, УФО, УВЧ, антибіотики, ензимотерапія). При підшкірному панариції в фазі гнійної ексудації – операція.

Кістковий панарицій

Кістковий панарицій – остеомієліт фаланги. В останній час зменшується кількість ускладнених форм, але серед них кістковий панарицій залишається на першому місці.

В кровопостачанні кісток кисті приймають усі артерії руки, утворюючи густу сітку з масою анастомозів не тільки в м'яких тканинах, але й в скелеті. У дистальній фаланги є ще й додаткова артеріальна гілка – це забезпечує епіфізу фаланги стійкість до інфекції і можливість регенерації.

В залежності від будови фаланги, від вірулентності інфекції, від лікування що проводиться, і стану здоров'я пацієнта остеомієлітом уражається частина фаланги (обмежений крайовий остеомієліт), весь діафіз (діафізарний остеомієліт), якщо процес захоплює усю фалангу – тотальний остеомієліт.

Кістковий панарицій, як гематогенний остеомієліт і як первинний осередок запалення спостерігається в 5-10%. У більшості хворих процес в кістці виникає вторинно, як ускладнення гнійного запалення м'яких тканин.

Первинний кістковий панарицій розпізнають на підставі зростаючих місцевих ознак запалення. Це безперервний біль, який локалізується в глибині, в кістці, він змушує тримати палець в примушеному положенні, оберегти руку від рухів. Пізніше з'являється гіперемія, набряк, підвищення температури.

Вторинний кістковий панарицій розпізнається на підставі ускладненого протікання панарицію м'яких тканин.

Клінічна картина: в більшості хворих розвивається на тлі оперованого підшкірного панарицію. Після кількох днів покращання загального стану, стихання болю і зменшення набряку спостерігають затримку виділенням. З'являється пульсуючий біль, набряк почервоніння, кінчик пальця колбоподібно розбухає, стає гарячим, суглоби пальців ригідні, рухи обмежені і болючі, знову погіршується загальний стан. Така клінічна картина свідчить, що панарицій ускладнився, інфекція розповсюдилась вглиб.

Рентгенологічне обстеження в перші 7-10 діб не дає незаперечних даних, так як деструктивні зміни в кістці виявляються через 10-15 діб. В рентгенологічному обстеженні кісткового панарицію розрізняють три стадії:

- перша – з'являється плямистий остеопороз;
- друга – периостальна реакція;
- третя – деструкція кістки, іноді з утворенням секвестру.

При цьому уражена ділянка кістки на протязі довгого часу зберігає зв'язок з життєздатними тканинами, іноді розсмоктується без секвстрації, або приймає участь в регенерації.

Розпізнавання кісткового панарицію через 3-4 тижні, в фазі секвстрації не викликає труднощів. Уражена фаланга залишається колоподібно вздутою, маються нориці з гнійним виділенням і на рентгенограмі, помітна деструкція кістки, іноді з наявними секвестрами.

Лікування: Досвід показує, що чим раніше розпізнана інфекція кістки і чим дистальніше уражена фаланга, тим більше шансів на вилікування без додаткової операції.

Повторні операції на кістці виконують в плановому порядку під керівництвом відповідального хірурга при наявності відповідних умов для втручання.

Перед операцією остеомієліту виконують не тільки підготовку шкіри, але й антибіотикотерапію. Визначивши мікрофлору і чутливість до антибіотиків можливо провести регіонарну внутрішньовенну, або внутрішньокісткову інфузію антибіотиків з пролонгованим депоніруванням їх у осередку ураження.

За даними Усольщевой майже у третини (30,4%) хворих після очистки шкіри і рани й іммобілізації відпадає необхідність повторної операції. Запальний процес регресує – відходять мілкі секвестри, рана очищається і заживає.

Але для оцінки результатів консервативної терапії і для підготовки хворого до операції достатньо в середньому 5-7 днів.

