

ОБЩИЕ ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

ГЛАВА 10

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

10.1. Классификация хирургической инфекции

Хирургическая инфекция — это проникновение патогенных микроорганизмов в организм и реакция тканей на внедрившиеся микроорганизмы и их токсины.

По *этиологии* выделяют следующие виды хирургической инфекции:

- бактериальная (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, неспороносные и спороносные, клостридиальные анаэробы и др.);
- вирусная;
- грибковая;
- микоплазмозы;
- обусловленная простейшими;
- смешанная;
- первичная, самостоятельная;
- вторичная, осложняющая течение основного патологического процесса;
- моноинфекция;
- дремлющая инфекция;
- полиинфекция;
- суперинфекция;
- оппортунистическая.

По *клиническому течению и патолого-анатомическим изменениям в тканях* выделяют хирургическую инфекцию:

- 1) острую (гнойная аэробная, анаэробная, гнилостная, специфическая);
 - 2) хроническую (неспецифическая и специфическая).
- По *локализации* различают хирургическую инфекцию:
- 1) органов и тканей (кожи, подкожной клетчатки, слизистых оболочек; клетчаточных пространств; лимфатических сосудов и узлов; кровеносных сосудов; синовиальных и серозных оболочек; мышц и сухожилий; костей и суставов; железистых органов);

2) систем органов (мозга и его оболочек; шеи; грудной стенки, плевры, легких, средостения; стенки живота, брюшины и органов брюшной полости; таза и его органов; верхних и нижних конечностей).

При каждой из перечисленных форм возможно преобладание местных (местная хирургическая инфекция) или общих явлений с септическим течением (общая хирургическая инфекция).

10.2. Местная и общая реакция организма на инфекцию

Возбудителями аэробной хирургической инфекции могут быть кокки (стафилококки, стрептококки, пневмококки), патогенные грибки, простейшие и др. Возбудитель, проникший в организм человека, вызывает в нем изменения местного и общего характера.

Местные симптомы воспаления. Проявление местных симптомов зависит от стадии патологического процесса.

В *стадии инфильтрации* появляются отек, местное повышение температуры, уплотнение тканей и болезненность при пальпации, гиперемия кожи при поверхностно расположенном очаге воспаления. Боли носят ноющий характер, нарушается функция пораженного органа.

В *стадии нагноения* усиливаются отек и гиперемия мягких тканей, при пальпации появляются резкая болезненность и размягчение, дающие симптом флюктуации (рис. 10.1): при легком баллотировании (постукивании) пальцами одной руки места предполагаемого абсцесса жидкость (гной) в полости перемещается и ударяется о противоположную стенку полости, что пальпаторно определяется пальцами второй руки. Это один из ключевых симптомов стадии нагноения, однако при глубоком расположении гнояника (абсцесса) он не всегда выявляется. Боли носят дергающий, пульсирующий характер, увеличиваются регионарные лимфатические узлы.

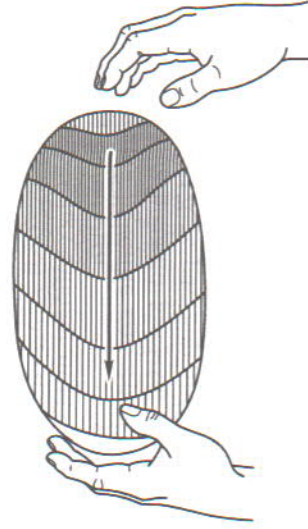


Рис. 10.1. Симптом флюктуации при абсцессе

В *стадии вскрытия* из гнояного очага выделяется гной, составными элементами которого являются лейкоциты, разрушенные ткани и бактерии.

В зависимости от вида микробной флоры гной имеет различную консистенцию, запах и цвет. Так, при стафилококковой инфекции гной желтоватого цвета, густой, без запаха; при стрептококковой — жидкий, слизистый, светлый. Синегнойная палочка дает синеватый или зеленый цвет гноя сладковатого запаха, кишечная палочка — коричневатый гной с запахом фекалий.

Для определения возбудителя и чувствительности микроорганизмов к антибиотикам из очага берут гнойное содержимое для посева на питательные среды. Для определения уровня поражения тканей проводятся ультразвуковая диагностика, рентгенодиагностика, компьютерная томография.

Общие симптомы воспаления. Клиническими проявлениями общего воспаления являются повышение температуры тела от 37 до 40 °С, озноб, слабость, головная боль и головокружение, тошнота, рвота. При высокой интоксикации наблюдаются сухость во рту, жажда, частое поверхностное дыхание, учащение пульса, падение АД, помрачение или потеря сознания, нарушение функции печени и почек. В крови уменьшаются уровень гемоглобина, количество эритроцитов и увеличивается количество лейкоцитов до 25 000 — 30 000, резко увеличивается скорость оседания эритроцитов (СОЭ), отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В плазме крови возрастает процент глобулинов и падает количество альбуминов. В моче появляются белок, лейкоциты и цилиндры.

