

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»**

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом детской хирургии

ЛЕКЦИЯ

по хирургии
для студентов 3 курса

Тема: « **ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИСТИ** »

ФЛЕГМОНЫ КИСТИ

Флегмона кисти – гнойно-воспалительный процесс с локализацией очага в мягких тканях кисти.

Возбудителем гнойной инфекции кисти является преимущественно гемолитический белый или золотистый стафилококк в монокультуре или ассоциации с другими гноеродными микробами.

Анатомические особенности кисти.

Подкожная клетчатка ладони плотная, поэтому кожа на ладони малоподвижная. Ладонный апоневроз в середине ладони особенно хорошо развит и имеет форму треугольника, в вершину которого вплетается сухожилие длинной ладонной мышцы, а основание обращено к пальцам. В местах перехода апоневроза в тонкие фасцильные пластинки, покрывающие мышцы возвышений большого пальца (тенора) и мизинца (гипотенора), от ладонного апоневроза вглубь отходят

перегородки, соединяющиеся с фасцией межкостных мышц. Вследствие этого на ладони образуются три фасциальных мышц. Вследствие этого на ладони образуются три фасциальных ложа – два боковых и срединное; боковые для мышц большого пальца и мизинца, срединное – для сухожилий сгибателей пальцев.

На тыле кисти кожа очень подвижная, подкожная клетчатка рыхлая. Тыльная фасция кисти тонкая, состоит из двух листков, между которыми проходят сухожилия разгибателей кисти и пальцев.

Таким образом на кисти образуются следующие **фасциально-клетчаточные пространства.**

Фасциально-клетчаточные пространства ладони:

- Подкожная клетчатка.
- Срединное ладонное пространство.
- Пространство тенара.
- Пространство гипотенора.

Фасциально-клетчаточные пространства тыла кисти:

- Подкожная клетчатка;
- Поданевротическое пространство.

Классификация.

В зависимости от локализации процесса, гнойные заболевания кисти классифицируют следующим образом.

1) кожный ладонный абсцесс.

2) Подкожная клетчатка:

- подкожная или надапоневротическая флегмона ладони;
- межпальцевая флегмона.

3) Фасциально-клетчаточные пространства ладони:

- подапоневротическая флегмона срединного ладонного пространства;
- флегмона пространства мышц возвышения 1 пальца (тенора);
- флегмона пространства мышц возвышения 5 пальца (гипотенора).

Эти флегмоны относят к глубоким флегмонам.

4) Фасциально-клетчаточные пространства тыла кисти:

- подкожная флегмона тыла кисти;
- подапоневротическая флегмона тыла кисти.

5) Артрит кистевого сустава.

Кожный ладонный абсцесс чаще возникает в дистальном отделе ладони над головками пястных костей, обычно на месте свежей водянистой или сухой мозоли. Под отслоившимся эпидермисом скапливается гной. Вокруг появляется гиперемия кожи, припухлость, болезненность. Раннее иссечение отслоившегося эпидермиса приводит к выздоровлению. Если операцию производят поздно, гной проникает сквозь толщу кожи в подкожную клетчатку, это приводит к развитию подкожной (надапоневротической) флегмоны ладони с отслойкой кожи от ладонного апоневроза. Проникновение гноя в межпальцевой промежуток обуславливает развитие межпальцевой флегмоны.

Развитие надапоневротической и межпальцевой флегмоны могут вызвать и другие причины: мелкие повреждения кисти, подкожный панариций основной фаланги пальца.

При межпальцевой флегмоне припухлость, гиперемия и резкая болезненность наиболее выражены в области межпальцевых промежутков как с ладонной, так и с тыльной поверхности. Пальцы при этом раздвинуты, находятся в полусогнутом положении, разгибание их резко болезненно. Функция кисти нарушена.

Клиническая картина **подкожной флегмоны** характеризуется наличием припухлости ладони, гиперемии, резкой болезненности над очагом гнойного расплавления, умеренным отеком тыла кисти.

