

*Тілменің қабынуы. Панариций,
паронихия,*

Орындаған: Балтабаева С.

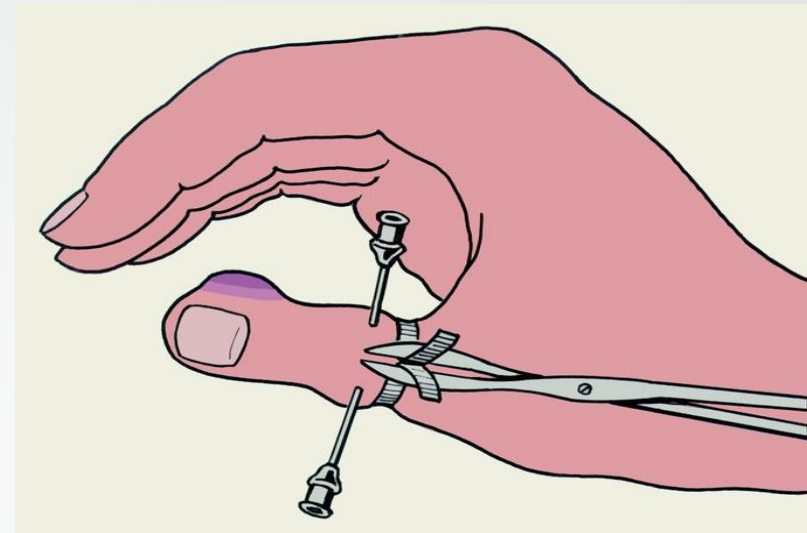
729 ВОП

Тексерген:

Астана 2017 ж

Жоспар

- **Кіріспе**
- **Негізгі бөлім**
- *Тілменің қабынуы*
- *Панариций (күбіртке ауруы) жайлы тусінік*
- *Паронихий жалпы тусінік.*
- **Қорытынды**
- **Қолданылған әдебиеттер тізімі**



- ТІЛМЕ (рожа)
- Тілме бұл бетта — гемолитикалық стрептококкпен шақырылатын, жедел және созылмалы түрлерінде өтетін, клиникасында қызбамен, интоксикациямен және терінің серозды немесе серозды-геморрагиялық ошақты қабынымен көрінетін антропонозды бактериальды инфекция.



Этиологиясы: Қоздырғышы бетагенолитикалық стрептококк. Клиникалық көріністерін туғызатын:

- эритрогенді экзотоксин
- O.S стерептомицин
- бір қатар ферменттер бөледі

Қасиеттері:

факультативті анаэроб
Z түріне өте алады
сыртқы ортада төзімді
бірнеше серологиялық түрлері бар

Эпидемиологиясы: таралымы кең, сырқаттану көбінесе бірен-саран оқиғалар түрінде кездеседі.

Аурудың көздері:

әр түрлі стрептококкты аурулармен (ангина, скарлатина, пневмония, стрептодерлин т.б.) сырқаттанған адамдар
бактерия тасымалдаушылар (өздері сау)

Тарау жолдары:

экзогенды түрінде – жұғу жарақаттанған тері қабаттары арқылы
эндогенды түрінде – организм өзіндегі стрептококкты ошақтардан тарау

Мерзімділігі- біріншілік түрінде көбінесе жаз-күз айлары, рецидивті түрінде күз-қыс айлары. Тілмемен көбінесе қабылдау мүмкіншілігі жоғары адамдар ауырады. Қабылдау мүмкіншілікті жоғарлататын факторлардың ішінде генетикалық, ұзақ уақыт бойы стероидты препараттарды қабылдау, тамырлардың варикозды кеңеюі, тромбофлебит және басқа созылмалы аурулар, әр түрлі травмалар, салқын тию т.б.

Иммунитет: инфекциядан кейінгі иммунитет қоздырғыштың түрімен байланысқан. Өте тұрақсыз. Сондықтан қайталап ауру жиі кездеседі (рецидивті және қайталанған түрлері).

- Патогенезі: Тілме экзогенді және эндогенды жолмен туады.
- Сырқатты тудыру факторлары:
 - инфекциялық (бактеремия)
 - токсикалық (токсинемия)
 - аллергиялық (БТСЖ)
 - иммунопатологиялық (иммунды жетіспеушілік)
- Тілменің біріншілік және қайталанған түрлері қоздырғыш организмге көбінесе экзогенды түрінде ену себебінен жедел стрептококты инфекция болып өтеді.
- Инфекциялық процесс циклдік түрінде өтеді. Стрептококтар енген орнында (терінің лимфа капиллярларында) көбейіп, эндо және экзотоксин бойы жергіліктік әсерін береді (қабыну), әрі қарай қанға өтіп интоксикацияны тудырады. Интоксикацияның негізгі себебі- токсинемия және сонымен қатар аз уақыт бактеремия да болады.
- Жергілікті қабыну өзгерістерінде баяу өтетін сезімталдықтың жоғарлауы (аллергия) және иммунопатологиялық (ЦИК) реакциялар маңызды роль атқарады.

- Қабынудың түрі: серозды және серозды-геморрагиялық. Тілменің рецидивті түрлері созылмалы ағымының көрінісі.
- Патогенезінің негізгі организмнің макрофагальды жүйесінде стрептококктарды ұзақ персистенциялы (бактериальды немесе Z-түрлерінде)
- аллергиялық өзгерістер
- екіншілік иммунологиялық жетіспеушілік (макрофагтардың және басқа лимфоидты клеткалардың иммунорегуляциясы бұзылу деңгейінде)
- Патанатомиясы. Теріде қабыну ошағы қалыптасу. Қабыну көбінесе ұсақ капиллярлардың маңайында ұсақ клеткалық лейкоцитарлы инфильтрациямен қалыптасатын серозды және серозды геморрагиялық түрлерінде байқалады.

Клиникалық жіктелуі.

I. Жергілікті өзгерістер бойынша:

- 1)эритематозды
- 2)эритематозды-буллезды
- 3)эритематозды-геморрагиялық
- 4)буллезды-геморрагиялық

II. Ауырлығы бойынша:

- 1)жеңіл
- 2)орташа
- 3)ауыр.

