

# **Гострі гнійні захворювання м'яких тканин та кисті. Гнійні рани**

***Методичні вказівки  
для самостійної роботи  
та підготовки до практичного заняття  
студентів 3-го курсу  
II та IV медичних факультетів  
з дисципліни "Сестринська практика"***

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

**Гострі гнійні захворювання  
м'яких тканин та кисті. Гнійні рани**

***Методичні вказівки  
для самостійної роботи  
та підготовки до практичного заняття  
студентів 3-го курсу  
II та IV медичних факультетів  
з дисципліни "Сестринська практика"***

Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 11 від 19.11. 2020.

**Харків  
ХНМУ  
2020**

Гострі гнійні захворювання м'яких тканин та кисті. Гнійні рани : метод. вказ. для самост. роботи та підготовки до практичного заняття студентів 3-го курсу ІІ та ІV мед. фак-тів з дисципліни «Сестринська практика» / упоряд. В. О. Сипливий, В. І. Робак, В. В. Доценко та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 24 с.

Упорядники      В. О. Сипливий  
                          В. І. Робак  
                          В. В. Доценко  
                          Г. Д. Петренко  
                          А. Г. Гузь  
                          О. Г. Петюнін  
                          С. В. Грінченко  
                          Д. В. Євтушенко  
                          В. О. Курбатов  
                          О. В. Євтушенко

Кількість годин – 2.

### **Обґрунтування теми**

Пацієнти з хірургічною інфекцією складають суттєву частку хворих хірургічних стаціонарних та поліклінічних відділень. Частота ранових інфекційних ускладнень досягає 14–20 %, збільшилась кількість хворих із гнійними процесами, які призводять до розвитку септичних станів. Зрозуміло, що це відображається у зниженні працездатності пацієнтів, збільшенні строків їх стаціонарного лікування.

В основі виникнення та розвитку гострих гнійних захворювань м'яких тканин лежать спільні патанатомічні, патофізіологічні, мікробіологічні та імунологічні механізми, що зумовлює спільні підходи до їх лікування. Саме тому названа тема вивчається в рамках дисципліни "Загальна хірургія". Одночасне засвоєння теоретичних дисциплін загальної патології та фармакології, регламентоване навчальними програмами, дозволяє глибше розуміти клінічні аспекти діагностики та лікування абсцесу, флегмони, фурункулу, карбункулу, що необхідні для подальшого навчання студента та практичної лікарської діяльності.

### **Мета заняття**

**Загальна:** ознайомити студентів з основами розвитку, перебігу та лікування гострих гнійних захворювань м'яких тканин.

### **Конкретна:**

#### **Знати (теоретичні питання):**

- 1) загальні етіологічні та патогенетичні механізми розвитку місцевих хірургічних інфекційних захворювань;
- 2) визначення понять окремих місцевих хірургічних інфекційних захворювань;
- 3) загальну та місцеву симптоматику гострих хірургічних інфекційних захворювань м'яких тканин;
- 4) методи діагностики і диференційної діагностики;
- 5) основні оперативні втручання при гострих гнійних захворюваннях тканин та кисті;
- 6) етіологію, класифікацію гострих гнійних захворюваннях тканин та кисті;
- 7) структуру гнійної перев'язочної, організацію санітарно-гігієнічного режиму в ній;
- 8) роль медичної сестри в організації хірургічної обробки гнійної рани;
- 9) види вторинних швів;
- 10) методику промивання дренажних трубок, заміни дренажів хворому з гнійною раною, накладання мазевих пов'язок;
- 11) класифікацію та механізми дії антисептичних препаратів для промивання гнійних ран;

12) особливості хірургічної анатомії пальців і кисти, які мають значення для перебігу, діагностики, лікування панарицію та флегмони кисти;

13) класифікацію панариціїв і флегмон кисти;

14) показання до консервативного і оперативного лікування панарицію та флегмони кисти;

15) методи знеболювання і оперативних втручань при різних формах панарицію та флегмони кисти;

16) техніку виконання дослідження, що дозволяє диференціювати різні форми панарицію та флегмони кисти, за допомогою гудзикуватого зонда.

#### **Вміти:**

1. Діагностувати клінічні прояви гнійної інфекції: абсцеси, флегмони, фурункули, карбункули.

2. Сформулювати принципи комплексного лікування місцевих гнійних захворювань та виконати окремі його етапи.

#### **Володіти практичними навичками:**

1. Діагностика окремих видів місцевих інфекційних хірургічних захворювань.

2. Діагностика місцевих реакцій гнійної інфекції: абсцесів, флегмон, фурункулів, карбункулів.

3. Лікування місцевих інфекційних хірургічних захворювань.

4. Проведення диференційної діагностики панарицію і флегмони кисти з іншими гнійно-запальними процесами м'яких тканин, які можуть локалізуватися на пальці і долоні.

5. Вибір методу знеболення та способу оперативного втручання при різних формах панарицію та флегмони кисти.

### **Забезпечення вихідного рівня знань-умінь**

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія (топографічна)	Анатомію різних частин організму (з огляду на можливі шляхи поширення гнійно-септичних процесів)	Визначити анатомічне розміщення місцевого гнійного процесу
Гістологія	Гістологічну структуру тканин організму	
Патологічна анатомія	Патанатомічні ознаки запалення	Розпізнавати макро- та мікроскопічні ознаки запалення
Патологічна фізіологія	Місцеві та загальні ознаки запалення	Розпізнавати ознаки місцевої та системної запальної відповіді
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Методологію обстеження пацієнта	Збирати анамнез, проводити огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию
Мікробіологія	Характеристику збудників інфекції	
Фармакологія	Основні групи антибактеріальних препаратів, їх фармако-кінетику та фармакодинаміку	Виписати рецепти антибактеріальних і протизапальних препаратів

### Тести для перевірки вихідного рівня знань

1. При мікроскопії гнійних виділень виявлені грампозитивні бактерії у вигляді коротких ланцюжків. Укажіть збудника захворювання:  
*A. Мікрококи. B. Стрептококи. В. Стафілококи. Г. Менінгококи.*
2. Найчастіше збудниками гнильної інфекції є:  
1. *E. coli.*  
2. *B. proteus.*  
3. *B. putrificus.*  
4. *Cl. tetani.*  
5. *Streptococcus viridans.*  
*A. 2, 3, 4. B. 1, 3, 4. C. 3, 4, 5. D. 1, 2, 3. E. 1, 4, 5.*
3. Шляхами розповсюдження екзогенної інфекції є наступні:  
1. Імплантаційний.  
2. Гематогенний.  
3. Повітряний.  
4. Контактний.  
5. Краплинний.  
*A. 1, 3, 4, 5. B. 1, 2, 4. C. 1, 2, 3. D. 2, 4, 5. E. 2, 3, 4.*
4. Укажіть шляхи розповсюдження ендогенної інфекції в організмі:  
1. Повітряний.  
2. Краплинний.  
3. Лімфогенний.  
4. Імплантаційний.  
5. Гематогенний.  
*A. 2, 4. B. 2, 3. C. 4, 5. D. 3, 5. E. 1, 2.*
5. Найбільш частими збудниками гнильної інфекції є такі:  
*A. Стрептококи. C. Гонококи. E. Пневмококи.*  
*B. Протей. D. Стафілококи.*
6. Характерними змінами показників крові за умови гнійної інтоксикації є наступні:  
1. Лейкоцитоз.  
2. Зсув лейкоцитарної формули вліво.  
3. Сповільнення ШОЕ.  
4. Зниження гемоглобіну.  
5. Зменшення альбумінової фракції білка плазми крові.  
*A. 2, 4, 5. B. 1, 2, 4, 5. C. 2, 3, 4. D. 3, 4, 5. E. 1, 2, 3.*
7. Джерелом ендогенної інфекції може бути:  
1. Хронічний тонзиліт.  
2. Карієс.  
3. Шовний матеріал.  
4. Хронічний бронхіт.  
5. Хронічний отит.  
*A. 3, 4, 5. B. 1, 2, 3. C. 2, 3, 4. D. 1, 2, 4, 5. E. 1, 3, 4, 5.*

