



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования «Саратовский государственный медицинский
университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения
Российской Федерации.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Оперативная хирургия КИСТИ.

Выполнил: Студент 5 гр, 3 курс пед-т.

Бобохонов Билолхон Нумонхонович

Преподаватель : зав. Кафедры охита, профессор,

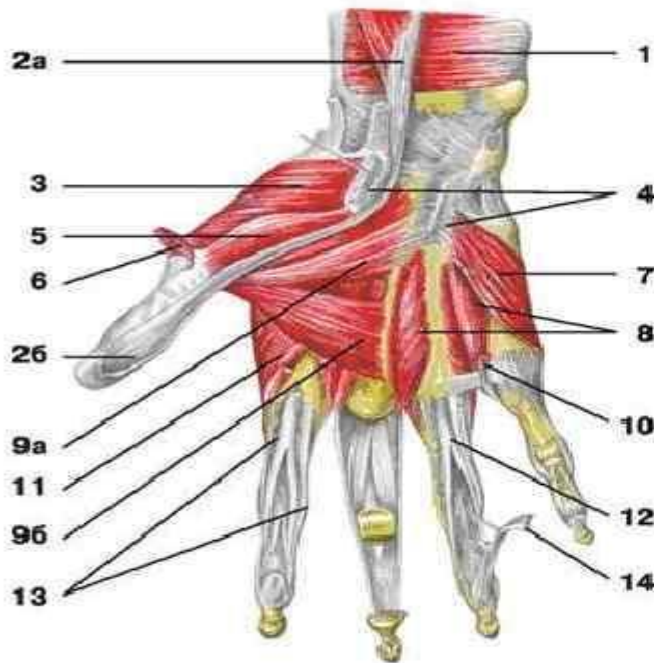
доктор медицинских наук

Алипов Владимир Владимирович

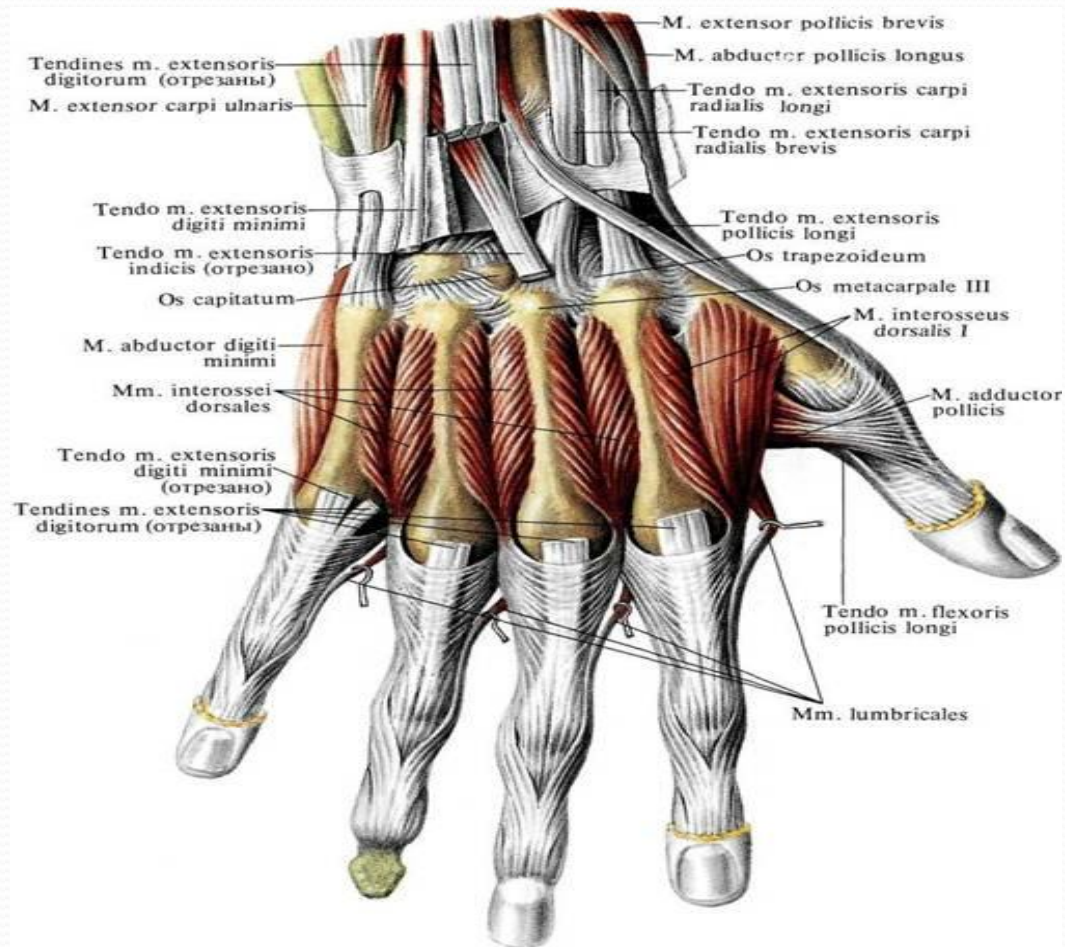
Саратов 2021.

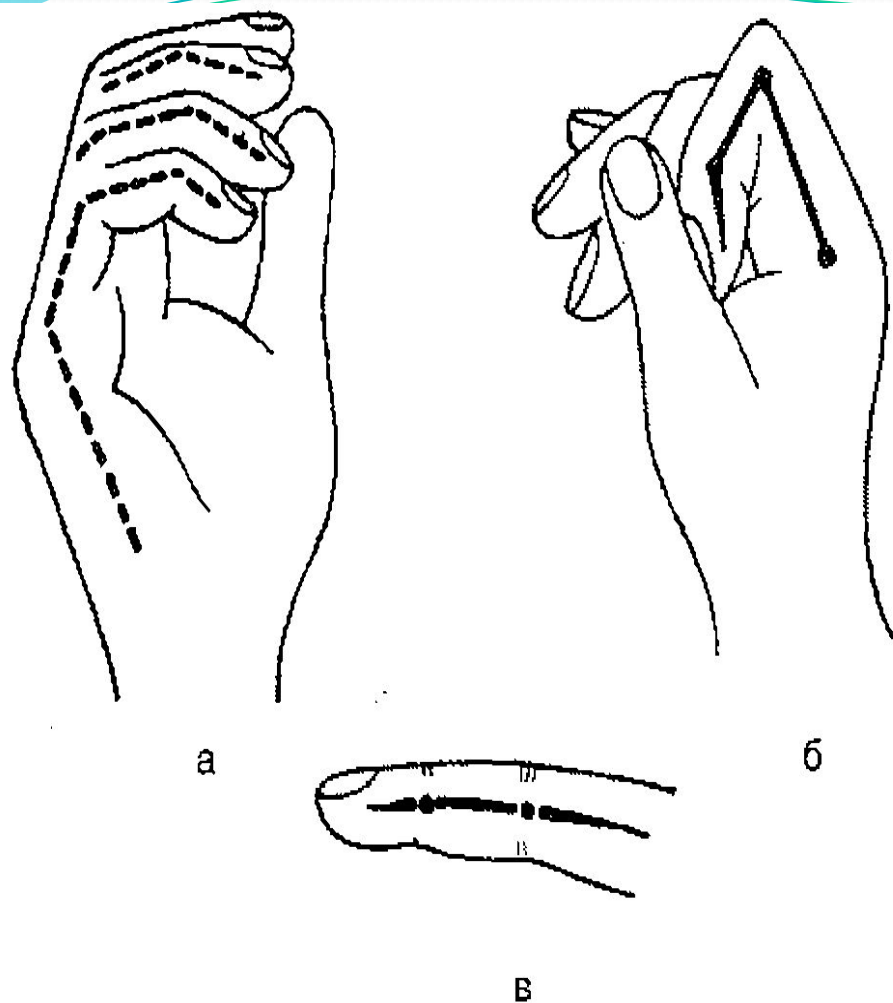
Хирургические и функциональные особенности анатомии кисти.

Мышцы кисти (ладонная поверхность):



- 1 - квадратный пронатор;
- 2 - длинный сгибатель большого пальца кисти: а) брюшко, б) сухожилие;
- 3 - мышца, противопоставляющая большой палец кисти;
- 4 - удерживатель сгибателей;
- 5 - короткий сгибатель большого пальца кисти;
- 6 - короткая мышца, отдающая большой палец кисти;
- 7 - мышца, приводящая мизинец;
- 8 - ладонные межкостные мышцы;
- 9 - мышца, приводящая большой палец кисти: а) косая головка, б) поперечная головка;
- 10 - червеобразная мышца;
- 11 - дорсальная межкостная мышца;
- 12 - сухожилие поверхностного сгибателя пальцев;
- 13 - влагалище сухожилий пальцев кисти;
- 14 - сухожилие глубокого сгибателя пальцев





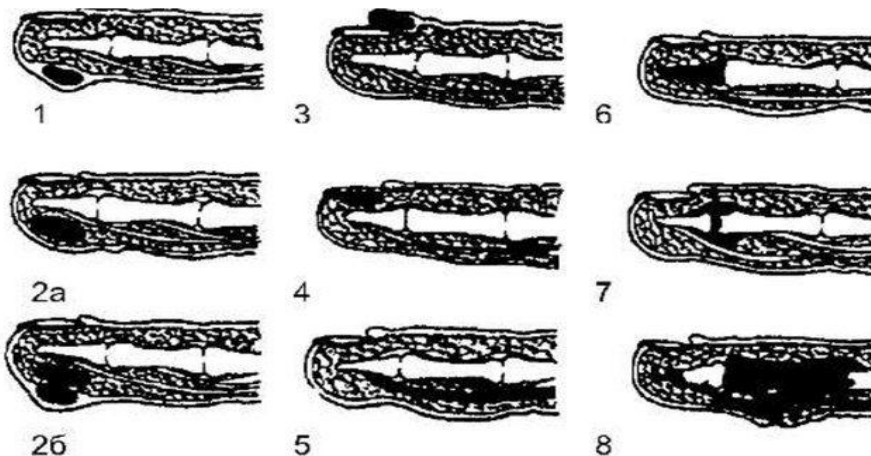
Разрез по «нейтральной» линии обладает тем преимуществом, что проходит несколько дорсальнее расположенных в продольном направлении по переднебоковому краю пальца сосудисто-нервных пучков, что уменьшает опасность их повреждения.