III. Өту жиілігі бойынша

- 1)біріншілік түрі
- 2)қайталанған түрі (бірінші ауырғаннан кейін 2 жылдан аса басқа орында қалыптасқан тілме)
- 3)рецидивті:
 - 1)ерте көрінетін(бір жылдың арасында)
 - 2)кеш көрінетін (бір жылдан аса)
 - 3)үнемі рецидивті (бір жылдың ішінде 3-4 қайталанған)

IV. Жергілікті өзгерістердің таралуы бойынша:

- 1)локальды
- 2)таралған
 - а)миграциялық
 - б)метастазды

Клиникасы: Инкубациялық мерзімі бірнеше сағаттан 3-5 тәулікке дейін. Клиникалық көріністері 2 синдромға бөлінеді:

интоксикациялық
жергілікті өзгерістер (тері бетіндегі)

Сырқат көбінесе жедел, интоксикация көріністерімен басталады:

қалтырау
дене қызуы бірнеше сағатта 39-40С жетеді, кейде 5-6 күнге дейін сақталады.
бас ауруы
әлсіздік, селқостық
жүрек айну, құсу жиі байқалады

Бұл кезде регионарлы лимфа түйіндерінде ауырсыну байқалады. 12-48 сағат ішінде жергілікті өзгерістер қалыптасады.

Қабынудың орналасуы:

аяқтарда 55-68%

— бетте 25-30%

— қолдарда 6-10%

Дененің, жыныс ағзаларының қабаттарында өте сирек болады.

Эритематозды түрі. Атына сай қабынған орнында эритема қалыптасады. Шыққан кезде қызарған дақ болып біраз уақытта жойылып типті белгілерімен байқалады:

айқын шектелген гиперемия. Шекарасы оттың жалыны немесе географиялық карта тәрізді болып көрінеді.

инфильтрация

эритема үстіндегі тері тығыздалып тартылған

пальпация кезінде ауырсынады, әсіресе шеттеріне қарай

ісіну эритема шеттерінен кең жайылады, әсіресе тері асты клетчаткасы мол жерлерде (көбінесе ошақ көз, ерін, іштің алдыңғы жағында, жыныс ағзаларында орналасқанда)

терінің жедел қабынуы ісінуімен қатар лимфа айнасының бұзылуымен байланысты лимфостаз қалыптасады.

аурулардың көбінде регионарлы лимфаденит байқалады.

тілменің эритематозды түрі өз бетімен және басқа түрлерінің бастапқы өзгерісі болып өтуіне тиісті.

Эритематозды-буллезды түрі эритеманың үстінен (бірнеше сағаттан 2-5 тәуліктің ішінде), пайда болатын көпіршіктермен өтеді. Көпіршіктер:

әр түрлі көлемде болады

іші түссіз сұйықтыққа толы болады

Сұйықтықтың пайда болу себебі қабыну ошағында эксудация жоғарлауы, эпидернис дермадан бөлініп арасына эксудат толуы. Көпіршіктер кейіннен өздері жарысып эрозиеларды қалыптастырады немесе біртіндеп тарап кетеді.

Эритематозды-геморрагиялық түрінде эритема ішінде қан құйылу себебінен әр түрлі көлемдегі геморрагиялармен өтеді.

Буллезды-геморрагиялық түрі эритематозды-геморрагиялық немесе эритематозды-буллезды түрлерімен қалыптасады. Тілменің бұл түрінде көпіршіктердің іші фибрин қоспалары бар қоңыр сұйықтықпен толады. Көбінесе бойы жарылып орнында эрозиелар, терінің некрозы қалыптасады.

Сырқаттың ауырлығы тілменің түріне, интоксикация және жергілікті өзгерістердің деңгейіне байланысты болады.

Интоксикация синдромы 4-5 күнге дейін созылады, ол қабыну өзгерістердің қайтуы 5-7 күннен 10-15 күнге дейін созылады.

Рецидивтер біріншілік тілменен ауырғандар ішінде 4-5% кезінде, ал созылмалы рецидивті өтімде 40-60% ауруларда болады.

Тілме кезінде қанның жалпы анализінде нейтрофильді лейкоцитоз, таяқшалардың көбеюі, ЭТЖ жоғарлауы байқалады.

инфекциялық-токсикалық шок

- сепсис

- тромбоэмболия

- Жергілікті асқынулары:

- абсцесс

- флегиона

- флебит, тромбофлебит

- Диагностикасы

- айқын клиникалық көріністер (интоксикациялық белгілер мен тері қабынуы)

- эпидемиологиялық мәліметтер

- Диагнозды ешқандай арнайы лабораторлы тексерусіз қоя беруге болады

- Салыстырмалы диагнозы:

- абсцесс

- флегиона

- экзе....

