

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ №2

«Затверджено»

на методичній нараді кафедри
від 28 серпня 2019 р., протокол №1

Завідувач кафедри
д.мед.н., професор

_____ О.Ю. Іоффе

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

***ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ***

Навчальна дисципліна	Загальна хірургія
Модуль № 2	Хірургічна інфекція. Змертвіння. Основи клінічної онкології та трансплантології. Особливості обстеження, курація хірургічних хворих
Змістовий модуль № 1	Хірургічна інфекція. Змертвіння.
Тема заняття № 15	Панарицій. Флегмони кисті. Особливості анатомічної будови кисті. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування. Лімфангіт, лімфаденіт: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, принципи лікування.
Курс	Третій
Факультет	Медичний факультет № 1 та №4, ЗСУ

Київ 2019

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- *Пояснювати* актуальність вивчення гнійних захворювань кисті.
- *Визначати* етіологію та патогенез гнійних захворювань кисті.
- *Класифікувати* різні форми панарицію та флегмон кисті.
- *Трактувати* клінічну картину гнійних захворювань кисті
- *Скласти* алгоритм лікувальної тактики при гнійних захворюваннях пальців та кисті.
- *Вміти* діагностувати лимфаденіт та лимфангоїт.
- *Скласти* алгоритм лікувальної тактики та особливостей догляду за хворими з гнійними захворюваннями кисті.
- *Знати* наслідки лікування гнійних захворювань кисті.
- *Засвоїти* основні принципи надання амбулаторної допомоги хворим з хірургічними захворюваннями в умовах поліклініки.

2. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ:

<i>Назви попередніх дисциплін</i>	<i>Отримані навички</i>
Нормальна анатомія	Описати особливості будови та взаєморозташування тканин та органів в організмі людини.
Гістологія та ембріологія	Знати будову на мікроскопічному рівні тканин та органів в організмі людини.
Нормальна фізіологія	Визначити особливості артеріального і венозного кровообігу та лімфообігу в організмі людини на центральному та периферичному рівнях, особливості нейро-гуморальної регуляції процесів життєдіяльності.
Патологічна фізіологія	Описати функціональні зміни при гнійно-запальних процесах м'яких тканин та кісток.
Патологічна анатомія	Визначати патоморфологічні зміни в органах та тканинах на фоні протікання гнійно-запальних процесів.
Мікробіологія	Описати основні групи та властивості бактеріальної флори.
Догляд за хворими	Демонструвати особливості догляду за хірургічними хворими.
Загальна хірургія	Володіти методами клінічного та знати особливості лабораторно-інструментальних методів обстеження хірургічних хворих.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО МАТЕРІАЛУ

3.1 Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

<i>Термін</i>	<i>Визначення</i>
Панарицій	Гостре гнійне запалення м'яких тканин, кісток, суглобів та сухожилля пальця
Пароніхія	Гостре гнійне запалення нігтьового валика
Пандактиліт	Гнійне запалення усіх тканин пальця

3.2. Актуальність теми.

Пальці та кисть є основними органами праці, органами впливу людини на оточуюче середовище. Їх рухи характеризуються великим діапазоном, координованістю, чіткістю та різноманітністю. Вони виконують статичну, динамічну і сенсорну функції. З цим пов'язана досить складна будова пальців та кисті, що в свою чергу, обумовлює специфічний перебіг гнійно-запальних процесів. Враховуючи велике функціональне навантаження, ці ділянки досить часто травмуються в процесі життєдіяльності людини, особливо у людей працездатного віку. При цьому, несприятливий перебіг гнійно-запальних процесів, пізні звернення хворих за медичною допомогою або неадекватна діагностика та лікування досить легко можуть стати причиною значної втрати працездатності та інвалідизацією пацієнта.

3.3. Зміст теми

Панарицій - гостре гнійне запалення м'яких тканин, кісток, суглобів та сухожилля пальця. Зустрічається у 20- 25 % амбулаторних хірургічних хворих. Є частою причиною тривалої втрати працездатності, що інколи призводить до інвалідності.

Етіологія і патогенез. Найчастіше збудником є стафілококи. Початком захворювання є пошкодження шкіри (мікротравми). Особливо небезпечні колоті рани від металевих предметів, кісток риби, голки, колючки тощо.