10.3. Принципы лечения воспалительного процесса

Лечение больных с хирургической инфекцией может проводиться амбулаторно. При опасности осложнений, тяжелом общем состоянии больного, неэффективности или невозможности по различным причинам амбулаторного лечения оно проводится в условиях гнойного (септического) хирургического отделения стационарно. При воспалительных заболеваниях области лица обязательно госпитализация больного.

В *стадии инфльтрации* лечение консервативное. При остром процессе местно показаны влажно-высыхающие повязки с антисептическими растворами (20 % раствор димексида, 10 % раствор натрия хлорида, 25 % раствор магния сульфата), создание функционального покоя пораженной области (иммобилизация конечности) с целью предотвращения распространения воспаления; при уменьшении гиперемии и отека — сухие и влажные согревающие компрессы (спиртовые растворы, 10 % раствор камфорного

масла), физиопроцедуры (УВЧ, электрофорез, ультразвук с лекарственными препаратами).

В *стадии нагноения* проводят своевременное оперативное лечение — адекватное вскрытие и дренирование гнойной полости. При поверхностных небольших гнойниках возможно лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. При распространенных поражениях или осложнениях обязательна госпитализация в гнойно-септическое отделение хирургического стационара. Местное лечение гнойной раны проводят в зависимости от фазы раневого процесса. В первой фазе (гидратации) применяют влажно-высыхающие повязки для улучшения оттока гноя из очага воспаления и очищения раны от некротических тканей (мази на водорастворимой основе — левосин, левомеколь; 10 % раствор натрия хлорида, 25 % раствор магния сульфата, 0,5 % водный раствор хлоргексидина биглюконата, протеолитические ферменты — химопсин, трипсин).

Через несколько дней после очищения послеоперационной раны от гноя и некротических масс для стимуляции грануляций (вторая фаза — дегидратации) используют мазовые повязки на жирной основе для улучшения заживления раны (мази метилурациловая, солкосерилловая, актовегинавая). Рана заживает вторичным натяжением (без наложения швов).

Общее лечение состоит в применении антибиотиков, сульфаниамидов, нитрофуранов под контролем чувствительности микрофлоры, иммуноглобулинов, вакцин, проведении инфузионной терапии с целью дезинтоксикации, поливитаминов. Оно зависит от распространенности местной и общей гнойной инфекции.

10.4. Виды местной аэробной хирургической инфекции

Фолликулит. Фолликулит представляет собой воспаление волосяного фолликула. Он может появиться на любом месте, где есть волосы. Причиной фолликулита чаще всего бывает несоблюдение личной гигиены, трение кожи одеждой, расчесывание кожи при зуде, после неправильного наложения компрессов, при чрезмерной потливости.

Клиническая картина. Вначале на коже появляется небольшое красное пятно или узелок вокруг волоска, из которого образуется гнойничок, наполненный желтовато-зеленым гноем. Гнойничок вскрывается или подсыхает. Нередко он может охватывать большие участки кожи и переходить в фурункул. Особенно опасно это заболевание у новорожденных.

Лечение. Гнойнички смазывают 1—2 раза в сутки 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого, 5 % раствором мар-

ганца, на места поражения наносят присыпки (ксероформ). Неворожденных можно купать в отваре трав: череды, чистотела, зверобоя, ромашки. С целью профилактики участки кожи, где могут быть раздражения, обрабатывают 1 % раствором салицилового, борного или камфорного спирта, используют цинковые присыпки, соблюдают личную гигиену.

Фурункул. Воспаление волосяного мешочка называется фурункулом. Возбудителем чаще всего является стафилококк. Фурункул локализуется в местах роста волос и постоянной травматизации на задней поверхности шеи, лице, предплечьях, тыле кисти, ягодицах, спине (рис. 10.2). Предрасполагающими факторами являются нарушение личной гигиены, микротравмы, авитаминоз, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет.

Клиническая картина. При фурункуле вокруг волоса образуется конусовидный узелок с гиперемией и отеком вокруг. Через 1—2 сут на верхушке появляется гнойное образование — стержень. Появление нескольких фурункулов одновременно называется фурункулезом. Общее состояние страдает незначительно.