- дерматит

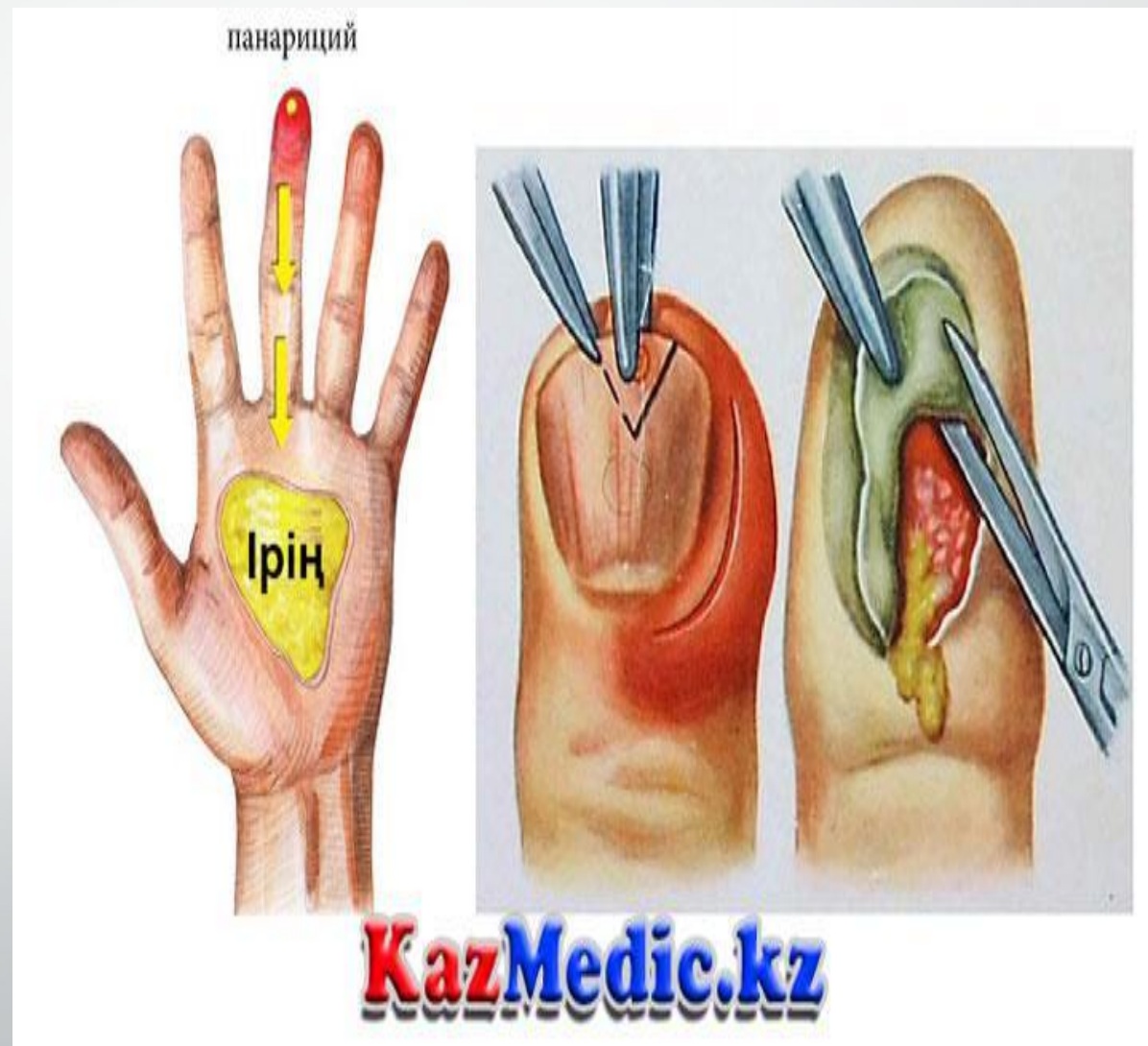
- эризипиелоид

- ...

- Ем комплексы және жекеленген болу керек. Комплексті емнің ішіне антибиотикотерапия, глюкокортикостероидтар, бейспецификалық тимулдеуші препараттар, физиотерапия кіреді.
- Этиотропты ем:
- пенициллин
- Пенициллин 1,3-3,0 млн.Б жеңіл формада, ауыр жағдайда 8,0 млн Б .Оны бұлшықетке 3-4 сағат сайын 7-10 күн бойы енгізеді. Ем аяқталған соң рецидив профилактикасы ретінде бициллин беріледі. Жиі рецидив кезінде жартылай синтетикалық пенициллиндер беріледі (оксациллин, метициллин, амоксициллин 8-10 күн)
- линкомицин
- цефалоспирин қатарының препараттары 7-10 күн.
- Патогенетикалық ем-дезинтоксикация, қабынуға қарсы, десенсибилизивті препараттармен жүргізіледі.
- иммуномодуляциялық препараттар
- клиникалық және иммунологиялық көрсеткіштері бойынша жүргізіледі
- аутогемотерапия, донорлық иммуноглобулиндер
- витаминотерапия В топтағы
- Диспансеризация:
 - біріншілік тілме кезінде – 3 ай
 - рецидивті ағымда, соңғы рецидивтен 2 жыл бойы жүргізіледі

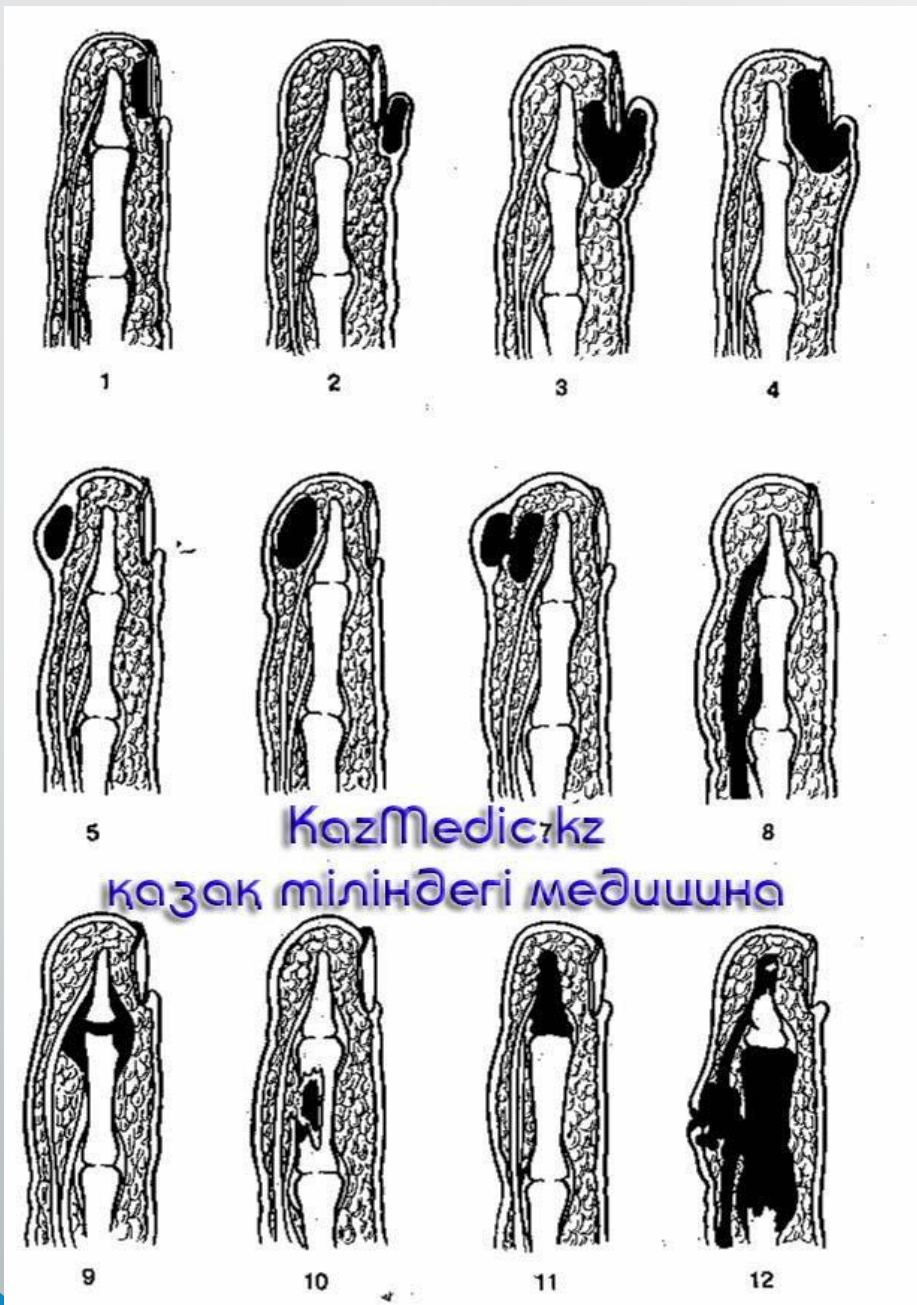
Панариций (күбіртке ауруы)