Рис. 4-129. «Нейтральные» линии на коже кисти и пальцев. а — на кисти, б — при согнутом положении пальца, в — при разогнутом положении пальца. (Из: Лыткин М.М., Косачев М.Д. Панариций. — Л., 1975.)

Панариции

Панариций

- 1 - кожный;
- 2а - подкожный;
- 2б - подкожный в форме запонки;
- 3 - околоногтевой;
- 4 - подногтевой;
- 5 - сухожильный;
- 6 - костный;
- 7 - суставной;
- 8 - пандактилит



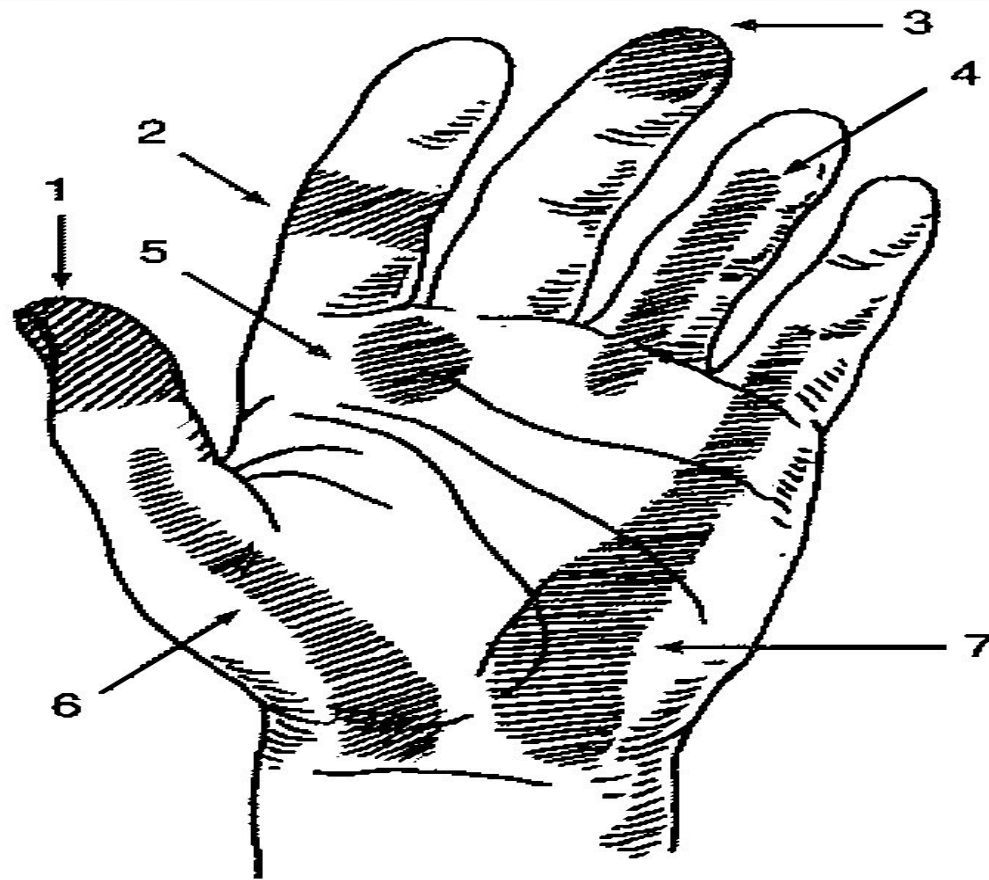


Рис. 4-130. Зоны болезненности при гнойном воспалении пальцев и кисти. 1 — костный панариций, 2 — суставной панариций, 3 — подкожный панариций, 4 — сухожильный панариций, 5 — мозольный абсцесс ладони, 6 — тендобурсит I пальца и второй лучевой ладонной сумки, 7 — тендобурсит V пальца и локтевой ладонной сумки. (Из: Полов В.А., Воробьев В.В. Панариций. — М., 1986.)

анестезии пальцев кисти по Лукашевичу-Оберсту

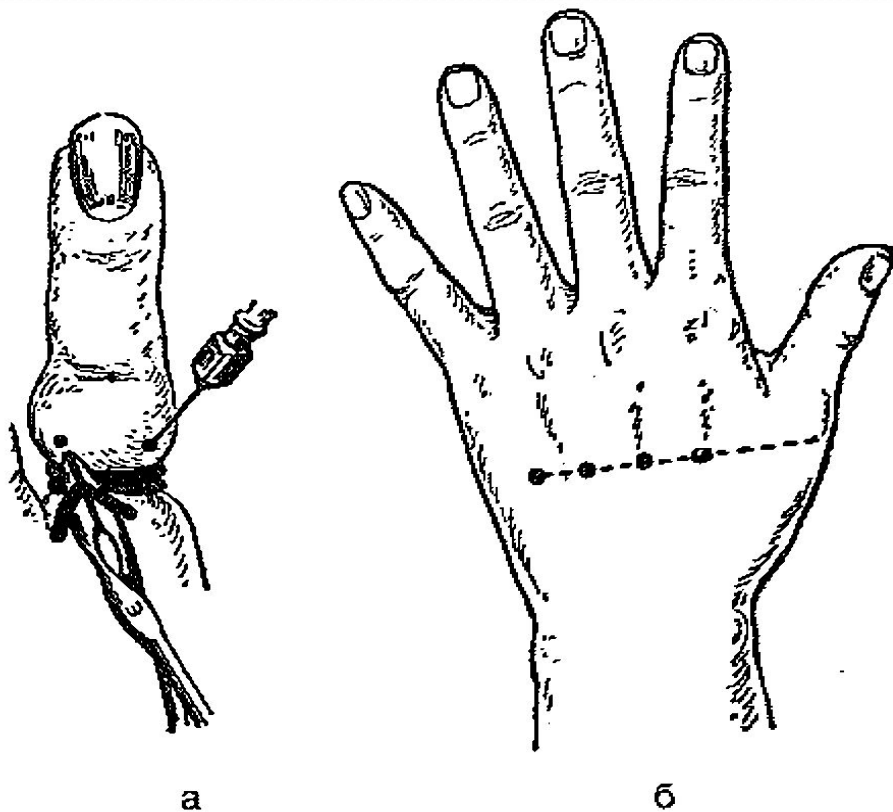


Рис. 4-131. Местная анестезия при гнойных заболеваниях пальцев и кисти. а — проводниковая анестезия пальца по Лукашевичу-Оберсту, б — проводниковая анестезия кисти по Брауну-Усольцевой. (Из: Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.М. Курс оперативной хирургии и топографической анатомии. — М., 1964.)

При локализации гнойного процесса на пальцах кисти нередко в поликлинических условиях прибегают к проводниковой анестезии по Лукашевичу-Оберсту (рис. 4-131). Техника. На тыльно-боковой поверхности основания пальца делают две инъекции и нагнетают 1% раствор новокаина, проводя иглу по направлению к ладонной поверхности, затем на основание пальца накладывают резиновый жгут (стерильный). Анестезия наступает через 5—10 мин. Жгут снимают после разреза.

Разрезы, применяемые при панариции

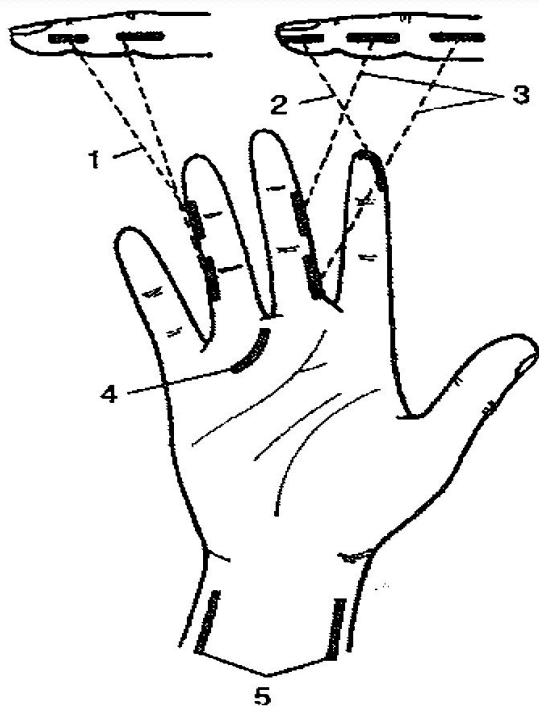


Рис. 4-132. Рациональные разрезы для дренирования при гнойных процессах пальцев. 1 — разрез при суставном и костно-суставном панариции, 2 — разрез в виде клюшки, 3 — разрез при локализации процесса на средних фалангах, 4 — разрез на ладони при сухожильном панариции IV пальца, 5 — при сухожильном панариции I и V пальцев с распространением процесса на предплечье. (Из: *Лыткин М.М., Косачев М.Д. Панариций. — Л., 1975.*)

При операциях по поводу панариция необходимо соблюдение следующего правила: разрез нельзя производить на уровне межфаланговых складок и по рабочей (ладонной) поверхности пальца. Правильно выполненные разрезы располагаются на медиальной и латеральной сторонах. Вскрытие панариция не должно быть сопряжено с ущербом для функциональной способности кисти в последующем (рис, 4-132).

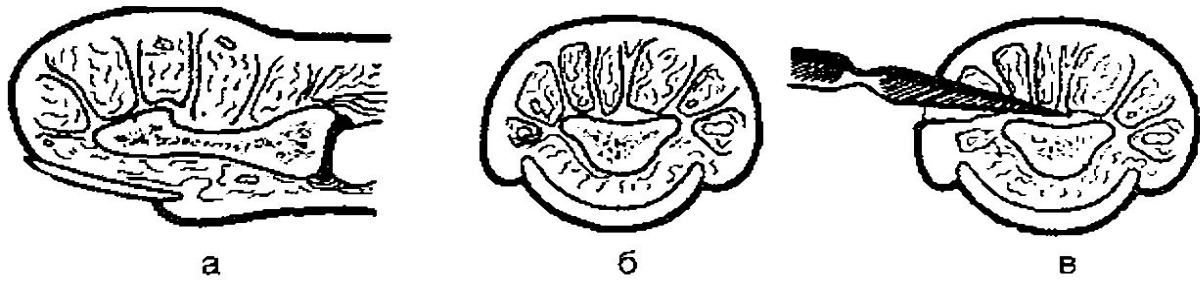


Рис. 4-133. Соединительнотканые перемычки, идущие от кожи пальца к кости. а — продольный срез ногтевой фаланги пальца, б — поперечный срез пальца, в — рассечение соединительнотканых перемычек во время операции. (Из: Лыткин М.М., Косачев М.Д. Панариций. — Л., 1975.)

