

**Панарицій, флегмони кисті:
особливості анатомічної будови кисті, етіологія,
патогенез, клініка, діагностика, лікування.
Лімфангіт, лімфаденіт: етіологія, патогенез,
клініка, діагностика, принципи лікування**

***Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Загальна хірургія"***

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**Панарицій, флегмони кисті:
особливості анатомічної будови кисті, етіологія,
патогенез, клініка, діагностика, лікування.
Лімфангіт, лімфаденіт: етіологія, патогенез,
клініка, діагностика, принципи лікування**

***Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Загальна хірургія"***

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 3 від 20.05.2020.

**Харків
ХНМУ
2020**

Панарицій, флегмони кисті: особливості анатомічної будови кисті, етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування. Лімфангіт, лімфаденіт: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, принципи лікування : метод. вказ. до практ. занять та самост. роботи студентів 3-го курсу II та IV мед. фак-тів з дисципліни "Загальна хірургія" / упоряд. В. О. Сипливий, В. В. Доценко, В. І. Робак та ін. – Харків : ХНМУ, 2020. – 24 с.

Упорядники В. О. Сипливий
 В. В. Доценко
 В. І. Робак
 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 фурункула, карбункула, гідраденіту, маститу, парапроктиту, бешихи, що необхідно для подальшого навчання студентів та практичної лікарської діяльності.

МЕТА ЗАНЯТТЯ

Вивчити основи розвитку, перебігу та лікування гострих гнійних захворювань кисті.

Знати (теоретичні питання):

1. Загальні етіологічні та патогенетичні механізми розвитку місцевих хірургічних інфекційних захворювань кисті.
2. Визначення понять окремих місцевих хірургічних інфекційних захворювань кисті.
3. Загальну та місцеву симптоматику гострих хірургічних інфекційних захворювань кисті.
4. Методи діагностики і диференційної діагностики.
5. Основні оперативні втручання при гострих гнійних захворюваннях кисті.
6. Етіологію, класифікацію гострих гнійних захворюваннях 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, заміну дренажів хворому з гнійною ранною, накладання мазевих пов'язок.
11. Класифікацію та механізми дії антисептичних препаратів для промивання гнійних ран.

12. Особливості хірургічної анатомії пальців і кисті, які мають значення для перебігу, діагностики, лікування панарицію та флегмони кисті.

13. Класифікацію панарицію і флегмони кисті.

15. Показання до консервативного і оперативного лікування панарицію та флегмони кисті.

16. Методи знеболювання і оперативних втручань при різних формах панарицію та флегмони кисті.

17. Техніку виконання дослідження, що дозволяє диференціювати різні форми панарицію та флегмони кисті, за допомогою пуговчатого зонда.

Вміти:

1. Діагностувати клінічні прояви гнійної інфекції кисті.

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

Володіти практичними навичками:

1. Діагностики окремих видів місцевих інфекційних хірургічних захворювань кисті.

2. Діагностики місцевих реакцій гнійної інфекції кисті.

3. Лікування місцевих інфекційних хірургічних захворювань кисті.

4. Проводити диференційну діагностику панарицію і флегмони кисті з іншими гнійно-запальними процесами м'яких тканин, які можуть локалізуватися на пальці і долоні.

5. Вибирати метод знеболення та спосіб оперативного втручання при різних формах панарицію та флегмони кисті.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАТЬ-УМІНЬ

Дисципліна	Знати	Вміти
Анатомія (топографічна)	Анатомію кисті (з огляду на можливі шляхи поширення гнійно-септичних процесів)	Визначити анатомічне розміщення місцевого гнійного процесу
Гістологія	Гістологічну структуру тканин кисті	
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 фармакокінетику та фармакодинаміку	Виписати рецепти антибактеріальних і протизапальних препаратів

ЗМІСТ ТЕМИ

Панарицій (paranitium) – 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 кисті.

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 більше жирової основи, ніж на тильній. Тут немає підшкірної фасції, а безпосередньо від сосочкового шару, майже перпендикулярно, ідуть щільні сполучнотканинні тяжі, які на кінцевій фаланзі влітають 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 комірки. 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 комірок не дають можливості поширюватися запальному процесу по площині, але сприяють проникненню інфекції в бік кістки.