Лечение. Лечение проводится амбулаторно. Исключение составляют фурункулы лица, которые могут осложниться переходом воспаления на оболочки мозга. Такие больные подлежат госпитализации (см. гл. 12). При лечении в стадии инфильтрации используют иктиоловую мазь, обрабатывают кожу вокруг спиртом. При нагноении рекомендуется хирургическое лечение — вскры-

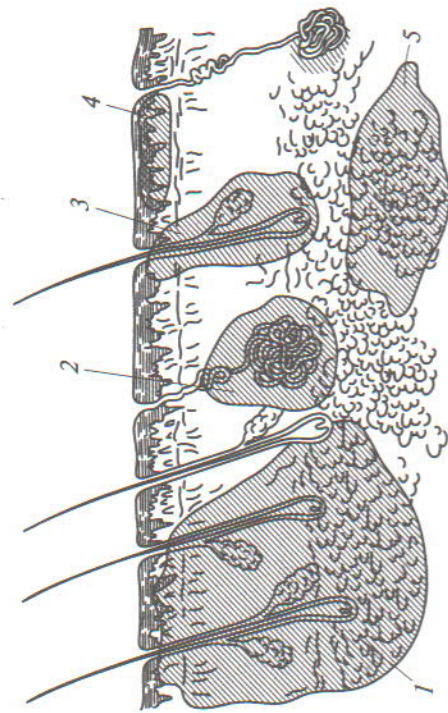


Рис. 10.2. Локализация воспалительных процессов в коже и подкожной клетчатке:

1 — карбункул; 2 — гидраденит; 3 — фурункул; 4 — рожистое воспаление; 5 — флегмона

ние фурункула, удаление гнойного стержня и наложение влажно-высыхающих повязок с антисептическими растворами до уменьшения отека и очищения раны от гноя. Потом показаны сухое тепло, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, УФО).

При фурункулезе лечение проводится в хирургическом гнойно-септическом отделении стационара. Общее лечение включает витаминотерапию, антибиотикотерапию, аутогемотерапию, лечение сопутствующих хронических заболеваний.

Правила ухода за пациентом. Волосы вокруг фурункула тщательно выстригают. При фурункулах туловища, шеи, конечностей следует применять наклейки, которые предохраняют кожу в области воспаления от механических воздействий (трения), чего нельзя избежать при наложении повязок. При локализации на конечности рекомендуются ее иммобилизация косыночной повязкой. Категорически запрещается массаж в области очага воспаления.

Карбункул. Воспаление нескольких волосяных лукович, сальных желез и окружающей клетчатки с развитием некроза тканей и общей реакцией организма называется карбункулом. Наиболее частой локализацией является задняя поверхность шеи, пояничная область. Это заболевание может развиваться первично и как следствие плохого лечения фурункулов. При карбункуле процесс быстро распространяется на лимфатические сосуды и узлы.

Клиническая картина. Заболевание сопровождается выраженными общими симптомами интоксикации. Состояние пациента обычно тяжелое: температура тела повышается до 39 °С, появляются головная боль, слабость, озноб. В области карбункула возникают болезненность, отек, гиперемия, плотный болезненный инфильтрат, на верхушке которого через 1—2 сут отслаивается эпидермис и появляется несколько гнойных образований (стержней).

Лечение. Опасность осложнений и тяжелое общее состояние пациента требуют его госпитализации в хирургическое гнойно-септическое отделение стационара. Для лечения используют антибиотики, сульфаниламиды с учетом чувствительности микрофлоры, иммунотерапию, болеутоляющие препараты, дезинтоксикационную терапию, витаминотерапию. Оперативное лечение проводится под наркозом. Карбункул вскрывается крестообразным разрезом, выполняется некрэктомия, рана дренируется.

Правила ухода за пациентом. Пациенту необходимы постельный режим, иммобилизация конечности. При карбункуле лица необходимо уменьшить сокращение мимических и жевательных мышц. Показаны молочно-растительная диета, обильное питье.

Гидраденит. Гидраденит представляет собой воспаление потовых желез. Заболевание чаще всего вызывается стафилококком. Процесс локализуется в основном в подмышечной впадине, реже — в

паховых складках, перианально. Развитию гидраденита способствуют повышенная потливость, переохлаждения, нарушение личной гигиены, дерматиты.

Клиническая картина. Заболевание начинается с образования поверхностного болезненного инфильтрата конусовидной формы с гиперемией и отеком вокруг. Через 1—2 сут появляется гнойное содержимое, кожа над ним истончается и приобретает синюшно-серый вид. Иногда возникает сразу несколько образований, которые могут соединяться между собой. Общее состояние ухудшается, появляются симптомы интоксикации.

Лечение. Лечение такое же, как и при других заболеваниях аэробной хирургической инфекции.

Правила ухода за пациентом. Перед лечением осторожно удаляют волосы, тщательно обрабатывают область поражения антисептическими растворами. Руку на стороне гидраденита подвешивают на косынке. Для предупреждения развития новых очагов кожу в этой области обрабатывают спиртом (салициловым, левомицетиновым, борным). Для закрытия раны рекомендуется применять не повязки, а наклейки. С пациентом обязательно не проводить беседу о важности гигиены областей, в которых может развиваться гидраденит, о борьбе с потливостью.