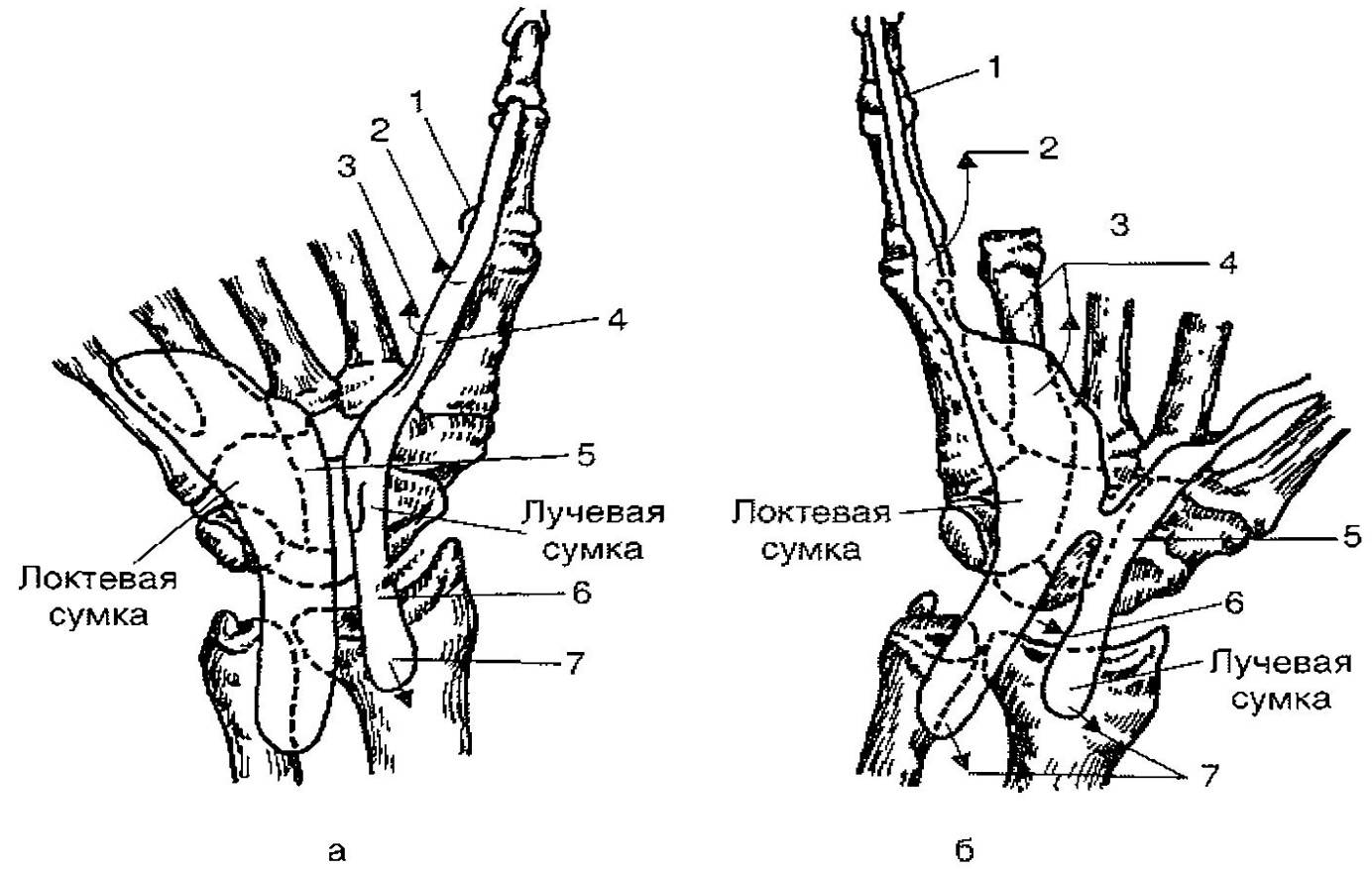


Рис. 4-134. Пути распространения гноя при тендовагините I пальца и лучевом тендобурсите (а) и тендовагините V пальца и локтевом тендобурсите (б) (по Рыжих, Фишману). а: 1 — в межфаланговый сустав, 2 — на поверхность, 3 — в пространство возвышения I пальца, 4 — в лучевую ладонную сумку, 5 — в локтевую ладонную сумку, 6 — в лучезапястный сустав, 7 — под глубокий сгибатель пальцев, в пространство Пирогова-Парона; б: 1 — в межфаланговый сустав, 2 — в канал червеобразной мышцы и межпальцевую перепонку, 3 — на поверхность через ладонный апоневроз, 4 — в среднеладонное пространство, 5 — из локтевой сумки в лучевую, 6 — в лучезапястный сустав, 7 — в пространство Пирогова-Парона. (Из: Минеев К.П. Операции на покровах тела и конечностях. — Ульяновск, 1995.)

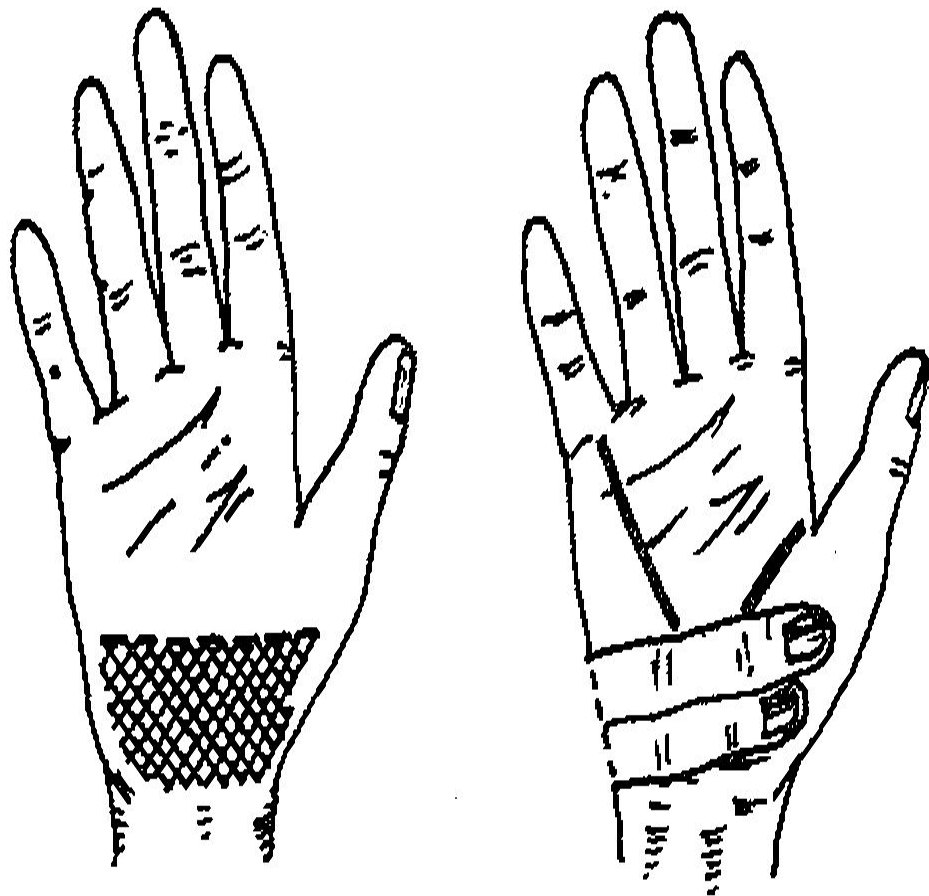


Рис. 4-135. «Запретная зона» на ладонной поверхности кисти и её определение (по Шевкуненко). (Из: Минеев К.П. Операции на покровах тела и конечностях. — Ульяновск. 1995.)

При вскрытии синовиального мешка в области возвышения большого пальца следует остерегаться повреждения ветвей срединного нерва (*n. medianus*), Для этого разрез проводят на 1—2 см кнаружи от складки возвышения большого пальца, не заходя в «запретную зону» (рис. 4-135).

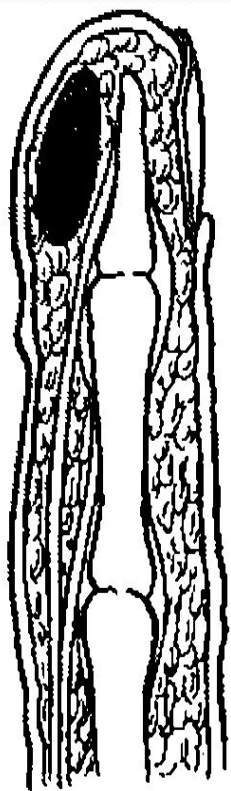
Кожный панариций



Может локализоваться на тыльной или ладонной поверхности мягких тканей всех трёх фаланг пальцев. Воспалительный очаг иногда имеет тенденцию к активному распространению. При кожных панарициях экссудат располагается под эпидермисом и отслаивает его в виде пузыря (рис, 4-136).

