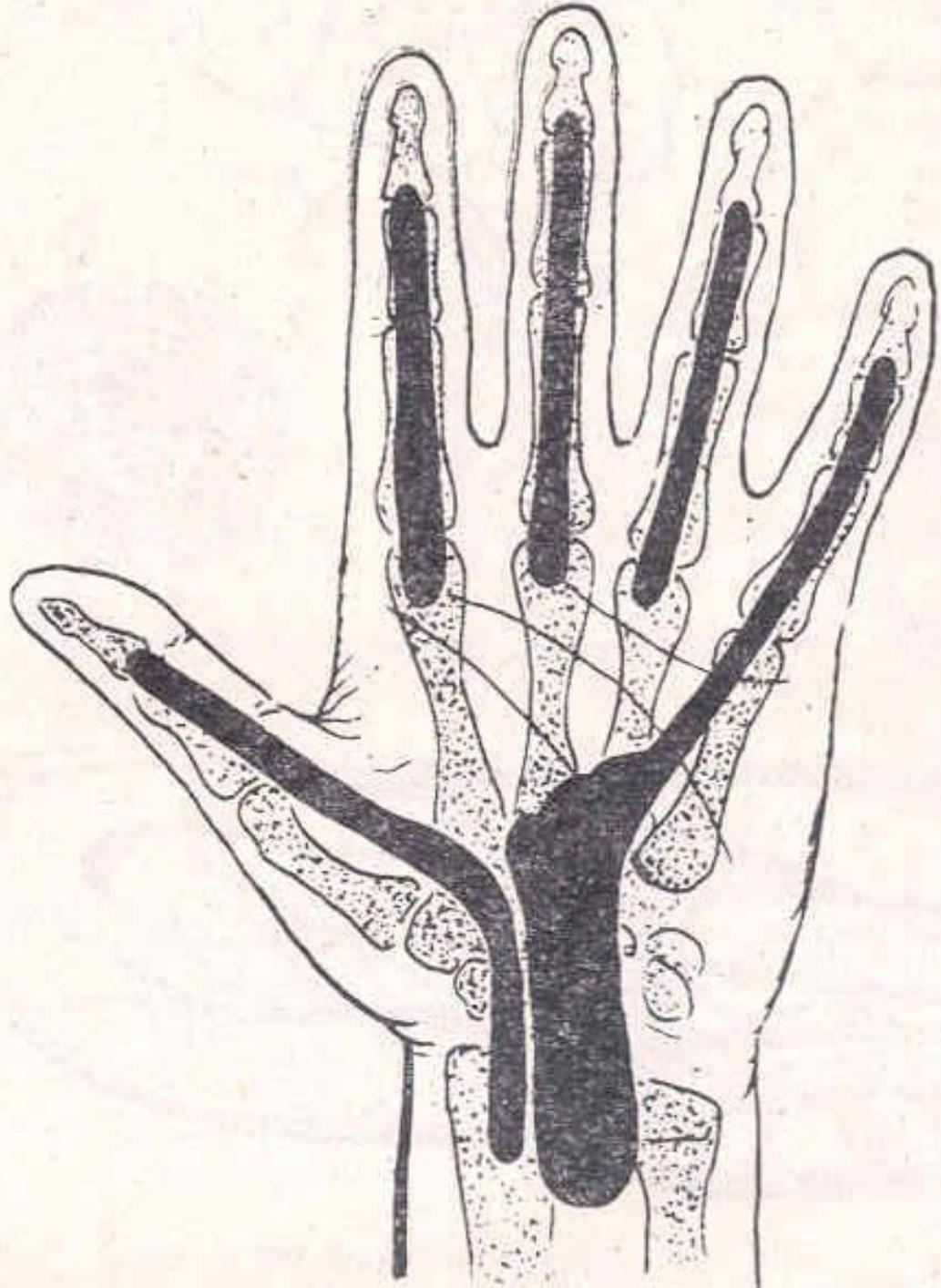


**ГНОЙНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ
КОСТЕЙ, КИСТИ**

**КАФЕДРА ОБЩЕЙ
ХИРУРГИИ**

Панариций

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
заболевания
анатомических структур
пальца кисти



Причины панарициев

Недостаточная профилактика микротравм

Инфицирование

Поздняя обращаемость

Влияние профессии

Работа, связанная с техникой, хозяйственная

Разделка рыбы, мяса

Медицинские работники (хирурги, гинекологи, патологоанатомы)

Факторы:

воздействие

Горючесмазочных средств

Технических жидкостей

Влаги, низкой и высокой температуры

Вибрации

Нарушают микроциркуляцию, трофику,
местные факторы защиты

Снижение иммунологической системы

Истощение

Авитаминоз

Диабет

Переутомление и т.д.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Поверхностные формы панариция:

1. Кожный панариций
2. Паронихия
3. Подногтевой панариций
4. Подкожный панариций
5. Фурункул (карбункул) тыла пальца

ПРОДОЛЖЕНИЕ

Глубокие формы панариция:

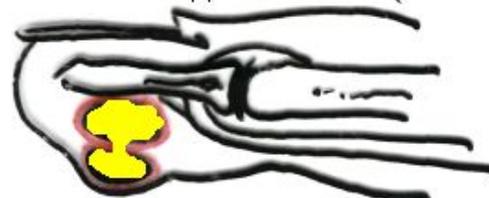
1. Костный панариций
 - а) острый
 - б) хронический (свищевая форма)
2. Сухожильный панариций
3. Суставной панариций
4. Костно-суставной панариций
5. Пандактилит

Виды панарициев

Кожный панариций



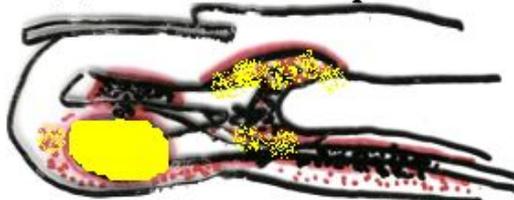
Кожно-подкожный («запонка»)



Паронихия с прорывом под ноготь



Подкожный панариций



Осложненный (глубокий) панариций 10% случаев
костный, суставной, сухожильный, пандактилит

Клиника

Боль

Отечность, больше выраженная на тыле

Гиперемия

Повышение температуры

Нарушение функции

Диагностика

Жалобы

Анамнез

Профессия

Сравнительный осмотр

Пальпация с помощью зонда

Рентгенография

Дифференциально-диагностические признаки стадии панарициев

Признаки	Отечная, инфильтративная стадия	Гнойно-некротическая стадия
Время с момента заболевания	1-2 дня	Более 2-3 дней
Боль	Ноющая, чувство распирания	Пульсирующая, лишает сна
Припухлость	Разлитая	Ограниченная
Гиперемия	Равномерная	В центре бледнее, по периферии более яркая
Вены	Не изменены	Расширены на тыле пальца, кисти
Диафаноскопия (осмотр в проходящем свете)	Снижена прозрачность тканей	Локально выраженное снижение прозрачности

Дифференциально-диагностические признаки стадии панарициев

Нарушение функции	В области очага	Всего пальца и даже кисти
Болезненность при исследовании зондом	Разлитая	Локальная в эпицентре очага
Регионарные лимфоузлы	Не изменены	Могут быть увеличены и болезненны
Изменения в периферической крови	Отсутствуют	Лейкоцитоз и сдвиг влево (непостоянно)
Температура	Субфебрильная	Может быть высокая
Данные рентгенографии. Использовать «мягкотканую» а не обычную рентгенографию или электрорентгенографию – аппарат типа «ЭРГА»	Изменений нет	Снижение дифференциации мягких тканей в области очага некроза