8. Які нормальні межі показника швидкості осідання еритроцитів?  
 А. 1–5 мм/год.                      С. 15–20 мм/год.                      Е. 10–20 %.  
 В. 20–30 мм/год.                      D. 2–20 мм/год.
9. Про що свідчить зсув лейкоцитарної формули вліво?  
 А. Аутоімунна реакція.                      D. Глистяна інвазія.  
 В. Хронічне запалення.                      Е. Алергічна реакція.  
 С. Гостра запальна реакція.

### Правильні відповіді

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Б	Д	А	Д	В	В	Д	А	С

Якщо Ви пересвідчилися, що Ваш вихідний рівень знань відповідає вимогам цілєї початкового рівня, переходьте до засвоєння теоретичних питань теми.

**Хірургічна інфекція.** Під хірургічною інфекцією розуміють захворювання, які спричиняються живими збудниками, характеризуються утворенням місцевих вогнищ запалення, специфічними реакціями організму на збудник і вимагають хірургічного лікування. Вони характеризуються низкою спільних особливостей. Передовсім для виникнення в організмі вогнища гнійного запалення необхідні певні умови:

- мікробний збудник;
- пошкодження захисних бар'єрів та місцевих факторів неспецифічної резистентності;
- імунодефіцитні стани.

Відомо, що тканини людського організму постійно контактують з різними мікробами, в тому числі і з абсолютно патогенними. При непошкоджених нормальних тканинах мікроби не здатні проявити своїх патогенних властивостей. Однак поєднання інфікування з альтерацією тканин, тобто їх ушкодженням з порушенням життєдіяльності, дає можливість мікробному збуднику та його токсинам проявляти свої патогенні властивості й поширюватися лімфогенним, гематогенним або контактним шляхами.

У випадках порушення в імунній системі організму з розвитком імунодефіцитних станів збудниками гнійного процесу можуть бути не тільки патогенні, але і умовно-патогенні мікроорганізми, які в нормі не мають достатньої інвазивності для ініціації захворювання.

Збудники місцевих гнійних хірургічних захворювань вельми різноманітні і походять з різних джерел. Захворювання шкіри, підшкірної клітковини можуть спричинятися мікрофлорою зовнішнього середовища, а захворювання внутрішніх органів – мікробами шлунково-кишкового тракту, дихальних, сечостатевого шляхів. Після потрапляння збудника в патологічне

вогнище починається його репродукція, яка супроводжується запальною реакцією в тканинах. Спочатку в тканинах організму розвивається інфільтрат у вигляді скупчення клітинних елементів з домішкою крові та лімфи. При прогресуванні процесу розвивається нагноєння, тобто утворення гною у вогнищі запалення. Місцеві прояви гнійної інфекції – абсцес, флегмона. Перебіг та прогноз захворювання, яке виникає в результаті гнійного запалення, визначається здатністю організму до відмежування запального процесу та локалізацією патологічного вогнища. Здатність організму до відмежування гнійного запалення лежить в основі визначення двох видів патології – абсцесу та флегмони.

*Абсцес* – місцеве відмежоване скупчення гною в тканині. При абсцесі природнім бар'єром, що стримує поширення нагноєння, є піогенна капсула, до складу якої входить сполучна тканина різного ступеня зрілості. Абсцеси можуть виникати в різних тканинах та органах. Вони не є специфічною патологією, яка уражує тільки конкретні анатомічні структури. Причиною проникнення мікробів у тканини може бути поранення, запальні процеси, гематоми, некрози, а також гематогенне метастазування при сепсисі. Таким чином виникають абсцеси підшкірної клітковини, легенів, мозку, печінки, а також інших органів та анатомічних структур.

*Флегмона* – невідмежоване гнійне запалення сполучної тканини. На відміну від абсцедування розвиток флегмони не супроводжується формуванням піогенної капсули і відбувається більш стрімко та злякано. Причинами необмеженого поширення гнійної інфекції можуть бути висока інвазивність та патогенність мікроорганізмів, а також пригнічення місцевих і загальних факторів резистентності організму. Як і абсцес, флегмона не є специфічним захворюванням, яке викликається окремим мікробним збудником або вражає окремі органи чи анатомічні структури. Шляхи проникнення мікробних збудників флегмон різні: поранення, запальні процеси, гематоми, некрози, потрапляння в тканини різних хімічних речовин. В клінічній практиці замість морфологічного поняття "флегмона" часто застосовують термін "целюліт". Розрізняють серозну, гнійну, гнійно-геморагічну, гнильну, некротичну форми целюліту. Деякі їх локалізації мають спеціальні назви. Так, запалення жирової клітковини навколо нирки називається паранефритом, навколо товстої кишки – параколітом, навколо прямої кишки – парапроктитом, навколо підшлункової залози – парапанкреатитом тощо. Розрізняють також епі- та субфасціальні флегмони. Останні в свою чергу діляться на між'язові, паравазальні та параосальні.

Характеризуючи таку патологію, як абсцеси та флегмони, слід запам'ятати наступне. Абсцеси та флегмони можуть себе проявляти не тільки як самостійна патологія, а і супроводжувати та ускладнювати інші види місцевих гнійних хірургічних захворювань, назви яких визначаються ураженими органами та анатомічними структурами.



*Фурункул* – гнійне запалення волосяної цибулини та її сальних залоз.

*Карбункул* – це гнійно-некротичне запалення одночасно декількох волосяних цибулин та сальних залоз. Характеризуючи симптоми місцевої хірургічної інфекції, слід наголосити на деяких особливостях її розвитку. Незалежно від виду захворювання слід розрізнити прояви, властиві для всіх видів місцевої гнійної патології, та специфічні ознаки.

До ознак, що характерні для всіх видів місцевих гнійних захворювань, належать місцеві симптоми запалення та нагноєння. Спочатку розвивається запальний інфільтрат у вигляді скупчення клітинних елементів з домішкою крові та лімфи в тканинах організму. Макроскопічно інфільтрат проявляється збільшенням об'єму та підвищеною щільністю уражених тканин. У зоні патологічного процесу з'являються ознаки запалення – болючість, гіперемія, набряк, локальне підвищення температури, порушення функції. На ранніх етапах формування запального інфільтрату вираженої ексудації у вигляді скупчень гною ще нема, і процес може мати при сприятливому перебігу зворотній характер. Однак у випадку нагноєння розвиваються ускладнення у формі абсцесів та флегмон, тобто поява їх симптоматики є характерною спільною ознакою всіх видів місцевої хірургічної інфекції. В таких випадках ми вже маємо справу не просто з фурункулом, лімфаденітом, бешихою, панарицієм, маститом та ін., а з абсцедуючими фурункулом та лімфаденітом, аденофлегмоною, флегмоною кисті, абсцесом молочної залози та ін.