Флегмоны срединного ладонного пространства – гнойный процесс локализованный под ладонным апоневрозом. Они редко бывают первичными и возникают чаще в результате распространения гнойного воспаления при подкожном, костном, сухожильном панариции II, III, IV пальцев, прорыва гноя из межмышечного пространства тенора, остеомиелита II, III, IV пястных костей. Клинически

флегмона срединного ладонного пространства протекает как тяжелое гнойное заболевание, часто сопровождается высокой температурой тела, ознобами, тахикардией, бессонницей, бредом. Отмечается выбухание на ладонной поверхности, резко выраженный отек тыла кисти, гиперемия кожи ладони и тыла кисти. II, III, IV пальцы согнуты, разгибание их почти невозможно из-за болей. Флюктуация на ладони определяется только в запущенных случаях при гнойном расплавлении апоневроза. Боль в руке постоянная.

Осложнения флегмоны срединного ладонного пространства многочисленны и связаны прежде всего с распространением гноя:

- по каналам червеобразных мышц в межпальцевые промежутки и подкожную клетчатку тыла кисти и пальцев с последующим образованием межпальцевых абсцессов, разлитой подкожной флегмоны тыла кисти и основных фаланг; - гной может распространиться на предплечье через канал локтевой артерии, а также в пространство тенара, в сухожильные влагалища II, III, IV пальцев с образованием гнойного тендовагинита, в пространство гипотенора, в лучезапястный сустав с образованием гнойного артрита, в пространство Пирогова на предплечье.

Флегмона пространства возвышения I пальца (тенара) возникает в результате инфицирования мелких повреждений кисти, или как осложнений гнойных заболеваний I, II пальцев и кисти. Клинически в неосложненных случаях в области возвышения большого пальца определяется ограниченная кожной складкой тенора округлая припухлость. Вся остальная часть ладони остается неизменной. Большой палец слегка согнут в межфаланговом суставе и отведен, несколько согнут и II палец; движения их ограничены из-за болей. Постоянным признаком является отечность и гиперемия лучевой половины тыла кисти и особенно I межпястного промежутка. Пальпаторно соответственно припухлости отмечают плотной эластической консистенции резко болезненный инфильтрат. В далеко зашедших случаях определяется флюктуация. Часто имеет место лимфангит предплечья.

Осложнения: подкожная флегмона тыла кисти, возникающая в результате распространения гноя; прорыв гноя в срединное ладонное пространство; флегмона предплечья.

Флегмона возвышения мизинца (гипотенора) возникает в результате инфицирования повреждений этой области, нагноения мозолей, при остеомиелите V пястной кости. Клинически отмечается припухлость, болезненность, гиперемия кожи и часто отек тыла кисти по локтевому ее краю. Границы воспаления обычно соответствуют пределам возвышения мышц V пальца. Движения V пальца ограничены, болезненны.

Флегмоны тыла кисти сопровождаются воспалительными проявлениями на тыле кисти. Они возникают в результате инфицирования повреждений тыла кисти, как осложнение воспалительных процессов ладони и пальцев.

Подкожная флегмона тыла кисти характеризуется наличием разлитой припухлости, гиперемии кожи, болезненности при пальпации, а при гнойном расплавлении подкожной клетчатки и флюктуации, движения пальцев болезненны.

Подапоневротическая флегмона тыла кисти клинически проявляется плотным, резко болезненным инфильтратом в глубине тыла кисти с выраженным отеком подкожной клетчатки. Следует помнить о том, что в связи с особенностями лимфообращения в области кисти эти явления могут быть обусловлены и гнойным процессом, локализующимся на пальцах и ладони, как проявление так называемого коллатерального или сопутствующего отека тыла кисти. Однако при сопутствующем отеке напряжение тканей, гиперемия кожи и болезненность значительно менее выражены, чем при флегмоне. Ошибки диагностики в таких случаях приводят к неоправданным разрезам на тыле кисти, тогда как гнойный очаг локализуется в ином месте. При глубокой флегмоне тыла кисти пальцы выпрямлены и сгибание их почти невозможно из-за болей (в отличие от флегмон ладони, при которых пальцы согнуты, а разгибание их резко болезненно).

Общие принципы лечения флегмон кисти:

1. Раннее и адекватное оперативное вмешательство со вскрытием основного гнойного очага и всех затеков. Операцию выполняют под наркозом.
2. Полноценное дренирование гнойного очага с применением оросительно – отсасывающего дренажа.
3. Иммобилизация (т.е. создание неподвижности) кисти после операции для уменьшения болей и опасности распространения инфекции.
4. Местное и общее применение антибиотиков с учетом микрофлоры.
5. Использование средств иммунотерапии.
6. Применение физиотерапевтических процедур.