Флегмона. Неограниченное распространенное гнойное воспаление в межклеточном пространстве (подкожной, межмышечной, забрюшинной и другой клетчатке) называется флегмоной. Возбудителями могут являться стафилококки, стрептококки и другие микробы, которые проникают в клетчатку из ран лимфогенным, гематогенным путем или из соседних областей, как осложнение других гнойных образований.

Клиническая картина. Заболевание начинается остро, с выраженными местными и общими симптомами гнойного воспаления. При поверхностном процессе появляются отек, гиперемия, повышается местная температура. Вначале ткань уплотняется без четких границ, а при нагноении этот участок размягчается (симптом флюктуации). Общая симптоматика резко выражена: температура тела повышается до 40°C , озноб, головная боль, нарушается функция пораженной области.

Лечение. Лечение проводится только в гнойно-септическом отделении хирургического стационара. В начальной стадии инфильтрат можно попытаться лечить консервативно: местно накладывают влажно-высыхающие повязки с 25 % раствором магнесии сульфата или 10 % раствором натрия хлорида; внутримышечно вводят инъекции антибиотиков широкого спектра действия, назначают поливитамины, обезболивающие.

При формировании гнояника проводят оперативное лечение: широкое и глубокое вскрытие гнояника или вскрытие несколькими разрезами с последующим дренированием и наложением

гнойно-высыхающих повязок с антисептическими растворами. Несколько дней проводится промывание послеоперационной раны через трубчатый дренаж. Оперативное лечение сопровождается комбинированным консервативным лечением: назначают антибиотики, сульфаниламиды с учетом чувствительности микрофлоры, витаминотерапию, инфузионную терапию.

Правила ухода за пациентом. Пациент должен соблюдать постельный режим, необходима иммобилизация конечности. Назначаются обильное питье, молочно-растительная диета. В первые 3—4 сут строго наблюдают за состоянием пациента: измеряют температуру тела до 4 раз в сутки, пульс, АД, ежедневно исследуют общий анализ крови и мочи. Все эти мероприятия необходимы для профилактики осложнений (прогрессирование флегмоны, сепсис).

Абсцесс. Абсцесс представляет собой ограниченную полость с гноем в тканях. Он развивается в любых тканях и органах. Причиной являются ссадины, гематомы, раны, инъекции, метастазирование хирургической инфекции из других областей лимфогенным и гематогенным путем. Абсцессы вызываются стафилококками, стрептококками, синегнойной и кишечной палочками и др.

Клиническая картина. В зависимости от этиологии, локализации, распространения и размеров абсцесса клиническая картина бывает различной. Поставить диагноз «поверхностный абсцесс» несложно. Классическими симптомами являются гиперемия, отек, ограниченное уплотнение с последующим размягчением и положительным симптомом флюктуации.

Общее состояние ухудшается в зависимости от тяжести инфекции и размеров абсцесса. При расположении абсцесса в глублежащих тканях появляются ремитирующая температура тела с размахом в $1,5\text{--}2,0^{\circ}\text{C}$, озноб, боли, при глубокой пальпации уплотнение. Для уточнения диагноза проводится диагностическая пункция. Серьезную опасность представляют гнояники, расположенные во внутренних органах и вблизи крупных сосудов. При этом возможны прорыв абсцесса в полость и ухудшение состояния пациента.

Осложнениями могут быть лимфаденит, тромбоз лимфатического сосуда, абсцесс следует дифференцировать с гематомой, аневризмой сосуда, флегмоной, опухолью.

Лечение. Начинающийся абсцесс до формирования гнояной полости лечится консервативно в хирургическом отделении. При нагноении проводится вскрытие абсцесса и дренирование с промыванием полости лекарственными препаратами. Часто применяется проточно-аспирационное дренирование.

Правила ухода за пациентом. Пациент обязательно должен быть госпитализирован в гнойно-септическое хирургическое отделение. При заболевании обязательно соблюдают постель-

ный режим. Для пораженной части обеспечивается покой или иммобилизация конечности. Необходимо избегать давления на пораженную область, ни в коем случае не растирать и не массировать ее и не пользоваться согревающими компрессами, так как это может привести к распространению гнойного воспаления и сепсису.

Рожистое воспаление. Рожа — острое инфекционное прогрессирующее воспаление кожи или слизистых оболочек, которое вызывается гемолитическим стрептококком. В организм человека стрептококк проникает через ссадины, потертости, опрелости, царапины, раны, может распространяться гематогенным и лимфогенным путем.

Клиническая картина. Через 4—6 сут (инкубационный период) после проникновения стрептококка в организм болезнь проявляется остро — ознобом, высокой температурой тела, интоксикацией (слабость, головная боль, нарушение сна и аппетита, учащение пульса, тошнота, рвота, иногда спутанное сознание и бред). Местные симптомы появляются на следующий день. Рожистое воспаление по проявлению местных симптомов делится на четыре основные формы: эритематозная, буллезная, флегмонозная, некротическая. По распространенности могут быть локальная, ползучая и мигрирующая формы.