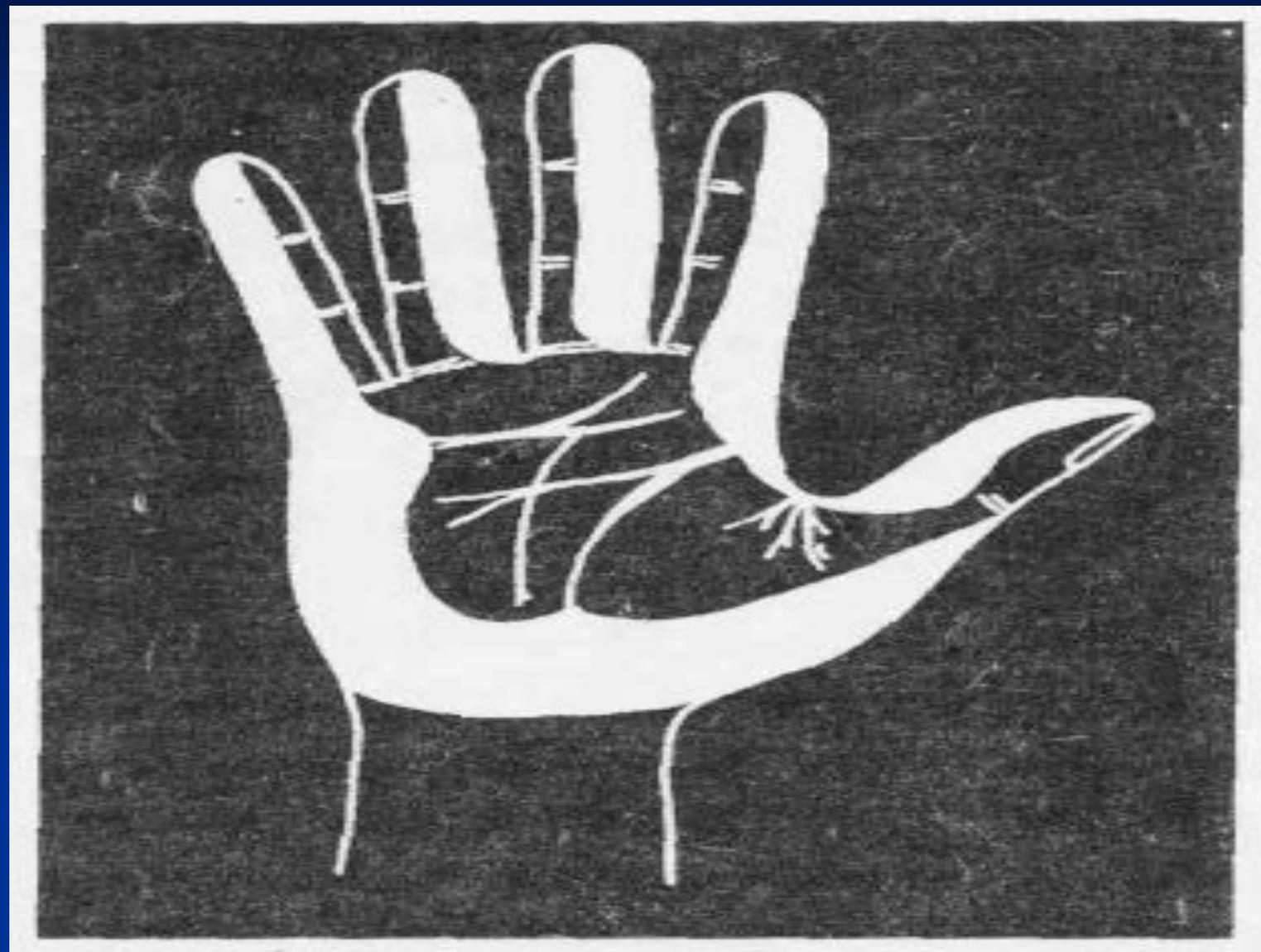
ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНАРИЦИИ

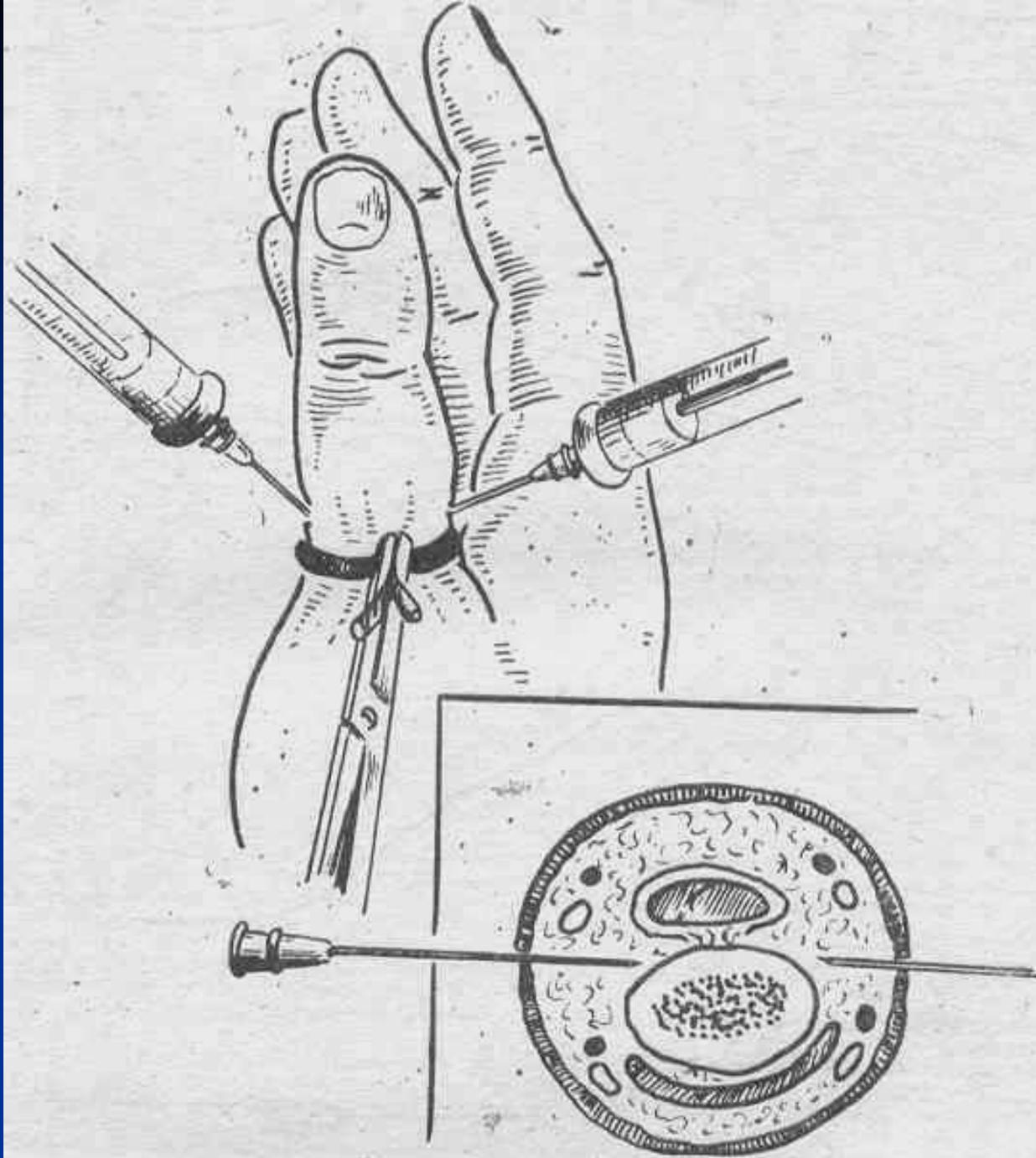
- Разрез должен обеспечивать полноценную ревизию и санацию гнойного очага и в то же время быть щадящим, позволяющим получить в конечном итоге хороший функциональный и косметический результат.
- После эвакуации гноя необходимо выполнить полноценную некрэктомию, ориентируясь на цвет и структуру тканей и появление капиллярного кровотечения из макроскопически неизменных тканей. Хирургическая обработка гнойного очага должна производиться с учетом расположенных рядом важных анатомических образований, чтобы избежать их повреждения.
- Для более радикального удаления гнойно-некротического очага во время операции рационально вакуумирование раны, обработка ее ультразвуком низкой частоты, пульсирующей струей антисептика, расфокусированным лучом лазера и др.