Операцію виконують під провідниковою, внутрішньокісткову, або внутрішньовенну анестезією, іноді під наркозом.

Розріз виконують в залежності від локалізації запального процесу з використанням норицевих ходів. М'які тканини скальпелем розтинають до кісток, роздвигають гачками й оглядають, після чого виконують необхідну операцію.

Суглобовий панарицій

Суглобовим панарицієм називається серозно-гнійне ураження міжфалангових і п'ясно-фалангових суглобів пальців.

Гнійний артрит буває **первинним**, коли інфекція попадає безпосередньо в суглоб, і **вторинним** – при розповсюдженні інфекції з оточуючих тканин.

Причиною первинного суглобового панарицію є ранки, що протікають в суглоб, вколи, укуси; вторинного – кістковий, сухожильний, підшкірний панариції.

В розвитку суглобового панарицію розрізняють три фази:

- I. серозна;
- II. гнійна;
- III. остеоартрит.

Суглобовий панарицій розпізнають за наступними ознаками: вимушене напівзігнуте положення пальця, набряк в ділянці суглоба, яке придає пальцю веретеноподібну форму, різкий біль при спробі до активних і пасивних рухів і при надавленні по осі пальця. В запущених випадках – крепітація, патологічна рухливість, а іноді – нориці і підвищення температури. Рентгенологічно визначається щільність оточуючих суглоб м'яких тканин, явища остеопорозу, а в більш задованих випадках – деструктивні зміни і секвестрація.

Лікування: коли за характером клінічної картини неможливо диференціювати серозну фазу від гнійної, то необхідно провести пункцію суглоба і провести курс внутрішньовної і внутрішньокісткової інфузій антибіотиків широкого спектру дії.

Пункція міжфалангових і п'ясно-фалангових суглобів виконується з тильно-бокової сторони. Кількість ексудату часто буває незначною, але покращання спостерігають в тих випадках, коли в шприці отримують всього кілька крапель мутної рідини. В порожнину суглоба вводять 1-3 мл розчину новокаїну з антибіотиками і палець іммобілізують. Відсутність покращання після цієї маніпуляції свідчить про продовження процесу.

Гнійна фаза суглобового панарицію характеризується зростанням місцевих і загальних симптомів. В цій стадії необхідна госпіталізація і **оперативне лікування:** артротомія або резекція суглоба, антибіотики, іммобілізація.

Артротомія показана в незапущених випадках гнійного суглобового панарицію без секвестрації зчленових фаланг. Капсулу суглоба розтирають в ділянці найбільшого вип'ячування або середньобоківій лінії пальця. Досвід показує, що чим раніше виконана артротомія, чим ретельніше видалені уражені тканини і виконана іммобілізація, тим швидше спостерігається повне одужання без обмеження функції.

До третьої фази суглобового панарицію характерно стихання болю, зменшення набряку, утворення нориць. При пасивних рухах в суглобі спостерігається патологічна рухливість і крепітація. На рентгенограмі виявляється картина деструктивного остеомієліту, іноді з наявністю секвестрів. Деструктивні зміни і секвестрація найчастіше розвиваються в головці

проксимальної фаланги. Резекція показана при деструктивних змінах зчленових поверхонь з секвестрацією однієї або обох фаланг.

Запалення сухожильних піхв

Тендовагініт (сухожильний панарицій) суміжних II-III-IV пальців

Сухожилля згиначів пальців сточені сухожильними піхвами. ***Сухожильні піхви пальців*** – це міцні, фіброзні тунелі малої ємності, майже не розтягуються і простираються від рівня п'ясно-фалангових суглобів до основи дистальних фаланг. Внутрішній шар сухожильної піхви – це синовіальна оболонка. Вона оточує сухожилля і зростає з його поверхнею (вісцеральний листок), а потім переходить на фіброзний шар піхви, утворюючи пристінковий листок.

Синовіальна піхва – це капілярна щілина, в ній знаходиться кілька крапель в'язкої рідини, яка полегшує ковзання сухожилля.