Эритематозная форма проявляется яркой четко ограниченной гиперемией («языки пламени»), отеком кожи (воспаленный участок возвышается над здоровой кожей). Кожа лоснится, бледнеет, горячая и резко болезненная при поверхностной пальпации (цв. вклейка, рис. 17). Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, часто развивается лимфангит.

Для буллезной формы характерно появление на фоне покрасневшей кожи пузырьков различного размера, заполненных серозным или серозно-геморрагическим экссудатом. Длительность заболевания составляет 1—2 недели. Окончание болезни сопровождается критическим падением температуры тела с обильным потоотделением. По выздоровлении отечность и гиперемия исчезают и на участке поражения появляется шелушение.

При флегмонозной форме рожистого воспаления под кожей и в подкожно-жировой клетчатке появляется серозно-гнойное содержание. Общее состояние более тяжелое, чем при эритематозной форме.

Для некротической (гангренозной) формы характерно появление некрозов мягкой ткани.

При локальной форме воспаление поражает определенный участок кожи. **При ползучей форме** воспаление постепенно распространяется на поверхности кожи. Если рожистое воспаление последовательно поражает различные участки тела, то такая форма называется *мигрирующей*.

Наиболее часто рожистое воспаление локализуется на нижних конечностях.

После перенесенного заболевания повышается чувствительность организма к стрептококку, вследствие чего рожа нередко может неоднократно рецидивировать. Осложнениями являются тромбофлебиты, лимфадениты и лимфангиты, сепсис, слоновость конечностей (цв. вклейка, рис. 18).

Лечение. Лечение проводится обязательно в стационарных условиях. Конечности придают возвышенное положение. Из антибиотиков чаще применяются препараты из группы пенициллинов, цефалоспорины, фторхинолоны. Курс лечения составляет не менее 10 сут. При буллезной форме хорошие результаты дает местное наложение повязок с антисептическими мазями. При флегмонозной форме вскрывается участок со скопившимся гноем и дренируется; при некротической — удаляется некротическая ткань с последующей кожной пластикой. При интоксикации проводится дезинтоксикационная терапия, назначаются антигистаминные препараты.

Правила ухода за пациентом. Больные обязательно госпитализируются в инфекционное или хирургическое гнойно-септическое отделение в отдельную палату. Персонал должен быть соответствующим образом подготовлен, безупречно соблюдать правила ухода за пациентом и личной гигиены, тщательно следить за обезвреживанием инфицированного перевязочного материала. Пациенту обеспечиваются постельный режим, иммобилизация пораженной конечности, тщательный уход за всей кожей и слизистыми, высококалорийная диета с большим содержанием витаминов. Пациентам, переболевшим рожистым воспалением, рекомендуются во избежание рецидивов следить за чистотой кожи, соблюдать личную гигиену, своевременно обрабатывать ссадины, трещины и потертости кожи йодной настойкой или 1 % раствором бриллиантового зеленого.

Эризипеллоид (свинная рожа). Эризипеллоид — инфекционное заболевание, вызываемое палочкой свиной рожи. Возбудитель проникает в организм человека через небольшие повреждения кожи. Встречается заболевание в основном у людей, работающих с мясом, рыбой, охотников, поваров, ветеринаров. Заболевание поражает пальцы, кисти, стопы. Заражение происходит контактным путем. Инкубационный период длится от нескольких часов до недели.

Клиническая картина. С первого дня заболевания на тыльной поверхности пальцев появляются болезненная зудящая гиперемия и отек, резко отграниченные от неизмененной кожи. К концу недели пятно становится багрово-красным и отмечается сильный зуд. Потом все изменения претерпевают обратное развитие. Процесс может перейти на соседние пальцы, кисти, соп-

вожжаться лимфаденитом и лимфангитом. Общее состояние почти не нарушается.

Лечение. Лечение проводится так же, как при рожистом воспалении. Дополнительно вводят специфическую сыворотку.

Лимфаденит. Воспаление лимфатических узлов называется лимфаденитом. Чаще всего это вторичное заболевание, вызванное токсоинами, микробами, продуктами распада тканей в зоне первичного очага, поступившими в лимфатические узлы по лимфатическим сосудам. Вызывают лимфаденит гнойные и специфические микробы. Воспалительный процесс может быть катаральным и гнойным, распространяться на окружающие ткани, осложняться развитием флегмоны окружающей клетчатки (аденофлегмоны).

Клиническая картина. При катаральном воспалении лимфатические узлы увеличиваются, отекают, при пальпации болезненны, плотные с четкими границами, смещаются по отношению к другим тканям. Общее состояние может не нарушаться.