Рис. 4-136. Кожный панариций. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

Подкожный панариций

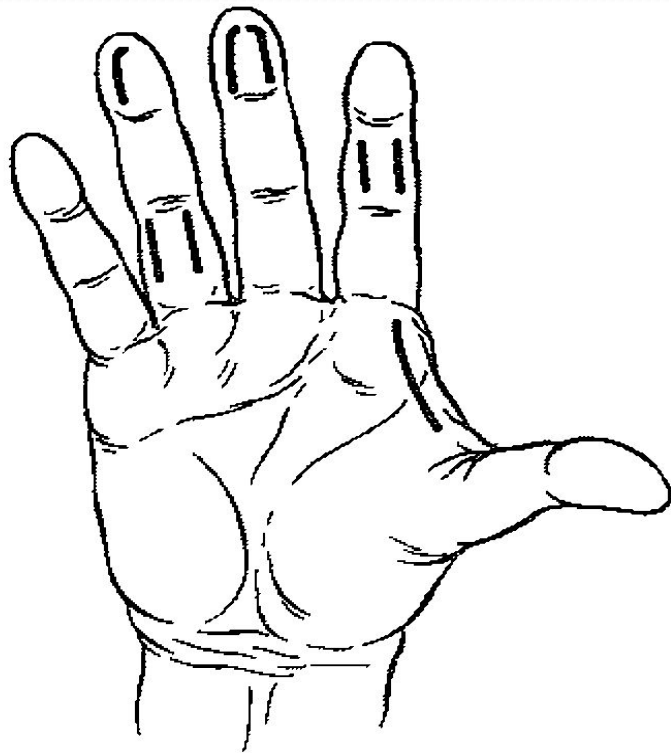


Относится к наиболее часто встречающимся видам гнойного воспаления мягких тканей кисти (рис. 4-137).

Для подкожного панариция характерна прежде всего постепенно нарастающая дергающая, пульсирующая боль в месте возникновения воспалительного фокуса за счёт того, что соединительнотканые тяжи, пронизывающие подкожную жировую клетчатку и соединяющие собственно кожу с надкостницей, препятствуют распространению процесса на периферию. Однако процесс имеет тенденцию распространяться вглубь по ходу соединительнотканых перепонок, идущих перпендикулярно оси пальца в направлении сухожилий, суставов и костей фаланг пальцев.

Рис. 4-137. Подкожный панариций. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

Линейно-боковые разрезы, предложенные Р. Клаппом



При нагноительных процессах в области средней и основной фаланг наиболее физиологичны, хотя и не исключают опасность повреждения сосудисто-нервного пучка пальца (рис. 4-138).

Раны, образующиеся при боковых разрезах, достаточно хорошо дренируются и, как правило, заживают с образованием тонкого линейного рубца, не ограничивающего движения пальца.

Рис. 4-138. Разрезы при подкожном панариции. Линейно-боковые разрезы в области средней и основной фаланг, клюшкообразные разрезы на ногтевых фалангах. (Из: Гостинцев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

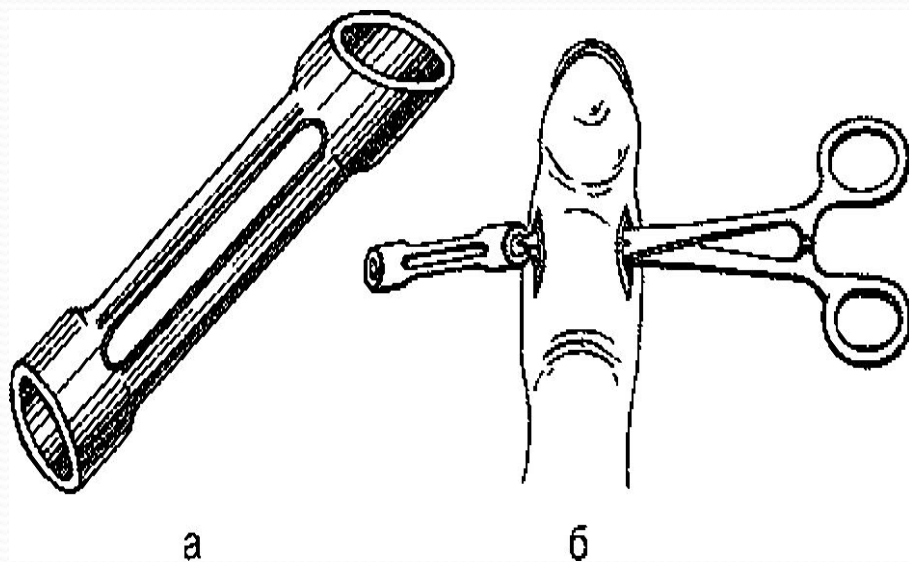


Рис. 4-139. Техника дренирования ран пальцев. а — общий вид окончатого дренажа, б — введение дренажа в реновой канал, в — промывание раны через дренажную трубку, г — извлечение дренажа. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

Через парные линейно-боковые разрезы пальцев можно проводить сквозные дренажи над фиброзным влагалищем, что обеспечивает хороший дренирующий эффект и позволяет промывать рану (рис. 4-139).

Овальные разрезы

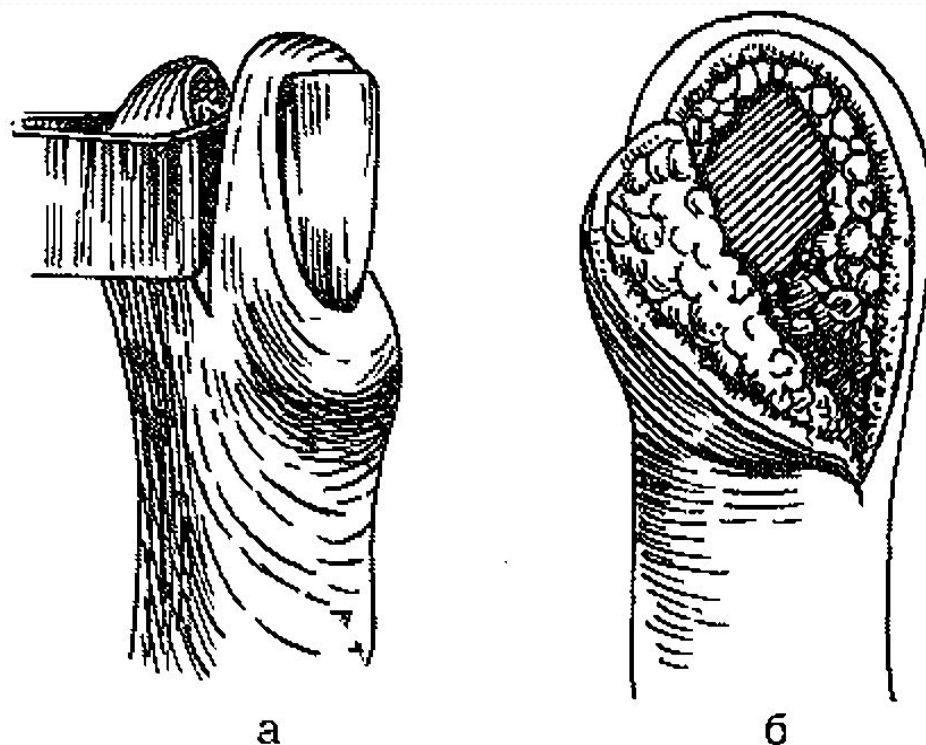


Рис. 4-140. Разрезы при подкожном панариции ногтевых фаланг. а — вид сбоку, б — вид спереди. (Из: Григорян А.В., Гостищев В.К., Костиков Б.А. Гнойные заболевания кисти. — М., 1978.)

Для вскрытия панарициев дистальных отделов пальцев применяют овальные разрезы в области ногтевых фаланг (рис. 4-140). При этом разрез как бы делит фалангу пальца на две части: меньшая представляет ногтевую фалангу с заключённой в ней костью, большая — ладонную мякотную подушечку.

Этот метод имеет ряд положительных сторон. Во-первых, доступ позволяет свободно осмотреть все отделы фаланги и радикально иссечь некротические ткани, во-вторых, что особенно важно, при этом доступе сохраняется чувствительность кончиков пальцев. Кроме того, овальный разрез улучшает отток гнойного отделяемого. Однако этот метод имеет существенный недостаток, который ограничивает его широкое применение. После полного заживления раны образовавшийся на ладонной поверхности пальца дугообразный рубец делит ногтевую фалангу на две части с формированием «пасти акулы». Деформация фаланги с большим спаянным с надкостницей рубцом приводит к ограничению функции пальца. Поэтому применение такого разреза целесообразно лишь в тяжёлых, запущенных случаях подкожного паронихия с вовлечением в процесс кости ногтевой фаланги.

Дугообразный (клюшкообразный) разрез

При панарициях ногтевой фаланги наиболее полно удовлетворяет требованиям гнойной хирургии дугообразный (клюшкообразный) разрез. Он позволяет создать достаточный отток гнойного отделяемого, не нарушает в последующем тактильную чувствительность. Рубцы после заживления раны, как правило, тонкие, эластичные, функция пальца при этом не нарушается.

Анатомия ногтя

Ногти относят к придаткам кожи, они покрывают с тыльной стороны дистальные фаланги пальцев кисти. Наружная поверхность ногтевых пластинок гладкая, а внутренняя неровная из-за наличия продольно расположенных «гребешков» (роговых выступов), чередующихся с бороздками. Благодаря наличию роговых выступов и бороздок ногтевая пластинка плотно прилегает к ложу ногтя, В ногте различают тело, корень и четыре края: свободный, скрытый и два латеральных (рис, 4-141, 4-142).