Розвиток абсцесу в межах тканин, доступних для огляду, та пальпації супроводжується локальним почервонінням, набряком та болючістю в зоні ураження. При нагромадженні в порожнині абсцесу достатньої кількості гною може виникати симптом флюктуації. Він виявляється при пальпації і характеризується коливанням в порожнині гнійника при постукуванні по його стінці. На відміну від абсцедування розвиток флегмони не супроводжується формуванням демаркаційних зон у вигляді піогенної капсули. Тому розвиток цього захворювання відбувається стрімко і ще злякисніше. Якщо флегмони поверхневі, то за допомогою огляду та пальпації можна виявити симптоми гнійного запалення: припухлість, набряк, гіперемію, болючість. Названі симптоми при флегмонах мають тенденцію до швидкої появи та прогресування. Тканинний інфільтрат не має чітких меж, швидко збільшується в розмірах. Прогресування процесу супроводжується появою симптому флюктуації. Поширення флегмони на анатомічні структури та порожнини супроводжується ускладненнями: флебітами, артритами, лімфаденітами, плевритами, перитонітами і т. п. В процесі розвитку місцевих гнійних захворювань флегмони можуть трансформуватись в абсцеси, а при прогресуванні гнійників вихід гною за межі піогенної капсули проковує розвиток флегмон.

### **Хірургічне лікування абсцесів здійснюється трьома способами.**

При сприятливих анатомічних умовах можна застосувати малоінвазивні втручання у вигляді пункцій з евакуацією гною та черезшкірним дренажуванням. Частіше доводиться виконувати втручання шляхом розкриття та дренажування через відповідний операційний доступ. В окремих випадках допускається висічення абсцесу з піогенною капсулою в межах здорових тканин. Хірургічне оперативне лікування доповнюється консервативною антибактеріальною, детоксикаційною та протизапальною терапією.

Основний метод лікування флегмон – оперативний. У відносно рідкісних випадках серозного целюліту можна застосовувати з позитивним ефектом консервативну терапію. На відміну від втручань при абсцесах операції при флегмонозних гнійних процесах більші за об'ємом і полягають у широких розтинах, евакуації ексудату, висіченні некротичних тканин та дренажуванні. Для флегмон характерна відсутність природних демаркаційних зон у вигляді піогенних капсул. Тому під час операцій нерідко необхідно створювати перепону на шляху нагнійного процесу з допомогою додаткових розтинів на межі здорових та патологічно змінених тканин.

Перш ніж завершити характеристику такої патології, як абсцеси та флегмони, слід наголосити, що вона може бути не тільки самостійним захворюванням, а і супроводжувати інші види місцевих гнійних хірургічних захворювань. Тому слід пам'ятати, що яке б захворювання не було, при наявності сформованого недренованого вогнища гнійного запалення у вигляді абсцесу або флегмони необхідно застосовувати хірургічне втручання. Після виконаного оперативного втручання будь-яка місцева гнійна патологія перетворюється на гнійну рану, що лікується згідно з загальними принципами.

Фурункул	Конусоподібний гіперемований інфільтрат на шкірі з некрозом тканин та скупченням гною за ходом волоса.
Карбункул	Великий запальний інфільтрат в шкірі та підлеглих тканинах, на поверхні якого міститься декілька гнійних пустул.
Гідраденіт	Обмежений запальний інфільтрат (частіше в аксилярній ділянці), який виступає над шкірою, що набуває багряно-сізого відтінку.
Лімфангоїт	Червоні смуги на шкірі за ходом лімфатичних судин, що при пальпації мають консистенцію щільних та болючих тяжів.
Лімфаденіт	Місцеві ознаки гнійного запалення в зонах локалізації регіонарних лімфатичних вузлів, які можна пропальпувати у вигляді болючих округлих утворень.
Бешиха	Еритематозна форма: наявність чітко обмеженої зони гіперемії шкіри (за типом "географічної карти"). Бульозна форма: поява пухирів відшарованого епідермісу, заповнених ексудатом. Флегмонозна та некротична форми: наявність місцевої симптоматики флегмони підшкірної клітковини та поява зон змертвіння шкіри.

Панарицій	Ознаки гострого запалення в ділянці анатомічних структур пальців – підшкірно, за ходом сухожилків, біля суглобів, у зоні нігтьового валика. При прогресуванні гнійного запалення – симптоматика абсцесів та флегмон в названих анатомічних ділянках.
Мастит	Інфільтрат в ділянці молочної залози з місцевими ознаками запалення – болючістю, набряком, гіперемією. У випадку прогресування гнійного запалення – симптоми абсцесу або флегмони молочної залози.

*Панарицій (panaritium)* – це збірна назва всіх гострих запальних процесів різних структур пальців, переважно рук (їх долонної поверхні).

Клінічний перебіг панарицію на руках багато в чому залежить від анатомічних і функціональних особливостей пальців кисти.

Шкіра долонної і тильної поверхонь пальців відрізняється. В шкірі долонної поверхні немає пігментного апарату, волосся і сальних залоз, що виключає можливість виникнення фурункулів і карбункулів, натомість багато потових залоз. Шкіра долонної поверхні пальців добре іннервується, що є причиною вираженої тактильної чутливості та сильного болю у разі виникнення на пальцях запального процесу.

Шкіра тильної поверхні пальців м'яка, еластична, рухома. На ній є волосся і сальні залози (за винятком кінцевої фаланги). Тому фурункули і карбункули можуть розвиватися лише на основній і середній фалангах.

На долонній поверхні жирової основи більше, ніж на тильній. Тут немає підшкірної фасції, а безпосередньо від сосочкового шару, майже перпендикулярно, йдуть щільні сполучнотканинні тяжі, які на кінцевій фаланзі вплітаються в окістя, а на середній і основній фалангах – у стінку сухожильної піхви, густо переплітаються сполучнотканинними волокнами, які, розташовуючись паралельно до поверхні шкіри, утворюють в підшкірній основі численні комірочки. Завдяки такій будові обмежується рухомість шкіри і затрудняється поширення набряку, наростання якого швидко призводить до стиснення кровоносних судин, порушення кровопостачання жирових часточок і різкого посилення болю внаслідок підвищення внутрішньотканинного тиску. Вертикальні стінки комірочки не дають можливості поширюватися запальному процесу по площині, але сприяють проникненню інфекції в бік кістки.

На тильній поверхні пальців сполучнотканинні волокна розташовані паралельно поверхні тіла і не перешкоджають поширенню набряку.

Задня поверхня кінцевої фаланги захищена нігтем. Нігтьова пластинка має чотирикутну форму. Проксимальні й бічні краї заглиблюються в нігтьовий жолобок. Над проксимальним краєм пластинки (матриksom) нависає шкірна складка епоніхій, або нігтьовий валик. Від внутрішньої

поверхні нігтьової пластинки до окістя фаланги проходять сполучнотканинні тяжі, які фіксують ніготь до кістки, що сприяє поширенню гнійно-запального процесу на нігтьову фалангу. Регенерація нігтя після його видалення триває 4–6 міс.

