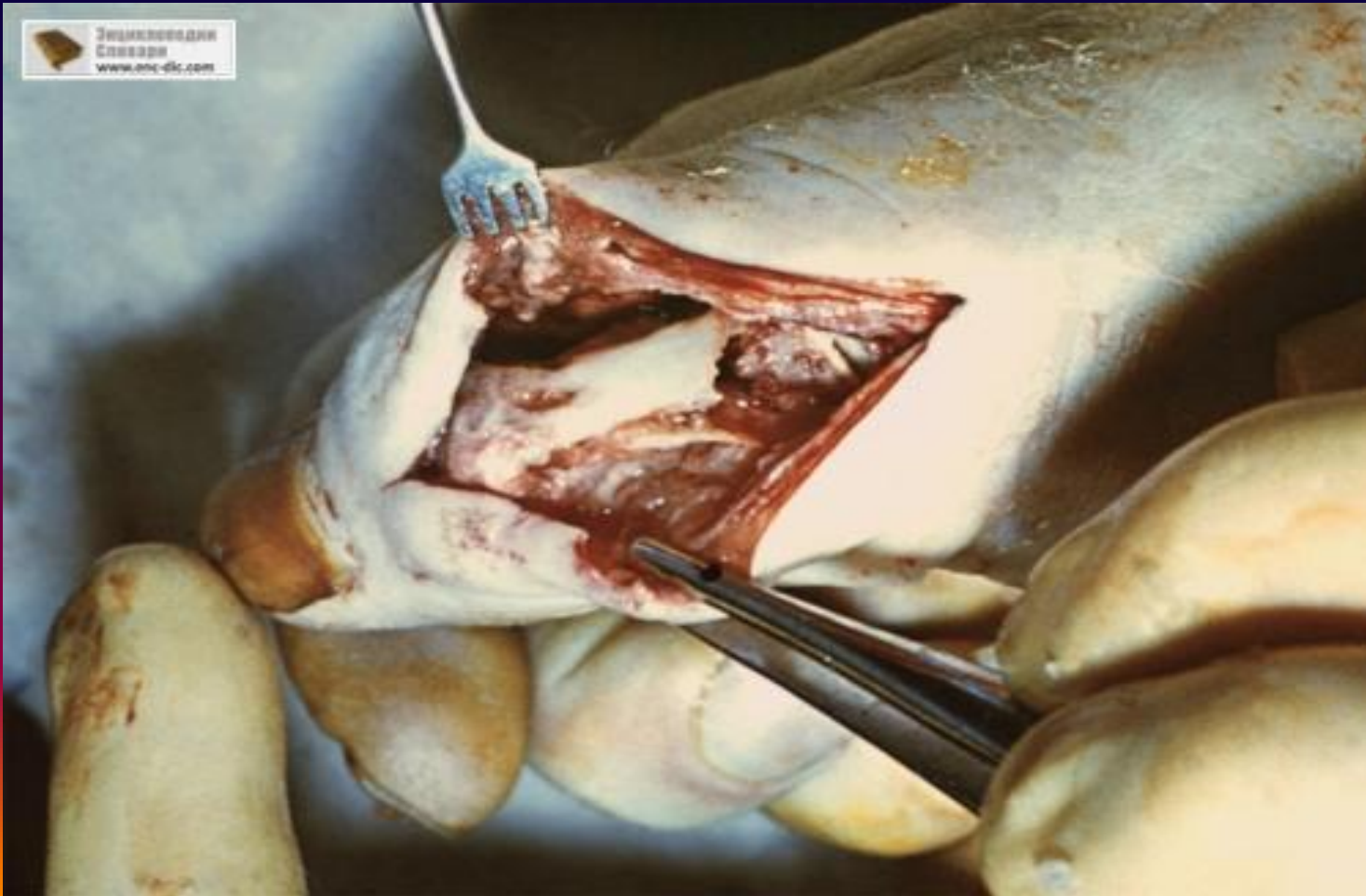


Тема: Вскрытие панариция, паронихия, фурункула и гидраденита

- Выполнила: Серікқызы А

ПАНАРИЦИЙ



Панариций

Панариций- гнойное воспаление тканей пальца: кожи и подкожной клетчатки, костей, суставов и сухожильных влагалищ

Классификация.

- кожный панариций (*panaritium cutaneum*);
- подкожный панариций (*panaritium subcutaneum*);
- панариций сухожильного влагалища (*tendovaginitis, panaritium tendineum*)
- костный панариций (*panaritium ossale*);
- суставной панариций (*panaritium articulare*);
- подногтевой панариций (*panaritium subunguale*);
- околоногтевой панариций (*panaritium paraunguale*);
- панариций ногтевого валика- паронихия (*paronychia*);
- пандактилит (*panodactylitis*).

Виды панариция

1 — кожный;

2 — подкожный;

*3 — подкожный в форме
запонки;*

4 — околоногтевой;

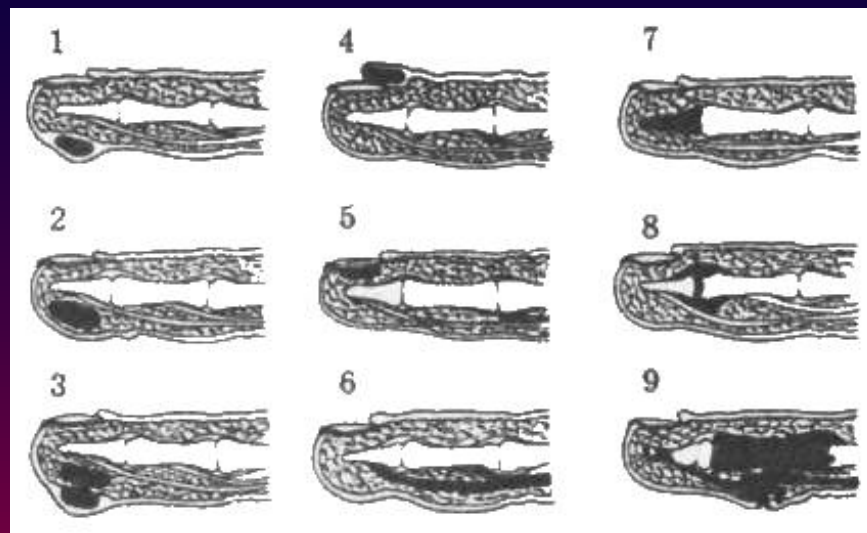
5 — подногтевой;

6 — сухожильный;

7 — костный;

8 — суставной;

9 — пандактилит



Кожный панариций.

Воспалительный процесс локализуется на тыльной или ладонной поверхности пальцев. Экссудат скапливается под эпидермисом, отслаивая его в виде пузырька. Он может быть серозного, гнойного или геморрагического характера. Болевой синдром не выражен. В случаях проникновения вирулентной микрофлоры отмечается значительное повышение температуры, развивается регионарный [лимфаденит](#) и лимфангит. Иногда воспалительный процесс может быстро распространяться, вовлекая в процесс все три фаланги. Трудоспособность обычно сохранена, но при отсутствии рационального лечения заболевание может тянуться неделями.



Кожный панариций. Иссекают отслоившийся эпидермис, удаляют гной, накладывают повязку с антисептиком. Если панариций в форме «запонки», оперативное вмешательство выполняется как при подкожном.