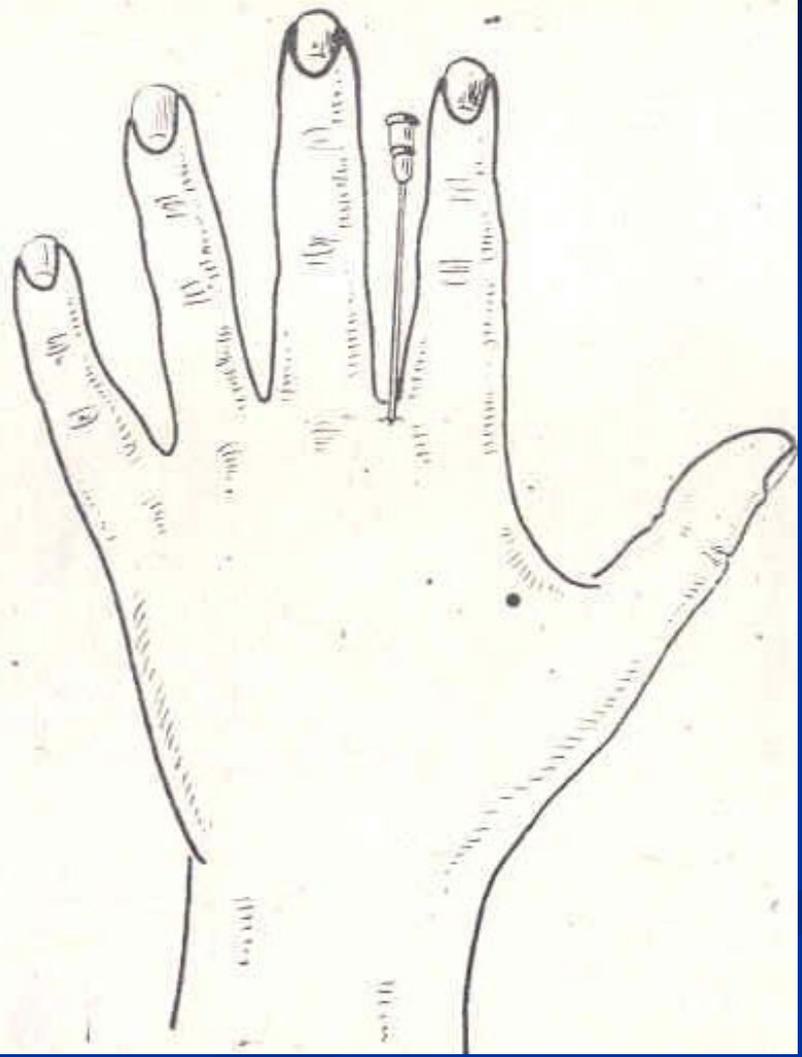
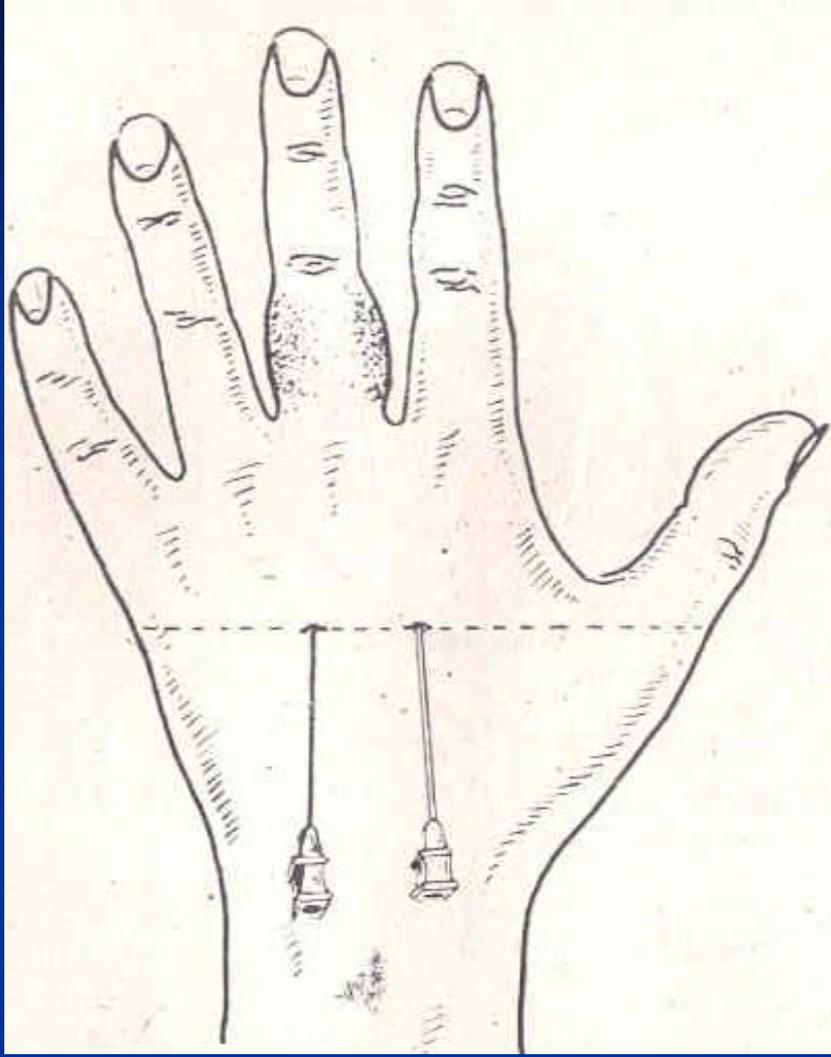
ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНАРИЦИИ

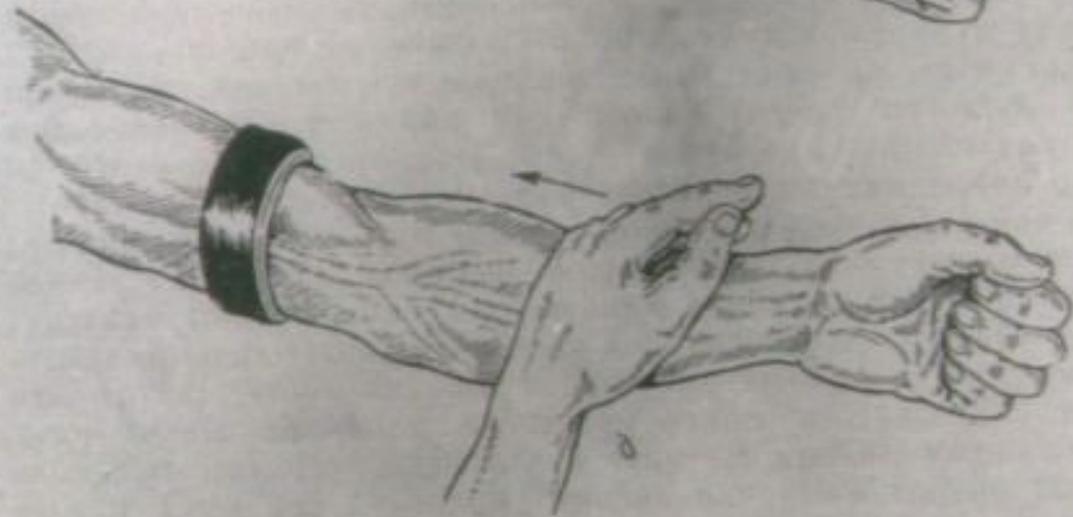
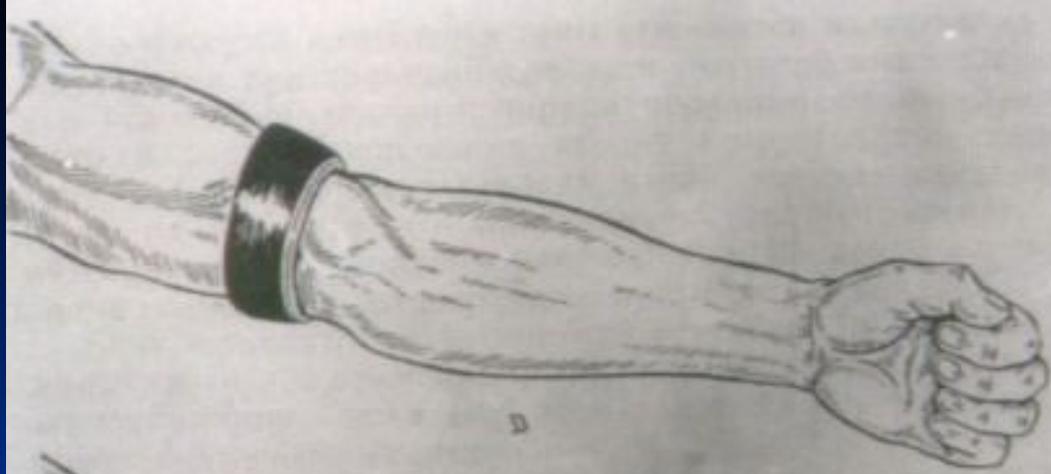
- Гнойную рану после тщательной хирургической обработки необходимо дренировать. С этой целью на дно полости укладывается одна или несколько перфорированных полихлорвиниловых трубочек различного диаметра (в зависимости от размеров и конфигурации полости). Свободные концы дренажей выводятся через дополнительные проколы кожи наружу.
- После проведенной полноценной хирургической обработки гнойника, при отсутствии выраженного перифокального воспаления окружающих тканей, подвижности краев раны и ее активном дренировании, на рану могут быть наложены первичные швы.
- Иммобилизация конечности.

Схема J.T. Metzger (1955)









Панариции



Кожный



Подкожный



Костно-суставной

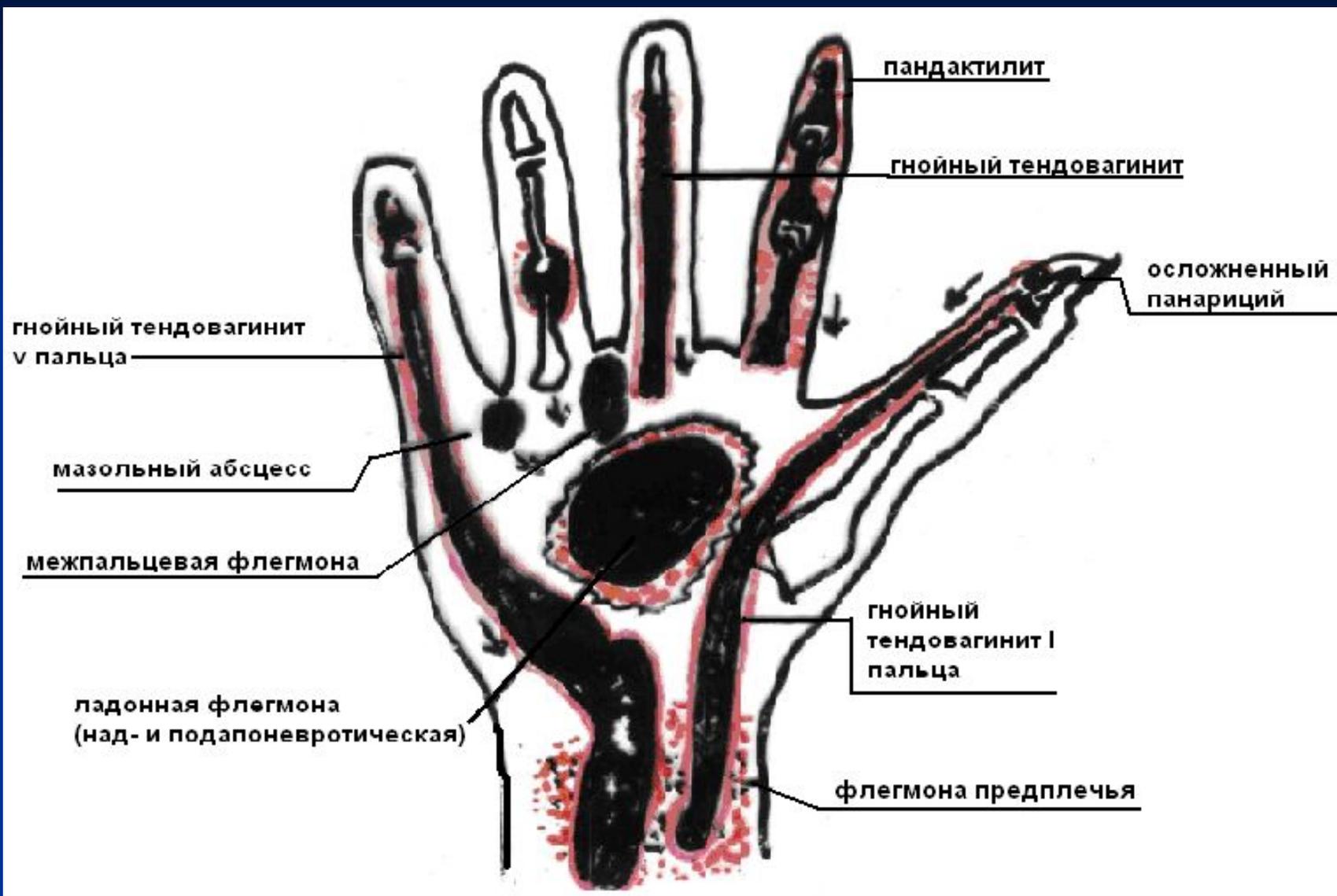


Пандактилит

КЛАССИФИКАЦИЯ ФЛЕГМОН КИСТИ

1. Межпальцевая (комиссуральная) флегмона.
2. Флегмона области тенара.
3. Флегмона области гипотенара.
4. Надапоневротическая флегмона срединного ладонного пространства.
5. Подапоневротическая флегмона срединного ладонного пространства:
 - а) поверхностная,
 - б) глубокая.
6. Флегмона тыла кисти.
7. Перекрестная (U-образная) флегмона кисти с поражением пространства Пирогова-Парона.
8. Сочетанные флегмоны кисти.