На долонній поверхні до кожного пальця, крім великого, ідуть два сухожилки: поверхневого і глибокого згинача. Великий палець має один сухожилок згинача (довгий згинач I пальця). Сухожильні піхви I і V пальців довші за інших. Вони проходять через простір Пирогова на дистальну частину передпліччя з утворенням у ньому і на передпліччі загального синовіального озера. Сухожильні піхви II–IV пальців коротші і закінчуються вже на рівні п'ястково-фалангових суглобів. Це має велике практичне значення в клініці хвороби. Завдяки довгим піхвам I і V сухожилків пальців і злиттям їх у ділянці зап'ястка запальні процеси сухожильних піхв цих пальців мають тяжчий перебіг і ускладнюються глибокими флегмонами кисті. Запалення сухожилків II–IV пальців обмежується лише цими пальцями. II–V пальці мають по 3 фаланги, перший – 2 фаланги. Фаланги з'єднані між собою за допомогою блоковидних суглобів.

Кожний палець кровопостається 4 артеріями: 2 долонними і 2 тильними. Кровопостачання нігтьової фаланги має свої особливості. У той час, коли середня і основна фаланги мають окрему живлячу артерію, нігтьова фаланга постачається кровonosними судинами розсіпного типу. При цьому кровопостачання проксимального і дистального епіфізів краще, ніж решти частин фаланги, бо вони мають окремі артеріальні гілочки різного калібру, які проникають у кістку головним чином з долонної поверхні. Це відіграє важливу роль у патогенезі кісткового панарицію кінцевої фаланги.

Іннервація пальців здійснюється чутливими і руховими гілками 3 нерві: ліктьового, променевого і серединного, які, розпадаючись на кінцеві гілки, іннервують відповідні ділянки. Найкраще іннервуються подушечки кінцевих фаланг, чим пояснюється сильний біль у разі виникнення в них патологічного процесу.

Лімфа від пальців відтікає поверхневими і глибокими лімфатичними судинами. Виражена лімфатична мережа наявна на тильній поверхні нігтьової фаланги, долонній поверхні пальців, долоні. Звідси лімфатичні судини ідуть бічними поверхнями пальців у міжпальцеві складки і через останні проникають на тил кисті. У зв'язку з цим у разі виникнення запального процесу на долонній поверхні набряк кисті виражений більшою мірою на тильному боці.

Лімфатичні судини IV і V пальців впадають у ліктьові і частково у пахвові лімфатичні вузли. Лімфатичні судини від великого, вказівного і середнього пальців в основному відводять лімфу в підключичні, надключичні, дельтоподібно-грудні групи залоз. Цим пояснюється те, що

панарицій I–III пальців має набагато тяжчий перебіг і може ускладнюватися субпекторальною флегмоною.

*Етіологія.* Гнійне запалення пальців спостерігається у 20–25 % пацієнтів хірургічних кабінетів поліклініки. У його виникненні важливу роль відіграють різного виду мікротравми. Частіше це колоті рани і скалки. У зв'язку з цим панарицій буває переважно у людей, чия професія зв'язана зможливістю травмування пальців (працівники рибообробної промисловості, м'ясники, кухарі, медичні працівники, особливо хірурги і акушери, та ін.).

Травми рідше спричиняють панарицій, бо їм приділяють більшу увагу. Частіше причиною панарицію є стрептококи і стафілококи. Виникає запальний процес на пальцях частіше тоді, коли шкіра їх суха, змозоліла.

У більшості хворих панарицій локалізується на правій руці через підвищене функціональне навантаження. Найчастіше уражається кінцева фаланга.

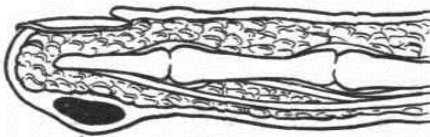
*Класифікація.* Залежно від глибини проникнення мікробів і розвитку інфекції розрізняють такі види панарицію:

1) поверхневий – шкірний (panaritium cutaneum); підшкірний (panaritium subcutaneum), нігтьовий (білянігтьовий, або пароніхія – panaritium paronquale s. paronychia); піднігтьовий (panaritium subunquale);

2) глибокий – сухожилковий (panaritium tendinosum s. tendovaginitis purulenta); кістковий (panaritium osseum); суглобовий (panaritium articulare).

Якщо патологічний процес захоплює всі тканини пальця, розвивається пандактиліт (pandactylitis). Глибокий панарицій звичайно є наслідком несвоєчасного і неповноцінного лікування поверхневого.

*Клініка і хірургічна тактика* при різних формах панарицію мають свої особливості. *Шкірний панарицій* (рис. 1) виникає у разі неглибокого проникнення інфекції. Запальний процес при цьому розвивається під епідермісом. Останній відшаровується і утворюється пухир, заповнений гноем. Частіше цей вид панарицію локалізується на долонній поверхні пальця. Поява пухиря супроводжується незначним болем, який поступово



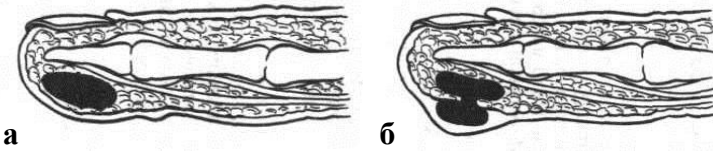
**Рис. 1.** Шкірний панарицій

зв'язку з глибокими тканинами. Для цього пальцем натискають на уражену ділянку. У разі проникнення інфекції під шкіру з глибини буде виділятися гній. У таких випадках, застосовуючи той чи той метод знеболення, підшкірний гнояк розрізують. Операцію закінчують накладанням пов'язки, просякненої антисептиком. Якщо шкірний панарицій ускладню-

ється лімфангітом, проводять іммобілізацію пальця і кисті, терапію променями УВЧ.

На тильній поверхні шкірний панарицій зустрічається рідше і локалізується частіше на середній фаланзі. Середня тривалість шкірного панарицію – 4–5 діб.

*Підшкірний панарицій* (рис. 2) буває найчастіше. Причиною проникнення інфекції в підшкірну основу є колоті мікротравми. У 80–90 % випадків локалізується на долонній поверхні I–III пальців правої кисті. У жінок підшкірний панарицій буває частіше, ніж у чоловіків (уколи голкою).



**Рис. 2.** Панарицій:

*а – підшкірний; б – підшкірний у вигляді "запонки"*

Підшкірний панарицій супроводжується появою сильного болю в пальці, який не дає хворому спати. Іноді біль має сіпаючий характер, що синхронний з пульсом. Він зв'язаний з тим, що сполучнотканинні перетинки, які йдуть вертикально від шкіри до окістя, не дають можливості поширюватися набряковій рідині, тому тиск її в тканинах підвищується, стискаються нервові рецептори.

Палець набрякає, особливо його тильна поверхня. Коли процес локалізується лише в підшкірній основі, почервоніння шкіри спочатку може не бути. У разі вираженого набряку шкіра стає навіть блідою внаслідок стиснення кровеносних судин.

Натискуючи зондом на уражену ділянку, виявляють максимальну зону болючості. Хворий щадить палець і тримає його дещо зігнути. При підшкірному панариції загальний стан хворого майже не порушується. По ходу сполучнотканинних волокон процес може перейти на кістку, в сухожилкові піхви, суглоб, лімфатичні і кровеносні судини.

Хворі зі підшкірним панарицієм на перших порах рідко звертаються по допомогу до лікаря. Звичайно вони це роблять після першої безсонної ночі, що є грубою помилкою, бо в цей час у більшості випадків у тканині пальця виникають вже глибокі деструктивні, некротичні процеси.

