

ЗМІСТ

Вступ	5
РОЗДІЛ I	8
АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ І ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ КИСТІ І ПАЛЬЦІВ У КЛІНІЧНОМУ АСПЕКТІ	8
РОЗДІЛ II	20
КЛАСИФІКАЦІЯ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИСТІ І ПАЛЬЦІВ	20
I. Гнійні захворювання пальців (панариції)	20
II. Гнійні захворювання п'ястка	22
РОЗДІЛ III	24
ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІКИ І ДІАГНОСТИКИ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАЛЬЦІВ (ПАНАРИЦІЇВ) І КИСТІ	24
РОЗДІЛ IV	29
КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ОКРЕМИХ ФОРМ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАЛЬЦІВ (ПАНАРИЦІЇВ)	29
1. Шкірний (підепідермальний) панарицій	29
2. Підшкірний панарицій	29
3. Шкірно-підшкірний панарицій	36
4. Піднігтьовий панарицій	37
5. Навколонигтьовий панарицій	39
6. Парохінія — запалення навколонигтьового ложа	40
7. Періостальний панарицій	42
8. Кістковий панарицій	43
9. Суглобний панарицій (гнійний артрит)	46
10. Кістково-суглобовий панарицій	47
11. Сухожилковий панарицій — гнійний тендовагініт	47
12. Фурункул і карбункул пальців	53
13. Пандактиліт	54
14. Еризипелоїд («свиняча краснуха»)	56
РОЗДІЛ V	57
КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ОКРЕМИХ ФОРМ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ П'ЯСТІ	57
1. Мозольний абсцес	57
2. Комісуральна флегмона	57

3. Флегмона фасціального простору тенара і гіпотенара	60
4. Флегмона серединного долонного простору	63
5. V-подібна флегмона й ускладнення її флегмоною простору Пирогова—Парона на передпліччі	66
6. Поверхнева епіфасціальна флегмона тилу кисті	72
7. Субфасціальна флегмона тилу кисті	72
8. Фурункул і карбункул тилу кисті	73
9. Ретикулярний і тринкулярний лімфангоїт. Бешихове запалення тилу кисті	74
10. Еризипелоїд («свиняча краснуха») тилу кисті	76
11. Остеомієліт п'ясткових кісток	77
12. Гнійний артрит і остеоартрит п'ястково-фалангових суглобів	78
13. Гнійний артрит і остеоартрит п'ястково-зап'ясткових суглобів	79
РОЗДІЛ VI	82
ТРАВМАТИЧНІ ВІДКРИТІ УШКОДЖЕННЯ КИСТІ	82
РОЗДІЛ VII	85
ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА ПАЛЬЦЯХ І КИСТІ	85
1. Анестезія при операціях на пальцях	85
2. Провідникова анестезія при операціях на кисті	86
3. Загальне знеболювання	93
РОЗДІЛ VIII	95
Хірургчне лікування захворювань кисті	95
1. Дренування при захворювання кисті	95
2. Методи доповнюючі первинну хірургічну обробку гнійних ран кисті та пальців	96
3. Фізіотерапевтичні методи лікування гнійно-запальних захворювань кисті	97
РОЗДІЛ IX	99
1. Ситуаційні задачі	99
Висновок	120
Література	121

ВСТУП

Гнійні захворювання кисті й пальців займають значне місце серед інших хірургічних захворювань. При аналізі роботи хірургічних кабінетів поліклінік впадає в око високий відсоток хворих із гнійними захворюваннями цього робочого органу людини. Як правило, на поліклінічних прийомах 20—30% хворих складають хворі з гнійними захворюваннями кисті й пальців. За даними деяких авторів (М. І. Литкін, І. Д. Косачьов 1975, Кондратенко П. Г. 2007), їхнє число досягає 64—69%, а в здоров'ях багатьох підприємств серед хворих, що звертаються, відсоток з гострозапальними захворюваннями кисті і пальців ще вище і складає основну групу хворих із тимчасовою втратою працездатності.