Подкожный панариций

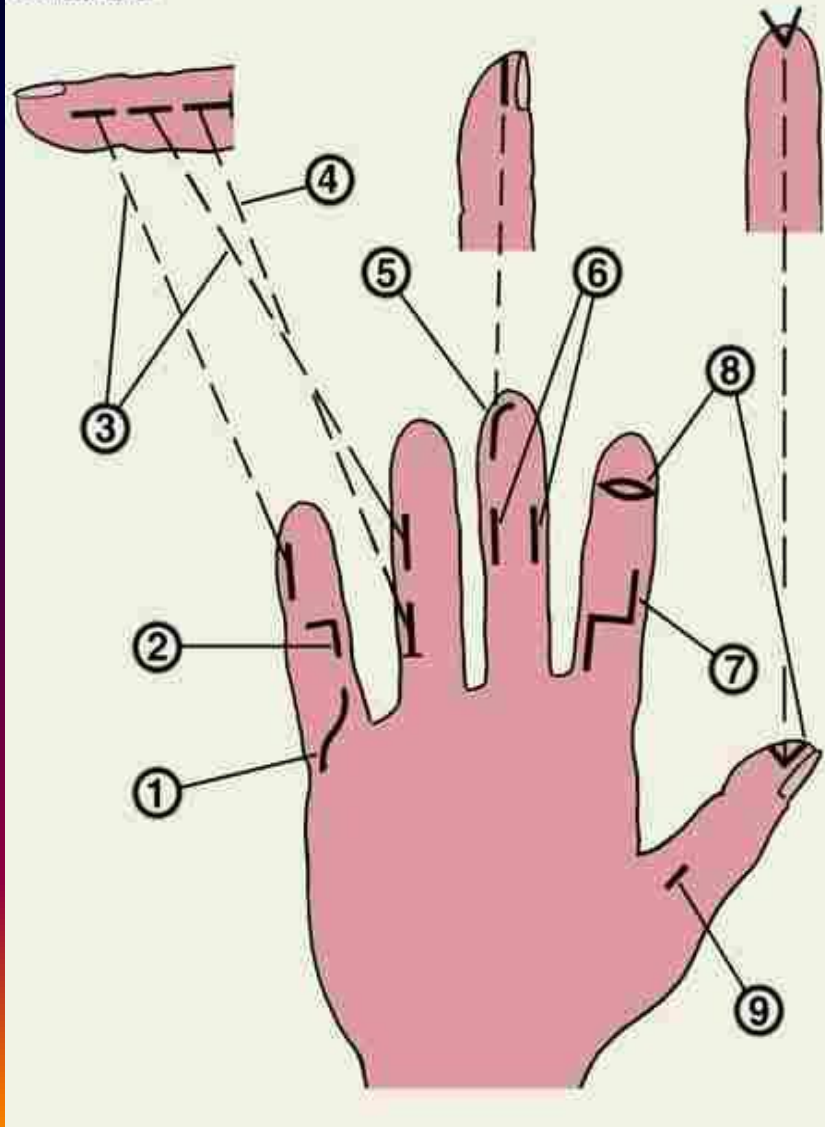
Это заболевание относится к наиболее часто встречающимся видам гнойного воспаления кисти. Воспалительный очаг находится в подкожной клетчатке. Чаще всего поражается ладонная поверхность 1-2-3 пальцев. Хотя в течении патологического процесса имеется две стадии — серозно-инфильтративная и гнойно-некротическая, врачам приходится сталкиваться со второй.

Это обусловлено тем, что в больные в первой стадии редко обращаются к хирургу, занимаясь самолечением. К сожалению, такое лечение часто приводит к прогрессированию процесса и развитию осложнений. Учитывая особенности топографо-анатомического строения пальца, различают:

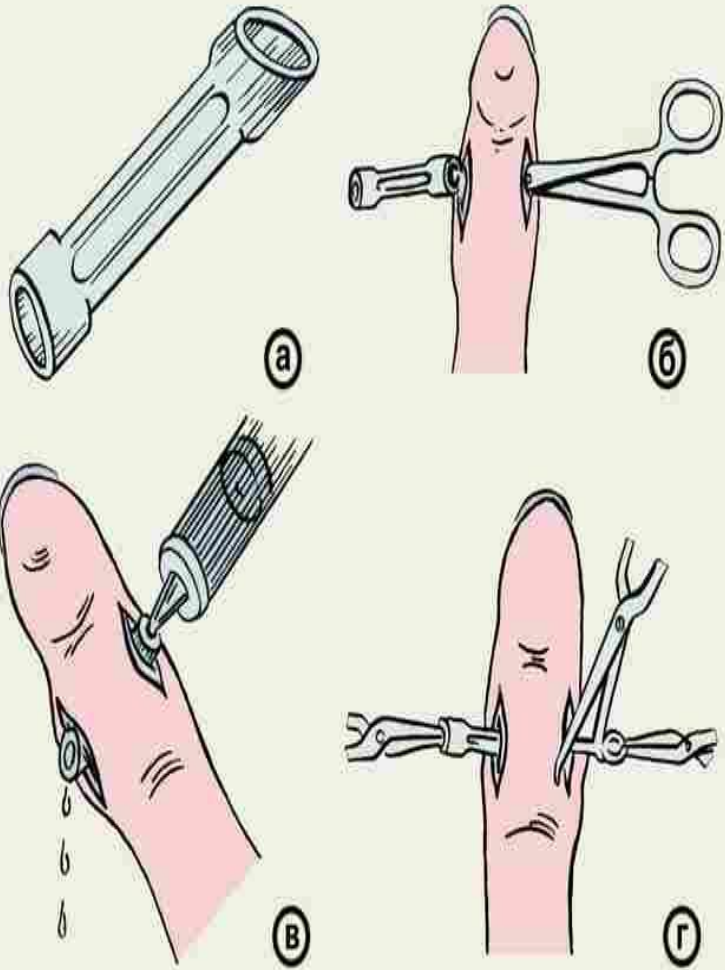
1. подкожный панариций дистальной фаланги (ладонная поверхность);
2. панариций средней и проксимальной фаланг;
3. панариций тыльной поверхности пальца.



Подкожный панариций. Выполняются среднебоковые разрезы, обычно с обеих сторон фаланги. Удаляют экссудат, иссекают некротизированные ткани, рассекают параллельно коже фиброзные тяжи. Последний прием обеспечивает вскрытие большего числа клетчаточных ячеек. Операцию завершают промыванием раны, введением дренажей (резиновые полоски), наложением повязки с антисептиком. При оперативном лечении подкожного панариция следует проводить иммобилизацию.



- 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.



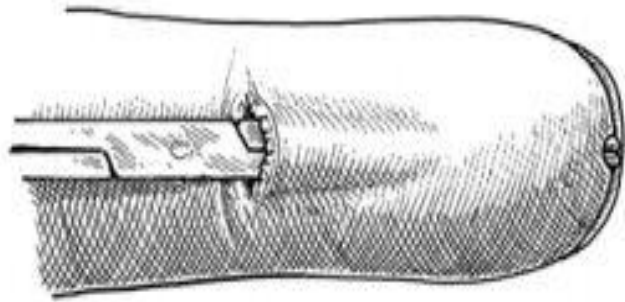
Дренаживание резиновым окончатом дренажем при подкожном панариции средней фаланги:

а — окончатый дренаж;

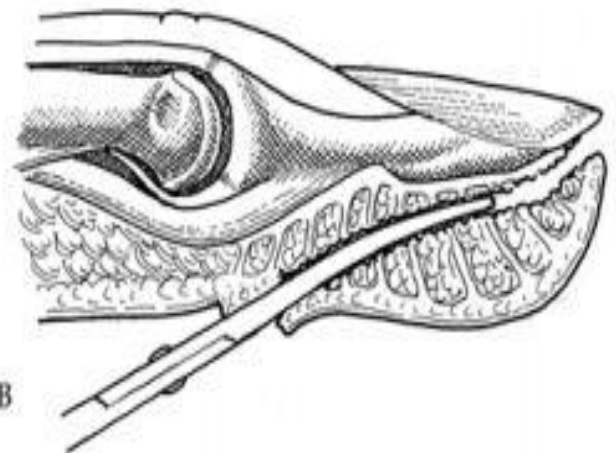
б — введение дренажа в раневой канал;

в — промывание раны через дренаж;