У перші 2–3 доби (в серозній або серозно-інфільтративній стадії) під контролем лікаря може бути проведена консервативна терапія. Потрібно іммобілізувати кисть, застосувати місцеву і загальну антибіотикотерапію, призначити сульфаніламідні препарати. Місцева антибіотикотерапія полягає у введенні препарату разом із 0,5 % розчином новокаїну внутрішньо-

венне (після накладання на нижню третину передпліччя джгута) в одну з набряклих вен тилу кисті в дистальному напрямку (100 000–200 000 ОД бензилпеніциліну натрієвої солі на 20–40 мл 0,5 % розчину новокаїну). Джгут тримають 8–10 хв.

На уражений палець накладають спиртову волого-висихаючу пов'язку, яку змінюють 2–3 рази на добу, роблять для пальця теплі ванни (спиртові або з антисептиком) по 40–60 хв 2 рази на добу.

За відсутності протягом 1–2 діб ефекту від консервативної терапії показане оперативне лікування. Останнє повинно проводитися під надійним знеболенням. Це може бути місцева новокаїнова анестезія (при підшкірному панариції нігтьової і середньої фаланг) або внутрішньовенний наркоз. Місцеву анестезію проводять за методом, запропонованим Оберстом–Лукашевичем.

При підшкірному панариції нігтьової фаланги доцільно проводити так званий ключкоподібний розріз. Забезпечуючи добре відтікання гною, він не дуже деформує палець, не порушує його тактильної чутливості і функції.

У разі локалізації запального процесу на основній і середній фалангах проводять розрізи по бічних поверхнях пальця відповідної фаланги.

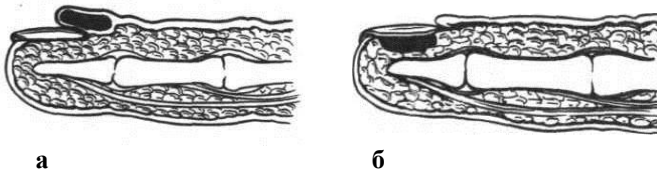
Можна застосовувати також поздовжні розрізи через точку найбільшої болючості. Після розкриття осередку запалення і створення умов для евакуації гною вирізують некротизовані тканини. Рану дренують гумовими смужками. Не рекомендується застосовувати марлеві тампони, бо вони швидко висихають і гальмують відплив гною.

Деякі автори після розтину гнояка і проведення некректомії рекомендують у післяопераційний період накладати первинні шви, інфільтруючи кілька разів тканини бензилпеніцилін-новокаїновим розчином.

За наявності загальних клінічних проявів проводять детоксикаційну терапію.

*Пароніхія (рис. 3)* – це запалення нігтьового валика. Частіше причинами виникнення пароніхії є мікротравми тильної поверхні кінцевої фаланги, поблизу нігтя, задирки. Характеризується пароніхія болючою припухлістю навколонигтьового валика і гіперемією сусідніх тканин. Уражений валик нависає над нігтьовою пластинкою. Пальпація кінця пальця, особливо біля основи нігтя, різко болюча. Іноді гній може проникнути під нігтьову пластинку, і тоді виникає піднігтьовий панарицій. Під час натискування з-під шкірного валика виділяється гній. Загальний стан хворих майже без змін.

За локалізацією гною розрізняють поверхневу (субепідермальну) і глибоку пароніхію. У разі останньої гній збирається в товщі нігтьового валика.



**Рис. 3. Панариції:**  
*а) пароніхіальний; б) піднігтьовий*

Лікування пароніхії починають із застосування консервативних заходів. Кілька разів на добу роблять теплі ванночки із розчину натрію гідрокарбонату. Проводять фізіотерапевтичні процедури. Щоб забезпечити відтік гною, пінцетом або ножичками можна трохи відтягнути угору нігтьовий валик. Коли це не допомагає, показано оперативне лікування. Роблять два розрізи нігтьового валика (по 0,5 см кожний) як продовження двох країв нігтьової пластинки. Відсепаровують клапоть нігтьового валика. Розтинають проксимальний кінець нігтьової пластинки і вирізують її на відстані 0,5 см в місці, де вона відшарована від ложа. Важливо добре відхилити при цьому нігтьову пластинку, ретельно видалити гній, не пошкоджуючи при цьому нігтьового ложа і нігтьового валика. Інакше ніготь і нігтьовий валик, які відростають, будуть деформованими і розщепленими. Після описаних вище маніпуляцій клапоть нігтьового валика кладуть на місце, накладають асептичну пов'язку (операція Каневела).

Піднігтьовий панарицій є наслідком травмування і інфікування дистального краю нігтя (піднігтьового ложа). Причиною його є різні задирки, уколи, дрібні травми. Піднігтьовий панарицій може бути первинним (звичайно процес починається з піднігтьового панарицію) і вторинним (інфекція під ніготь потрапляє за наявності пароніхії).

Клінічна картина характеризується появою пульсуючого болю в пальці. Пальпація нігтя дуже болюча. З'являється набряк тильної поверхні нігтьової фаланги. Загальна реакція виявляється у вигляді підвищення температури тіла й ознобу. Через ніготь видно скупчення гною.

Лікування піднігтьового панарицію оперативне. Біля вільного краю нігтя і в його дистальній частині, якщо корінь нігтя не втягнений у процес, резектують дистальну уражену частину. У разі локалізації процесу біля основи нігтя без відшарування решти його частини проводять операцію Каневела. Якщо піднігтьовий панарицій захоплює все нігтьове ложе і відсепаровує ніготь, показано повне його видалення. Після операції накладають мазеві пов'язки, пов'язки з біологічною плівкою або плацентарною оболонкою тощо.



*Сухожилковий панарицій* (тендовагініт) (рис. 4) виникає у разі переходу запального процесу з підшкірної основи або за безпосереднього ушкодження сухожилкової піхви. Зі всіх запальних процесів цей вид най-



льців може поширитися на до-  
ль до порушення функції не лише  
ка виникає легко, бо він відносно  
зрожнина, якою є піхва, створює  
обів. Сухожилки тилу кисті стій-  
кіші до інфекції і, як правило, не втягуються в запальний процес. Неспри-  
ятливий перебіг захворювання часто зумовлений пізнім розпізнаванням  
і неадекватним лікуванням.

Клінічна картина і перебіг сухожилкового панарицію II, III, IV пальців і I та V відрізняються, що пояснюється їх будовою. При сухожилковому панариції II, III, IV пальців вони зігнуті. У такому положенні зменшується натяг сухожилків. М'які тканини дуже набряклі, найменші рухи, особливо розгинання, супроводжуються сильним болем. Різкий біль з'являється й у разі доторкування зондом до шкіри в проекції сухожилків. Спроби розігнути палець супроводжуються дуже сильним болем, що є головним симптомом сухожилкового панарицію. Порушується й загальний стан хворого: температура тіла підвищується до 39–40°C, з'являються слабкість, озноб, головний біль, згодом розвивається набряк тилу кисті.

При тендовагініті I, V пальців всі місцеві явища швидко поширюються на долоню, навіть на передпліччя. Захворювання супроводжується лімфангітом і лімфаденітом.

Лікування сухожилкового панарицію оперативне. Чим швидше проведено операцію, тим кращі наслідки. Річ у тім, що ексудат, який нагромаджується в сухожилковій піхві, стискає судини, які кровопостачають сухожилок, що призводить до швидкого змертвіння останнього.