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

Задня поверхня кінцевої фаланги захищена нігтем. Нігтьова пластинка має чотирикутну форму. Проксимальні й бічні краї заглиблені 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).

Сухожилльні 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. Сухожилльні 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 сухожилльних піхв цих пальців мають тяжчий перебіг і ускладнюються глибокими флегмонами кисті. Запалення сухожилків II–IV пальців обмежене 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 кровоносними судинами розсипного 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 нервів: ліктьового, променевого і серединного, які, розпадаючись на кінцеві гілки, іннервують відповідні ділянки. Найкраще іннервовані подушечки кінцевих фаланг, що пояснює 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, професія яких пов'язана з можливістю травмування пальців (працівники рибоборобної промисловості, м'ясники, кухарі, медичні працівники, особливо хірурги і акушери, та ін.).

Більші травми рідше спричинюють панарицій, бо їм приділяють більшу увагу. Частіше причиною панарицію є стрептококи і стафілококи. Запальний процес на пальцях частіше виникає тоді, коли шкіра їх суха, змозоліла.

У більшості хворих панарицій локалізований на правій руці через її 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 (навколонігтьовий, 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 виникає у разі неглибокого проникнення інфекції. Запальний процес при цьому розвивається під епідермісом (рис. 1).

Останній відшаровується і утворюється пухир, заповнений гноем. Частіше цей вид панарицію локалізується на долонній поверхні пальця. Поява пухиря супроводжується незначним болем, який поступово збільшується. Пухир може досягати таких розмірів, що захоплює іноді всю фалангу. На тильній поверхні кисті і передпліччя з'являються ознаки лімфангіту, що супроводжується підвищенням температури тіла. Загальний стан хворого при такому виді панарицію звичайно не порушується.

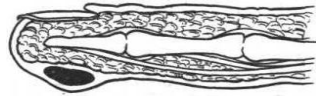


Рис. 1. Шкірний панарицій

Лікування шкірного панарицію оперативне: обробивши операційне поле, ножичками по краях зрізують пухир. Гній та некротизований епідерміс видаляють. Після цього треба переконатися, чи не має підшкірний 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 ускладнюється 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 виникає найчастіше (рис. 2). 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).

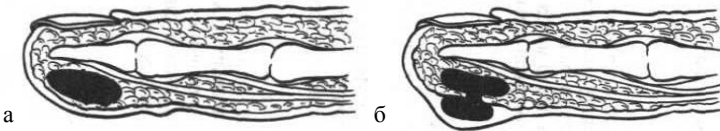


Рис. 2. Підшкірний панарицій
 а – підшкірний панарицій;
 б – підшкірний панарицій у вигляді "запонки"

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, перешкоджають поширенню набрякової рідини, 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 кровонесних судин.

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

Хворі з підшкірним панарицієм на перших порах рідко звертаються за допомогою 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 внутрішньовенно (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 ефекту від консервативної терапії протягом 1–2 діб показано оперативне лікування. Проводити його треба 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 болочості. Після розкриття осередку запалення і створення умов для евакуації гною вирізають некротизовані тканини. Рану дрениують гумовими смужками. Не рекомендується застосовувати марлеві тампони, бо вони швидко висихають і гальмують вплив 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 – це запалення нігтьового валика (*рис. 3, а*). Частіше причинами виникнення пароніхії є мікротравми тильної поверхні кінцевої фаланги, поблизу нігтя, задирки. Характеризується пароніхія болючою припухлістю принігтьового 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 (*рис. 3, б*). Під час натискування з-під шкірного валика виділяється гній. Загальний стан хворих майже без змін.

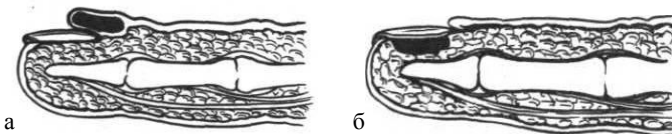


Рис. 3.

а) пароніхія; б) піднігтьовий панарицій

За локалізацією гною розрізняють поверхневу (субепідермальну) і глибоку пароніхію. При останній гній накопичується в товщі нігтьового валика.