Як показує аналіз причин цього захворювання, у більшості випадків в анамнезі можна встановити наявність будь-якої невеликої травми, так званої мікротравми. Найчастіше це невеликі колоті ранки, подряпини й садна, мозолі, дрібні поверхневі поранення, рідше забиті місця. Ці мікротравми найчастіше є причинами гнійних захворювань кисті й пальців. У той же час більш глибокі різані, забиті, рвані й інші рани рідше є причинами гнійних захворювань, тому що такі рани, як правило, відразу ж піддаються хірургічній обробці і надалі загоєння йде без ускладнень. Мікротравми ж найчастіше залишаються без належної уваги з боку потерпілого, не надається ніякої, навіть самої елементарної першої допомоги, не застосовуються антисептичні засоби для профілактики запальних ускладнень, а сам потерпілий не вважає за необхідне звернутися з такою «дрібницею» чи у медпункт, чи хоча б скористатися аптечкою. Тільки через кілька днів, коли з'являється ускладнення у вигляді гострого гнійно-запального процесу, хворий звертається чи в медпункт, чи в поліклініку за допомогою.

Серед виробничого, й особливо промислового травматизму, травми кисті й пальців, у тому числі мікротравми, займають дуже вагомe місце. Там, де активне виявлення й облік мікротравми кисті поставлений досить добре, відсоток травми цієї локалізації складає 80% і більше від усього промислового травматизму.

Така висока частота травми кисті й пальців обумовлена тим, що кисть людини є органом праці. У процесі праці кисть і пальці людини, постійно вступаючи в безпосередній контакт зі знаряддями виробництва, з інструментами й машинами, легше можуть піддаватися травмі, ніж інші частини тіла.

Однак не тільки частота захворювань кисті й пальців визначає важливість цього розділу хірургії. Являючись органом праці, кисть при захворюванні втрачає здатність до праці, і завданням лікаря є якнайшвидше і якісніше лікування хворої людини, щоб скоротити термін її непрацездатності, запобігти розвитку інвалідності, що у деяких випадках загрожує хворому та повернути функцію кисті.

Виконання всіх перерахованих завдань можливо тільки при досконалому знанні різноманітної патології гнійних захворювань кисті й пальців, знанні анатомо-фізіологічних і функціональних особливостей цього органу праці, грамотному підході до лікування його захворювань. Як правило, хворий вперше звертається з початковими проявами запальних захворювань кисті і пальців до молодого лікаря, що недостатньо знає й недооцінює серйозність цього захворювання.

На жаль, у медичному вузі студенти, що навіть готуються стати хірургами, виявляють більшу цікавість до великої хірургії — абдомінальної, грудної, судинної, серцевої, з яким більшості молодих хірургів доводиться зустрітися дуже рідко, а ось до гнійної хірургії, що набуває усе більшого й більшого значення, і до так званої «малої» амбулаторної хірургії як студенти, так і молоді лікарі виявляють дуже малий інтерес і тому погано її знають.

Однак відразу після закінчення вузу молодому лікарю доводиться зустрічатися насамперед із захворюваннями, на які він мало звертав уваги у вузі, скорений зовнішнім ефектом великої хірургії спеціалізованих клінік, очолюваних ученими фахівцями.

Імовірно, недостатня увага, що приділяється цій групі захворювань при вивченні питань хірургії у вузах, приводить до того, що молоді лікарі до панарицію відносяться як до амбулаторної «дрібниці», лікування якої можна довірити кожному, аж до фельдшера.

Однак при найменшій помилці в лікуванні, гострі гнійні захворювання кисті й пальців можуть давати важкі ускладнення, що ведуть до стійких порушень функцій кисті як органа праці, до інва-

лідності, а іноді і до смерті хворого. Професор Л. Г. Фішман указує, що на 457 стаціонарних хворих із гнійними захворюваннями пальців і кисті він спостерігав 13 смертельних наслідків, що складає 2,9%. Звичайно, хворі з подібними захворюваннями потрапляють у стаціонар тільки після тривалого безуспішного лікування в поліклініці, з ускладненнями і затяжним перебігом гнійного процесу. Найчастіше ці ускладнення пов'язані з невірним методом лікування панариціїв, із помилками консервативного й оперативного лікування в початковий період захворювання.

Помилки лікування рідко залежать від того, що хворий пізно звертається до лікаря. Справа в тім, що больовий симптом, як правило, значно виявляється на самому початку запального процесу на кисті і пальцях і це змушує хворого звернутися до лікаря вчасно. Найчастіше лікар допускає помилки через недостатнє знання різноманітності патологічних процесів при запальних захворюваннях кисті і пальців, недостатнього знання з методом топічної діагностики, а отже, допускаються помилки й неточності при постановці діагнозу. Далі помилки лікування пов'язані з недостатнім знанням основних анатомо-фізіологічних і функціональних особливостей кисті й пальців і невмінням вчасно застосувати найбільш доцільний оперативний доступ, що забезпечує достатній відтік гнійно-некротичного вмісту.