Порожнина синовіальних піхв I-V пальців не замкнута на долоні, а продовжується у великого пальця – в променеву, а у мізинця – в ліктьову синовіальну сумку зап'ястя.

Причиною сухожильного панарицію частіше бувають незначні травми пальця в містах найбільш поверхневого розтушування сухожиль згиначів. В таких випадках інфекція безпосередньо попадає в сухожильну піхву і викликає первинний сухожильний панарицій на відміну від вторинного, який виникає як ускладнення при кістковому, суглобовому або підшкірному панариції.

Розпізнати сухожильний панарицій в початковій стадії важко. Діагноз ставиться на підставі анамнезу, огляду, пальпації і виявлення чотирьох відомих ознак:

- ✓ рівномірність набряку всього пальця з розтушуванням набряку на тильну поверхню кісті.
- ✓ болючість при потискуванні зондом за ходом всього сухожильного піхва.
- ✓ сильний біль при рухах, особливо згинанні.

Перехід гнійної інфекції з обмеженої в розповсюджену розвивається швидко.

Клінічна картина: гострий початок з сильним болем, порушення сну і працездатності, вимушене напівзігнуте положення пальця, болючість повздовж сухожильної піхви. Набряк пальця і сильний біль при спробі пасивного розгинання пальця. Підвищення температури тіла, збільшення і болючість лімфатичних вузлів, зберігаючи руку поза хворого, зсув формули крові. На рентгенограмі в м'яких тканинах виявляється веретеноподібне потовщення відповідного сухожилля, яке має чіткі контури.

Лікування: запальний процес при сухожильному панарицію недовго залишається обмеженим, тому необхідно своєчасно прийняти самі енергійні дії для ліквідації запалення. Методи активної абортівної, протизапальної терапії у фазі серозної проліферації викладені вище.

Лікування сухожильного панарицію у фазі гнійного тендовагініту різне в залежності від локалізації процесу; сухожильний панарицій суміжних II-III-IV пальців відрізняється від гнійного тендовагініту I і V пальців.

При сухожильному панариції II-III-IV пальців виконують суцільний розтин шкіри на тильно-боковій поверхні пальця на середній і проксимальній фаланзі, другий розтин роблять на протилежному боці тільки відповідно проксимальної фаланги.

Коли з розкритої піхви виділяється гній у вигляді комочків, пробочок мутно-жовтувате набрякле сухожилля – це **некротична форма тендовагініту**. Тоді показано часткове або повне видалення змертвілих сухожиль згиначів пальців. В передопераційній підготовці добрий ефект спостерігали від використання протеолітичних ферментів.

Гнійні тенобурсіти I-V пальців

Сухожильна піхва великого пальця безпосередньо переходить в променеву синовіальну сумку зап'ястя. Ця обставина обумовлена розповсюдженням інфекції з пальця на долоню і проривання гною в простір Пирогова в нижній третині передпліччя.

Симптоми сухожильного панарицію великого пальця такі ж, як і при тендовагініті суміжних пальців, але вони більш виражені і швидко розповсюджуються на узвишшя великого пальця, зап'ястя і нижню третину передпліччя.

Тимчасове зменшення болю і зменшення клінічних симптомів спостерігають після прориву гною з пальцевій піхви в променеву синовіальну сумку і в простір Пирогова. Хірургу необхідно враховувати цю обставину.

Шляхи розповсюдження гною при тендовагініті I-го пальця різноманітні:

- ✓ в променеву синовіальну сумку зап'ястя;
- ✓ на передпліччя в простір Пирогова;
- ✓ в ліктьову синовіальну сумку зап'ястя (V-подібна флегмона);
- ✓ в щілину м'язів на узвишшя великого пальця;
- ✓ в міжфаланговий суглоб на тильний бік кисті і через шкіру, з утворенням нориці.