Анатомия ногтя

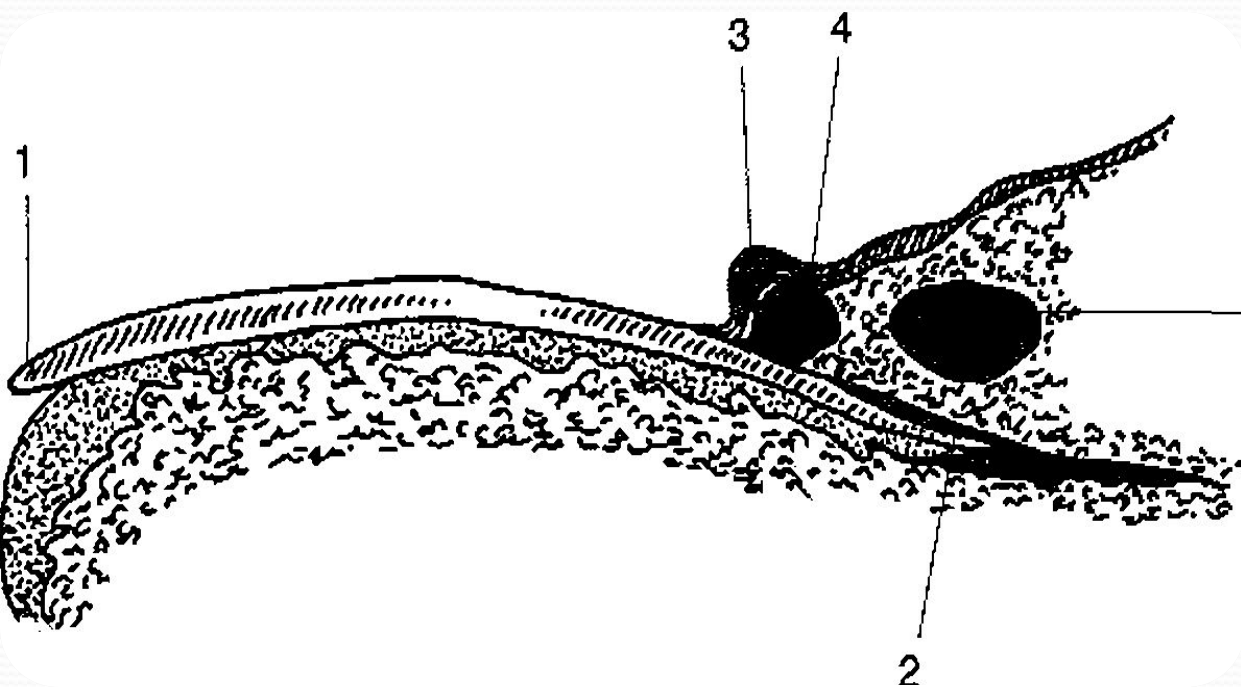


Рис. 4-142. Схема сагиттального распила ногтевой пластинки. 1 — свободный край ногтя, 2 — корень ногтя, 3 — эпонихий, 4 — паронихий субэпидермальный, 5 — паронихий в толще околоногтевого валика. (Из: Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. — Л., 1978.)

Паронихий

Воспаление околоногтевого валика и окружающих тканей. В большинстве случаев при паронихии гнойный экссудат скапливается в толще кожи валика, приподнимает и значительно истончает эпонихию (рис. 4-143), Обращает на себя внимание нависание поражённого околоногтевого валика над ногтевой пластинкой (см. рис. 4-143, а). В некоторых случаях при глубокой паронихии гной проникает под ногтевую пластинку, отслаивая последнюю в боковой или проксимальной части (см. рис. 4-143, б). При этом гнойный экссудат просвечивается через отслоённый край ногтя. Подрытый гноем край ногтевой пластинки теряет связь с ногтевым ложем.

Дальнейшее скопление гноя под ногтевой пластинкой отслаивает её на всём протяжении, т.е. возникает подногтевой панариций.

В зависимости от локализации гнойного очага при паронихии применяются клиновидные, П-образные и парные боковые разрезы на тыльной поверхности ногтевой фаланги.

Если гной распространился под ногтевую пластинку не на всём протяжении, а только в боковом или дистальном отделе, одновременно со вскрытием паронихии необходимо резецировать лишь отслоённый гнойный край ногтя вплоть до зоны его прочной фиксации к ложу. При этом не следует выскабливать ногтевое ложе из-за опасности повреждения ростковой зоны ногтя, что приводит к восстановлению деформированной ногтевой пластинки. Удаление ногтевой пластинки оставляет незащищённым ногтевое ложе.

Подногтевой панариций

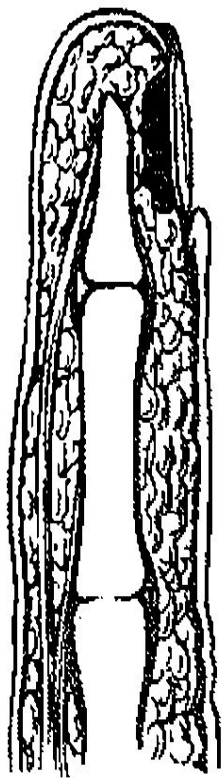


Рис. 4-144. Скопление гноя при подногтевом панариции. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

Представляет собой скопление экссудата под ногтевой пластинкой, когда фиксация её к ложу утрачивается и она остаётся прочной лишь в проксимальном отделе у матрикса (рис, 4-144). Основным симптомом является пульсирующая, распирающая боль в области ногтевой фаланги. Интенсивность боли нарастает по мере развития воспалительного процесса. Полная секвестрация или удаление ногтевой пластинки оперативным путём создают необходимые предпосылки к выздоровлению.

При локализованных формах подногтевого панариция целесообразно ограничиваться резекцией ногтевой пластинки (рис. 4-145).

Лишь при полном отслоении гноем ногтевой пластинки необходимо удалить последнюю для полного дренирования гнойного очага

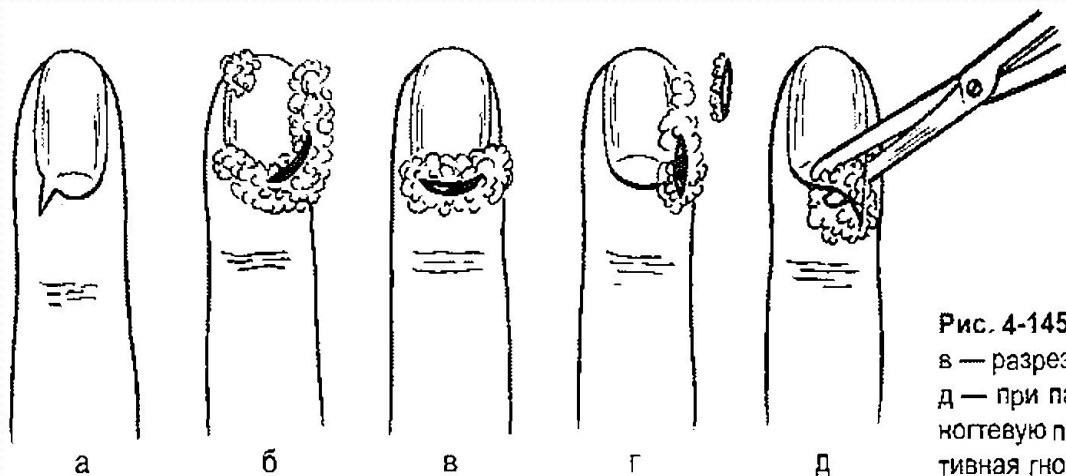
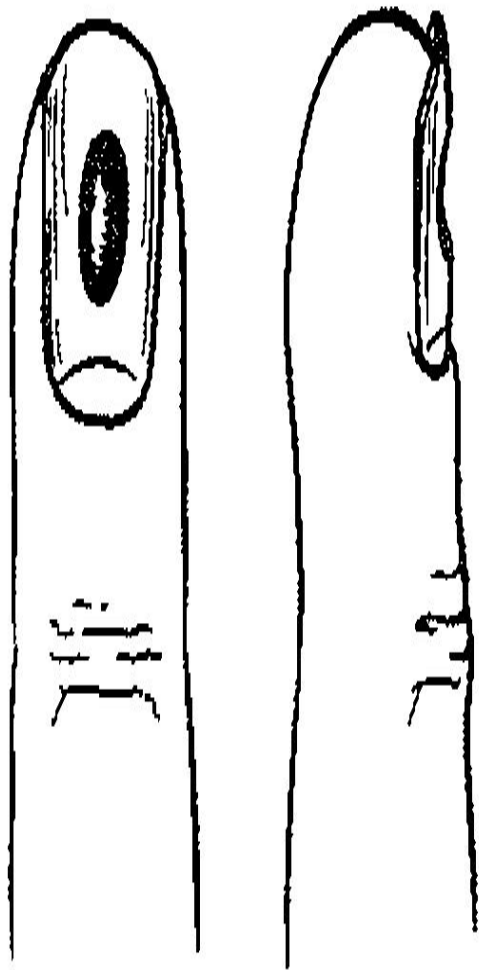


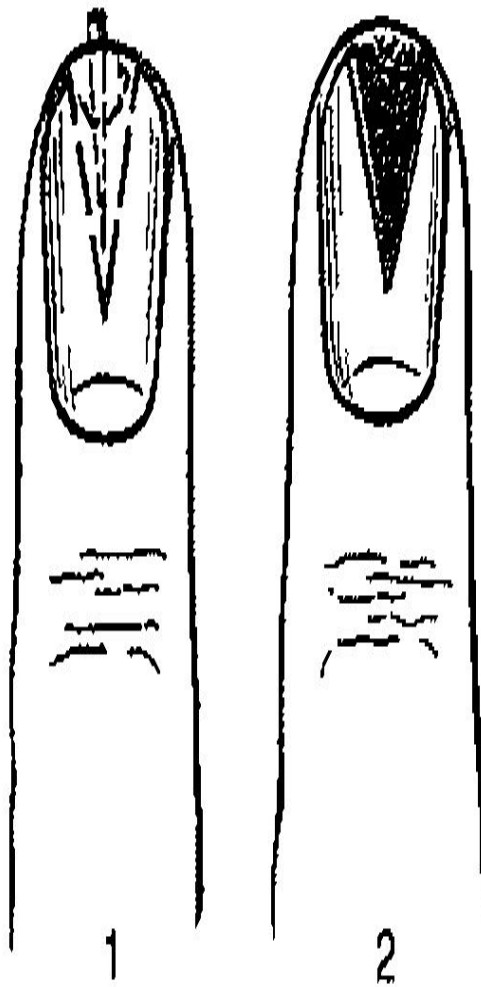
Рис. 4-145. Операции при паронихии. а, б — разрезы при паронихии, в — при эпонихии, д — при паронихии, распространившемся под ногтевую пластинку. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)



При формировании гнойника под центральной частью ногтевой пластинки, как это бывает при нагноении подногтевой гематомы, не следует прибегать к удалению ногтя, а необходимо трепанировать ногтевую пластинку не посредственно над скоплением гноя. Для этого лезвием скальпеля, установленного под острым углом, постепенно срезают слои ногтевой пластинки до вскрытия гнойного очага (рис. 4-146).