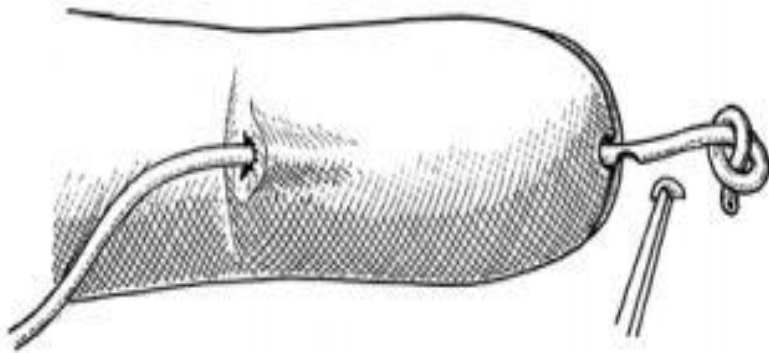
г — извлечение дренажа



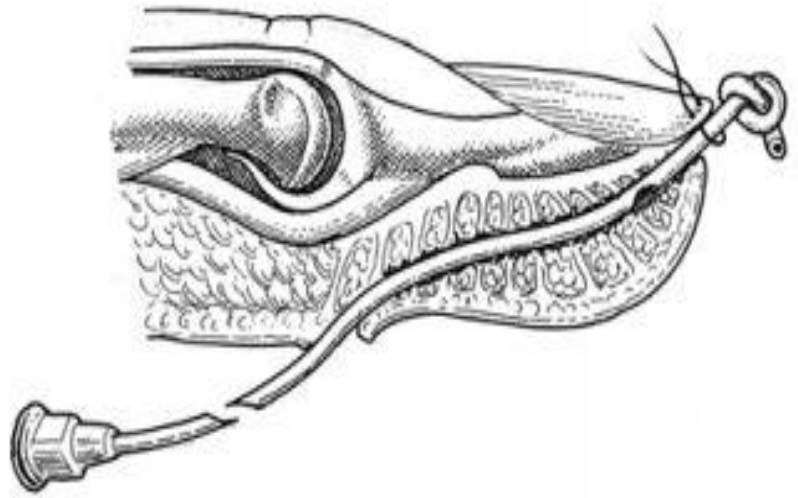
A



B



C



D

(поверхностный
околоногтевой
панариций)

- это воспаление околоногтевого валика, окружающего основание и боковые поверхности края ногтя. Наиболее часто встречаемый вид панариция. Инфицирование происходит через трещины, заусеницы и микротравмы. В начале возникают болезненная припухлость околоногтевого валика и гиперемия окружающих тканей. Он нависает над ногтевой пластинкой. В некоторых случаях гнойный процесс не ограничивается только околоногтевым валиком. Гной может проникать под ногтевую пластинку, отслаивая её. В таких случаях гнойный экссудат просвечивается через нее. “Подрытый” гноем край ногтевой пластинки теряет связь с ногтевым ложем.



Отличаются они не только локализацией, но и по клиническому течению, методам лечения. Паронихии в 4—5 раз чаще развиваются у женщин, что обусловлено преимущественно маникюром и работой по дому. Ошибки в диагностике вида паронихии и связанное с этим неправильное лечение затрудняют ликвидацию гнойного процесса, который приобретает хроническое течение.

Субэпидермальная паронихия имеет много общего с кожным панарицием представляет собой скопление гноя под эпидермисом у края ногтевого валика.

Лечение заключается в простом подрезании (без локальной анестезии) отслоенного эпидермиса и иссечении его с удалением гноя. Затем накладывают повязку с фурацилином или асептическую, которую снимают через 5—6 сут. За это время раневая поверхность эпителизируется. При паронихии в толще ногтевого валика (под кожей) определяется локальная болезненность и припухлость ногтевого валика, гиперемия; нет характерного для субэпидермальной паронихии просвечивающегося гнойного пузырька по краю ногтевого валика.

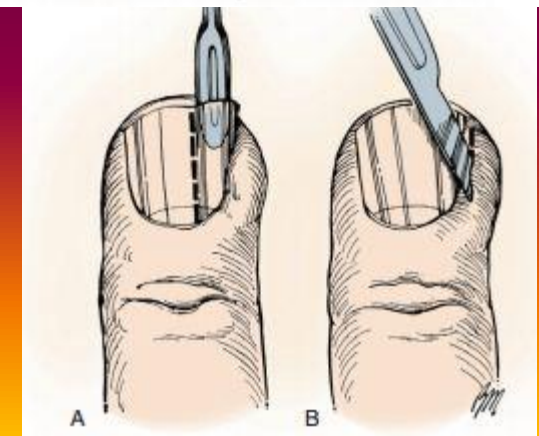
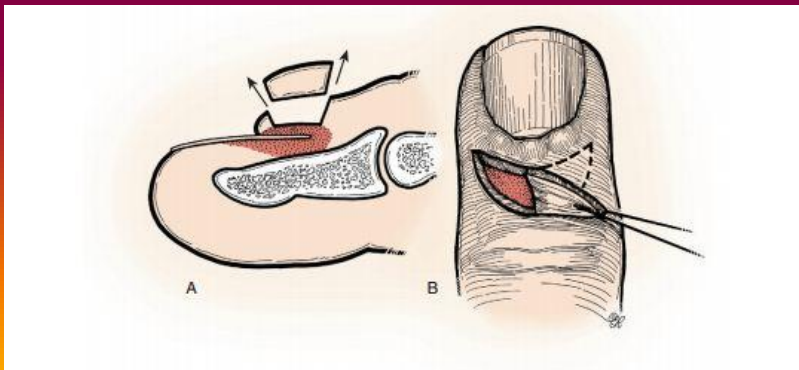
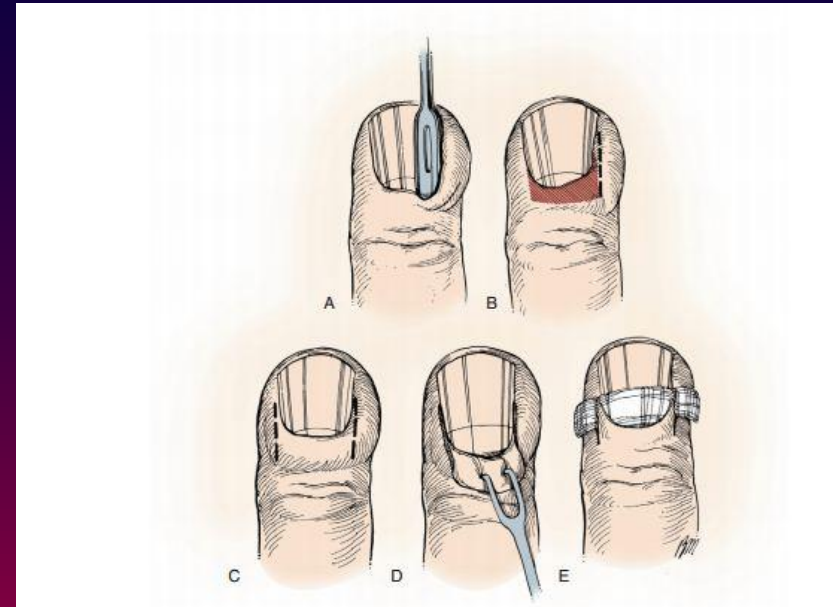
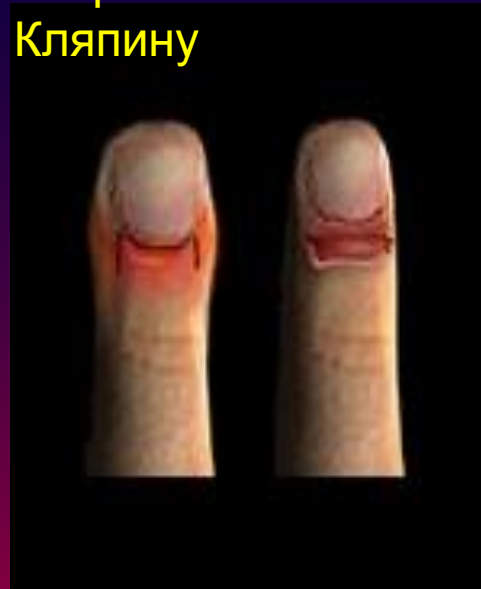
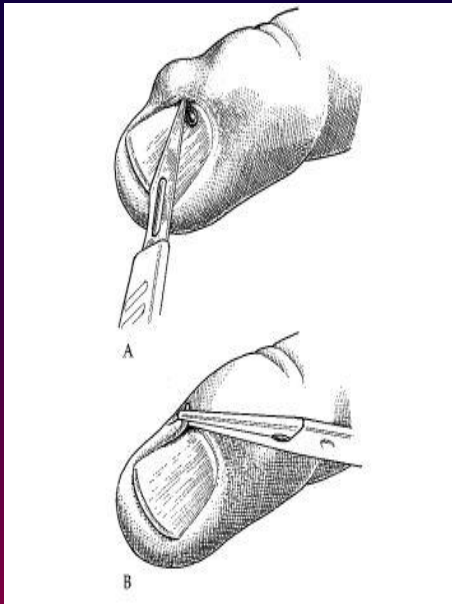
Паронихию в толще ногтевого валика вскрывают после анестезии пальца по Лукашевичу (рис 1.). При паронихии производят разрез длиной 1 см только у одного края ногтя на тыле пальца от угла ногтевого валика в проксимально-ладонном направлении, т. е. не вдоль оси пальца, а несколько косо, смещая разрез в ладонную сторону. Кожу, покрывающую основание ногтя, отсепааровывают и отворачивают с поврежденной стороны. Если гноем отслоен край основания ногтя, то осторожно ножницами иссекают его, стараясь не повредить ногтевое ложе и валик, в противном случае растущий ноготь деформируется.