Источники флегмон кисти



История вопроса

1831г. – Рейно ввёл термин «Остеомиелит» при открытой травме костей.

1834г. – Нелатон ввёл понятие «Гематогенный остеомиелит» при отсутствии явной причины (входных ворот).

1853г. – Шоссиньяк дал классическое клиническое описание остеомиелита.

1880г. – Луи Пастер выделил возбудителя из остеогенных гнойных свищей, назвав его стафилококк!

1895г. – открытие рентгеновых лучей и внедрение в медицинскую практику (Нобелевская премия 1901г.).

Остеомиелит

(osteomyelitis) -
неспецифическое гнойное
заболевание, представляющее
собой воспаление костного
мозга с вовлечением в гнойный
процесс кости.

Классификация остеомиелита

(конференция по стандартам гнойной хирургии,
Москва 2001г.)

1. По этиологии:

- неспецифический;
- специфический.

2. По путям проникновения:

- гематогенный (эндогенный);
- посттравматический (экзогенный):
травматический, огнестрельный,
послеоперационный, контактный.

продолжение

3. Локализация процесса и морфологическая формы

3.1 Остеомиелит трубчатых костей (эпифизарный, метафизарный, диафизарный, тотальный).

3.2 Остеомиелит плоских костей (тазовые кости, позвоночник, лопатки, череп).

3.3 Морфологические формы.

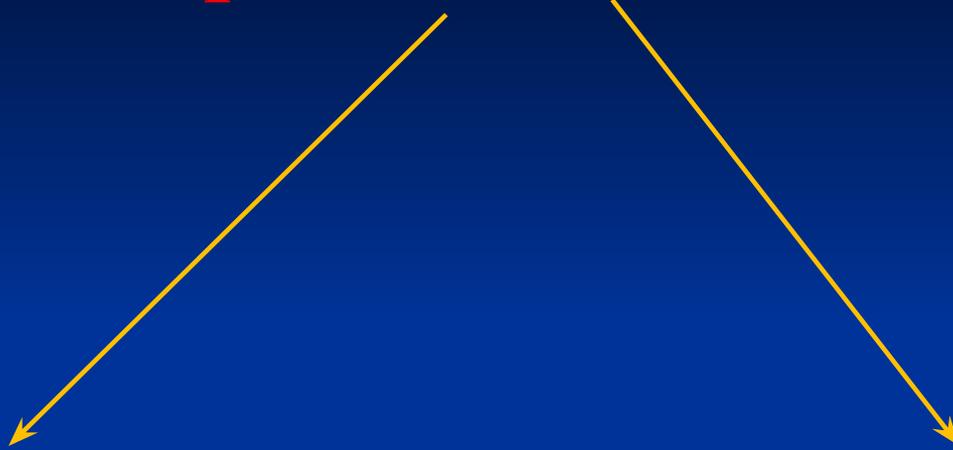
3.3.1 Диффузная

3.3.2 Очаговая

3.3.3 Диффузно- очаговая.

продолжение

4. По времени возникновения



Первичный;

Вторичный;

продолжение

5. По клиническому течению:

Гематогенный:

- острый (токсическая (молниеносная) септикопиемическая, местная форма).
- хронический (резидуальный):
 - первично-хронический:
 - а) абсцесс Броди (1928г.),
 - б) альбуминозный о. Оллье (1864г.),
 - в) склерозирующий о. Гарре (1893г.);
 - вторично-хронический
- атипичные формы: антибиотический, послетифозный, фиброзный, опухолевидный.

Негематогенный: острый;
хронический.

продолжение

6. Стадии и фазы гематогенного остеомиелита

- Острая стадия.
 - Интрамедулярная фаза.
 - Экстрамедулярная фаза.
- Подострая стадия.
 - Фаза выздоровления.
 - Фаза продолжающегося процесса.
- Хроническая стадия.
 - Фаза обострения.
 - Фаза ремиссии.
 - Фаза выздоровления.

продолжение

7. По внешним проявлениям

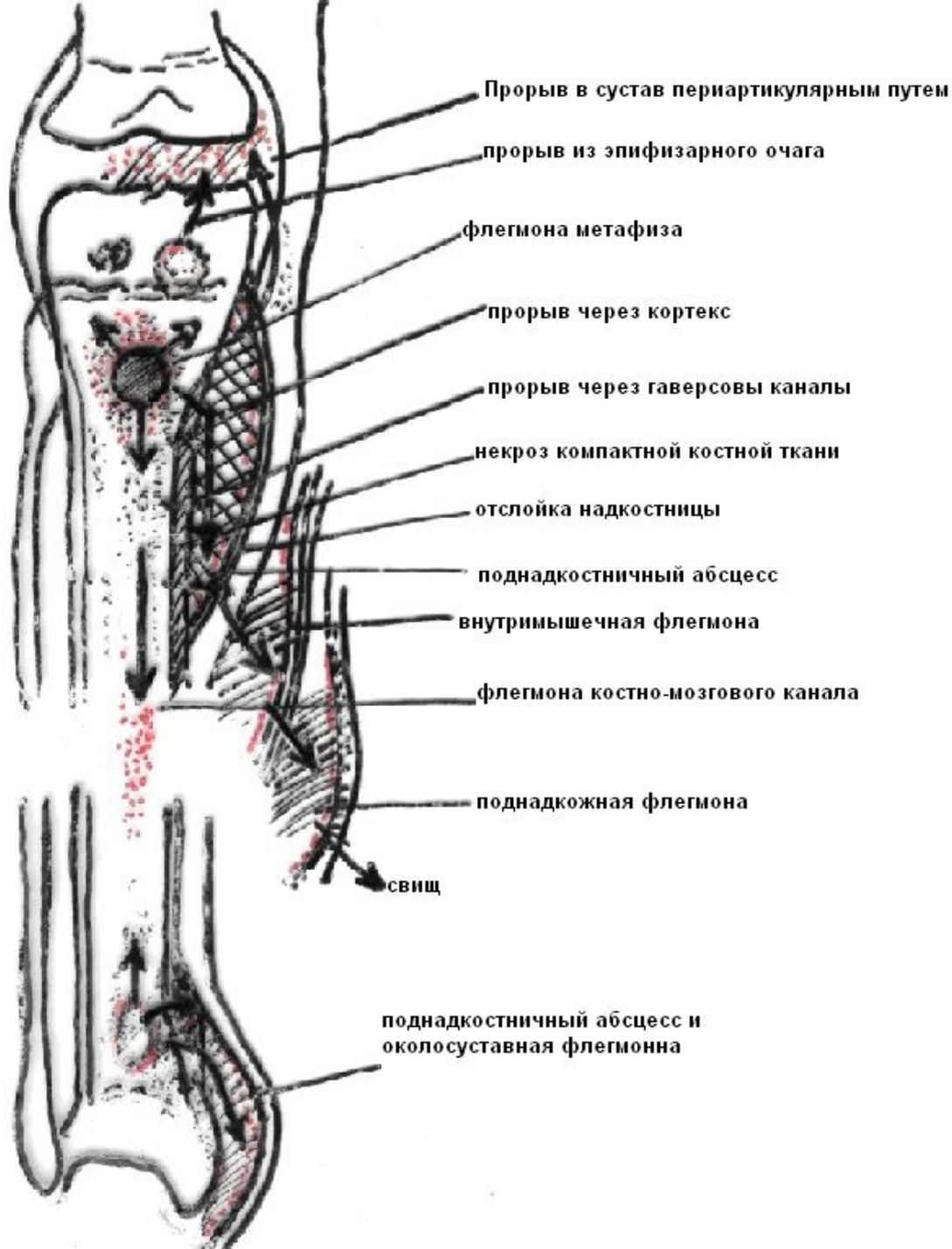
- свищевая форма;
- без свищей;
- с периодическими обострениями;
- с образованием дефектов мягких тканей;