Деякі хірурги у фазі серозної ексудації рекомендують пунктувати сухожилкову піхву з відсмоктуванням 1–2 краплин гною і введенням в неї розчину бензилпеніциліну натрієвої солі. Прокол сухожилкової піхви проводять у межах середньої фаланги. Антибіотик вводять у великій концентрації (100 000–200 000 ОД бензилпеніциліну натрієвої солі і 1 мл новокаїну).

Операцію проводять під різними видами наркозу. Запропоновано багато розрізів для доступу до сухожилків. Найчастіше застосовують два паралельні розрізи на рівні середніх фаланг, які проводять на долонно-бічних поверхнях пальця. Додатково роблять один розріз на долоні для розкриття сліпого мішка сухожилкової піхви. Випускають гній, порожнину піхви промивають антибіотиками, ділянку над сухожилком дренують гумовою смужкою. Палець і кисть іммобілізують гіпсовою пов'язкою.

Коли сухожилок має тьмяно-жовтий колір, це свідчить про його змертвіння. У такому разі зберігати його недоцільно, його треба видалити

і провести тендоектомію. Деякі хірурги рекомендують після розтину гнійного тендовагініту і промивання сухожилкової піхви зашивати рану. Тканини довкола неї інфільтрують антибіотиком. Таку маніпуляцію повторюють у післяопераційний період кілька разів.

Складніше лікувати сухожилкові панариції I і V пальців. При них теж проводять долонно-бічні розрізи в ділянці середньої фаланги пальця. Крім цього, роблять додаткові розрізи на долоні (по внутрішніх краях підвищення великого пальця і мізинця з розкриттям ліктьової і променевої синовіальних сумок). У разі поширення процесу по синовіальних піхвах на передпліччя треба розкривати клітковинний простір Пирогова–Парона. Тривалість лікування хворих із сухожилковим панарицієм – 20–40 діб.

Сухожилковий панарицій часто призводить до стійкого порушення функції пальця внаслідок змертвіння сухожилка. Спостерігаються поодинокі випадки смерті від ускладнення сепсисом.

*Суглобовий панарицій* (рис. 5) – це гнійне запалення міжфалангових і п'ястково-фалангових суглобів. Він може бути первинним і вторинним. Первинний є наслідком травми суглоба (проколювання, поранення), частіше з тильного боку. У разі вторинного суглобового панарицію інфекція проникає в суглоб із сусідніх тканин (при підшкірному, сухожилковому, кістковому панариціях).

Клінічно суглобовий панарицій виявляється наявністю сильного болю в ділянці ураженого суглоба, рухи в якому стають неможливими. Суглоб набуває веретеноподібної форми, тильні міжфалангові борозни згладжуються. Спостерігається місцеве підвищення температури. Набряк і гіперемія шкіри виражені найбільшою мірою з тильного боку пальця. Під час натискування на кінець пальця хворий відчуває біль у ділянці ураженого суглоба. Палець дещо зігнутий для максимального розслаблення суглобової сумки. Запальний процес може зруйнувати бічні зв'язки, і тоді в суглобі з'являються нефізіологічні рухи. У разі руйнування міжсуглобових хрящів у суглобі відчувається хрускіт. Діагноз підтверджується шляхом рентгенологічного дослідження і пункції суглоба, за якої з його порожнини можна отримати невелику кількість каламутної рідини.

Лікування суглобового панарицію в стадії серозної ексудації може бути консервативним: пункція суглоба, відсмоктування гною, промивання порожнини антисептиком, введення в неї антибіотика, іммобілізація пальця і кисті гіпсовою лонгетою, введення антибіотиків.

Оперативне лікування суглобового панарицію полягає в проведенні на тильно-бічній поверхні пальця двох паралельних розрізів. Розкривають суглоб, вирізують грануляції і уражені ділянки капсули, промивають суглобову порожнину і дрениують. Під час розкриття суглоба бажано зберегти бічні зв'язки. Коли патологічним процесом уражені суглобові хрящі, про-

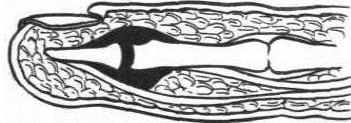


Рис. 5. Суглобовий панарицій

водять економну резекцію суглоба. Імобілізація пальця і кисті потрібна протягом 2 тиж. При суглобових панариціях важливо зберегти функцію пальця (особливо І). Тому після затихання гострих явищ необхідні рання лікувальна гімнастика, застосування фізіотерапевтичних процедур.

*Кістковий панарицій* (остеомієліт кісткових фаланг) (рис. 6) – це гнійне запалення пальця з втягненням у процес кісткової тканини. Як і попередні форми панарицію, він може бути первинним (частіше внаслідок безпосередньої травми), вторинним (у разі переходу запального процесу з м'яких тканин пальця на окістя і кістку) і гематогенним. Останній вид зустрічається рідко.

Первинний кістковий панарицій частіше уражує кінцеву фалангу. На основній і середній фалангах розвивається вторинний остеомієліт. Серед інших форм запальних процесів пальців на кістковий панарицій припадає від 5 до 6,3 %. Частіше уражається кінцева фаланга, що пов'язано з анатомо-фізіологічними її особливостями. Крім цього, на кінцевій фаланзі частіше буває підшкірний панарицій з переходом інфекції на кістку.

Залежно від змін, які відбуваються в кістці, у перебігу кісткового панарицію розрізняють три стадії: перша характеризується остеопорозом фаланги, друга – періостальною реакцією і третя – деструкцією кістки, змертвінням її ділянки і утворенням секвестру.

Рентгенологічно розрізняють три види секвстрації: крайову, суб-тотальну і тотальну, тобто повний некроз фаланги з втягненням у процес суглоба.

На перших стадіях розвитку кістковий панарицій за перебігом нагадує підшкірний. Хворий скаржиться на сильний біль у ділянці фаланги, набряк, почервоніння шкіри. Характерне місцеве підвищення температури. Залежно від ураження фаланга набуває вигляду булави або веретена. Її пальпація супроводжується різким болем, рухи в пальці обмежені.

При вторинному панариції, коли запальний процес переходить на кістку з м'яких тканин, загальний стан хворого різко погіршується, місцеві і загальні клінічні ознаки наростають.

У перші дні під час рентгенологічного дослідження кістки патологічних змін не виявляють. Вони з'являються не раніше 10–12-ї доби. В цей час на рентгенограмі вже помітна деструкція кістки. Секвестральних колекцій при кістковому панариції не спостерігається.

Лікування кісткового панарицію оперативне, і чим швидше воно проведене, тим кращий наслідок. Операцію виконують під наркозом. Розрізи – як і при підшкірному панариції. Розрізують м'які тканини до кістки. При цьому треба бути обережним, щоб не пошкодити суглоба. Якщо кістка фаланга змінена, є в ній секвстри, показано видалення її разом зі змертвілими тканинами. Коли секвестр хоча б незначно з'єднаний з окістям, його треба зберегти.

У післяопераційний період застосовують антибіотики: внутрішньом'язово, внутрішньовенно, в навколишні м'які тканини, безпосередньо у кістку, шляхом іонофорезу. Добрий ефект дають антибіотики тетрациклінової групи, які мають здатність відкладатися в кістковій тканині. Проводять електрофорез кальцію, а пізніше – опромінення ураженої фаланги кварцом.

*Пандактиліт* (рис. 7) – це звичайна форма панарицію, за якої в патологічний процес втягаються всі тканини пальця – шкіра, підшкірна основа, суглоб, сухожилок, кістка. Як первинне захворювання пандактиліт зустрічається рідко. Частіше він є наслідком поширення на тканини пальця інших видів панарицію. Пандактиліт перебігає за типом вологого некрозу з розплавленням тканин і лише при кістковому панариції кінцевої фаланги – у вигляді сухого некрозу.