При поражении паронихией средней части или всего ногтевого валика производят операцию Канавела. Двумя разрезами длиной 1 —1,5 см от углов основания ногтя окаймляют и затем отворачивают трапециевидный кожный лоскут, покрывающий ногтевой валик. Остроконечными ножницами осторожно (не повреждая ногтевого ложа) резецируют отслоенный гноем участок проксимального отдела ногтя. Удаляют гной. Кожный лоскут возвращают на свое место, положив под него полоску перчаточной резины, смазанную синтомициновой эмульсией или вазелиновым маслом. На палец накладывают асептическую повязку. Через сутки делают для пальца ванночку с перманганатом калия, заменяют резиновый выпускник еще на сутки. Затем, если гнойный процесс купирован, после ванночки накладывают обычную мазевую повязку (без резиновой прокладки).

Вскрывая паронихию важно обеспечить обнажение проксимального угла ногтевой пластинки, где в ногтевом ложе наиболее часто скапливается гной. Его следует тщательно удалить вместе с некротизированными тканями, с охраняя ногтевой валик. Ср оки лечения пар онихии в среднем 8—9 сут с полным восстановлением трудоспособности. В редких случаях при неправильном лечении развиваются осложнения в виде подкожного, костного и суставного панариция.

Паронихия . Рассекают околоногтевой валик. В зависимости от локализации можно применять клиновидные, П-образные, парные продольные разрезы.

Разрез по
Кляпину



Подногтевой панариций. При данном виде панариция воспалительный процесс локализуется под ногтевой пластинкой. Гной скапливается, отслаивая и приподымая частично или на всем протяжении ногтевую пластинку. Фиксация её ослабляется. Удерживается она только благодаря прикреплению в проксимальном отделе у матрикса. Диагностика проста. Пациент жалуется на боли, которые усиливаются при пальпации или постукивании по ногтю. Отек и гиперемия при подногтевом панариции не выражены. Гнойный экссудат просвечивается через ногтевую пластинку. При пальпации выявляется зыбление ногтевой пластинки. Общее состояние страдает мало.

Подногтевой панариций. Иссекают ногтевую пластинку в виде клина. Полностью удаляют ее при значительной отслойке. Регенерация ногтя наступает через 2-4 месяца.

При наиболее частом дистальном подногтевом панариции у свободного края ногтя (после занозы или укола) под проводниковой анестезией по Лукашевичу остроконечными ножницами резецируют дистальный участок ногтевой пластинки с удалением некротизированных тканей и гноя (рис. 43). При подногтевом панариции у основания ногтя (осложнение паронихии) производят описанную выше операцию Канавела — резецируют проксимальную часть ногтя. Если отслоена гноем вся ногтевая пластинка, то ее удаляют полностью. Для этого ноготь рассекают ножницами вдоль на две половины и каждую в отдельности, захватив зажимом, вывихивают. Ногтевое ложе просушивают, обрабатывают перекисью водорода и накладывают мазевую повязку с 10% синтомициновой эмульсией.

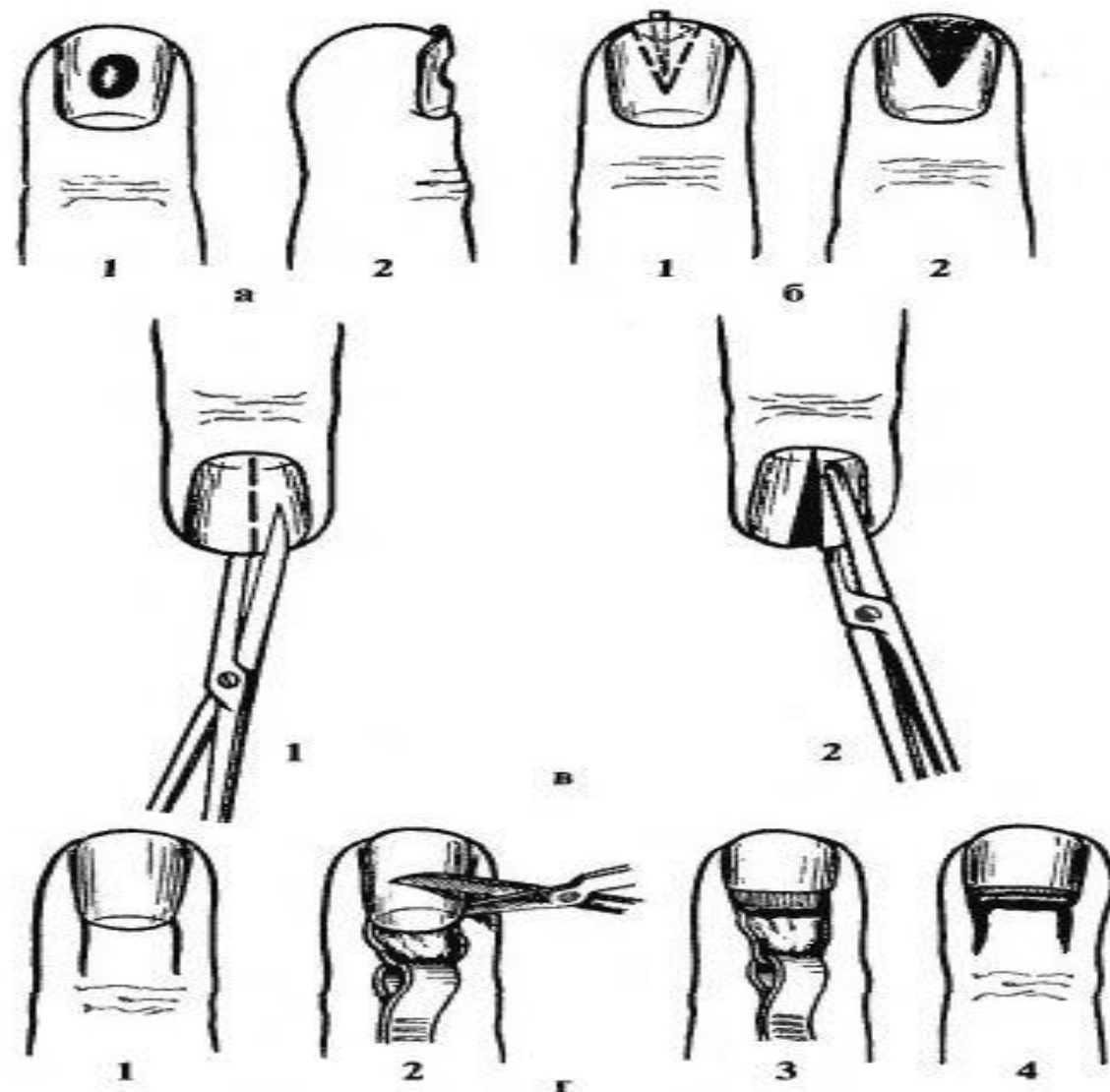


Рис. 12.8. Операции при подногтевом панариции: а — трепанация ногтевой пластинки (1, 2); б — клиновидное иссечение дистальной части ногтевой пластинки с одномоментным удалением инородного тела (1,2); в — удаление ногтевой пластинки (1, 2); г — операция Канавела при тотальном поражении ногтевого валика: 1 — разрезы кожи, 2,3 — иссечение основания ногтя и валика, 4 — окончательный вид ногтя после операции