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 у 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 травми та інфікування дистального краю нігтя (піднігтьового ложа). Причиною його є різні задири, 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) виникає у разі переходу запального процесу з підшкірної основи або за безпосереднього ушкодження сухожилкової піхви. Зі всіх запальних процесів цей вид найнебезпечніший, бо при ураженні I і V пальців може поширитися на долоню і передпліччя, що згодом призводить до порушення функції не лише пальців, але й кисті. Запалення сухожилка виникає легко, бо він відносно слабо кровопостачається, а замкнена порожнина, якою є піхва, створює сприятливі умови для розмноження мікробів (рис. 4).

Сухожилки тилу кисті стійкіші до інфекції і, як правило, не втягуються в запальний процес.

Несприятливий 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 набрякли, найменші рухи, особливо розгинання, супроводжуються сильним болем. Різкий біль з'являється й у разі доторкання 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 °С, 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 проведена операція, тим кращі наслідки. Річ у тому, 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.

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 дрениують 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



Рис. 4. Сухожилковий панарицій

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 – це гнійне запалення міжфалангових і п'ястково-фалангових суглобів (рис. 5). 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 з сусідніх тканин (при підшкірному, сухожильному, 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. Характерно 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.

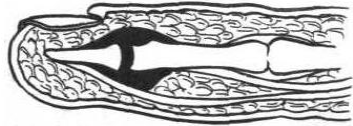


Рис. 5. Суглобовий панарицій

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.

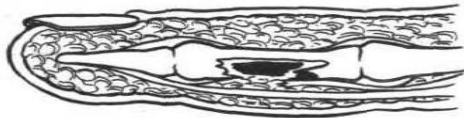
Оперативне лікування суглобового панарицію полягає в проведенні на тильно-бічній поверхні пальця двох паралельних розрізів. Розкривають суглоб, вирізають грануляції і уражені ділянки капсули, промивають суглобову порожнину і дрениують. Під час розкриття суглоба бажано зберегти

бічні зв'язки. Коли патологічним процесом уражені суглобові хрящі, проводять економну резекцію суглоба. Імобілізація пальця і кисті потрібна протягом 2 тиж.

При суглобових панариціях важливо зберегти функцію пальця (особливо I). Тому після затихання гострих явищ необхідні ранкова лікувальна гімнастика, застосування фізіотерапевтичних процедур.

Кістковий панарицій (остеомиєліт кісткових фаланг) – це гнійне запалення пальця зі втягненням у процес кісткової тканини (рис. 6).

Як і попередні форми панарицію, кістковий панарицій 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.

Рис. 6. Кістковий панарицій

Первинний кістковий панарицій частіше уражує кінцеву фалангу. На основній і середній фалангах розвивається вторинний остеомиєліт.

Серед інших форм запальних процесів пальців на кістковий панарицій припадає від 5 до 6,3 %.

Частіше уражається кінцева фаланга, що зв'язано з її анатомо-фізіологічними 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 секвестрації: крайову, субтотальну і тотальну, тобто повний некроз фаланги зі втягненням у процес суглоба.

На перших стадіях розвитку кістковий панарицій за перебігом нагадує підшкірний панарицій. 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 коробок при кістковому панариції не спостерігається.

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

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

Пандактиліт – це звичайна форма панарицію, за якої в патологічний процес втягуються 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 розпленням тканин і лише при кістковому панариції кінцевої фаланги – у вигляді сухого некрозу (рис. 7).

При пандактиліті уражений палець різко збільшений у об'ємі, шкіра гіперемована з ціанотично-багряним відтінком. набряк поширюється на тильну поверхню кисті. 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. Вирізають некротизовані тканини і грануляції. Після цього рану промивають антисептичним засобом (антибіотиком) і дрениують. Палець і кисть іммобілізують гіпсовою пов'язкою.

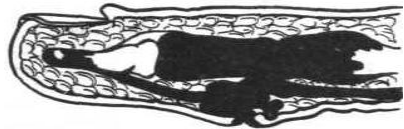


Рис. 7. Пандактиліт

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

У деяких випадках (у разі задавненого 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 постало 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, окрім 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 за 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, стимулюючи рух пальців і кисті, не лише протидіють утворенню контракту, але й шляхом поліпшення циркуляції і нейротрофіки зупиняють процес імобілізаційної і токсичної атрофії тканин.