При пандактиліті уражений палець різко збільшений у об'ємі, шкіра гіперемована з ціанотично-багряним відтінком. Набряк поширюється на тильну поверхню кисті.

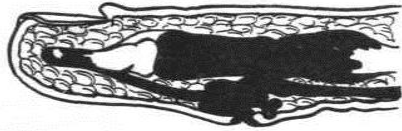


Рис. 7. Пандактиліт

З'являється сильний біль у пальці. На шкірі можуть бути помітні рани від проведених оперативних втручань або норицеві ходи після проривання підшкірного, суглобового чи сухожилкового панариціїв. З ран виділяється густий гній. Клінічний перебіг характеризується вираженими явищами інтоксикації (головний біль, висока температура тіла, тахікардія). Захворювання ускладнюється кубітальним і пахвовим лімфаденітом.

Лікування пандактиліту повинно бути комплексним. Операцію проводять під наркозом (внутрішньовенним або інгаляційним масковим). На бічних поверхнях пальця проводять паралельні розрізи всіх м'яких тканин до кістки. Іноді вони захоплюють всі три фаланги. Розкривають уражений суглоб і сухожилкові піхви. На особливу увагу під час операції заслуговує поведінка хірурга з кістковими фрагментами. Видаляють лише явно некротизовані ділянки кістки, які втратили зв'язок з окістям. Вирішують некротизовані тканини і грануляції. Після цього рану промивають антисептичним засобом (антибіотиком) і дрениують. Палець і кисть іммобілізують гіпсовою пов'язкою.

У післяопераційний період проводять загальне і місцеве (внутрішньовенне, внутрішньокістково) введення антибіотиків, фізіотерапевтичні процедури. При перев'язках застосовують протеолітичні ферменти.

У деяких випадках (у разі задоволеного процесу) виконують ампутацію чи екзартикуляцію пальця. Показання до однієї з цих операцій на I пальці повинні бути абсолютними. Навіть за відсутності в післяопераційний період рухомості в суглобах I пальця зберігається його важлива функція – протистояння іншим пальцям. А тому в будь-якому разі треба зберегти I палець.

У профілактиці панарицію велику роль відіграє своєчасна і повноцінна обробка будь-якої травми на пальцях. З цією метою рекомендують провести ретельний туалет шкіри в місці травми. Добре зробити ванночку з теплим антисептичним розчином, після чого ділянку рани і шкіру довкола неї треба змазати 2 % розчином йоду спиртовим і прикрити вологовисихаючою спиртовою пов'язкою, пов'язкою з фурациліном чи діакрином. Уражений палець на 2–3 доби іммобілізують. Якщо мікротравма поверхнева і захоплює лише епідермальний шар, її можна прикрити плівковою пов'язкою (колодій, клей БФ-6, плівкові бактерицидні пов'язки типу "Синтокол", "Синтопласт", "Фурапласт").

Ліквідація запального процесу в пальці – лише половина завдання, яке стоїть перед хірургом при цій патології. Важливе значення мають збереження функціональної здатності пальців і відновлення працездатності хворого. Головна роль щодо цього належить реабілітаційній терапії.

Про функцію кисті треба дбати ще в процесі лікування. У період гострого запального процесу показана іммобілізація ураженого пальця (чи пальців) у функціонально вигідному положенні. Іммобілізація всіх пальців, крім першого, в положенні повного розгинання є помилковою, бо завжди призводить до тугорухомості. Треба іммобілізувати один палець у функціонально вигідному положенні за обов'язкового активного руху всіма здоровими пальцями. Тривалість іммобілізації – не довше 10–14 діб (на період гострих запальних явищ). Наступної доби після операції треба вже починати функціональне лікування. Під час перев'язки (занурюють кисть чи палець у теплу воду) рекомендують легкі активні рухи ураженим пальцем. Ранні рухи всіх пальців є найкращою вправою для стимуляції кровообігу і боротьби з болем та набряком. Рухи повинні бути дозованими, адекватними як за характером, так і інтенсивністю. Вони не повинні супроводжуватися болем.

Теплові процедури теж треба дозувати, бо тривале застосування гарячих ванн сприяє припливу крові до кисті і збільшенню набряку, що в свою чергу підтримує тугорухомість.

Помилкою слід вважати відсутність будь-яких рухів хворим пальцем до зняття гіпсової пов'язки, коли функціональне лікування починають лише після загоєння рани. Помірний масаж пальців кисті, фізіотерапевтичні процедури в післяопераційний період, лікувальна фізкультура, стимулюючий рух пальців і кисті не лише протидіють утворенню контракту, але й є шляхом поліпшення циркуляції і нейротрофіки та зупиняють процес іммобілізаційної і токсичної атрофії тканин.

*Флегмони кисті* розвиваються як у зв'язку з панариціями і поширенням інфекції по сухожильних піввах на кисть, так і внаслідок проникнення патогенної мікрофлори в м'які тканини власне кисті при травмах її і запальних процесах шкіри. Розрізняють флегмони міжпальцеві, простору тенара і гіпотенара, центральні, або медіанні, преапоневротичні і субапо-

невротичні, U-подібні флегмони кисті та передпліччя, а також тильної поверхні кисті (підшкірні та глибокі), комісуральні (мозольний абсцес). Поверхневі долонні флегмони або абсцеси виникають звичайно внаслідок нагноєння мозолі або проникнення мікрофлори через тріщини та пошкодження шкіри. Характеризуються припухлістю і почервонінням шкіри долонної поверхні, болем, незначними порушеннями загального стану. Лікування – хірургічне: розкриття поздовжнім або поперечним (по складках) розрізом.

*Міжпальцеві флегмони* є наслідком переходу підшкірного панарицію основної фаланги II, III, IV або V пальців на кисть або прямого потрапляння мікрофлори під шкіру міжпальцевого простору при мікротравмах. Спостерігаються ці флегмони зазвичай в II–III і IV міжпальцевих просторах і проявляються локальним болем, набряком і гіперемією шкіри, збільшенням відстані між пальцями, згинанням пальців і порушенням функції кисті. Загальні явища не виражені. Лікування хірургічне: розкриття флегмони поздовжнім розрізом з боку долоні, а іноді і з тилу, видалення гною і некротизованих тканин, промивання порожнини рани антисептичними розчинами і дренивання гумовою смужкою або хлорвініловою трубкою.

*Флегмона фасціального простору тенара* може виникати при гострому тендовагініті або підшкірному панариції I і II пальців внаслідок переходу на нього інфекції при флегмоні середнього долонного простору або інфікування його при травмі. Ця флегмона найпоширеніша з флегмон кисті. Симптоми: округла припухлість ділянки тенара, перифокальний набряк простору з боку тилу кисті, гіперемія шкіри і гострий біль (як спонтанна, так і при натисканні) в ділянці припухлості. При цій флегмоні гній може поширитися на тильну сторону кисті в I міжпальцевий проміжок. Лікування хірургічне: розкриття флегмони по внутрішньому краю тенара на рівні 2 дистальних третин. Щоб уникнути поранення рухової гілки п. medianus, протиставляється та приводиться I палець кисті. Розріз не можна продовжувати в проксимальному напрямку. При поширенні гною на тил кисті додатково роблять розріз з тилу по її внутрішньому краю. Серединна глибока субапоневротична флегмона кисті може розташовуватися як безпосередньо між долонним апоневрозом і сухожиллями глибокого згинача, так і між останніми та п'ястковими кістками. Ця флегмона є наслідком занесення мікрофлори при відкритій травмі або виникає як ускладнення підшкірних і сухожильних панарицій II–V пальців, флегмони тенара і ліктьового тенобурситу. Характеризується важким перебігом. Прояви: різкий біль, висока температура тіла, інтоксикація, напружена припухлість долоні і виражений набряк тилу кисті, згинання пальців. Лікування – хірургічне: широкий розтин поздовжнім розрізом і дренивання серединного долонного простору з перманентним промиванням рани антисептичними розчинами.