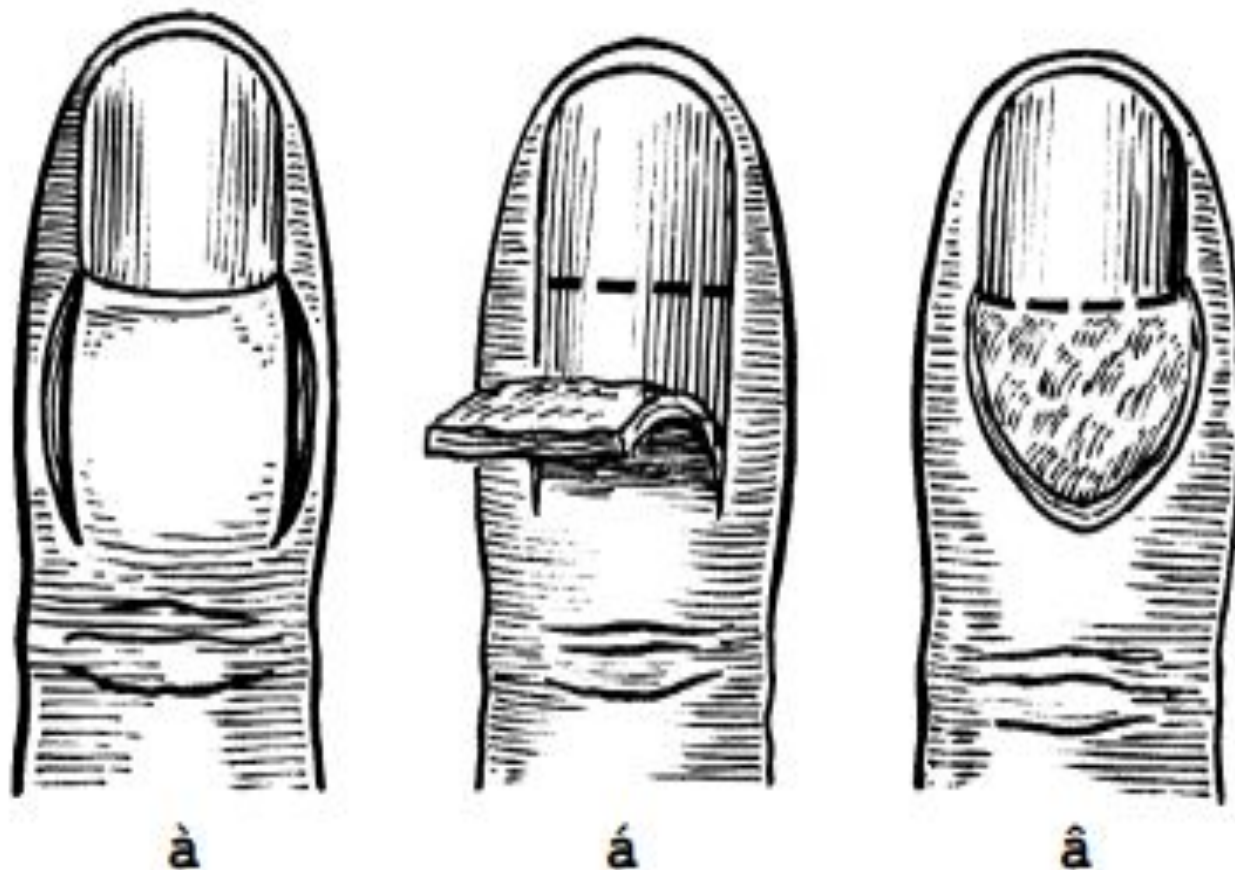


Рис. 7. Нерациональные методики хирургического лечения паронихии и подногтевого панариция, предложенные: 1 – Канавелем (à и á); 2 – Клаппом и Бекком (â)

Сухожильный панариций (гнойный тендовагинит) — это гнойное воспаление сухожильных влагалищ. Чаще всего развивается в результате распространения воспалительного процесса из подкожной клетчатки при не леченом или не адекватно леченом полкожным панариции. В таких случаях сухожильный панариций считается вторичным. Первичный развивается при ранениях кисти и инфицировании сухожильного влагалища. Обычно гной распространяется по всему сухожильному влагалищу, в области 2-3-4 пальцев от основания ногтевой фаланги до головок пястных костей, а в области 1 и 5 пальцев от основания основных фаланг на ладонь на тенар и гипотенар соответственно.

Сухожильные панариции опасны возможным развитием некроза сухожилий. В результате сдавления экссудатом сосудов мезотена нарушается кровоснабжение сухожилия, что и приводит его к быстрой гибели. Если своевременно не выполнено оперативное вмешательство, функция пальца будет безвозвратно потеряна. Длительное время выделяются секвестрированные участки сухожилия. В результате палец выключается из активной функции и начинает мешать другим. В связи с этим иногда приходится удалять его.

Сухожильный панариций. На средней, проксимальной фалангах производят одно- или двусторонние среднебоковые разрезы по нейтральной линии пальца на каждой пораженной фаланге. Для вскрытия слепого мешка проксимального отдела влагалища выполняют два отдельных разреза на ладони у основания пальца. Следует избегать разрезов по срединной линии пальца или боковых разрезов вдоль всего сухожилия (типа Бира, Канавела), так как они могут привести к тяжелым изменениям сухожилия с утратой функции пальца. При панарициях 1 и 5 пальцев необходимо произвести дополнительные разрезы в области тенара и гипотенара соответственно, а также на предплечье. Вскрываются сухожильные влагалища продольными разрезами, удаляют гнойный экссудат и промываются раствором антисептика. Затем производят дренирование. Дренаж (резиновые полоски, окончатая трубка) следует проводить в поперечном направлении кпереди от сухожилия. Заведение его между сухожилием и костью создаёт опасность повреждения брыжейки с питающими сосудами, что вызовет некроз сухожилия. При своевременном выполнении операции нет необходимости выполнять некрэктомию. В поздних стадиях приходится удалять тусклые безжизненные участки сухожилия, что, конечно, приведет к утрате функции пальца. Обязательна иммобилизация.