- Саусақ тіндерінің қабынулары **панариций** немесе **қазақша күбіртке** деп аталады. Қабынуды көбінесе стафилококктар 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





- *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*

KazMedic.kz

қазақ тіліндегі медицина

- *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.*



- 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.

- 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 панарицийі орын алады.
- Емі – асептика заңын сақтай отырып, іріңдікті тіліп ашып, көтерілген эпидермисті кесіп, алып тастап, антисептиктермен жуып, асептикалық таңу салынады. Лимфангиитпен асқынған жағдайда антибиотик, физиотерапия тағайындап, қолдың қимылын шектеу қажет. Операциядан кейін кол ауырмаса, жарадағы таңғышты 3-5- күнде бір ауыстырады. Саусақ сыртында панарицийі сирек кездеседі, болған күнде де науқасты аса мазаламайды, тері жұқа болғандықтан іріңдік өзі жарылады.

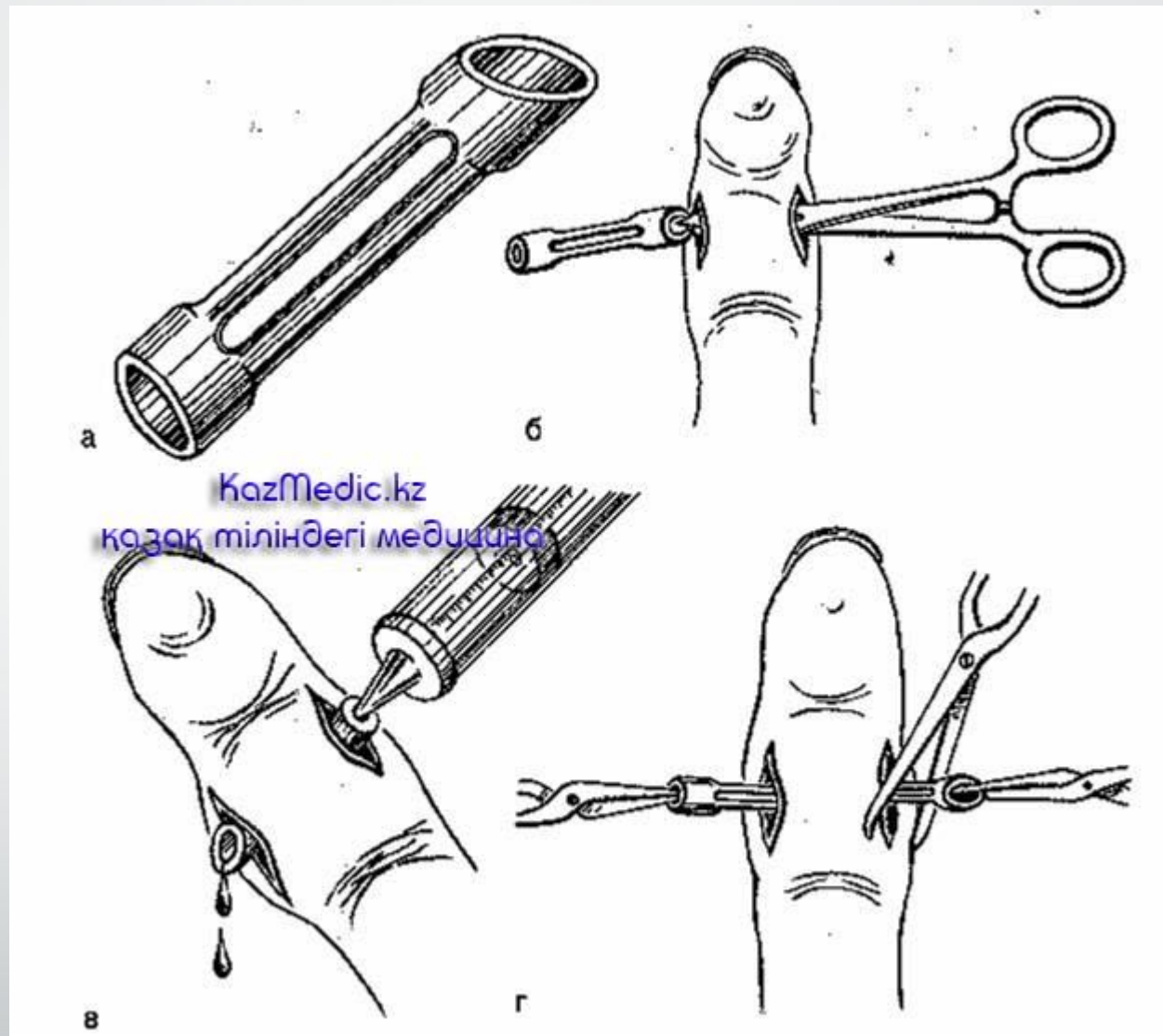
- Тері асты панарицийі
- Қол іріңдіктерінің арасында бірінші орын алады. 80 – 90% науқастарда, оң қолдың 1-3-саусақтарының дисталды фалангаларының алақан бетінде дамиды. Әйел адамдарда жиі кездеседі. Алақан терісі, тері асты майының ерекшеліктеріне байланысты, (терісі қатты, қалың, тері асты май қабаты 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. 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.
- Саусақ фалангасының теріасты панарицийін доғалдап немесе саусақ бойымен тіліп ашып, іріңін шығарып, өліеттерден тазартады, дренаждайды. Ортанғы және проксималды фаланганың теріасты панарицийін Клапп тәсілімен, фаланганың алдыңғы бүйірінен ұзынынан параллельді тіліктермен тіліп ашады, дренаждайды.