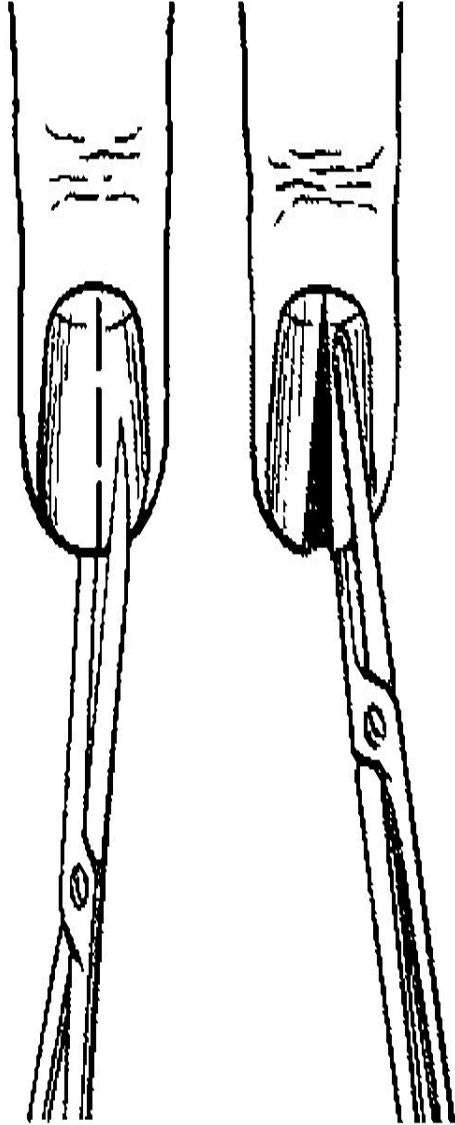
Отверстие расширяют до размеров гнойника, при этом не прибегают к выскабливанию ложа из-за опасности повреждения ногтевой фаланги.

Рис. 4-146. Трепанация ногтевой пластинки при подногтевом панариции. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)



При локализации гнойника у свободного края ногтя (чаще это наблюдают при нагноении вокруг занозы) производят клиновидное иссечение края ногтевой пластинки остроконечными ножницами. Одну браншу подводят под ноготь и рассекают ногтевую пластинку. Вторым разрезом аналогичным образом в виде клина иссекают часть ногтя (рис. 4-147).

Рис. 4-147. Клиновидная резекция ногтевой пластинки при подногтевом панариции. 1, 2 — этапы операции. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)



Для удаления ногтя используют остроконечные ножницы, ногтевую пластинку рассекают по средней линии вдоль на всю длину. Для этого одну браншу остроконечных ножниц вводят между ногтевой пластинкой и ложем ногтя, другую располагают сверху. Каждую из образовавшихся половин фиксируют зажимом *Кохера* и выворачивающим движением удаляют вначале одну, а потом другую половину ногтевой пластинки (рис. 4-148).

Рис. 4-148. Удаление ногтевой пластинки при подногтевом панариции. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

При тотальном поражении ногтевого валика показана операция Канавелла (рис. 4-149).

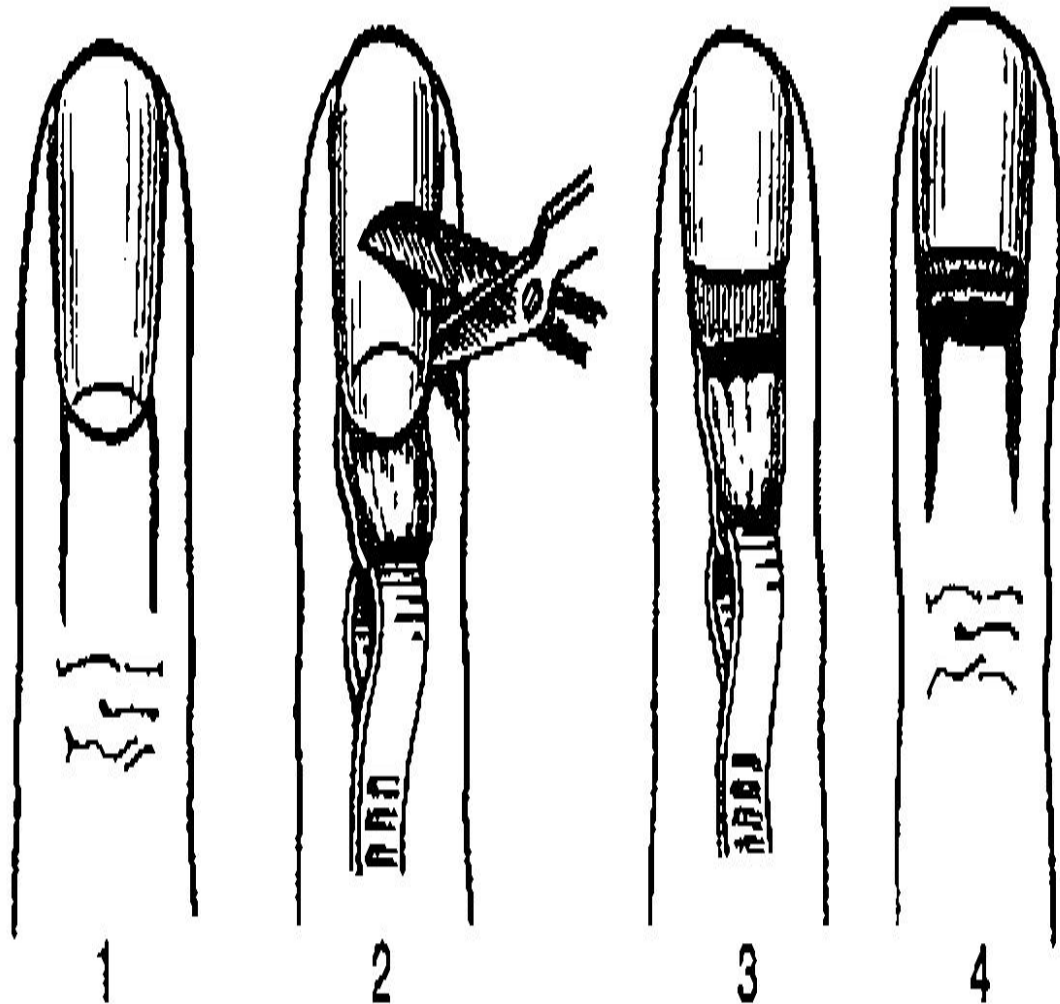
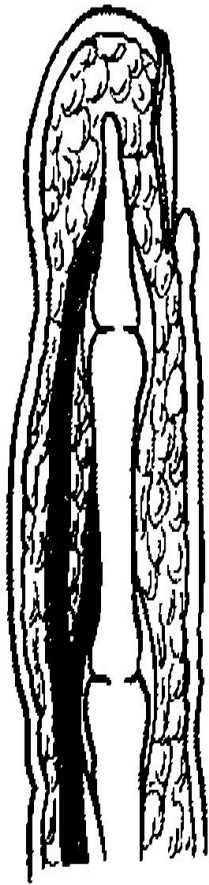


Рис. 4-149. Операция Канавелла. 1 — разрез кожи, 2, 3 — иссечение основания ногтя и ногтевого валика, 4 — окончательный вид ногтя после операции. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

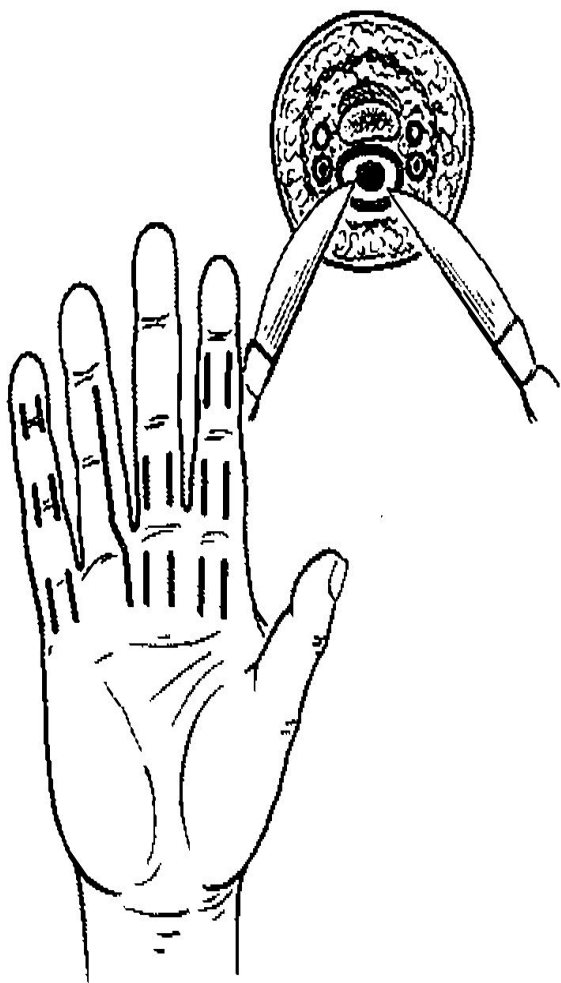
Сухожильный панариций



Как правило, поражает глубже расположенные ткани и прежде всего сухожильные влагалища и сухожилия сгибателей пальцев (рис. 4-150). Сухожилия разгибателей более устойчивы к инфекции и, как правило, не вовлекаются в воспалительный процесс. Напряжённое, флюктуирующее сухожильное влагалище характерно для острого тендовагинита. Поражённый палец находится в состоянии легкого сгибания и имеет вид сосиски. Пальпация пуговчатым зондом по линии проекции сухожилий сгибателей вызывает резкую болезненность. Уточнить диагноз в сомнительных случаях помогает пункция влагалища: получение гноя свидетельствует о гнойном тендовагините. При вскрытии сухожильного влагалища ликвидируется напряжение тканей и создаются условия для благоприятного разрешения воспалительного процесса. Однако не следует торопиться с иссечением набухшего сухожилия. Необходимо дождаться появления чёткой демаркации, так как сократившийся проксимальный конец сухожилия после его пересечения может служить источником распространения инфекции на кисть.

Рис. 4-150. Скопление гноя при сухожильном панариции.
(Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

При гнойных тендовагинитах запоздалая операция ведёт к прогрессированию воспалительного процесса, сдавлению брыжейки сухожилия с последующим тромбообразованием в питающих сухожилие сосудах и их некрозом. Поздно проведённое вмешательство приведёт к ликвидации воспалительного очага, однако сгибательная функция пальца будет безвозвратно утрачена. Только ранним вскрытием сухожильного влагалища можно предупредить омертвление сухожилия.