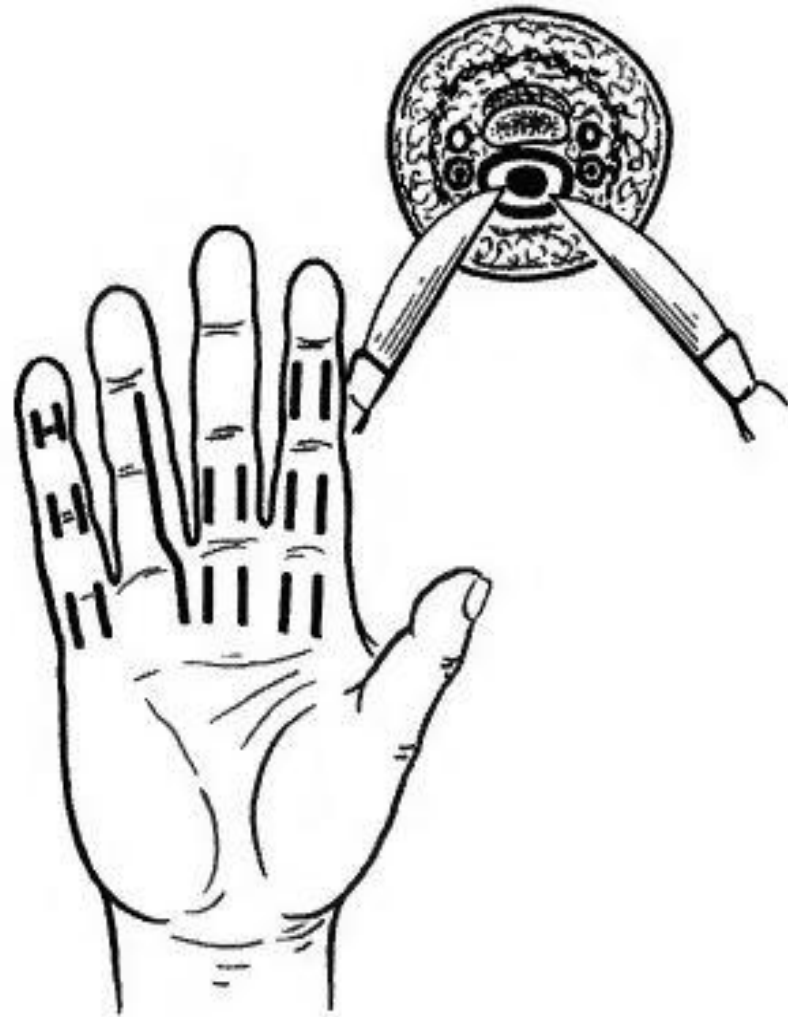
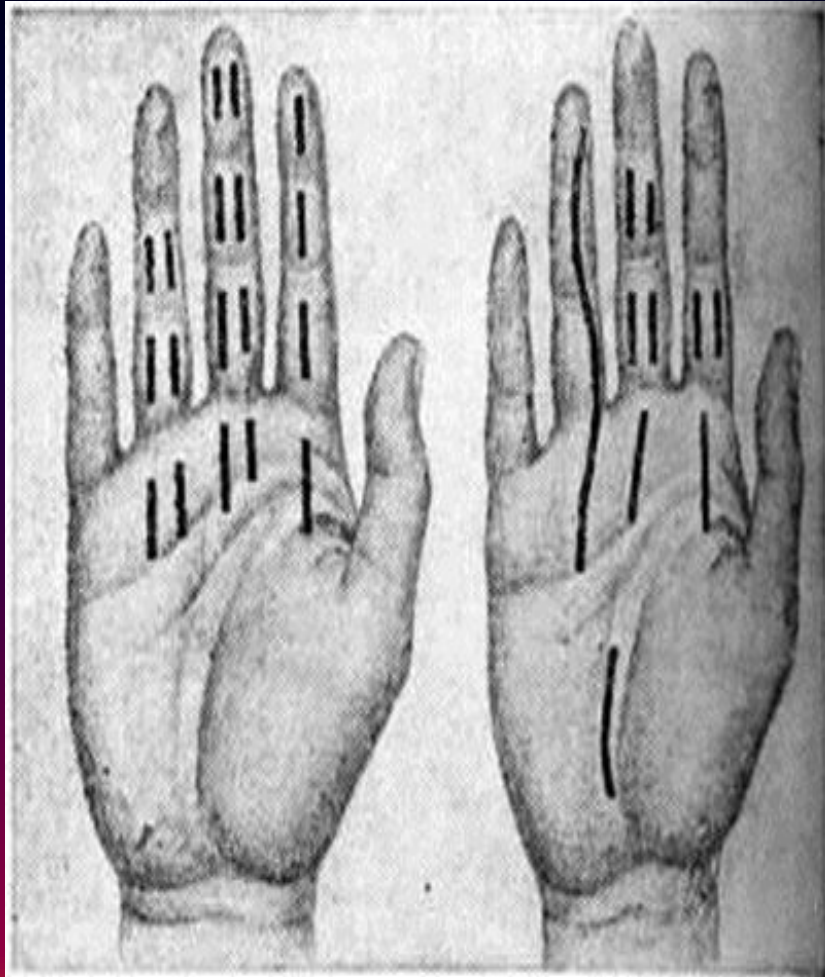
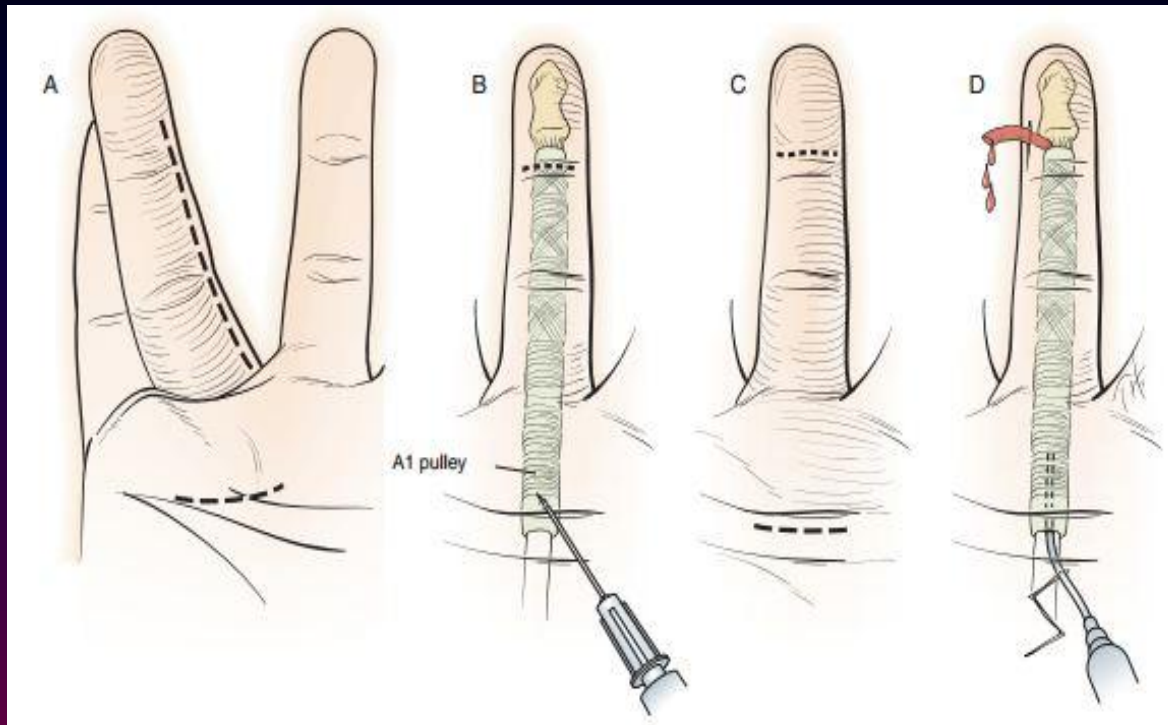


Рис. 12.9. Разрезы при сухожильном панариции.
На II пальце по Клаппу, на III — по Фишману, на
IV - по Канавелу, на V — по Гартию



- Схематическое изображение разрезов при сухожильном панариции слева:
- II палец — по Биру (применять не рекомендуется),
- III палец — по Клаппу,
- IV палец — по Верту;
- справа:
- II палец — по Фишману,
- III палец — по Зайцеву,
- IV палец — по Канавелу (применять не рекомендуется).



- A, Откройте дренажные разрезы через мидаксиальный подход.
- B, Оболочка дренируется с дистального открытия оболочки и проксимального шприцем.
- C, Разрезы для периодической ирригации.
- D, Закрытая техника дренажа сухожильного влагалища

Суставной панариций (гнойный артрит межфаланговых сочленений пальца) — это гнойное воспаление межфаланговых суставов.

Различают первичный и вторичный суставной панариций. Причиной первичного панариция чаще всего является ранения межфаланговых или пястно-фаланговых областей пальца по дорзальной поверхности.

В этой зоне суставы покрыты лишь тонким слоем мягких тканей, по-тому инфекция легко проникает в суставную щель по раневому каналу. Вторичный суставной панариций встречается чаще первичного.

Он развивается в результате распространения инфекции на сустав при других формах заболевания.

Причиной могут стать грубые манипуляции и технические ошибки при оперативном лечении поверхностных форм панариция.

Хирургическое лечение суставного панариция в фазе костно-деструктивных изменений.