продолжение

8. Осложнения

- **Местные:** – патологический вывих, патологический перелом, ложный сустав, нарушение роста кости, анкилоз, контрактура, деформация конечности, аррозивное кровотечение.
- **Общие:** преамилоидоз, амилоидоз, деструктивная пневмония, перикардит.

Патогенез острого гематогенного остеомиелита



Предпосылки для возникновения острого гематогенного остеомиелита

- а) анатомо-физиологические особенности кровоснабжения длинных трубчатых костей у детей;
- б) биологические и иммунологические особенности детского организма;
- в) склонность к заболеванию.

Теории

- **Эмболическая теория** (А.А.Бобров, 1889г.; Э. Лексер, 1894г.).
- **Аллергическая теория** (С.М.Дерижанов, 1937).
- **Нервно-рефлекторная теория** (Н.А.Еланский).
- **Первично-хронические (атипичные) формы остеомиелита развиваются в основном в результате действия резко ослабленной микрофлоры при сохранившейся достаточной сопротивляемости организма.**

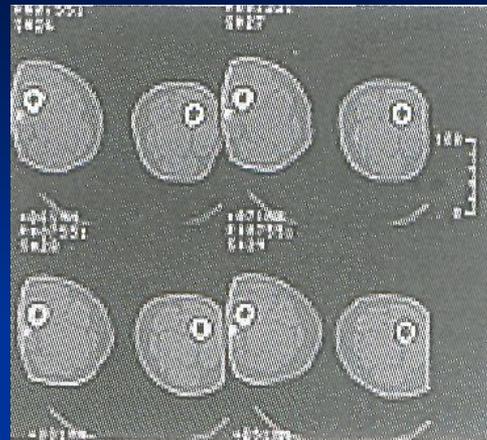
Диагностика

- Лабораторные анализы: ОАК, биохимия крови
- Рентгеновские исследования
- Тепловидение
- Реовазография
- Внутрикостную реография
- Артериальную осциллография
- УЗИ
- КТ
- Диагностическая и лечебная пункция
- Изотопная сцинтиграфия костей

Рентген-диагностика остеомиелита

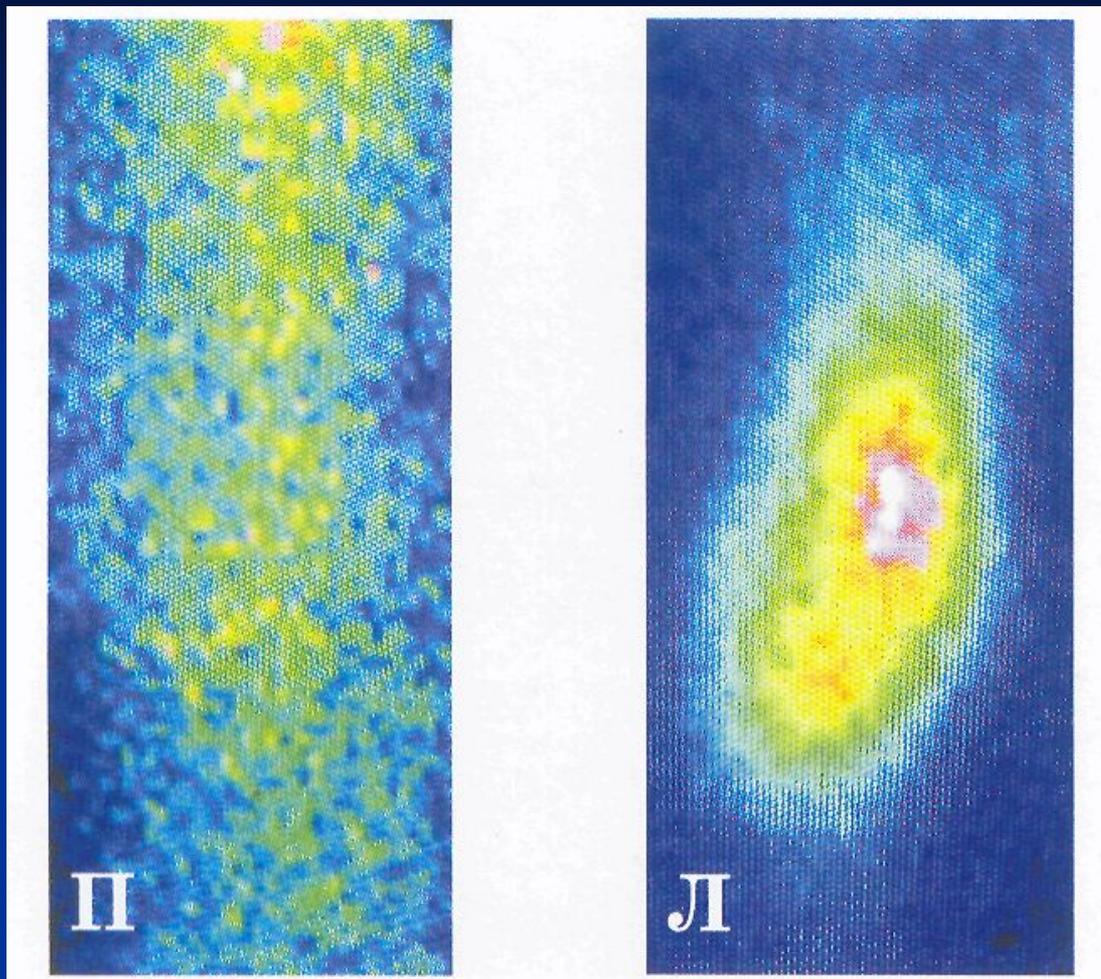


Рентгенография



КТ

Изотопная сцинтиграфия костей



Норма

Очаг остеомиелита

Дифдиагностика

- Ревматизм с поражением суставов,
- флегмоны,
- последствия травм,
- туберкулез,
- сифилис,
- опухоли костей.