При сухожильных панарициях предложено много доступов, которые отличаются видом рассечения тканей, протяжённостью и локализацией (рис. 4-151). Сухожильные панариции вскрывают чаще всего линейными разрезами, проводимыми по боковым поверхностям фаланг. Существуют некоторые разновидности этих разрезов.

Р. Клапп применял парные боковые разрезы всех трёх фаланг пальцев и два парных разреза в дистальных отделах ладони*

Л. Г. Фишман считал целесообразным для вскрытия сухожильного влагалища ограничиться двумя линейно-боковыми разрезами основной фаланги и линейным разрезом в дистальной части ладони.

Для лечения сухожильных панарициев предложено множество разрезов по средней линии пальца на всём его протяжении, однако они оказались малоэффективными.

А. Канавелл предлагает при гнойном тендовагините вскрывать сухожильное влагалище разрезами по лучевому краю ладонной поверхности средней и основной фаланг.

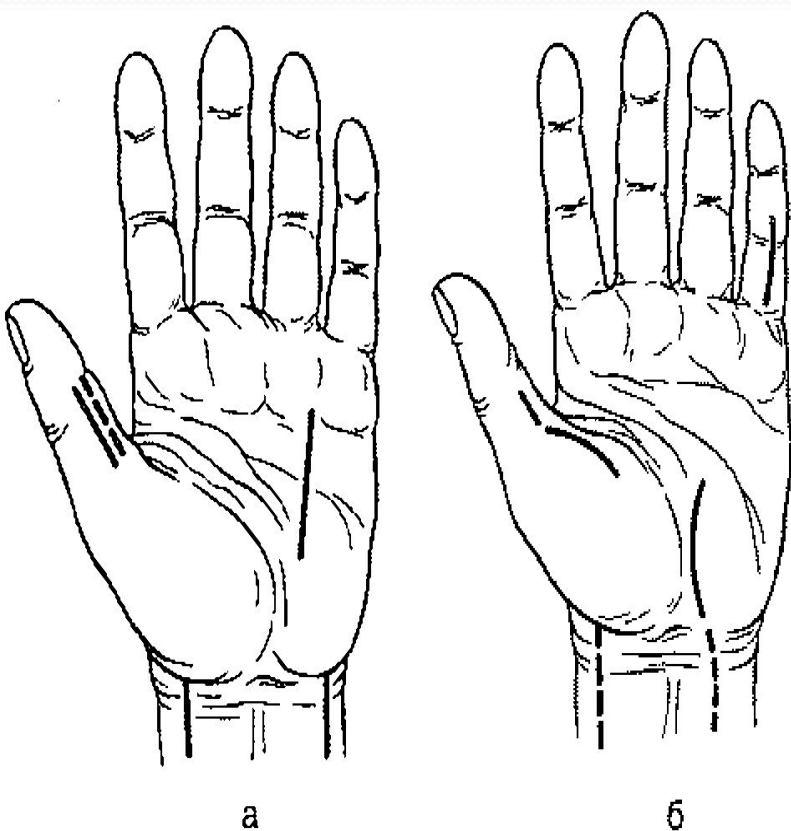
Рис. 4-151. Типичные разрезы при сухожильном панариции. На II пальце кисти — по Клаппу, на III — по Рыжих-Фишману, на IV — по Канавеллу, на V — по Гартлю. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

Гнойный тендобурсит локтевой и лучевой синовиальных сумок

Гнойный тендобурсит локтевой и лучевой синовиальных сумок опасен в связи с возможностью распространения процесса на предплечье.

При гнойном тендобурсите лучевой синовиальной сумки её дистальный конец вскрывают после предварительного рассечения кожи и подкожной клетчатки двумя переднебоковыми разрезами в области основной фаланги I пальца, а проксимальный конец синовиальной сумки вскрывают в нижней части предплечья (рис. 4-153).

Гнойный тендобурсит лучевой синовиальной сумки

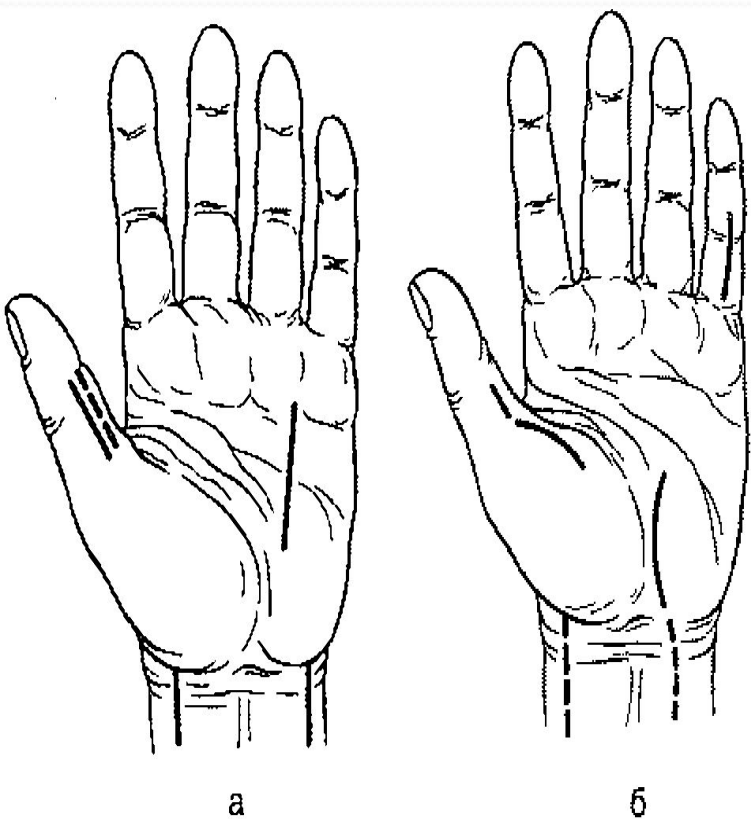


Разрез начинают на 2 см выше шиловидного отростка лучевой кости и ведут по передне-боковому краю предплечья проксимально на 8 см. После рассечения кожи, подкожной клетчатки и фасции сухожилие плечелучевой мышцы тупыми крючками оттягивают кнаружи, а сосудистый пучок — кнутри. Обнажают наружный край длинного сгибателя большого пальца, отодвигая его, проникают в клетчаточное пространство *Пирогова—Парона*, откуда, как правило, изливается гной. Операцию заканчивают наложением контрапертуры с последующим дренированием ран с обеих сторон, с этой целью проводят разрез длиной 6 см в дистальной части предплечья по выступающему краю локтевой кости. По квадратному пронатору проводят к локтевой стороне корнцанг. Захватив инструментом дренажную трубку, извлекают её по образовавшемуся каналу, оставив концы дренажа с обеих сторон предплечья. При отсутствии гноя в пространстве *Пирогова—Парона* следует нащупать пальцем слепой конец лучевой сумки и вскрыть ее. После операции конечность иммобилизуют гипсовой лонгетой.

Рис. 4-153. Разрезы при гнойном тендобурсите лучевой и локтевой сумок. а — по Фишману, б — по Канавеллу. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

Тендобурсит локтевой синовиальной сумки

При гнойном тендобурсите локтевой синовиальной сумки сухожильное влагалище в его дистальной части вскрывают после рассечения кожи и подкожной клетчатки переднебоковых поверхностей основной фаланги V пальца. На ладони локтевую синовиальную сумку вскрывают разрезом кожи и клетчатки по всей длине наружного края возвышения V пальца с перевязкой и пересечением в некоторых случаях поверхностной ладонной артериальной дуги. После рассечения апоневроза рану раздвигают тупыми крючками и находят напряжённую синовиальную сумку, её вскрывают, освобождают от гноя, рану дренируют. *Л.Г. Фишман* считает необходимым также вскрывать в этих случаях и пространство *Пирогова—Парона* с целью предотвращения скопления гноя.



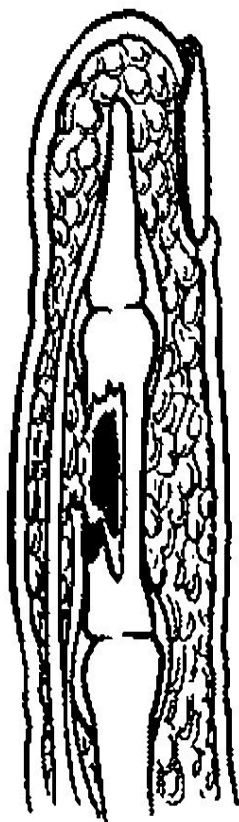
Разрез кожи и клетчатки начинают на 2 см проксимальнее шиловидного отростка локтевой кости и ведут по выступающему краю локтевой кости вверх на 8—10 см. После рассечения фасции предплечья локтевой сгибатель кисти совместно с локтевым нервом и локтевой артерией отодвигают тупым крючком к средней линии. После этого пальцем или зажимом проникают в щель между квадратным пронатором и глубоким сгибателем пальцев. Контрапертуру выполняют способом, аналогичным предыдущему.

При тендовагините I пальца лучевую синовиальную сумку вскрывают по *Канавеллу* по локтевой поверхности I пальца, не пересекая складку между I и II пальцами, разрез продолжают до проксимального конца возвышения I пальца. При гнойных затёках в пространство *Пирогова* последнее вскрывают разрезом с лучевой стороны на уровне нижней трети предплечья.

Рис. 4-153. Разрезы при гнойном тендобурсите лучевой и локтевой сумок. а — по *Фишману*, б — по *Канавеллу*. (Из: *Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия.* — М., 1996.)

При гнойных тендовагинитах V пальца дистальный конец сухожильного влагалища вскрывают линейным боковым разрезом по ладонной поверхности средней и основной фаланг. Область возвышения V пальца вскрывают на всём протяжении. При прорыве гноя в пространство *Пирогова—Парона* разрез может быть продолжен на предплечье. Так называемую перекрёстную флегмону, которая представляет собой одновременно воспаление локтевой и лучевой синовиальных сумок, вскрывают разрезами, применяемыми при поражении соответствующих сухожильных влагалищ и синовиальных сумок.

Костный панариций



Относится к числу серьёзных видов гнойного воспаления кисти и, как правило, развивается при переходе патологического процесса с мягких тканей пальца на кость, что придает фаланге пальца булавовидную форму (рис. 4-154).