Последовательность подготовительных мероприятий такая же, как и при операции по поводу суставного панариция в гнойно-экссудативной фазе развития. При данной форме панариция может быть особенным выбор хирургического доступа. Необычность состоит в том, что, намечая место хирургического разреза, необходимо учитывать функционирующие в области сустава свищи, некротические участки тканей, которые следует включить в общее раневое пространство хирургического доступа.

Используя микрохирургические приемы проведения операции, осуществляется методически последовательное иссечение нежизнеспособных мягких тканей суставной капсулы, вовлеченной в процесс подкожной клетчатки и кожи. Острыми ножницами повсеместно иссекаются выступающие по ходу раневого канала грануляции. Следует максимально оберегать здоровые и жизнеспособные ткани.

Суставной панариций. На ранней стадии можно производить пункцию сустава с введением антибиотиков. В случае выполнения оперативного вмешательства, производят два боковых параллельных разреза в области сустава по тыльной поверхности. Вскрывают сустав, промывают антисептиками и дренируют. Обязательно производят иммобилизацию. Результат лечения лучше, если в процесс не были вовлечены хрящевые и костные структуры. При деструкции суставных концов костей необходимо выполнять экономную резекцию. Исходом будет анкилоз пораженного сустава.

Костный панариций (остеомиелит фаланги пальца).

Костный

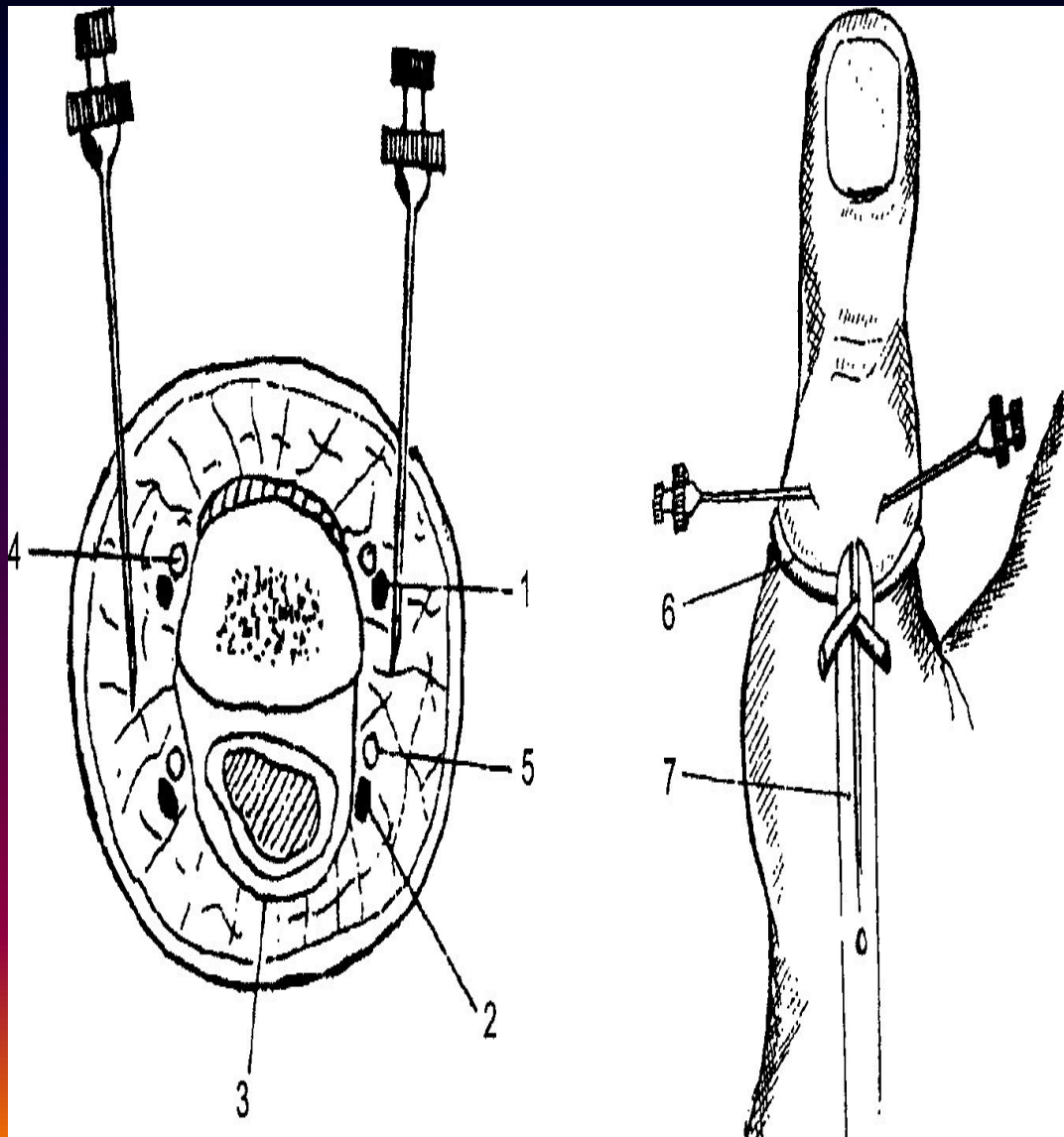
панариций может быть первичным и вторичным. Первичный панариций возникает в результате проникновения инфекции в костную ткань гематогенным путем. Встречается очень редко. Обычно костные панариции являются вторичными и развиваются в результате распространения гнойно-воспалительного процесса с окружающих тканей при других формах панариция. Таким образом, костный панариций развивается в большинстве случаев или при позднем обращении больных, или при нерадикальном лечении других видов панарициев.

Клиническая картина. После вскрытия, например, подкожного панариция наступает некоторое улучшение, уменьшаются боли, отек, гиперемия. Наступает период мнимого благополучия. Однако из-за недостаточного оттока гнойного экссудата наступает новое обострение воспалительного процесса. В первую очередь прекращается выделение экссудата из раны. Грануляции становятся серыми, тусклыми.

Костный панариций. Производятся боковые разрезы, вскрывают и обрабатывают гнойно-некротическую полость. В зависимости от характера поражения, наличия секвестров удаляют последние, производят экономную резекцию или полное удаление кости. Следует стремиться к максимальному сохранению кости. Операцию заканчивают дренированием и иммобилизацией.

местное обезболивание по Лукашевичу-Оберсту.

На основание пальца накладывают резиновый жгут, дистальнее которого на тыльной поверхности основной фаланги анестезируют кожу, подкожную клетчатку и далее продвигают иглу до кости. После этого перемещают ее сначала на одну сторону костной фаланги и вводят 2—3 мл 1—2% раствора ново-к. пша, затем таким же количеством новокаина анестезируют другую сторону. Таким образом, новокаин вводят в непосредственной близости от нервов пальца, которые проходят по его боковой



ФУРУНКУЛ.

- острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула сальных желез и окружающие ткани.