Флегмони кисті розвиваються як у зв'язку з панариціями і поширенням інфекції по сухожильним півхам на кисть, так і внаслідок проникнення патогенної мікрофлори в м'які тканини власне кисті при її травмах її і запальних процесах шкіри. Розрізняють флегмони міжпальцеві, простору тенара і гіпотенара, центральні, або медіанні, преапоневротичні і субапоневротичні, 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 у 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 дронування 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 межпальцевий проміжок. Лікування хірургічне: розкриття флегмони по внутрішньому краю тенара на рівні 2 дистальних третин. Щоб уникнути поранення рухової гілки п. *medianus*, розріз не можна продовжувати в проксимальному напрямку. При поширенні гною на тил кисті додатково роблять розріз з тилу по внутрішньому краю I п'ясткової кістки. Середина глибока субапоневротична флегмона кисті може розташовуватися як безпосередньо між долонним апоневрозом і сухожиллями глибокого згинача, так і між останніми та п'ясною кістками. Ця флегмона є наслідком занесення мікрофлори при

відкритій травмі або виникає як ускладнення підшкірних і сухожильних панариціїв 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 дренування 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 у 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 півів II–III і IV пальців при їх панариціях. 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 у ділянці простору Пирогова–Парона і на долонній поверхні кисті.

Лімфангіт (limfangitis) – запалення лімфатичних судин, що ускладнює запальні захворювання.

Проникнення мікробів у міжклітинний простір спостерігається завжди, при будь-якому захворюванні, але клінічні прояви можливі лише при виражених запальних змінах судин.

Етіологія і патогенез. Найбільш частим збудником лімфангіту є стафілокок, інші гнійні збудники зустрічаються рідше.

Лімфангіт – захворювання вторинне. Він ускладнює перебіг такої патології, як фурункульоз, карбункульоз, абсцеси, флегмони, панариції, нагноєні рани та ін.

Запальний процес вражає як поверхневі, так і глибокі лімфатичні судини. У стінці лімфатичної судини і навколишніх тканинах виникають набряк, інфільтрація тканин лімфоцитами з явищами перилімфангіту.

Класифікація лімфангіту:

- а) поверхневий;
- б) глибокий;
- в) змішаний.

Діагностика. Скарги на виникнення болочих тяжів та почервоніння шкіри над ними, підвищення температури тіла до 38–39 °С, загальну слабкість, озноб.

Анамнез. В анамнезі є гнійні захворювання шкіри або підшкірної клітковини.

Дані об'єктивного обстеження. При огляді спостерігаються яскраво-червоні смуги, які направляються від первинного вогнища (фурункул, карбункул, панарицій та ін.) до найближчого лімфатичного вузла (стовбуровий лімфангіт). В інших випадках можна спостерігати багато тонких червоних смуг, які зливаються в одну густу сітку (сітчастий лімфангіт). Як правило, пальпуються збільшені лімфатичні вузли.

Приєднання гострого лімфангіту при тому або іншому гнійному процесі вказує на прогресування основного захворювання і посилює важкість його перебігу. Як правило, температура тіла підвищується до 39–40 °С, супроводжуючись ознобом, головним болем, підвищеною пітливістю, слабкістю, високим лейкоцитозом. При сітчастому лімфангіті спостерігається виражена гіперемія шкіри, схожа на бешихову, але без чітких меж; іноді можна визначити сітчастий малюнок у зоні інтенсивного почервоніння. При стовбуровому (тункулярному) лімфангіті гіперемія має вид окремих смуг, що йдуть від вогнища запалення до зони регіонарних лімфатичних вузлів – до пахової ямки або пахової складки; шкіра набрякла. При пальпації наголошуються болючі ущільнення у вигляді тяжів по ходу лімфатичних судин. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, щільні, болючі при пальпації.

При залученні до процесу глибоких лімфатичних судин гіперемія шкіри відсутня, визначаються болі в кінцівці, набряк, болючість при глибокій пальпації і рання поява лімфаденіту. При перилімфангіті визначаються ділянки ущільнення тканин по ходу лімфатичних судин.