При нагноении наблюдаются гиперемия и отек кожи вокруг лимфатического узла, сам узел резко болезнен с участками размягчения. Гной может прорываться в окружающие ткани, что приводит к образованию флегмоны. В этом случае общее состояние ухудшается.

Лечение. Чтобы решить вопрос о лечении лимфаденита, нужно хорошо осмотреть близлежащие ткани и органы, которые могут при патологических изменениях вызвать воспаление узлов. При обнаружении первичного очага пациент направляется к специалисту для лечения основного заболевания.

В случае обнаружения первичного очага пациента направляют к педиатру или терапевту для более тщательного обследования, на исследование общего анализа крови, флюорографическое исследование легких для дифференциальной диагностики туберкулезного процесса. Катаральную форму лечат консервативно: назначают антибиотики, сульфаниламиды, местно тепло и компрессы (спиртовые или с камфорным маслом). При лимфадените на конечности обязательно проводят ее иммобилизацию. Во всех случаях необходимо лечить первичный очаг воспаления. В стадии нагноения показано оперативное лечение: пункции, вскрытие с дренированием или удаление лимфатического узла.

Лимфангит. Воспаление лимфатических сосудов называется лимфангитом. Острый лимфангит обычно бывает вторичным заболеванием, вызванным различными воспалительными очагами.

По локализации различают поверхностные и глубокие лимфангиты.

Клиническая картина. Выделяют две формы лимфангита: сетчатую и стволовую. Для сетчатого лимфангита характерна местная гиперемия в виде сетки, нити которой идут к регионар-

ным лимфатическим узлам. Стволовой лимфангит проявляется широкои красными полосами от входных ворот инфекции до увеличенного регионарного лимфатического узла. При развитии глубокого лимфангита часто на коже отсутствуют изменения лимфатического узла, увеличенного малоподвижного регионарного лимфатического узла, выраженной интоксикации, изменения в общем анализе крови.

Лечение. Необходима санация первичного очага, дезинтоксикационная и антибактериальная терапия, иммобилизация и возвышенное положение конечности. Лечение обычно проводится в гнойно-септическом отделении хирургического стационара.

Бурсит. Бурсит представляет собой воспаление синовиальных околосоуставных сумок (рис. 10.3). Наиболее частым возбудителем является стафилококк. Причиной возникновения бурсита могут быть травмы и проникновение микробов по лимфатическим путям из области расположенных очагов. Бурсит может быть серозным и гнойным, по течению — острым и хроническим.

Клиническая картина. При воспалении сумки в области сустава появляется образование с гиперемией и отеком тканей вокруг, температура кожи повышается. При пальпации суставная сумка плотная, болезненная, а при нагноении — с симптомами флюктуации. Функция самого сустава не ограничена, движения безболезненны, боль может появиться при натяжении сумки. Обшие изменения выражены незначительно. Гнойный бурсит может осложниться флегмоной, артритом сустава, остеомиелитом.

Лечение. Лечение проводится в амбулаторных условиях. Конечность иммобилизуется, местно применяются влажно-высыхающие повязки с 25 % раствором сульфата магния или повязки с мазью Вишневского. После уменьшения отека и гиперемии применяются сухое тепло и физиотерапия. При затянувшемся течении проводят пункцию полости сумки с удалением экссудата и введением в нее антибиотиков.

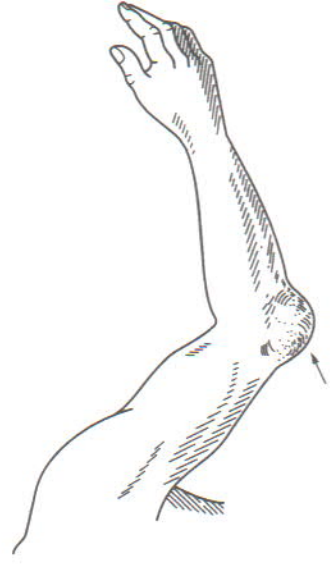


Рис. 10.3. Локтевой бурсит; стрелка указывает локализацию патологического процесса

При гнойном процессе показано оперативное лечение — вскрытие слизистой сумки и дренирование или ее удаление без вскрытия. Общее лечение заключается в проведении антибиотикотерапии, повышении иммунитета организма.

Панариций. Воспалительно-гнойное заболевание пальцев нитате инфицирования стафилококком тканей возникает в результате травмы (ссадины, уколы, царапины, занозы). В зависимости от расположения гнойного очага различают несколько форм панариция.

Кожный панариций. Клиническая картина. Скопление гноя определяется через отслоенный эпидермис. Гной легко смещается при надавливании. Процесс характеризуется умеренными болями, общее состояние практически не изменено.

Лечение. Ножицами осторожно срезают весь отслоенный эпидермис, и гной вытекает. На рану накладывают мазевую повязку с антисептическими средствами или антибиотиками.