Мета даного короткого методичного керівництва — допомогти молодому хірургу, а також лікарям-інтернам хірургічного профілю більш чітко орієнтуватися при топічній діагностиці основних гострих гнійних захворювань кисті й пальців та вибору найбільш правильного методу лікування.

РОЗДІЛ I

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ І ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ КИСТІ І ПАЛЬЦІВ У КЛІНІЧНОМУ АСПЕКТІ

Метою цього розділу методичного керівництва не є докладний опис анатомії кисті і пальців, хоча саме деталі анатомічної будови визначають фізіологічні й функціональні особливості цього органу людини. Звичайно, хірургу, що працює в поліклініці і займається лікуванням хворих із гнійними захворюваннями кисті й пальців, необхідно добре вивчити анатомію цієї області. Докладні данні про анатомію кисті варто вивчити в спеціальних атласах нормальної й топографічної анатомії.

У цьому розділі нашого керівництва будуть розглянуті тільки деякі анатоמו-фізіологічні і функціональні особливості кисті і пальців, що мають вирішальне значення в розвитку й поширенні гнійних процесів і визначенні вибору найбільш раціональної хірургічної тактики.

1. Одна з головних функціональних особливостей кисті, на яку насамперед необхідно зважати хірургу при лікуванні запальних захворювань цього органу, полягає в тім, що кисть — це орган праці. Головною частиною кисті як органа праці, що забезпечує її різноманітну функцію, є пальці. Недарма мудреці древнього Сходу визначали пальці як «десять наших маленьких друзів».

Однак функціональна цінність пальців різна. Особливо важливу роль грає I палець (великий). Саме він забезпечує хватальну функцію кисті завдяки здатності до протистояння. Саме перший палець зробив людину, людиною і відрізняє його руку від руки людиноподібних мавп. При захворюванні першого пальця необхідно прагнути зберегти кожен міліметр. Якщо йому загрожує нерухомість, наприклад, при руйнуванні суглобів, він забезпечить хватальну здатність кисті, якщо навіть стане нерухомим, але буде знаходитися

у функціонально вигідному положенні, тобто буде протипоставленим іншим чотирьом пальцям.

Друге місце за функціональною цінністю займає II палець (вказівний). Його функціональне значення не тільки в тім, що, розташовуючись поруч з першим пальцем, він здійснює початковий етап захоплення будь-якого предмету, але й в тім, що він володіє особливою автономною рухливістю і здійснює всі самі дрібні й точні рухи. Саме за допомогою другого пальця ми загвинчуємо дрібний гвинтик, беремо сірник, застібаємо дрібний гудзик; другий палець здійснює написання букв і саме його рух у кінцевому рахунку визначає почерк людини. Втрата другого пальця в значній мірі порушує хватальну функцію кисті й здатність до точних рухів. Однак, якщо вдається зберегти другий палець навіть ціною повного порушення його рухливості і створити йому функціонально-вигідне напівзигнуте положення, то хватальна функція кисті й здатність його до дрібних і точних рухів зберігаються в значній мірі.

На третьому місці по значенню робочої функції кисті є третій (середній) палець. Він визначає силу кисті. Будучи більш довгим і, володіючи найбільшою силою завдяки тому, що в обох сухожилках його згиначів проходять основні частини м'язових волокон поверхневих і глибоких згиначів пальців, що розташовуються на долонній поверхні передпліччя, третій палець забезпечує захоплення й утримуючу функцію кисті. З втратою третього пальця динамометричні показники кисті зменшуються майже у два рази.

Четверте місце у функціональній повноцінності кисті займає п'ятий палець (мізинець). Звичайно, він має вирішальне значення для піаніста, скрипаля та ін. При відсутності п'ятого пальця музикант стає професійним інвалідом. Однак величезне функціональне значення п'ятий палець має і для інших професій, особливо для людей, що займаються переносом ваги. Саме через п'ятий палець перекидається канат, мотузка, коли за неї піднімають щось важке. У таких випадках п'ятий палець виступає в ролі як би палиспаса, завдяки тертю мотузки, що перекидається через нього, сила стиску кисті може бути менше для того, щоб удержати важкий предмет. Крім того, п'ятий палець є замикаючим при складанні обох долонь «ківшиком».