Қабырғалары жырылған
дренаж.

а-дренаждың жалпы көрінісі;
б-жара арқылы дренажды
өткізу;

в-жараны дренаж арқылы жуу;
г-дренажды алу тәсілі.



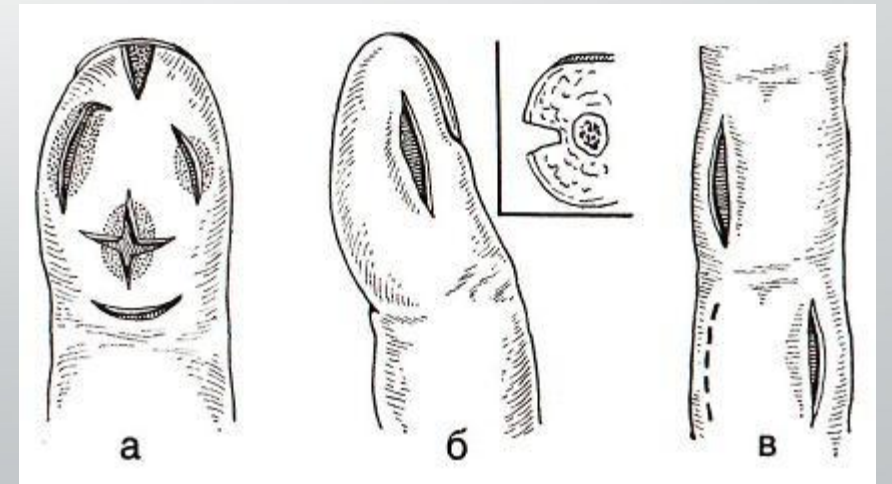
- Ақырғы жылдарда іріңдіктерді тіліп ашып, мұқият некрэктомия жасалғаннан кейін, жараны антисептиктермен жуып, жара қуысына, айналасындағы тіндерге антибиотиктер енгізіп, тігіс салу қолданылуда. Операциядан кейін жара аймағына антибиотиктер ерітінділері 2 -3 күн қатарынан инъекцияланады. 3-4 күннен бастап жергілікті физиотерапия қолданады (ультракүлгін, лазер сәулелері, ультрадыбыс, т.б.). 7-9 күндері жараның жіптері алынады. Науқастың дене қызуы көтерілсе, қосымша бұлшықетке антибиотиктер салынады. Теріасты панарицийін осы тәсілмен емдеуде 80-90% науқастардың жаралары жақсы жазылады.
- 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

- Сүйек панарицийі
- Біріншілік сүйек панарицийінде өте қатты ауырсыну саусақ фалангаларының ішінен басталады, науқас қолын қоярға жер таба алмай, үнемі көтеріп ұстауға мәжбүр болады, саусақ тіндері кернеліп қатаяды, 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 алақан сүйек-бунақ буындарының ірінді қабынуы.
- Көбінесе буындық күбіртке, саусақ буындарының ашық жараларында инфекция тікелей түскенде дамиды. Инфекция қол ұшының буындарына айналасындағы қабынған тіндерден, панарицийдің басқа асқынған түрлерінде таралуы мүмкін.
- Клиникалық көрінісі: қабынған буында саусақ бүгіліп, ұршық тәріздес ісініп, буын қатпарлары тегістеледі. 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, физиоом тағайындалады, буынға пункция жасайды. Серозды сұйықтық алынса, буын қуысына антибиотиктерді енгізеді. Аталған шаралар нәтижесіз болса, буынға қайталап пункция жасалады, ірінді экссудат анықталса, буынды тіліп ашып, антисептиктермен жуып, тексеру жүргізгенде сүйек беттері деструкцияға ұшырамаса, буын қуысы дренаждалады, деструкция болса, буынға резекция жасалады.

Панарицийді ашып өңдеу

- Тері панарицийі
- Қол саусақтарының қабынуының жеңіл түрі, тері ішінде орналасады, көтерілген эпидермис астында серозды, іріңді немесе геморрагиялық экссудат көзге көрініп, айналасындағы тері қызарады.
- **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