Подкожный панариций. Клиническая картина. Отмечаются значительные болевые ощущения в результате сдавления воспалительным отеком нервных окончаний. При пальпации чувствуются зондом точно диагностируется болезненный участок. Воспаление локализуется обычно на ладонной поверхности ногтевой

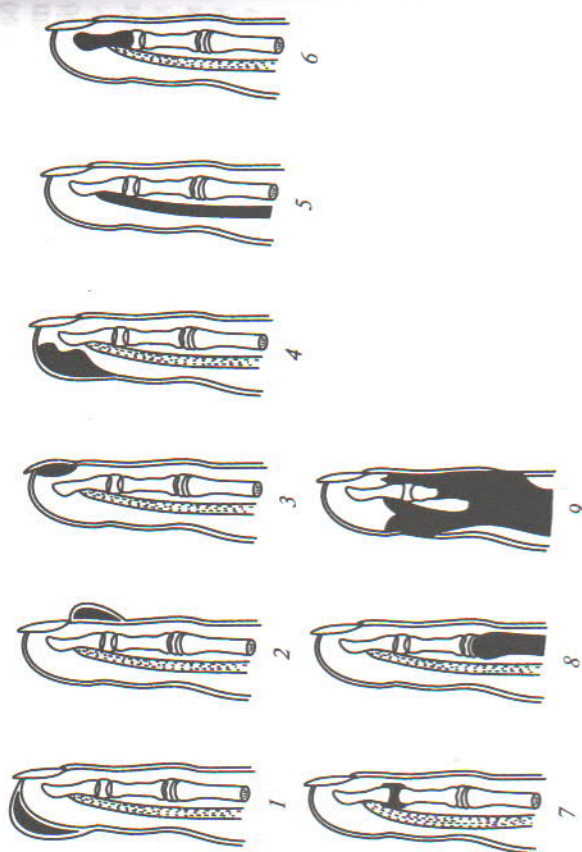


Рис. 10.4. Формы панариция:

1 — кожный; 2 — паронихия; 3 — подногтевой; 4 — подкожный; 5 — сухожильный; 6 — костный; 7 — суставной; 8 — костно-суставной; 9 — пандактилит

фаланги. Гиперемии кожных покровов может не быть. Отек выражен на тыльной поверхности пальца.

Лечение. В начале заболевания проводится консервативное лечение: тепловые ванночки, спиртовые компрессы, новокаиновая блокада, замораживание болевой точки хлорэтилом. Если улучшения не наступает, местно наблюдается выраженная болезненность и больной не спит из-за сильных болей, показана операция.

При операции проводят проводниковое обезболивание: по 10 мл 1% раствора новокаина вводят с каждой стороны у основания пальца с предварительным наложением жгута. Оперировать можно также под внутривенным обезболиванием барбитуратами короткого действия, внутривенным новокаиновым обезболиванием или новокаиновой блокадой в нижней трети предплечья. По краю фаланги делают два параллельных разреза. Для лучшего оттока гноя разрезы соединяют, пересекая все мягкие ткани. В рану вставляют тонкую резиновую полоску. При перевязках показаны теплые ванночки с антисептическими средствами.

Подногтевой панариций. Возникновение подногтевого панариция связано с травмой околоногтевого ложа, инфицированием при маникюре.

Клиническая картина. Отмечаются интенсивные боли, под ногтевой пластинкой скапливается гной, развиваются отек и инфильтрация ногтевой фаланги.

Лечение. Лечение оперативное — под анестезией удаляют ноготь. Операция заканчивается наложением мазевой повязки.

Паронихия. Клиническая картина. Гнойник под корнем ногтя сопровождается резкой болью, отеком и гиперемией кожного валика у основания ногтя.

Лечение. Операция заключается в проведении параллельных разрезов у основания ногтя на тыле концевой фаланги по краям околоногтевого валика, который отпаровывают и оттягивают. Повязку меняют в ванночках с антисептическим раствором.

Сухожильный панариций (гнойный тендовагинит). Сухожильный панариций развивается как осложнение остальных форм панариция или первично при ранениях кисти.

Клиническая картина. Палец обычно согнут, утолщен. Боль усиливается при движении, надавливании зондом по всему ходу сухожилия. Температура тела повышена, отмечаются головная боль, озноб. Гной скапливается в сухожильных синовиальных влагалищах, откуда прорывается в мягкие ткани с образованием обширных глубоких флегмон кисти и предплечья. В результате нарушения кровообращения часто наступает омертвление сухожилий.