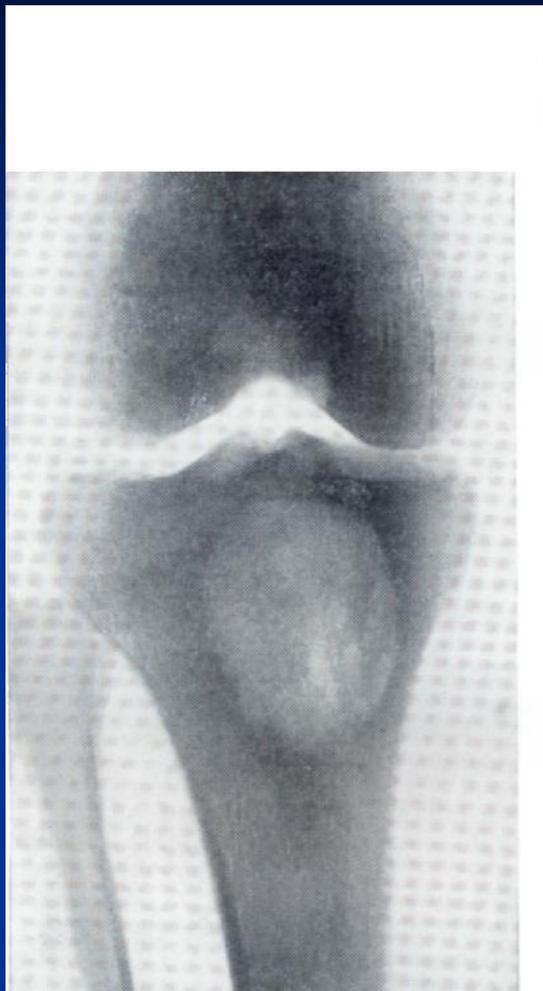
Контактный остеомиелит



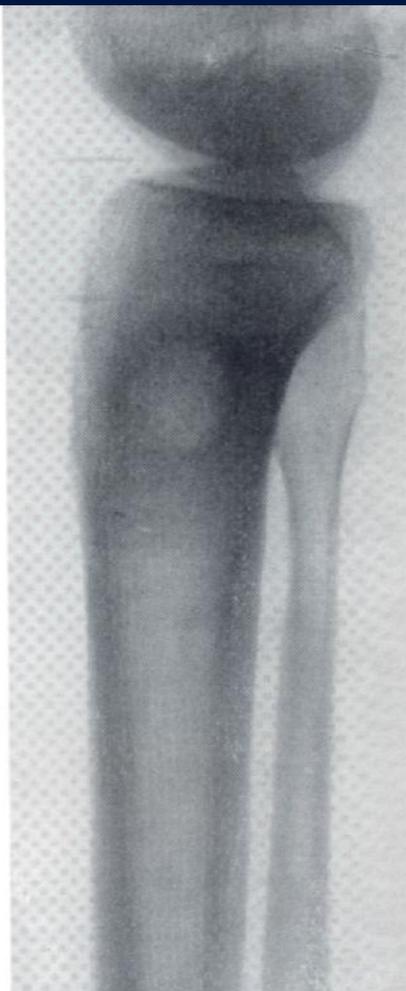
Травматический Остеомиелит



Первичный хронический остеомиелит

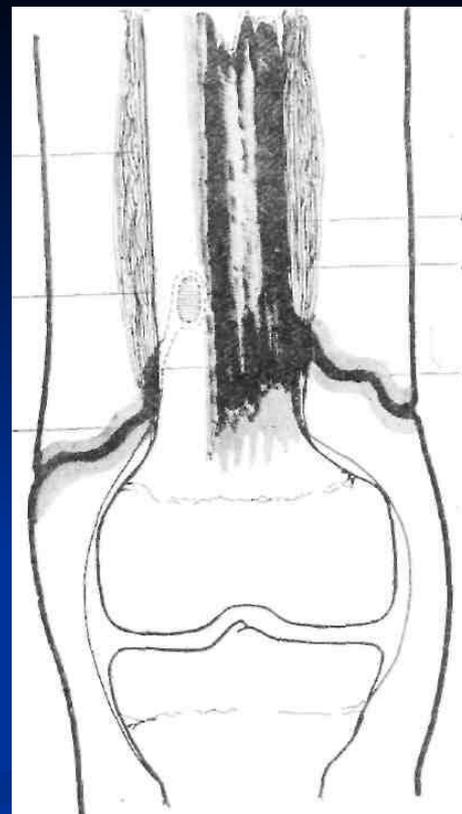
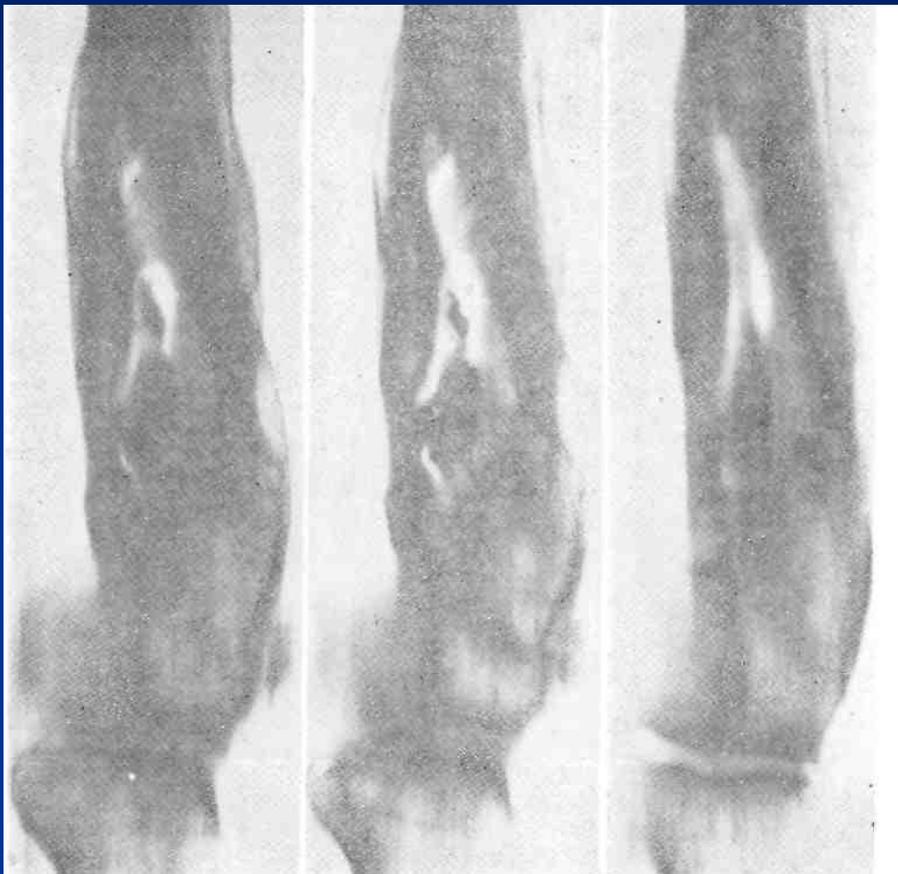