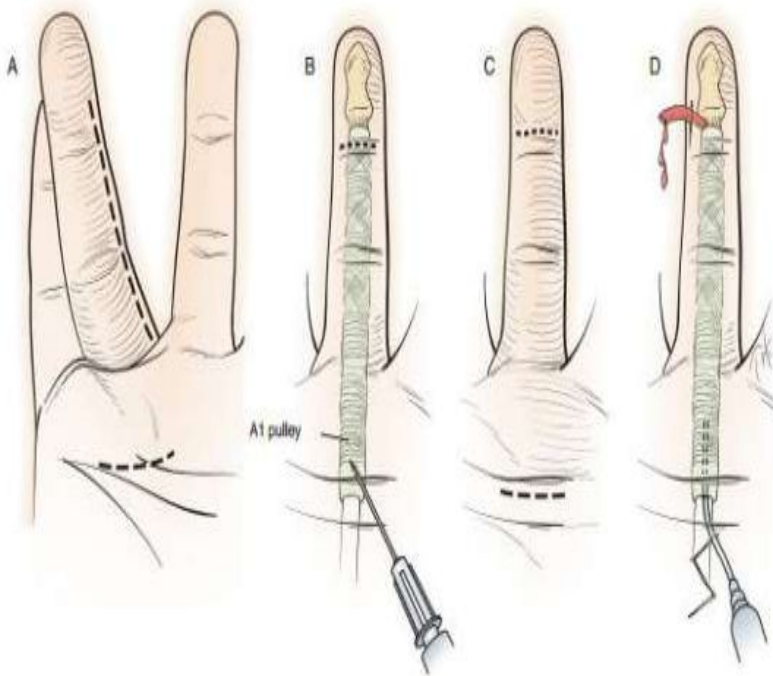
- **Емі.** Қабынудың ұйыма кезеңінде антибактериалды ем, физиотерапия (ультракүлгін, лазер, рентген сәулелері), иммобилизация, энзимотерапия тағайындалады. Іріңді кезеңінде, саусақтың солқылдап қатты ауруы, ауқымды қызаруы, ісінуі, лимфа бездерінің шошынуы, дене қызуының көтерілуі, лейкоцитарлық формуланың 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.
- Саусақ фалангасының теріасты панарицийін доғалдап немесе саусақ бойымен тіліп ашып, іріңін шығарып, өліеттерден тазартады, дренаждайды. Ортанғы және проксималды фаланганың теріасты панарицийін Клапп тәсілімен, фаланганың алдыңғы бүйірінен ұзынынан параллелді тіліктермен тіліп ашады, дренаждайды.



Дренаживание глубокого панариция

Схема разрезов
при панарициях

Сухожильный панариций



А, Откройте дренажные разрезы через мидаксиальный подход. В, Оболочка дренируется с дистального открытия оболочки и проксимального шприцем. С, Разрезы для периодической ирригации. D, Закрытая техника дренажа сухожильного влагалища



Подногтевой панариций

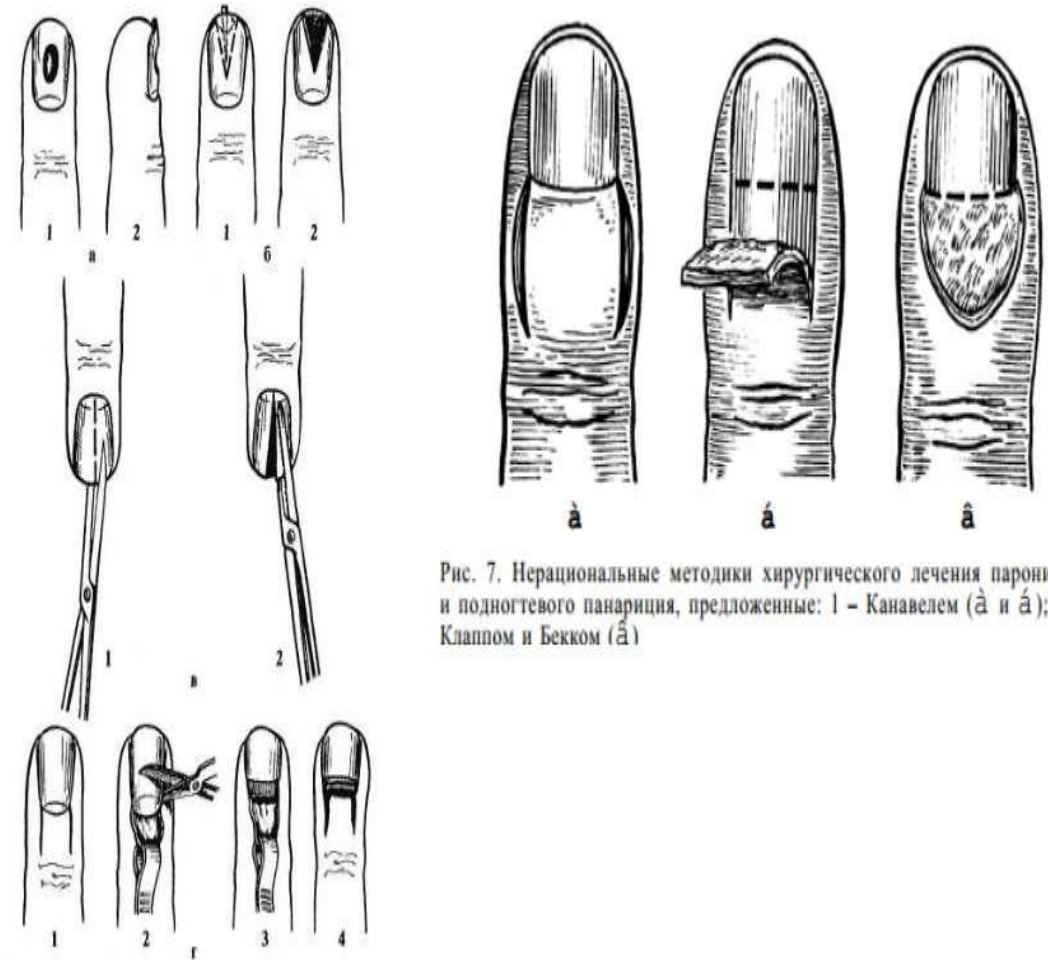
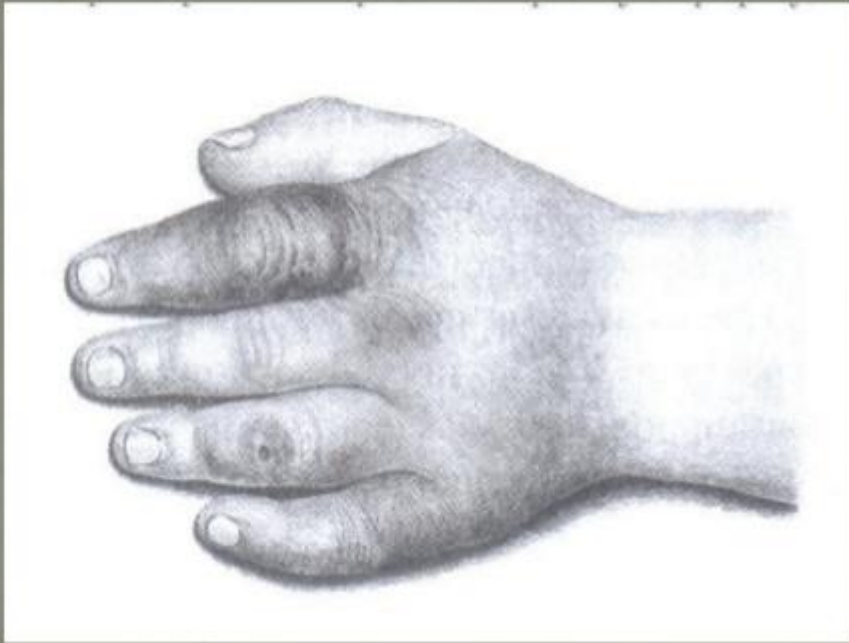


