



*Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ – түрік университеті. Шымкент медицина институты.*

*Қол ұшының іріңді хирургиясы. Күбіртке.*



*Қабылдаған: Жаңабаев Н.  
Орындаған: Жұманов А.  
Тобы: ХҚ-602*





# Жоспар



- Кіріспе
- Негізгі бөлім
- Күбіртке туралы
- Күбірткені хирургиялық жолмен емдеу және бактерияға қарсы ем қолдану
- Қол ұшынның іріңді хирургиясы





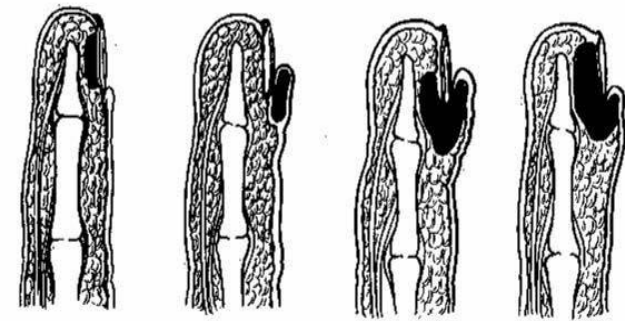
- Саусақ тіндерінің қабынулары панариций немесе қазақша күбіртке деп аталады. Емхана хирургтарының қабылдауында болатын аурулардың 15-30% және уақытша жұмысқа жарамсыз амбулаториялық хирургиялық аурулардың 8 – 10% — ын панариций және қол абсцесі, флегмонасы құрайды. Науқастардың денсаулығына зиян келтіруімен қатар, бұл ауруларды емдеу көптеген материалдық қаржыны талап етеді.



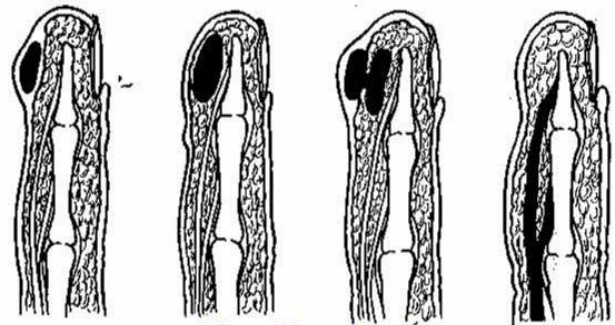
- Этиология, патогенезі. Қабынуды көбінесе стафилококтар тудырады. Инфекция қолдың микрожарақаттары арқылы түсіп, қабынуға әкеледі. Жараға түскен бөгде заттар қабынуға ықпал етеді. Инфекция түскен жерде тіндер қабынып, инфильтрацияланады, түзілген серозды сұйықтық іріңдейді. Классификациясы. Қабынудың дамуы, таралуы қолдың анатомиялық ерекшеліктеріне байланысты, сондықтан көптеген классификацияларда анатомиялық принциптер сақталған. Панариций келесі түрлерге бөлінеді:
  - тері;



- тері;
- теріасты;
- сүйек;
- буын;
- сіңір (тендовагинит);
- паронихия;
- тырнақасты;
- пандактилит (саусақтың барлық тіндерінің қабынуы).

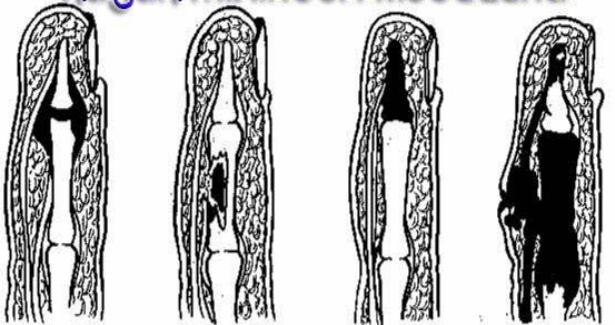


1 2 3 4



5 8

[kazmedic.kz](http://kazmedic.kz)  
қазақ тіліндегі медицина



9 10 11 12

Панариций кезіндегі іріңдіктердің орналасуы. 1 – тырнақ астында; 2 – паронихия; 3, 4 паронихияның тырнақ астына таралуы; 5 – тері панарицийі; 6 – теріасты панарицийі; 7 – қос түйме тәріздес тері асты панарицийі; 8 – сіңір панарицийі; 9 – буын панарицийі ; 10 – сүйек панарицийі; 11 – тырнақ фалангасының сүйек панарицийі; 12 – пандактилит.