*Флегмони гіпотенара і тилу кисті* (підшкірні та субфасціальні) бувають рідко. U-подібна флегмона виникає зазвичай внаслідок проникнення мікрофлори при сухожильному панариції I або V пальців в радіальну або ульнарну синовіальні сумки, розвитку гнійного тенобурситу з переходом інфекції з однієї сумки на іншу в проксимальному відділі кисті (де вони зазвичай стикаються один з одним) і поширення процесу в ретроградному напрямку. Рідко флегмони утворюються при переході інфекції на названі сухожильні сумки з сухожильних піхв II–III і IV пальців при їх панарицій. Прояви: різкий набряк всієї кисті як з долонного, так і з тильного боку, різкий біль, висока температура тіла, озноб. Пальці зігнуті. U-подібна флегмона нерідко (при прориві гною з сумки) поширюється на передпліччя і навіть плече. Можливий розвиток сепсису. Лікування U-подібної флегмони хірургічне: розріз в ділянці простору Пирогова–Пароні і на долонній поверхні кисті.

### **Система навчальних завдань для перевірки кінцевого рівня знань**

1. Розрізняють усі зазначені форми панарицію, за винятком:
 

<i>A. Шкірної.</i>	<i>C. Сухожилкової.</i>	<i>E. Долонної.</i>
<i>B. Підшкірної.</i>	<i>D. Кісткової.</i>	
2. U-подібна флегмона розвивається при поширенні інфекції з сухожилля наступних пальців:
 

<i>A. I і III.</i>	<i>B. I і IV.</i>	<i>C. I і V.</i>	<i>D. II і IV.</i>	<i>E. II і III.</i>
--------------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------
3. Лікування сухожилкового панарицію починається з:
 

<i>A. Імобілізації.</i>	<i>C. Розрізу.</i>	<i>E. Накладання компресу.</i>
<i>B. Пункції.</i>	<i>D. Дренажу.</i>	
4. Пароніхія – це запалення:
 

<i>A. Всієї тканини пальця.</i>	<i>D. Міжфалангового суглоба.</i>
<i>B. Нігтьової складки.</i>	<i>E. Сухожилля.</i>
<i>C. Нігтьового ложа.</i>	
5. Пандактиліт – це гнійне запалення:
 

<i>A. Нігтя.</i>	<i>D. Сухожилля.</i>
<i>B. Підшкірної клітковини.</i>	<i>E. Всіх тканин пальців.</i>
<i>C. Нігтьової складки.</i>	
6. Панарицій часто виникає при проникненні інфекції:
 

<i>A. Лімфогенним шляхом.</i>	<i>D. Шляхом імплантації.</i>
<i>B. Гематогенним шляхом.</i>	<i>E. Ендогенним шляхом.</i>
<i>C. Екзогенним способом.</i>	
7. Розрізняють кістковий панарицій:
 

<i>A. Первинний, вторинний.</i>	<i>Г. Гнійний, набряклий.</i>
<i>B. Гострий, хронічний.</i>	<i>D. Простий, комбінований.</i>
<i>B. Гострий, підгострий, затяжний.</i>	

8. Наявність запалення в підшкірній клітковині пальця характерна для:

*А. Шкірного панарицію.*

*Д. Пароніхії.*

*В. Підшкірного панарицію.*

*Е. Пандактиліту.*

*С. Кісткового панарицію.*

### Література

1. Загальна хірургія : підручник / С. Д. Хіміч, М. Д. Желіба, І. Д. Герич та ін. ; за ред. С. Д. Хіміча, М. Д. Желіби. – 3-є вид., перероб. і доп. – Київ : ВСВ "Медицина", 2018. – 608 с.

2. Загальна хірургія: підручник / за ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова, В. О. Шідловського. – Вінниця : Нова Книга, 2018. – 344 с.

3. Курс лекцій з загальної хірургії : навч.-метод. посібник / О. І. Дронов, В. О. Сипливий, І. О. Ковальська та ін. – 2-е вид, допов. – Київ : МВЦ "Медіаформ", 2011. – 487 с.

4. Оцінка важкості стану хірургічного хворого / В. О. Сипливий, О. І. Дронов, К. В. Конь, Д. В. Євтушенко. – Київ : Майстерня книги, 2009. – 128 с.

5. Сборник тестов по общей хирургии : учеб. пособие / В. А. Сипливый, Г. Д. Петренко, А. Г. Гузь и др. – Харьков : ХНМУ, 2014. – 156 с.

6. Антибиотики и антибактериальная терапия в хирургии / В. А. Сипливый, А. И. Дронов, Е. В. Конь, Д. В. Евтушенко. – Киев, 2006. – 100 с.

7. Гостищев В. К. Общая хирургия : учебник / В. К. Гостищев. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 728 с.

8. Петров С. П. Общая хирургия / С. П. Петров. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 728 с.

9. Кузин М. И. Раны и раневая инфекция / М. И. Кузин, Б. М. Костюченко. – Москва : "Медицина", 1981. – 688 с.

10. Догляд за хворими хірургічного профілю / В. П. Польовий, О. Й. Хомко, С. П. Польова та ін. – Чернівці : Медуніверситет, 2012. – 380 с.

11. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия / С. Попкиров. – София : Медицина й физкультура, 1974. – 483 с.

12. Українсько-латинсько-англійський медичний тлумачний словник : в 2 т. / за ред. Л. Петрух та М. Павловського. – Львів : Видавнича спілка "Словник" Львівського держ. мед. ун-ту, 1995. – Т. I. – 656 с. – Т. II. – 788 с.

13. Юрихин А. П. Десмургия / А. П. Юрихин. – 3-е изд., стереотипн. – Ленинград : Медицина, 1984. – 120 с.



*Навчальне видання*

# **Гострі гнійні захворювання м'яких тканин та кисті. Гнійні рани**

***Методичні вказівки  
для самостійної роботи  
та підготовки до практичного заняття  
студентів 3-го курсу  
II та IV медичних факультетів  
з дисципліни "Сестринська практика"***

Упорядники      Сипливий Василь Олексійович  
                         Доценко Володимир Васильович  
                         Робак Всеволод Ігорович  
                         Петренко Григорій Дмитрович  
                         Гузь Анатолій Гаврилович  
                         Петюнін Олексій Геннадійович  
                         Грінченко Сергій Володимирович  
                         Євтушенко Дмитро Васильович  
                         Курбатов Вадим Олексійович  
                         Євтушенко Олександр Васильович

Відповідальний за випуск      В. О. Сипливий



Редактор Е. Є. Депрінда  
Коректор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. .1,5. Зам. № 20-34054.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
[izdatknmurio@gmail.com](mailto:izdatknmurio@gmail.com)**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.