Рис. 7. Нерациональные методики хирургического лечения паронихии и подногтевого панариция, предложенные: 1 – Канавелем (а̇ и ӓ); 2 – Клаппом и Бекком (ӓ)

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 Канавеля при тотальном поражении ногтевого валика: 1 – разрезы кожи, 2,3 – иссечение основания ногтя и валика, 4 – окончательный вид ногтя после операции

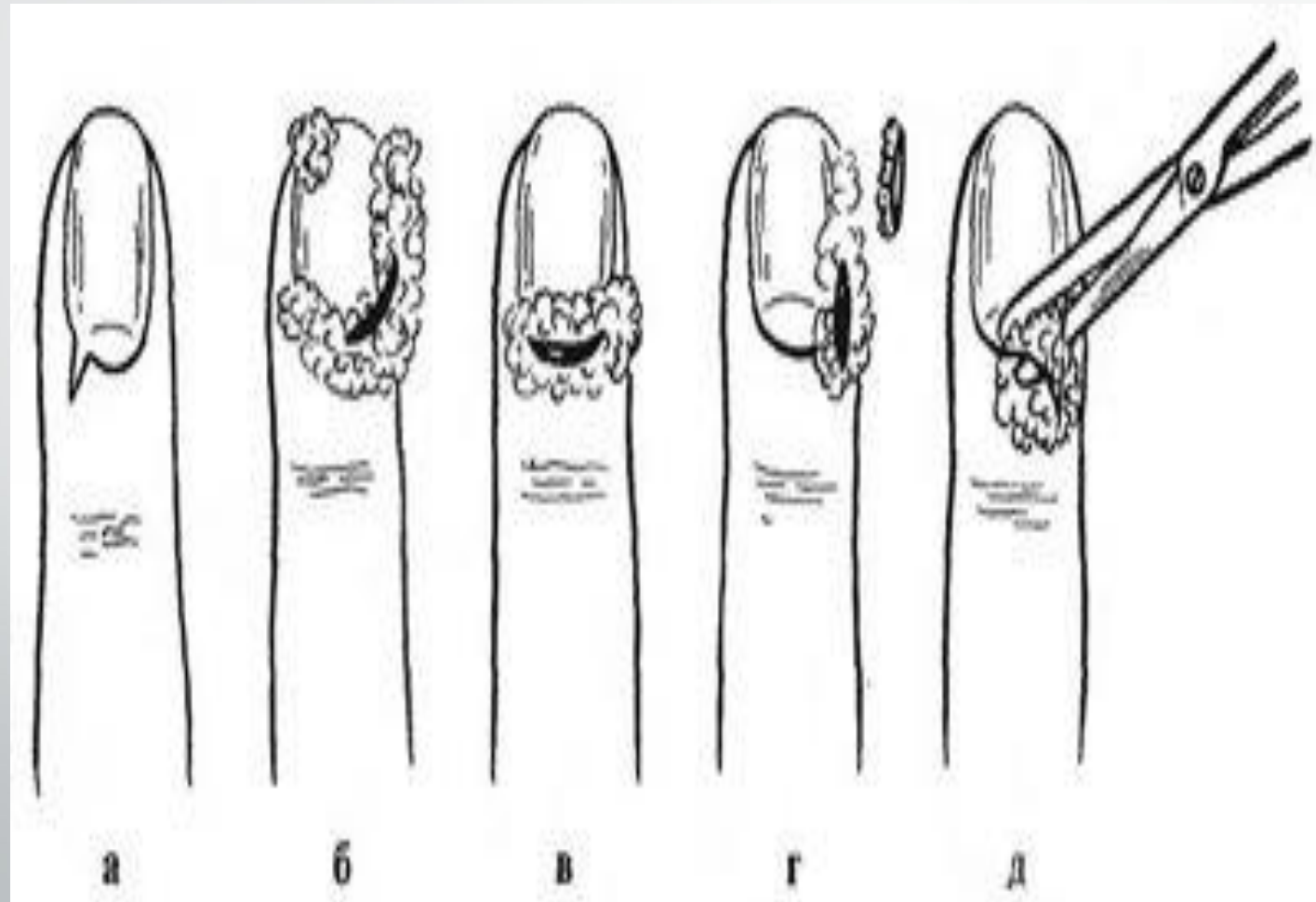
Сүйек панарицийі , буын панарицийі, буындық күбіртке — бұл бунақаралық және алақан сүйек-бунақ буындарының іріңді қабынуы.

Суставной панариций



- **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.