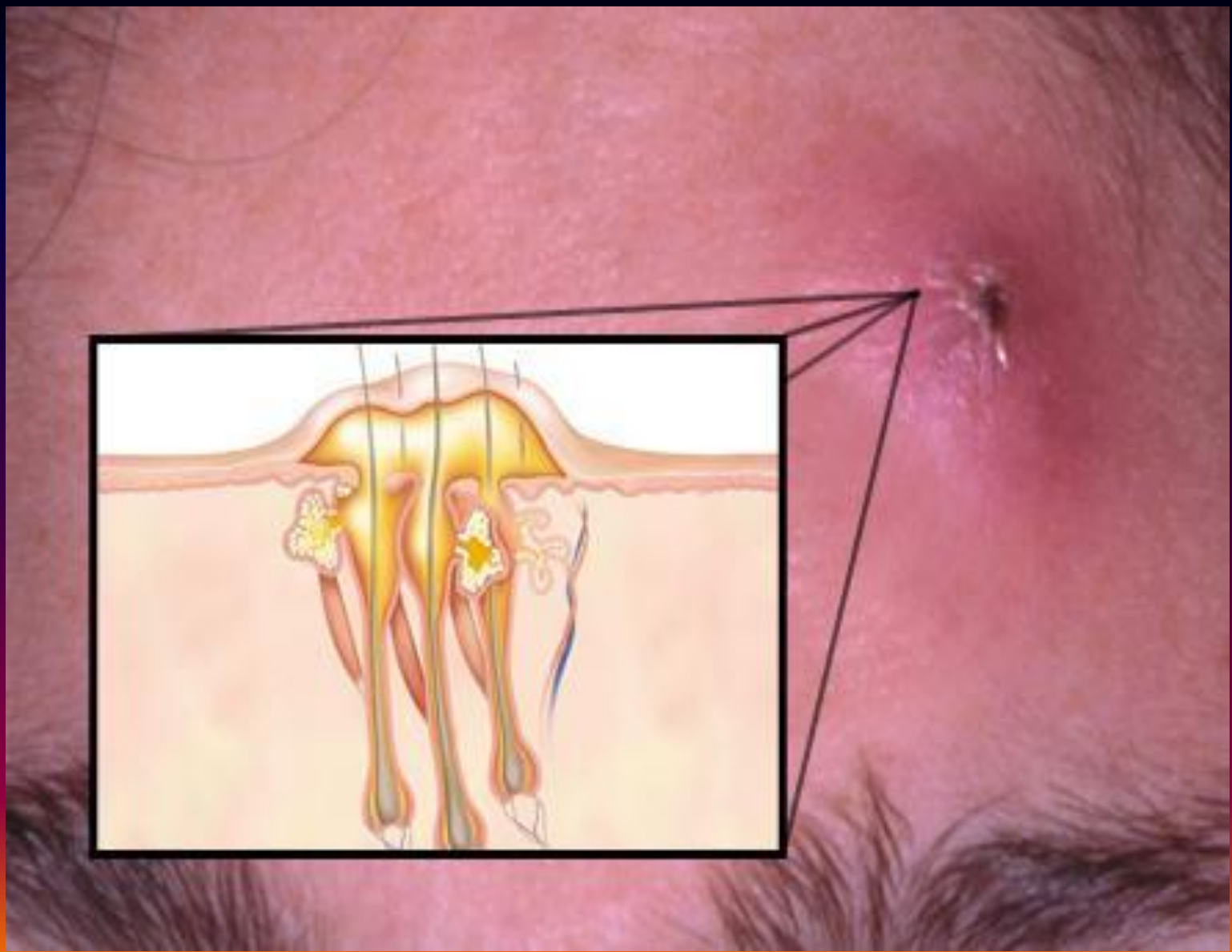


- После обработки кожи антисептиком производят механическое удаление стержня пинцетом или тонким зажимом («москитом»). Следует действовать очень аккуратно и исключить всякое давление на ткани в области инфильтрата. После того как некротические массы начали поступать наружу, для создания их непрерывного оттока в образовавшийся канал в качестве дренажа аккуратно вводят тонкую полоску перчаточной резины. Для ускорения очищения от некротических масс используют растворы протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин). Перевязки делают ежедневно, перчаточный выпускник удаляют после исчезновения инфильтрата и гнойного отделяемого (обычно на третьи сутки), после чего накладывают сухие повязки или рану ведут открытым способом
- При абсцедировании фурункула прибегают к хирургическому лечению - вскрытию абсцесса

- Больных следует предупредить о возможных серьезных осложнениях при выдавливании фурункула, срезании пустулы бритвой, применении согревающих компрессов
- Преждевременная попытка механическим путем удалить стержень (выдавливание) может нарушить естественный барьер между пораженным участком и здоровыми тканями, способствовать механическому распространению инфицированных тромбов из очага по венам и привести к генерализации процесса

- Вскрытие фурункула
- После вскрытия фурункула для отсасывания гноя и расплавленных тканей целесообразно применение обычного молокоотсоса. С этой же целью используют марлевую повязку, смоченную гипертоническим раствором поваренной соли. Повязки меняют по мере высыхания раствора. При перевязках очаг поражения обрабатывают раствором пергидроля (30% раствора пергидроля 1 часть, воды 2 части) или раствором фурацилина 1 : 5000. В дальнейшем, после удаления гноя, на язву, образовавшуюся при вскрытии фурункула, накладывают повязки с эритромициновой, тетрациклиновой мазью или мазью Вишневского. Все процедуры, включая лечение теплом, выполняются ежедневно, по возможности 2 раза в день.
- Для предотвращения диссеминации пиококков из очага поражения следует избегать при лечении фурункулов применения больших круговых повязок, особенно при локализации фурункулов на коже живота, поясницы, так как неизбежное в этих случаях перемещение повязки будет способствовать втиранию гноя в окружающие участки кожного покрова и вести к развитию местного локализованного фурункулеза. Помимо указанного, наиболее часто используемого на практике метода наружного лечения фурункулов, нередко используются и другие методы.





Хирургическое лечение

- Линейным разрезом рассекают инфильтрат и производят иссечение некротизированных тканей на всем протяжении, отделяя их от фасции, кожи, вскрывают гнойные затеки – дают отток гнойному содержимому, ежедневные перевязки, ферменты и физиотерапия.
- **Общее** – антибактериальная терапия (с учетом чувствительности микрофлоры), сульфаниламиды, дезинтоксикационная терапия, обезболивающие, общеукрепляющие, симптоматические средства

Гидраденит - это гнойное воспаление апокриновых потовых желез, оставляющее после себя рубцы. Обычно он возникает в подмышечных впадинах и в промежности, значительно реже - на волосистой части головы.



- Сначала появляется воспаленный узел или абсцесс, который либо рассасывается, либо прорывается на поверхность кожи, образуя свищ с гнойным или серозно-гнойным отделяемым. Поражение волосяных фолликулов на этой стадии обычно отсутствует. Позже появляются открытые комедоны (черные угри). Близко расположенные парные комедоны - очень характерный и иногда единственный признак гидраденита. Фиброз, уродливые рубцы с выростами и перемычками, гипертрофические и келоидные рубцы, контрактуры. Иногда на стороне поражения развивается лимфедема (лимфостаз и отек конечности).
- Узлы красные, гиперемизированные. Умеренная или острая боль. Из свищевых ходов выделяется гной. Локализация. Подмышечные впадины, молочные железы, промежность, перианальная область, большие половые губы, мошонка, паховая область. Часто - двустороннее поражение (например, обе подмышечные впадины). Процесс может распространиться на спину, ягодицы и волосистую часть головы.

- **Хирургическое лечение гидраденита**
- Вскрытие и дренирование абсцессов.
- Иссечение периодически воспаляющихся фиброзных узлов и свищевых ходов (эффективно, если таких узлов один - два).
- При распространенном хроническом процессе может потребоваться иссечение всей пораженной кожи вплоть до фасции с последующей трансплантацией расщепленного кожного лоскута.

- Оперативное лечение гидраденита проводят широким разрезом, проходящим через инфильтрат до здоровых тканей. После эвакуации гноя производят удаление всей инфильтрированной жировой клетчатки.
- При повторяющихся рецидивах гидраденита производят его радикальное хирургическое лечение. Оперативное вмешательство состоит из 2 этапов. На первом этапе гнойный очаг широко вскрывают и иссекают всю воспаленную клетчатку. Заживление [раны](#) проходит в открытых условиях и с обязательной антибиотикотерапией. После стихания воспалительных процессов и появления грануляций проводят второй этап оперативного лечения — полное удаление кожи и подкожной жировой клетчатки пораженной гидраденитом зоны. Закрытие образовавшегося дефекта проводится перемещенными лоскутами собственной кожи пациента ([аутодермопластика](#)). Проведение радикального хирургического лечения гидраденита одномоментной операцией не целесообразно по причине частого нагноения послеоперационной раны после таких вмешательств и ее длительного заживления с образованием грубого рубца.

Список литературы:

- Мелешевич А.В
- Интернет
<http://www.bolezni-spravka.ru/gidradenit.php>
- Страбыкина Н.В <http://strabykina.ucoz.ru/>