На рентгенограммах пальца, сделанных в 1-ю неделю заболевания, не удаётся выявить чётких признаков деструкции кости. Рентгенологические изменения кости определяются лишь к концу 2-й—началу 3-й недели. Это обстоятельство не должно служить основанием для промедления с повторным радикальным вмешательством, во время которого необходимо провести тщательную ревизию кости и устранить все ткани, поддерживающие воспалительный процесс.

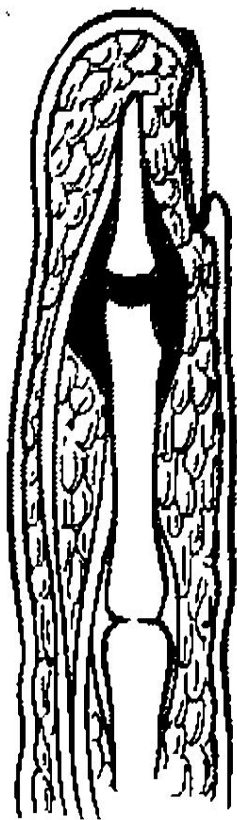
Рис. 4-154. Скопление гноя при костном панариции. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. – М., 1996.)

При локализации воспалительного процесса в области ногтевой фаланги чаще всего применяют дугообразные разрезы. При вовлечении в процесс средней и основной фаланг используют линейно-боковые разрезы.

После рассечения кожи с клетчаткой и опорожнения гнойно-некротической полости проводят тщательную ревизию фаланги. В зависимости от характера поражения, наличия секвестрации (краевая, центральная или тотальная) выполняют или экономную резекцию кости в пределах здоровой ткани, или, в запущенном случае, — полное удаление поражённой фаланги.

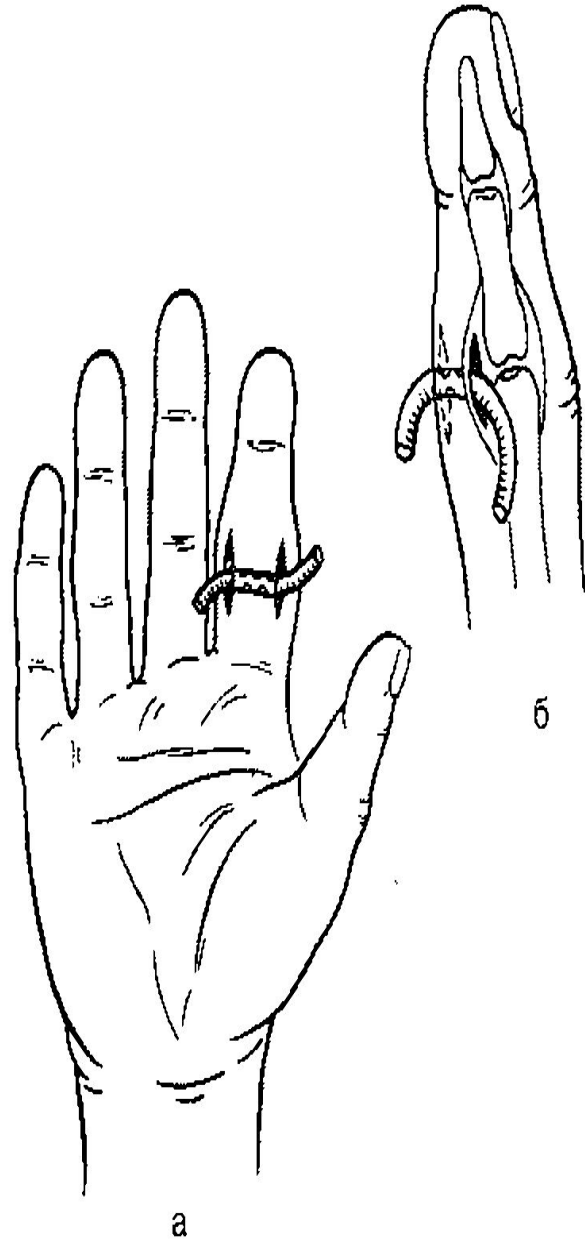
Особо бережно нужно относиться к I пальцу. При резекции фаланги необходимо стремиться к максимальному сохранению кости, так как в последующем возможна регенерация фаланги из сохранившейся части. При центральном расположении секвестра операцией выбора следует считать выскабливание поражённой кости острой ложечкой.

Суставной панариций



Заболевание, которое возникает после ранения межфаланговых или пястно-фаланговых областей пальца с их дорсальной поверхности, где суставы покрыты лишь тонким слоем мягких тканей и воспаление по раневому каналу легко проникает в суставную щель (рис. 4-155).

Воспалённый сустав приобретает веретенообразную форму, тыльные межфаланговые борозды сглаживаются. Попытка к сгибательно-разгибательным движениям пальца приводит к резкому усилению болей в поражённом суставе.



При суставных панарициях на тыльной поверхности пальца проводят два боковых параллельных разреза, которыми вскрывают сумку сустава с двух сторон и дренируют её (рис. 4-156).

В зависимости от степени вовлечения в процесс хрящевой и костной тканей их экономно резецируют. В послеоперационном периоде обязательна иммобилизация пальца гипсовой лонгетой до полной ликвидации острых воспалительных явлений.

Рис. 4-156. Дренаж при суставном панариции. Прямая (а) и боковая (б) проекции. (Из: Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)

Пандактилит

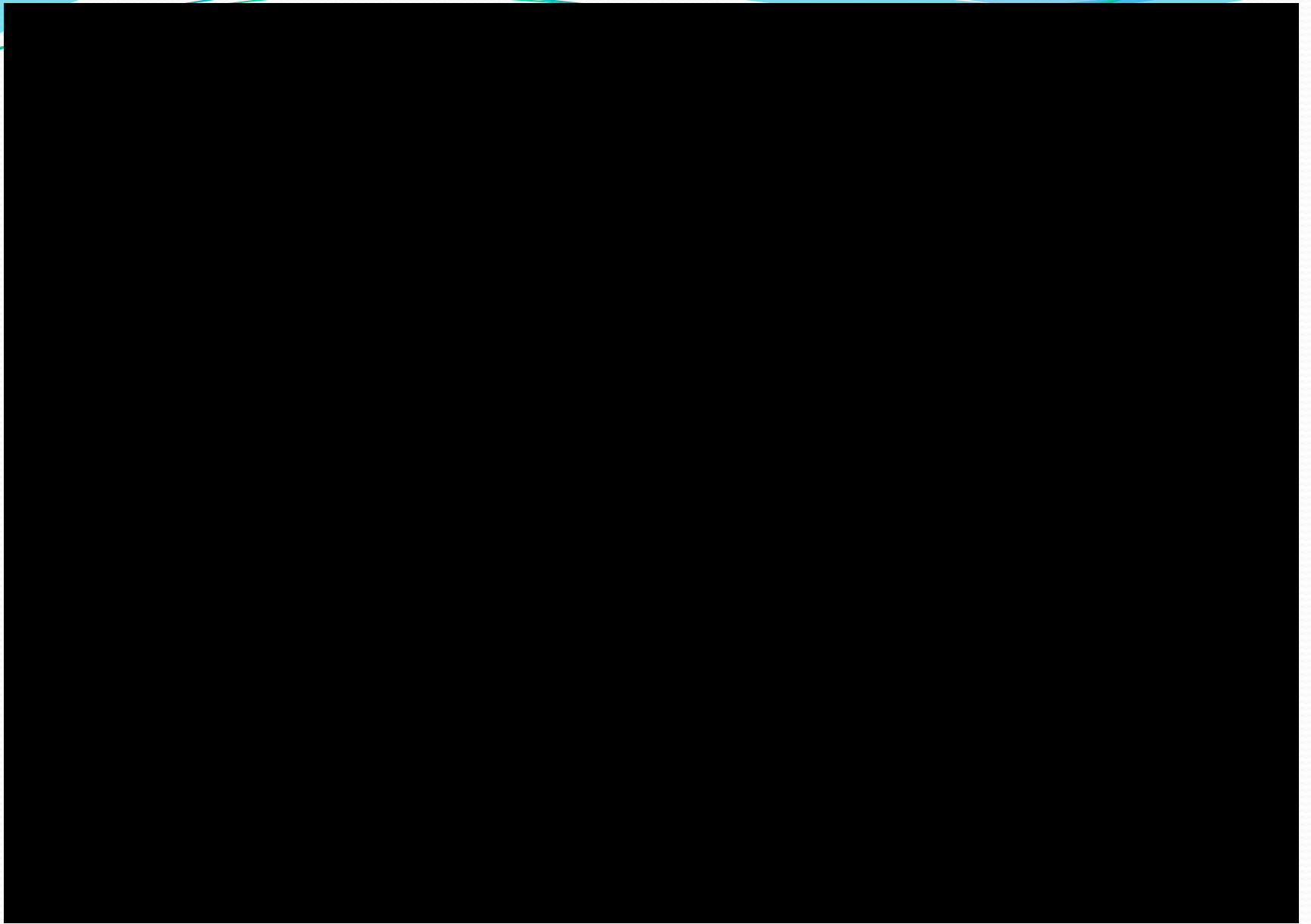


Гнойное воспаление всех тканей пальца, при которых вынуждены прибегать к его ампутации (рис. 4-157).

Причиной его возникновения является узкий и длинный раневой канал, который может образоваться при травме, нанесённой тонким, острым колющим предметом. Кожа над раневым каналом быстро «склеивается», для развития внедрившейся в ткани пальца инфекции создаются благоприятные условия. Значительные по протяжению раны пальца, как правило, не приводят к развитию пандактилита. По видимому, в этих случаях имеет значение хороший отток раневого отделяемого и возможность достаточного дренирования.

Даже при отсутствии подвижности в суставах I пальца сохраняется его важнейшая функция — противопоставление другим пальцам кисти, но и экзартикуляцию II—V пальцев следует делать лишь тогда, когда не остаётся надежды даже на их минимальную функциональную пригодность. Широкие дренирующие разрезы тканей, экономная резекция костей и хрящей способствуют успешному лечению пандактилита.

Рис. 4-157. Скопление гноя при пандактилите. (Из: Гостинцев В.К. Оперативная гнойная хирургия. — М., 1996.)





● Спасибо

за

внимание!