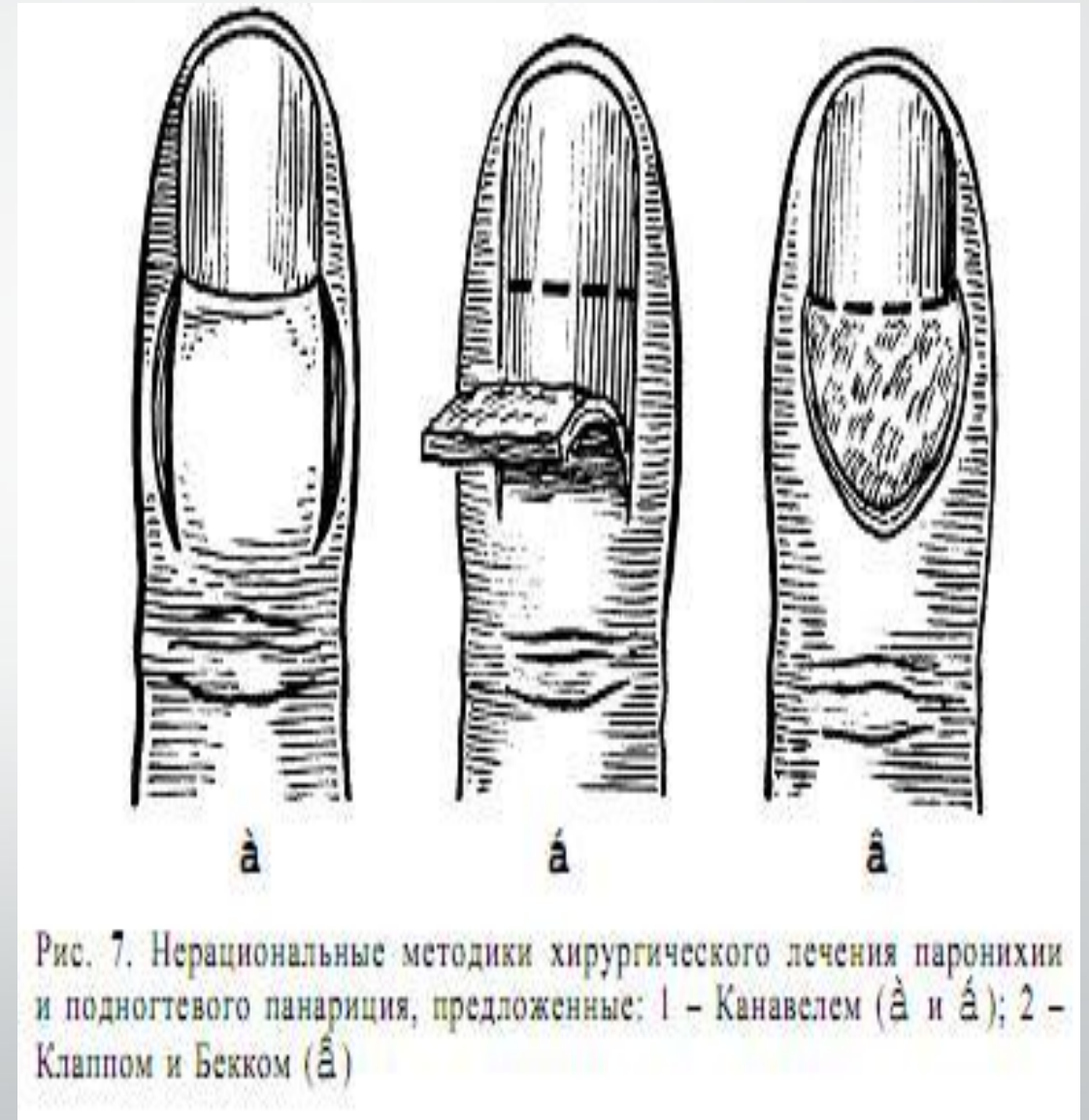
Паронихия- саусақтағы тырнақ валиктерінің қабынуы.



- **Паронихийді ашып тазарту:** 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.
- Саусақ фалангасының панорихийін доғалдап немесе саусақ бойымен тіліп ашып, іріңін шығарып, өліеттерден тазартады, дренаждайды. Ортанғы және проксималды фаланганың теріасты панарицийін Клапп тәсілімен, фаланганың алдыңғы бүйірінен ұзынынан паралелді тіліктермен тіліп ашады, дренаждайды.



- Ақырғы жылдарда іріндіктерді тіліп ашып, мұқият некрэктомия жасалғаннан кейін, жараны антисептиктермен жуып, жара қуысына, айналасындағы тіндерге антибиотиктер енгізіп, тігіс салу қолданылуда. Операциядан кейін жара аймағына антибиотиктер ерітінділері 2 -3 күн қатарынан инъекцияланады. 3-4 күннен бастап жергілікті физиотерапия қолданады (ультракүлгін, лазер сәулелері, ультрадыбыс, т.б.). 7-9 күндері жараның жіптері алынады. Науқастың дене қызуы көтерілсе, қосымша бұлшықетке антибиотиктер салынады. Паронихиді осы тәсілмен емдеуде 80-90% науқастардың жаралары жақсы жазылады.



Қорытынды

- Микробтардың организмге енуі жалпы және жергілікті реакциялармен қатар жүреді. Микроорганизм организмге енген жерінде қан айналысының бұзылуымен көрінетін жергілікті өзгерістер туғызады: бастапқыда артериялық гиперемия, кейін көктамыр іркілісі (стазы), домбығу, ауырсыну сезімі, жергілікті қызу көтерілуі пайда болып, ағзаның қызметі бұзылады. **Жергілікті ем.** Бұл қабыну процестеріне орналасқан жерінде әсер ету мақсатында жүргізілетін шаралар кешені. Бұл шаралар кешені мынаны қамтамасыз ету керек:
- Қабыну процестерінің белсенділігін бәсеңдетіп, оның аумағын шектеуді;
- Ауырсынуды тоқтатуды немесе оны біраз азайтуды;
- Жалпы уланудың алдын алу немесе оны азайту үшін ірің ошағынан іріңнің еркін ағуын;
- Патологиялық процесс кезінде бұзылған тіндерді қалпына келуіне жағдай жасау.
- Емдеуді қоздырғыштың түрін, қабыну процесінің фазасы мен орналасқан жерін ескере отырып жүргізу керек. Емдеу консервативтік әдістермен немесе хирургиялық (операция) әдістермен де жүргізілуі мүмкін.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

- 1 Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник. + CD. -4е изд. Перераб. и доп. – М., 2006. -832 с.
- 2. Петров С.В. Общая хирургия: учебник. + CD. 3-е изд. – М., 2007. -768 с.
- 3. Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И: Кузин.-3-е изд., перераб. и доп. – М., 2005.
- 4. Хирургические болезни. Учебник в 2-х томах-CD ROM/ Под ред. Савельева В.С., Кирненко А.И. – М, ГЭОТАР-медиа 2006. Т1-608 с, Т2-400 с.
- 5. Госпитальная хирургия (руководство для врачей интернов)/ Под ред. Биссикова Л.Н., Трофимова В.М. – СПб: Лань, 2003.-896 с.