- Саусақтар мен алақан және алақан сыртының анатомиялық құрылымы олардың атқаратын функцияларына сай, өте күрделі болып келеді:
- әрбір саусақты 4 артерия қанмен қоректендіріп, 4 нерв иннервациялайды.
- алақан сыртының терісі жұмсақ, созылмалы, жеңіл жиырылады. Теріасты майы жұқа, алақанмен тығыз байланысты лимфа тамырларына бай. Сол себептен алақан іріңдіктерінде қолдың, саусақтардың сыртында ісіну ауқымды болады. Бұл ерекшелікті білмеген дәрігер іріңді қолдың сыртынан іздейді;



- Алақан терісі тығыз, эпидермисі қалың, астындағы алақан апоневрозымен жабысқандықтан қимылы шектелген. Шаш фолликулалары және май бездері жоқ, тер бездері жақсы дамыған; алақан терісін астындағы апоневрозбен, сүйектердің қабығымен, сіңір қынаптарымен байланыстыратын көптеген, жіп тәріздес дәнекер тіндердің бойымен инфекция тез арада тереңге тарайды.

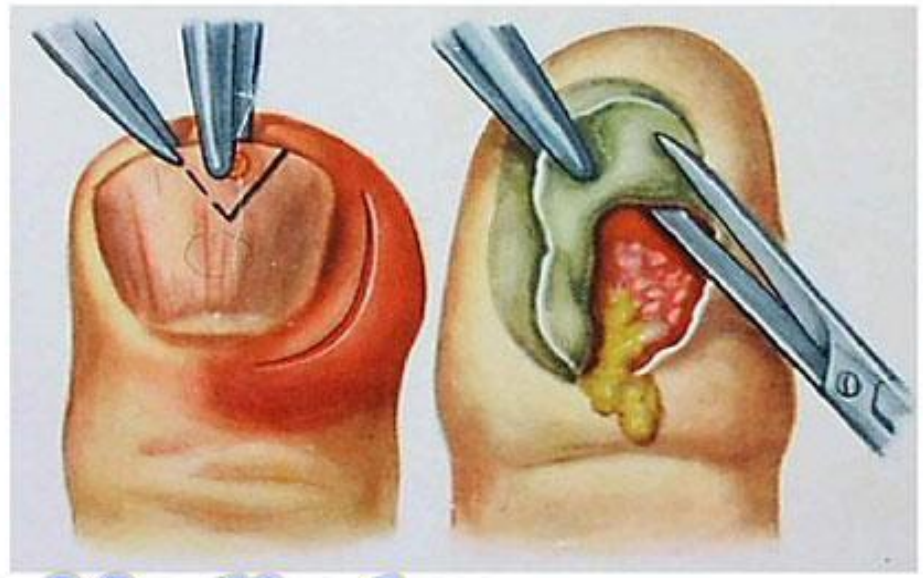




алақанның үшбұрышталып келетін беткейлі және терең орналасқан фасциялары оны үш құрылымға бөледі: Тенар деп аталатын латералды бөлігінде бірінші саусақтың бұлшықеттері, медиалды бөлігінде (гипотенарда) бесінші саусақтың бұлшықеттері орналасқан. Алақанның ортаңғы бөлігінде саусақтарды бүгетін сіңірлердің астында және бетінде майлы клетчакалар түзілген. Осы май қабаттарының ішінде беткейлі және терең артериалды доғалары мен саусақтардың нервтері жатады. Алақан ортасындағы іріңдіктер Пироговтың майлы кеңістігіне және алақанның 2 – 4 – саусақтарының сыртына таралуы мүмкін.



панариций



**KazMedic.kz**



саусақтардың, қолдың әрбір сіңірлері, қан тамырлары, нерв талшықтары жеке-жеке синовиалды қынаптармен көмкерілген. Сіңірлердің синовиалды қынаптарында экссудат түзілсе, қан тамырлары қысылып, сіңірлердің некрозына әкеледі, тек қана дер кезінде қынапты тіліп ашып, сіңірледі сақтап қалуға болады. екінші, үшінші, төртінші саусақтардың сіңір қынаптары жеке-жеке, аталған саусақтардың алақанмен қосылған тұсынан тұйық басталып, саусақ ұштарына дейін жалғасады.