Диференційна діагностика проводиться з бешихою, еритемою, тромбофлебітом поверхневих вен.

Лікування направлене перш за все на ліквідацію первинного вогнища: розтин абсцесу, флегмони, гнійних набряків, дренивання гнійників. Антибактеріальну терапію призначають з урахуванням характеру мікробної флори і її лікарської стійкості. Важливі створення спокою, піднесення положення ураженого органа; з цією метою використовують іммобілізацію кінцівки.

Профілактика лімфангіту полягає у ретельному і своєчасному первинному хірургічному обробленні ран, іммобілізації кінцівки, своєчасному розтині і дрениванні гнійних вогнищ, регіональній антибактеріальній терапії.

Лімфаденіт (lymphadenitis) – запалення лімфатичних вузлів. Виникає як ускладнення різних гнійних-запальних захворювань (гнійна рана, фурункул і карбункул, панарицій, бешихове запалення, остеомієліт, тромбофлебіт, трофічна виразка та ін.) і специфічних інфекцій (туберкульоз, чума, актиномікоз).

Етіологія і патогенез. Збудниками захворювання є гнійні мікроорганізми, проникаючі в лімфатичні вузли по лімфатичних судинах. Вкрай рідко мікроорганізми проникають у вузли гематогенним шляхом. Можливе контактне розповсюдження інфекції.

Запальний процес починається з серозного набряку (простий, катаральний лімфаденіт), який може перейти в гнійний, а при гнійному запаленні навколишніх тканин розвивається аденофлегмона.

Класифікація. За формою запалення: а) серозний; б) гнійний; в) аденофлегмона. За перебігом: а) гострий; б) хронічний.

Діагностика

1. Скарги на збільшення лімфатичних вузлів та високу температуру тіла.
2. Анамнез. В анамнезі слід шукати первинне запальне вогнище (фурункул, карбункул, панарицій, інфікована рана та ін.).

3. Дані об'єктивного обстеження. В ділянці розташування лімфатичних вузлів спостерігається припухлість, інколи і самі збільшені лімфатичні вузли. При пальпації визначають збільшені, нерухомі, болючі лімфатичні вузли. При нагноєнні лімфатичних вузлів – типові ознаки абсцесу або флегмони: почервоніння шкіри, флюктуація та ін.

4. Програма використання додаткових методів дослідження: а) загальний аналіз крові та сечі; б) біохімічний аналіз крові; в) при не обхідності – консультація гематолога.

Клінічні прояви і діагноз. Гострий лімфаденіт починається з болючості і збільшення лімфатичних вузлів, головного болю, слабкості, нездування, підвищення температури тіла.

Нерідко захворювання протікає одночасно з лімфангітом. При серозному (катаральному) лімфаденіті загальний стан хворих страждає мало. Вони відзначають тупий біль у ділянці регіонарних лімфатичних вузлів; останні збільшені, щільні і болючі при пальпації, не спаяні з навколишніми тканинами; шкіра над ними не змінена.

При гнійному лімфаденіті біль буває різким. Шкіра над вузлами гіперемована, пальпація вузлів болюча; лімфатичні вузли, що чітко пальпуються, зливаються між собою і навколишніми тканинами, стають нерухомими. При аденофлегмоні визначаються розлита гіперемія шкіри, щільний, без чітких меж інфільтрат з вогнищами розм'якшення.

Температура тіла висока – 38–39 °С; з'являються озноб, тахікардія, головний біль, виражена слабкість.

При гнійній флегмоні пальпацією виявляють крепітацію в осередку ураження. Гнійний лімфаденіт може привести до розповсюдження гнійного процесу на клітковинні простори (заочеревинні простори, середостіння та ін.) і до сепсису.

Диференційна діагностика проводиться із: 1) захворюваннями, при яких збільшуються лімфатичні вузли – інфекційними (скарлатина, дифтерія, венеричні захворювання), захворюваннями крові; 2) метастазами пухлин; 3) защемленою стегною грижею; 4) венною або артеріальною аневризмою.