Гнійний тендовагініт I-го пальця проходить ті ж фази запалення, що і сухожильний панарицій інших відділів пальців.

Сухожильний панарицій у пальця і ліктьовий тенобурсит

Сухожильна піхва V-го пальця в більшості випадків сполучається з ліктьовою синовіальною сумкою зап'ястя, і тендовагініт мізинця часто супроводжується гнійним ураженням ліктьової синовіальної сумки.

Клінічна картина: мізинець зігнутий і регіден, IV, III, II пальці також полузігнуті в поступово зменшуючійся від V-го пальця ступені. Пасивні рухи, особливе розгинання викликають різкий біль, який розповсюджується поздовж усієї ліктьової синовіальної сумки і ірадірує в лікоть. Набряк і гіперемія шкіри захоплює проксимальну фалангу, узвишшя мізинця, дистальну третину передпліччя і тил кисті.

Лікування гнійного тендовагініту V-го пальця і тенобурситу ліктьової синовіальної сумки проводиться в залежності від форм запального процесу. В середній фазі – кріотерапія, антибіотикотерапія і активні протизапальні речовини. В гнійно-некротичній фазі – розтин піхви боковими розтинами на проксимальній фаланзі і на долоні.

Пандактиліт

Пандактиліт – це гнійне захворювання пальця, при якому процес розповсюджується на всі тканини: шкіру, підшкірну клітковину, суглоби, сухожилля і кістку.

Пандактиліт спостерігається значно рідше інших видів панарицій. Це тяжке захворювання, яке часто закінчується калічащою операцією – ампутацією або екзартикуляцією пальця.

Пандактиліт не є самостійним видом гнійної інфекції, а розвивається як ускладнення кісткового, суглобового або сухожильного панарицію.

Причини пандактиліту – це в основному помилки при наданні допомоги при мікротравмах (30%); хірурга при лікуванні травм і панарицію (45%); пізні звернення і недисциплінованість хворих (20%); загальні захворювання – (5%).

Пандактиліт протікає і розвивається двояко: при явищах розплавлення тканин і при явищах коагуляції, як сухий некроз.

В залежності від локалізації, розповсюдження і протікання процесу **клінічна картина** пандактиліту вар'ює, але характерні риси зберігаються: прогресуюче розплавлення, некроз тканин з втратою функції.

Кожен випадок пандактиліту має свої особливості, але в основі **лікування** лежать єдині принципи. Хворого необхідно госпіталізувати і прийняти міри до відокремлення процесу, використовуючи антибіотики, ензими, іммобілізацію, операцію. Мета операції – видалення некротичних тканин і забезпечення відтоку гною.

Долонний мозольний абсцес

В повсякденні має назву “намин”, розвивається найчастіше під мозолем на рівні головок п'ястих кісток від тиску інструмента.

Клініка: запальний процес починається всередині оmozолілої шкіри між ороговілим епітелієм і власною шкірою. Накопичується спочатку серозний, а потім гнійний ексудат, не має можливості прориватися назовні крізь гіпертрофований шар епідермісу, тому розповсюджується по площині і в глиб, в підшкірну клітковину. Абсцес має іноді вид “запонки” або “пісочного годинника”.

Лікування оперативне. Важливо не залишати по краях відшарованого епідермісу і не пропустити ходу в глиб.

Флегмона міжпальцевих просторів кисті

Міжпальцева флегмона в більшості випадків виникає як ускладнення мозольного абсцесу, або інших гнійних процесів пальців кисті.

Міжпальцева флегмона розвивається в жировому шарі, який розташований під шкірою долоні в проміжках між чотирма передсухожильними стрічками долонного апоневрозу.

Клініка: по мірі розвитку процесу зростає біль, набряк кисті. Пальці приймають характерне положення; вони напівзігнуті в міжфалангових суглобах, розігнуті і розведені в п'ястно-фалангових зчленуваннях, кисть має вигляд “граблів”. Часто спостерігається реакція лімфатичних шляхів.