- Білезік және шынтақ синовиалды қынаптарымен байланысы жоқ. Бірінші саусақ сіңірінің қынабы алақанның білезік қынабына, ал бесінші саусақтікі шынтақ қынабына қосылып, бұлар өрлей келе квадратты пронатор бұлшықетінің бетінде жатқан Пирогов — Парон майлы клетчаткалы кеңістігінде аяқталады. 10% жағдайда білезік және шынтақ синовиалды сіңір қынаптары бір-бірімен байланыста болады, сондықтан бірінші және бесінші саусақтардың тендовагиниттері қол ұшының U-тәріздес және білезік буыннан жоғары жатқан Пирогов кеңістігінің флегмонасымен асқынады.



- Панарицийдің клиникалық көріністері. Кабынудың негізгі белгісі қолдың тұрақты қатты ауырсынуы, алақан терісі қалың болғандықтан гиперемия байқалмайды. Колдың, саусақтардың функциясы шектелген, ауырған саусақ жартылай бүгілген, оны жазуға әрекет жасағанда қатты ауырады. Жанындағы саусақтар бүгіңкі болғанымен, қимылдары шектелмеген, болар-болмас ауырады.



- Тері панарицийі
- Қол саусақтарының қабынуының жеңіл түрі, тері ішінде орналасады, көтерілген эпидермис астында серозды, іріңді немесе геморрагиялық экссудат көзге көрініп, айналасындағы тері қызарады. Саусақта ауырсыну пайда болады. Егер теріге тері асты панарицийі жарып шықса, құмсағат тәріздес панариций орын алады.
- Емі – асептика заңын сақтай отырып, іріңдікті тіліп ашып, көтерілген эпидермисті кесіп, алып тастап, антисептиктермен жуып, асептикалық таңу салынады. Лимфангитпен асқынған жағдайда антибиотик, физиотерапия тағайындап, қолдың қимылын шектеу қажет. Операциядан кейін кол ауырмаса, жарадағы таңғышты 3-5- күнде бір ауыстырады. Саусақ сыртында панариций сирек кездеседі, болған күнде де науқасты аса мазаламайды, тері жұқа болғандықтан іріңдік өзі жарылады.



- Тері асты панарицийі
- Қол іріңдіктерінің арасында бірінші орын алады. 80 – 90% науқастарда, оң қолдың 1-3-саусақтарының дисталды фалангаларының алақан бетінде дамиды. Әйел адамдарда жиі кездеседі. Алақан терісі, тері асты майының ерекшеліктеріне байланысты, (терісі қатты, қалың, тері асты май қабаты ұяшықталып шектелген және қалың) іріңдіктер тез арада тереңге тарап, қатты ауырады. Терінің ісінуі, қызаруы онша байқалмайды және науқастар дәрігерлік көмекке кеш, әбден асқындырып, шыдай алмағанда, 5-6 — тәулікте жүгінеді. .



Саусақтар мен алақанның іріңді қабынуларында қатты ауыратын зоналар 1-сүйек панарицийінде; 2-буын панарицийінде; 3-теріасты панарицийінде; 4-сіңір панарицийінде; 5-алақан абсцесінде; 6-бірінші саусақтың тендобурситінде; 7-бесінші саусақтың тендобурситінде.