Лікування початкових форм лімфаденіту консервативне: створення спокою для ураженого органа, УВЧ-терапія, активне лікування основного осередку інфекції (свочасний розтин абсцесів, флегмон, раціональне дренирування гнійника, розтин гнійних набряків), антибіотикотерапія. Гнійний лімфаденіт лікують оперативним методом: розкривають абсцеси, аденофлегмони, видаляють гній, рану дрениують. Подальше лікування проводять за принципами лікування гнійних ран.

Система навчальних завдань для перевірки кінцевого рівня знань

1. Розрізняють всі перераховані варіанти панарицію, крім:
*А. Шкірного. В. Кісткового. Д. Сухожилкового.
Б. Підшкірного. Г. Долонного.*
2. Ускладненням підшкірного панарицію 3-го пальця кисті може бути все перераховане, крім:
*А. Сухожилкового панарицію. Г. Флегмони кисті.
Б. Кісткового панарицію. Д. Флегмони передпліччя.
В. Суглобового панарицію.*
3. Ускладненням підшкірного панарицію середньої фаланги 5-го пальця може бути все перераховане, крім:
*А. Тендовагініту.
Б. Некрозу сухожилка згинача пальця.
В. Розвитку флегмони передпліччя.
Г. Розвитку флегмони плеча.
Д. Жирової емболії судин легенів.*
4. Для гнійного тендовагініту 4-го пальця кисті характерні всі симптоми, крім:
*А. Різкої болючості по ходу поверхні кисті.
Б. Гіпертермії.
В. Набряку тилу кисті.
Г. Біль у ділянці шилоподібного відростка.
Д. Фіксоване положення пальців у положенні легкого згинання.*
5. Для підапоневротичної флегмони долонної поверхні кисті характерні всі симптоми, крім:
*А. Набряку тилу кисті.
Б. Болючості при пальпації долоні.
В. Флуктуації.
Г. Обмеження рухливості середніх пальців.
Д. Підвищення температури тіла.*

6. Основною відмінністю еризипелоїду від панарицію є:
- А. Відсутність гіпертермії.*
 - Б. Гіперемія шкіри і набряк пальця.*
 - В. Відсутність локальної болісності.*
 - Г. Виражений свербіж у ділянці набряку.*
 - Д. Почорніння пальця, відсутність чутливості в пальці.*
7. У-подібна флегмона розвивається при поширенні інфекції з сухожильних піхв наступних пальців:
- А. 1 і 3.*
 - В. 1 і 4.*
 - С. 1 і 5.*
 - Д. 2 і 4.*
 - Е. 2 і 3.*
8. При підшкірному панариції розвиваються такі симптоми:
- А. Почорніння пальця, відсутність чутливості в пальці.*
 - Б. Свербіж шкіри, набряк тилу кисті.*
 - В. Пульсуючий біль, набряк пальця.*
 - Г. Розвиток контрактури в пальці, різкий біль.*
 - Д. Гіперемія шкіри, набряк тилу кисті.*
9. При кістковому панариції рентгенологічні ознаки виявляються на:
- А. 1–2-у добу.*
 - В. 1-й тиждень.*
 - Д. 4–5-й тиждень.*
 - Б. 3–5-у добу.*
 - Г. 2–3-й тиждень.*
10. Сітчастий лімфангіт відрізняється від бешихи:
- А. Ураженням всіх шарів шкіри.*
 - Б. Ураженням в основному слизової оболонки.*
 - В. Локалізацією інфекції в сосочковому шарі шкіри.*
 - Г. Відсутністю гіперемії шкіри.*
 - Д. Відсутністю підвищення температури тіла.*

Правильні відповіді

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Г	Д	Д	Г	В	Г	В	В	Г	В

КОРОТКІ МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО РОБОТИ СТУДЕНТІВ НА ПРАКТИЧНОМУ ЗАНЯТТІ

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований (тестовий) контроль початкового рівня підготовки студентів.

Після вивчення даної теми студенти повинні мати уявлення про особливості клінічного перебігу гнійної інфекції м'яких тканин; небезпеки і ускладнення при інфекціях м'яких тканин; показання до оперативного лікування, методи оперативних втручань, ймовірні помилки і небезпеки під час лікування; поняття панарицію, класифікацію інфекцій м'яких тканин; диференційну діагностику; лікування.