Лікування: операція з іммобілізацією.

Флегмона міжфасціального середньодолонного (ліктьового позаду сухожильного) простору

Найбільш значне з потенційних міжфасціальних просторів кисті – це середньодолонний простір, який розташований під сухожиллями згиначів

пальців на долоні і обмежений ззаду міжкістковою фасцією. Цей простір поділяється на два відділи:

- ✓ ліктьове, або середньодолонний простір і променеве;
- ✓ простір _____.

Кордонами між ними є лінія зростання ліктьової і синовіальної сумки з діафізом III-ї п'ясткової кістки.

Інфекція в середньодолонний простір попадає безпосередньо при глибоких колото-рваних, укушених, вогнепальних ранах, або розвивається як ускладнення панарицію, пандактиліту і тенобурситу.

При огляді виявляються характерні ознаки: згладжування і набухання долонної ввігнутості, набряк тилу кисті, II-III-IV пальці напівзігнуті, не розгинаються, рухи їх обмежені і болючі.

Лікування флегмони середньодолонного простору поєднане: антибіотикотерапія й операція.

Флегмона простору

Thenor (променевого позаду сухожильного простору)

Потенціальний простір _____ розміщено позаду сухожилля загальних згиначів, які направляються до II-III пальців.

Флегмона простору _____ дуже рідко виникає від безпосереднього інфікування. Частіше це ускладнення гнійного бурситу променевої сумки, сухожильного панарицію I-II пальців, пандактиліту, або підшкірного панарицію.

Клініка: вона характеризується набряком ділянки підвищення великого пальця, кульоподібною припухлістю, гіперемією і напруженням міжкісткового простору. Великий палець при цьому відведений, напівзігнутий в п'ясно-фаланговому суглобі. Хворий оберігає руку, стараючись зберегти нерухомість великого пальця.

Крім місцевих ознак, при флегмоні простору _____ відмічають і загальні симптоми: підвищення температури тіла до 39°C , безсоння, відчуття недуги, підвищений лейкоцитоз зсувом формули вліво, реакція лімфатичної системи.

Лікування хворих у фазі серозної інфільтрації – активна протизапальна терапія, в фазі гнійного розплавлення необхідне хірургічне втручання.

Флегмона міжфасціального простору

Нуроthenor

Третє, менш значне, замкнутий потенційний простір _____ обмежено ззаду V-ю п'ясною кісткою, а спереду листком фасції, яка покриває м'язи підвищення мізинця.

Клінічні ознаки: обмежена гіперемія, набряк і напруження тканин в ділянці підвищення мізинця, обмеження рухів пальців, особливо відведення і приведення V пальця, в меншій мірі – згинання і розгинання. Набряк при флегмоні простору Нуроthenor обмежується ділянкою підвищення мізинця.

Лікування: антибіотикотерапія й операція.

Флегмона міжфасціального простору передпліччя (простору Пирогова)

Описане вперше М.І.Пироговим (1843), а потім Пароном (1876), квадратний простір, який знаходиться в дистальній частині передпліччя, з переду обмежено глибоким згиначем пальців, а ззаду – квадратним пронатором і його фасцією, з променевої сторони – променевим, а з ліктьового – ліктьовим згиначем кисті і фасцією передпліччя. Дистально вона переходить в зап'ясний канал. Щільне взаємовідношення простору Пирогова з синовіальною піхвою обумовлює можливість розповсюдження інфекції з кисті на передпліччя.

Клінічна картина: При розповсюдженні інфекції в простір Пирогова загальний стан хворого порушено, ремітуюче підвищення температури, нездужання, зсув формули крові, іноді сліди білка в сечі. Постійний тупий біль в пальці і кісті, який розповсюджується іноді на всю руку, посилюється при опусканні кінцівки і рухах, особливо при розгинанні і розведенні пальців.

Лікування: операція, антибіотикотерапія.