Лечение. Необходимо своевременная операция, характер которой определяется распространением воспаления. При сухожильном панариции II—IV пальцев проводят по два параллельных разреза на боковой поверхности основной и средней фаланг. В разрез

вводят тонкий резиновый выпускник для постоянного оттока гноя. При тендовагините I и V пальцев разрезы проводят на ладонной поверхности в области возвышения этих пальцев. Иммобилизацию при сухожильном панариции достигают при помощи тыльной гипсовой лонгеты; кисти придают полусогнутое положение. Обязательно назначают антибиотики, которые в случаях тяжелого течения вводят в лучевую артерию. Перевязки в первое время выполняют после введения обезболивающих средств. Перед удалением нижних слоев повязки делают ванночки с антисептическими растворами.

Костный панариций. Этот панариций возникает первично при проникновении инфекции глубоко под надкостницу или вторично в результате запущенного подкожного панариция. Наступает омертвление участка кости с образованием секвестра.

Клиническая картина. При поражении ногтевой фаланги она булавовидно вздувается. Появляются сильные боли, в запущенных случаях возникают гнойные свищи или некроз всей фаланги пальца. Секвестры на рентгенограмме определяются с 8–10-х суток.

Лечение. Под проводниковой анестезией проводят широкий боковой или дугообразный разрез мягких тканей до кости. Из костной ткани под контролем зрения удаляют секвестры, очаги некроза. Рану промывают перекисью водорода, вводят тонкую резиновую полосу или тампон с мазью Вишневского.

Проводят иммобилизацию пальца и кисти при помощи гипсовой лонгеты. При некрозе фаланги показана ампутация.

Суставной панариций. Чаще суставной панариций образуется вторично вследствие распространения инфекции при подкожном панариции.

Клиническая картина. Определяются полусогнутое положение пальца, резкая болезненность при движениях в суставе, деформация и отек сустава. Нагрузка на сустав болезненна, в результате разрушения связок и капсулы сустава появляется патологическая подвижность.

Лечение. Сустав вскрывают двумя боковыми разрезами, промывают антисептическими растворами и антибиотиками, иммобилизуют гипсовой лонгетой. В ранних стадиях можно назначать консервативное лечение: введение антибиотиков в лучевую артерию, пункцию сустава с последующим введением антибиотиков в его полость. Лечение при сухожильном, костном и суставном панариции обычно длительное — до 2 мес. После ликвидации острых явлений в период заживления раны на длительный срок назначают лечебную гимнастику, физиотерапевтические процедуры. Нарушение функции I пальца приводит в большинстве случаев к инвалидности.

Пандактилит. Гнойное воспаление всех тканей пальца с образованием свищей называется пандактилитом. Выделяют первич-

ный пандактилит, который развивается при инфицировании обширных скальпированных или разможенных ран, и вторичный пандактилит, являющийся исходом прогрессирования костного, суставного или сухожильного панариция.

Клиническая картина. Первичный пандактилит развивается быстро и прогрессирует в течение нескольких дней. Больного беспокоят сильные боли в пораженном пальце, высокая температура. Палец увеличен в объеме, плотный, напряженный, находится в полусогнутом положении. Кожа пальца багрово-красная, затем становится цианотичной. При вторичном пандактилите боли незначительные. Отмечается обильное гнойное отделяемое из свищей. Палец может быть деформирован.

Лечение. Оперативное лечение зависит от распространенности поражения — от экономной некрэктомии до ампутации пальца.

Гнойный артрит. Гнойное воспаление сустава называется гнойным артритом. Возбудителями могут быть все виды патогенных неспецифических и специфических микроорганизмов, но чаще стафилококк и стрептококк. Инфицирование полости сустава возможно после его непосредственного ранения (вследствие травмы, пункции) или как осложнение гнойно-воспалительных заболеваний и нарушений целостности кожи (потертости, трещины, ссадины, царапины, раны). В зависимости от этого различают первичный и вторичный гнойный артрит. Гнойный артрит чаще локализуется в крупных суставах (тазобедренном, коленном, плечевом).

Клиническая картина. Гнойный артрит характеризуется сильной болью в суставе, усиливающейся при пальпации и малейших движениях. В связи с этим активные и пассивные движения резко ограничены или невозможны. Конечность находится в вынужденном положении, которое обусловлено рефлекторным сокращением мышц. Сустав увеличивается, его контуры сглаживаются. Степень выраженности симптомов зависит от количества экссудата в полости сустава. Значительное количество экссудата приводит к появлению флюктуации, а в области коленного сустава — еще и к баллотированию надколенной чашечки. При малом количестве экссудата определяется крепитация.

В области сустава отмечается отек (припухлость) кожи, которая становится натянутой, блестящей, гиперемированной. Местная температура повышена.

Выражены общие признаки воспаления и интоксикации. При прогрессировании гнойно-воспалительного процесса на окружающие ткани местные и общие симптомы обостряются. В случае прорыва гноя через суставную сумку местные симптомы выражены незначительно, более выражены общие симптомы. При некрозе связочного аппарата возникает разболтанный сустав, что может привести к патологическим вывихам и подвывихам.