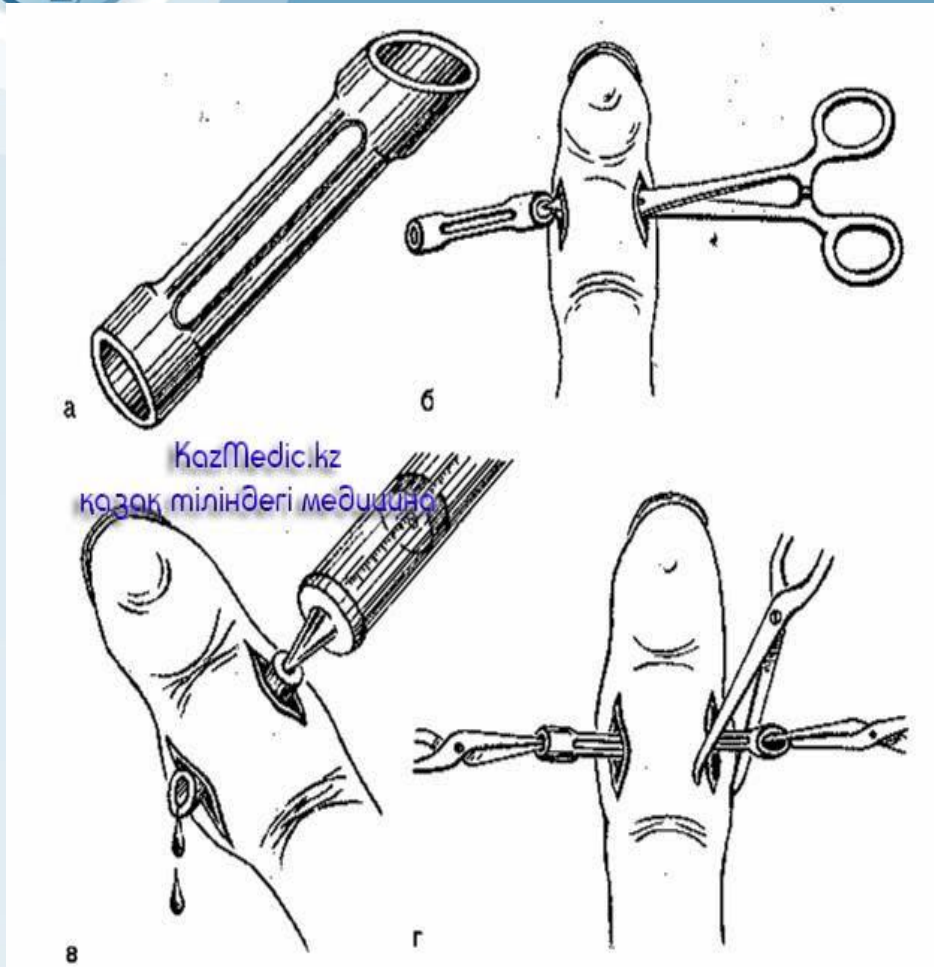




Визуалды ауырған саусақ жартылай бүгілген. Ісіну, қызару көбінесе саусақ сыртында, бүйірінде, ісінген саусақтың алақан бетінде цианоз байқалады. Теріасты панарицийінде инфекция жан жаққа таралады: тері астына, сүйекке, сіңір қынабына, буынға, лимфа тамырларына, қанға. Диагнозды анықтау мақсатында, ауырған саусақты, ұшы түйме тәрізде (пуговчатый) зондпен зерттеу өте маңызды.



- Емі. Қабынудың ұйыма кезеңінде антибактериалды ем, физиотерапия (ультракүлгін, лазер, рентген сәулелері), иммобилизация, энзимотерапия тағайындалады. Іріңді кезеңінде, саусақтың солқылдап қатты ауруы, ауқымды қызаруы, ісінуі, лимфа бездерінің шошынуы, дене қызуының көтерілуі, лейкоцитарлық формуланың солға жылжуында, операция жасалуы қажет. Операция нәтижелі болу үшін, саусақты толық жансыздандыру мақсатында Лукашевич – Оберст тәсілін қолданған жөн. Іріңді ошақтан жоғары саусаққа жіңішке резина жгут салынып, жгуттан төмен, фаланга сыртына екі жағынан 2 мл. 2% новокаин ерітіндісін алақанға қарай бағытта енгізсе, 10 минуттан кейін саусақ толық жансызданады.



Қабырғалары жырылған дренаж.а- дренаждың жалпы көрінісі; б-жара арқылы дренажды өткізу;в-жараны дренаж арқылы жуу; г-дренажды алу тәсілі.

- Саусақ фалангасының төріасты панарицийін доғалдап Немесе саусақ бойымен тіліп ашып, іріңін шығарып, өлігетөрдөн тазартады, дренаждайды. Ортанғы және проксималды фаланганың төріасты панарицийін Клапп тәсілімен, фаланганың алдыңғы бүйірінен ұзынынан паралелді тіліктөрмен тіліп ашады, дренаждайды. Ақырғы жылдарда іріңдіктерді тіліп ашып, мұқият некрэктомия жасалғаннан кейін, жараны антисептиктөрмен жуып, жара қуысына, айналасындағы тіндерге антибиотиктөр енгізіп, тігіс салу қолданылғуда.