Методика проведення заняття та організаційна структура заняття
Технологічна карта заняття

№	Етап заняття	Навчальний час, хв	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Оснащення	
1	Визначення початкового рівня знань Постановка навчальних цілей та мотивація. Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: – поняття панарицію, механізм виникнення панарицію; – класифікація гострих гнійних захворювань кисті; – клінічна картина гострих гнійних захворювань кисті; – діагностика гострих гнійних захворювань кисті; – основні принципи лікування гострих гнійних захворювань кисті	45	Індивідуальне Опитування, рішення ситуаційних завдань. Тести	Таблиця. Класифікація гострих гнійних захворювань кисті	Навчальна кімната
2	Вирішення навчальних завдань теми. 1. Показання до оперативного методу лікування. 2. Показання до консервативного лікування. 3. Особливості перев'язок. 4. Методика розтину панарицію. 5. Методи лікування флегмони кисті	25	Практичний тренінг. Індивідуальний контроль навичок	Хірургічний інструментарій, перев'язочний матеріал	Заняття в операційній та перев'язочній
3	Визначення вихідного рівня сформованості знань та вмінь. Підведення підсумків. Контроль та корекція рівня професійних вмінь та навичок. Домашнє завдання (основна і додаткова література за темою)	20	Тести. Задачі	Тести. Задачі. “Короткі” методичні вказівки до роботи на практичному занятті	Навчальна кімната

ЗАПИТАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ

1. Загальні етіологічні та патогенетичні механізми розвитку місцевих хірургічних інфекційних захворювань.
2. Визначення понять окремих місцевих хірургічних інфекційних захворювань.
3. Загальна та місцева симптоматика гострих хірургічних інфекційних захворювань кисті.
4. Методи діагностики і диференційної діагностики.
5. Основні оперативні втручання при гострих гнійних захворюваннях кисті.
6. Етіологія, класифікація гострих гнійних захворюваннях кисті.
7. Структура гнійної перев'язочної, організація санітарно-гігієнічного режиму в ній.
8. Роль медичної сестри в організації хірургічної обробки гнійної рани.
9. Види вторинних швів.
10. Методика промивання дренажних трубок, заміна дренажів хворому з гнійною ранною, накладання мазевих пов'язок.
11. Класифікація та механізми дії антисептичних препаратів для промивання гнійних ран.
12. Особливості хірургічної анатомії пальців і кисті, які мають значення для перебігу, діагностики, лікування панарицію та флегмони кисті.
13. Класифікація панарицію і флегмони кисті.
14. Етіологія, патогенез, клінічні ознаки та особливості перебігу окремих форм панарицію і флегмони кисті, методи діагностики панарицію та флегмони кисті.
15. Показання до консервативного і оперативного лікування панарицію та флегмони кисті.
16. Методи знеболювання і оперативних втручань при різних формах панарицію та флегмони кисті.
17. Техніка виконання дослідження, що дозволяє диференціювати різні форми панарицію та флегмони кисті, за допомогою пуговчатого зонда.

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.
10. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия / С. Попкиров. – София : Медицина й физкультура, 1974. – 483 с.
11. Українсько-латинсько-англійський медичний тлумачний словник: в 2 т. / Видавнича спілка "Словник" Львівського державного медичного інституту. – Львів, 1995. – 786 с.
12. Юрихин А. П. Десмургия / А. П. Юрихин. – 3-е изд., стереотипн. – Ленинград : Медицина, 1984. – 120 с.

Навчальне видання

**Панарицій, флегмони кисті:
особливості анатомічної будови кисті, етіологія,
патогенез, клініка, діагностика, лікування.
Лімфангіт, лімфаденіт: етіологія, патогенез,
клініка, діагностика, принципи лікування**

**Методичні вказівки
до практичних занять та самостійної роботи
студентів 3-го курсу II та IV медичних факультетів
з дисципліни "Загальна хірургія"**

Упорядники Сипливий Василь Олексійович
 Доценко Володимир Васильович
 Робак Всеволод Ігоревич
 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 Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,5. Зам. № 20-33938.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

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