Броди



Гарре

Хронический остеомиелит резидуальный

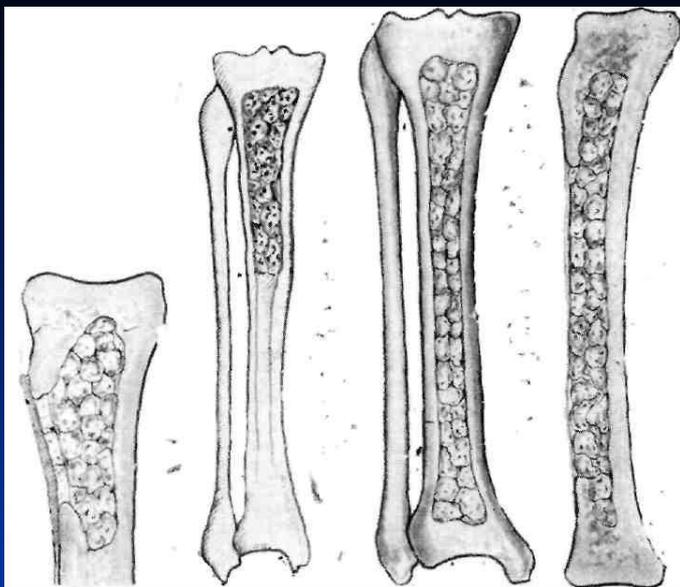


ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

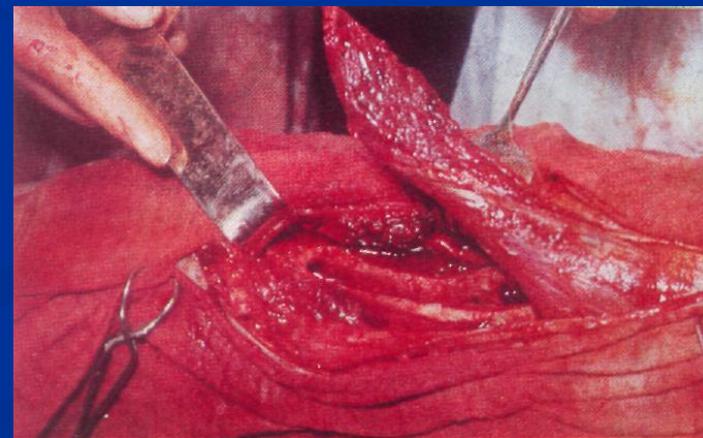
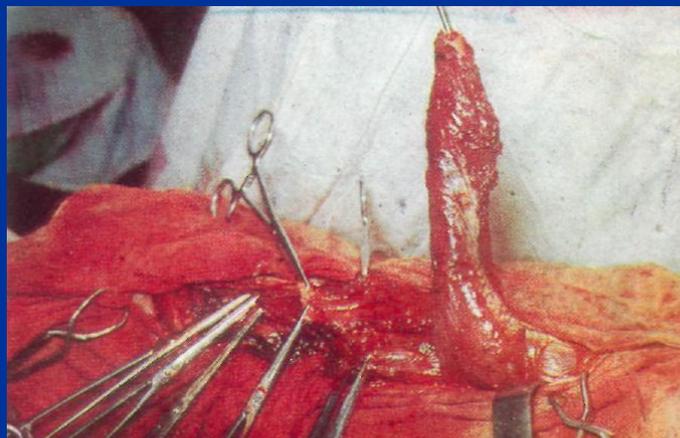
- Лечение больных с флегмонами кисти должно осуществляться в хирургическом стационаре.
- Необходимо максимально точно установить, какое клетчаточное пространство кисти поражено, что важно для выбора адекватного доступа.
- Оперативное вмешательство должно быть ранним и осуществляться при строгом соблюдении правил асептики.
- Необходимы оптимальное обезболивание и полное обескровливание кисти.
- Некрэктомия и дренирование гнойника — важнейшие моменты операции.
- Иммобилизация конечности.

Оперативное лечение

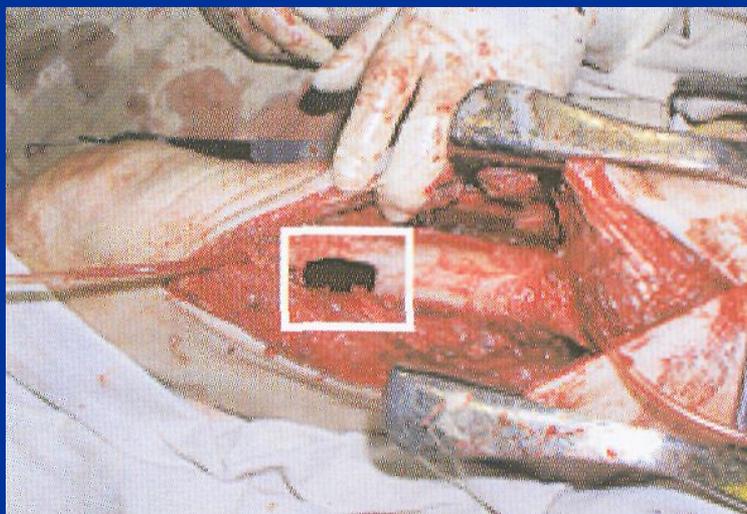
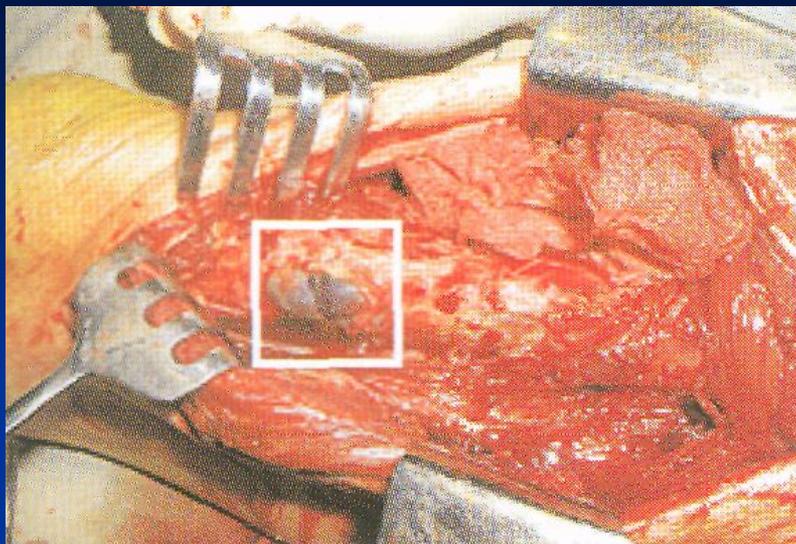




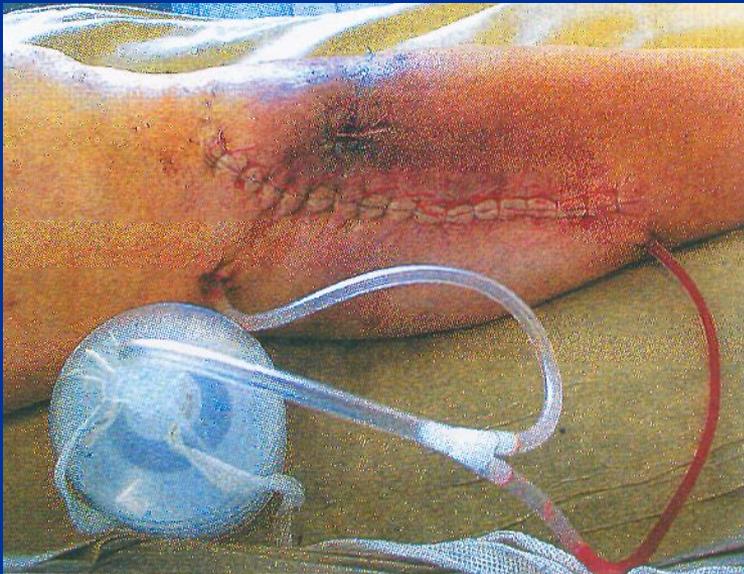
Лечение хронического остеомиелита



продолжение



продолжение



Вы изучили материал занятия по теме панариции и остеомиелиты. Вы знакомы с терминологией; знаете классификацию и диагностику флегмон кисти. Вы познакомились с методами лечения гнойных заболеваний костей и суставов, пальцев и кисти.



До встречи на экзамене!