Операциядан кейін жара аймағына антибиотиктөр ерітінділері 2 -3 күн қатарынан иньекцияланады. 3-4 күннен бастап жөргілікті физиотерапия қолданады (ультраакүлгін, лазер сәулелері, ультарадыбыс, т.б.).

7-9 күндері жараның жіптері алынады. Науқастың дене қызуы көтерілсе, қосымша бұлшықетке антибиотиктөр салынады. Төріасты



- Сүйек панарицийі, саусақ фалангасының остеомиелиті, екі түрін ажыратады: біріншілік панариций тікелей сүйек, сүйек қабы жараланып немесе гематогенді жолмен инфекция түссе дамиды. 90-95% науқастарда екіншілік түрі кездеседі, теріасты панарицийінің асқынуы болып табылады

- Біріншілік сүйек панарицийінде өте қатты ауырсыну саусақ фалангаларының ішінен басталады, науқас қолын қоярға жер таба алмай, үнемі көтеріп ұстауға мәжбүр болады, саусақ тіндері көрнеліп қатады, дене қызуы көтеріліп, әлсіздік пайда болады. Саусақ терісінің ісінуі, қызаруы кейіннен айқындалады.





Саусақтың жұмсақ тіндерінің панарицийлеріне операция жасалғаннан кейін, жағдайы жақсарып келе жатқан науқастың қолы қайта солқылдатып ауырып, ісініп, қызарса, жарадан ірің толық шықпаса, дене қызуы  $39-40^{\circ}$  көтерілсе, қабыну асқынып, сүйекке тарап, екіншілік сүйек панарицийі дамиды. Сүйек панарицийлерінің клиникалық көріністері тері асты панарицийіне ұқсас келеді, тек қана ауырсыну сезімі белсендірек. Тырнақ фалангасы колба тәріздес ісінеді. Домалақ ұшты зондпен зерттегенде қабынған саусақ фалангасы тұтас ауырады. Рентгендік зерттеуде фалангалардың деструкциясы сырқаттың 10-14 — күндерінде айқындалады. Сүйек панарицийінің диагнозы операция кезінде анықталады. Сүйек панарицийлерінің бастапқы кезеңінде емі, тері асты панарицийінің емінен айырмашылығы жоқ. Саусақ сүйектері өліеттенсе (секвестрлену), ірі секвестрлерде секвестрэктомия операциясы жасалса, ұсақ секвестрлер іріңдеп өздері шығады. Сүйек панарицийі асқынып, саусақ буындарына, сіңір қынаптарына таралуы мүмкін.

- Буын панарицийі, буындық күбіртке — бұл бунақаралық және алпақан сүйек-бунақ буындарының іріңді қабынуы.
- Көбінесе буындық күбіртке, саусақ буындарының ашық жараларында инфекция тікелей түскенде дамиды. Инфекция қол ұшының буындарына айналғасындағы қабынған тіндерден, панарицийдің басқа асқынған түрлерінде таралуы мүмкін.



- Клиникалық көрінісі:  
қабынған буында саусақ бүгіліп, ұршық тәріздес ісініп, буын қатпарлары төгістеледі. Саусақ қатты солқылдап ауырады, терісі қызарып, қимылы шектеледі. Ірінді процесс буынның капсуласын, байламдарын, шеміршегін ыдыратқан жағдайда, буында паталогиялық қимыл пайда болады, крепитация естілуі мүмкін. Буын панарицийінің қабынуы үш кезеңмен өтеді: 1-серозды; 2- ірінді; 3-остеоартрозды.  
Диагнозы клиникалық көріністеріне сүйене отырып, рентгендік зерттеу, пункция жасау арқылы қойылады.







- Емі. Процестің серозды кезеңінде буынның қимылын шектеп, антибиотиктер, физиеом тағайындалады, буынға пункция жасайды. Серозды сұйықтық алынса, буын қуысына антибиотиктерді енгізеді. Аталған шаралар нәтижесіз болса, буынға қайталап пункция жасалады, іріңді экссудат анықталса, буынды тіліп ашып, антисептиктермен жуып, тексеру жүргізгенде сүйек беттері деструкцияға ұшырамаса, буын қуысы дренаждалады, деструкция болса, буынға резекция жасалады.