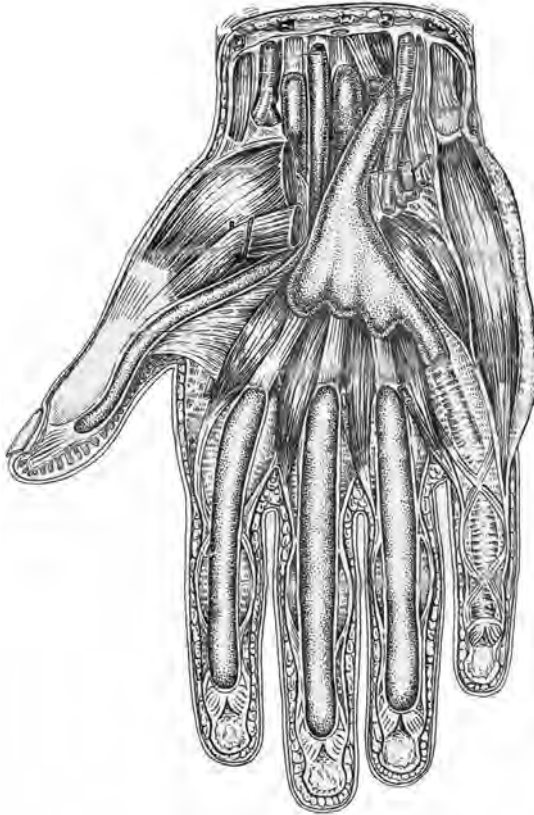
Нарешті, на останнє, п'яте місце, по функціональній цінності можна віднести четвертий палець (безіменний). Він не здатний до виконання будь-яких самостійних і ізольованих функціональних рухів. Хіба що в піаністів, у четвертого пальця в більшій мірі розвинені самостійні автономні рухи. Звичайно, не можна вважати, що четвертий палець не має ніякого функціонального значення в роботі кисті як органа праці, а є тільки «аристократом», пристосованим людиною до носіння обручок. Фактично четвертий палець, здійснюючи рухи разом із сусідніми пальцями чи з одним з них, підсилює їхнє функціональне значення — силу й обсяг захоплення предмета кистю. Крім того, четвертий палець має найбільшу чутливість, підвищену дотикальну здатність і саме він починає захоплення предмета, коли його треба підхопити знизу в положенні супінації передпліччя.

У цьому загальні й основні функціональні особливості кисті як органа праці.

2. Дуже важливою анатомічною особливістю кисті, що визначає її функцію, є наявність сухожилок — поверхневих і глибоких згиначів, розгиначів. Ця анатомічна особливість має велике клінічне значення. Усі сухожилки розташовуються досить поверхово і при ушкодженнях кисті виникає велика небезпека ушкоджень одного чи декількох сухожилок, що відразу порушує функцію відповідних пальців.

3. Велике клінічне значення має наявність сухожилкових піхів на долонній поверхні у всіх сухожилкових згиначів пальців. Анатомічні особливості піхів сухожилок згиначів окремих пальців визначають клінічний перебіг гнійно-запальних процесів, піхів (тендовагінів) і хірургічну тактику при них.

Насамперед, необхідно враховувати, що сухожилкові піхови другого, третього і четвертого пальців розташовані впродовж кінцевих міжфалангових суглобів до голівок II—III—IV п'ясткових кісток, де закінчуються сліпими мішками. Як буде відзначено у відповідних розділах методичного посібника, точне знання розташування сухожилкових піхів II—III—IV пальців допоможе діагностувати тендовагініт кожного з цих пальців за допомогою найпростішого методу топічної діагностики — «обмацування» пальця пуговчатим зондом. При натисненні зондом визначається болючість за ходом сухожилкової піхови з максимальною болючістю над «сліпим мішком» у зоні голівки п'ясткової кістки (*мал. 1*).



Мал. 1. Сухожилкові піхви згиначів пальців

Сухожилкові піхви першого і п'ятого пальця мають трохи інше розташування й довжину. Починаючи від рівня кінцевих суглобів, вони проходять через усю долоню до променево-зап'ясткового суглобу, іноді навіть ледве вище, причому тонкі стінки сухожилкових піхв обох пальців стикаються один з одним. Також у тісному контакті ці сухожилкові піхви знаходяться з фасціальними просторами долоні тенара й гіпотенара, і контактують із глибоким фасціальним простором нижньої третини передньої поверхні передпліччя — Пирогова-Парона. Простір Пирогова-Парона, розташовуючись за сухожилками глибоких згиначів пальців і перед м'язом — квадратним пронатором передпліччя в нижній третині відокремлюється