Анатомо-фізіологічні особливості будови пальців: шкіра на долонній поверхні має виражений роговий шар, фіксована багатьма фіброзними волокнами, що не дає можливості запальному процесу прориватися назовні та сприяє розповсюдженню на кистки, суглоби, сухожилля. Підшкірна жирова клітковина міститься в замкнених просторах під певним тиском. Якщо виникає запальний процес, тиск швидко підвищується, чим і пояснюється інтенсивний, пульсуючий біль. Сухожилльні піхви II, III, IV пальців ізольовані і закінчуються сліпо на рівні долонної складки. Сухожилльна піхва V пальця закінчується ліктьовою боковою зв'язкою, яка в 70—75 % осіб сполучена з променевою боковою зв'язкою, якою також закінчується сухожилльна піхва I пальця. Тому запальний процес із сухожилльної піхви I пальця може переходити на простір Пирогова—Парона і на сухожилльну піхву V пальця. Запальний процес, який виникає на обмеженій ділянці замкнутої порожнини сухожилльної піхви, стискає судини, які живлять сухожилля, настає їх омертвіння, що зумовлює втрату функції пальця навіть у разі порівняно швидкого оперативного втручання.

Нігтьова фаланга пальця складається з твердої губчастої речовини, не має кістково-мозкового каналу та окремої живильної артерії. Вона постачається кров'ю за рахунок

артеріальних відгалужень, що проникають з окістя. Цим зумовлено дуже часте виникнення остеомієліту на нігтьових фалангах пальців. Шкіра біля суглоба зрощена з його капсулою і утворює стінку суглобової щілини. Це сприяє швидкому проникненню інфекції в суглоб.

На долонній і тильній поверхнях кисті є міцне сполучнотканинне утворення апоневроз, який відокремлює підшкірну жирову клітковину від м'язів, кісток, судин та нервів, які розташовані глибше. Тому гнояки, розташовані глибше від апоневроза (глибокі флегмони кисті), не можуть самі проривати. Пальці кисті мають гарне кровопостачання. Кожний палець має по 4 артерії. Дві з них лежать ближче до долонної, а дві інші - до тильної поверхні пальців. Іннервацію пальців здійснюють гілки серединного, ліктьового нервів на долонній поверхні і променевого та ліктьового - на тильній.

Класифікація панарицію:

- шкірний
- пароніхія
- підшкірний
- шкірно-підшкірний
- піднігтьовий
- сухожилковий
- кістковий
- суглобовий
- кістково-суглобовий
- пандактиліт

Шкірний панарицій становить 4 -5 % випадків. Причиною захворювання здебільшого є незначне пошкодження шкіри. Процес відбувається під епідермісом і з усіх видів панарицію є найнебезпечним. На початку захворювання з'являється помірний біль, поколювання в місці пошкодження шкіри. Поступово біль посилюється, стає постійним, шкіра червоніє, в центрі виникає гнійний пухирець. У цей період відшаровується верхній рогівковий шар шкіри на обмеженій ділянці, під яким накопичується гній. Особливу групу становить шкірно-підшкірний панарицій (запонкоподібний), коли запальний процес локалізується в шкірі та з'єднується норицею з гнояком, який розмінується в підшкірній жировій клітковині. Небезпека такої форми панарицію полягає в тому, що в разі оперативного лікування під час розкриття шкірного панарицію явища запалення не стихають, стан хворого не поліпшується, а процес поглиблюється. Тому в разі оперативного лікування, лікар має добре обстежити дно, а за наявності нориці розкрити гнояк під шкірою. Лікування шкірного панарицію полягає в повному видаленні відшарованого епідермісу, промиванні рани антисептиками, дослідженні дна рани.

Пароніхія - гостре гнійне запалення нігтьового валика. Може мати 2 форми. Поверхнева - під епідермісом та глибока, коли процес розташований між нігтьовою пластинкою і нігтьовим валиком (7-8 % усіх випадків панарицію).

Клінічна картина захворювання розвивається на 4-10-й день після незначної травми. У ділянці нігтьового валика з'являється біль, його тонка шкіра блищить, напружена. При глибокій формі біль досить виражений, червоніє та припухає весь нігтьовий валик і вся тильна поверхня шкіри фаланги. При поверхневій формі наприкінці перших 2 діб крізь шкіру пальця просвічується гній. При глибокій формі процес поширюється в глибину і нерідко дном гнійної порожнини стає окістя. Подальше скупчення гною під нігтьовою пластинкою стає причиною виникнення піднігтьового панарицію. У більшості хворих

скупчення гною під епідермісом нігтьового валика призводить до самостійного прориву гнояка, що поліпшує стан хворого і затримує оперативне лікування. Оперативне лікування полягає в адекватному розкритті гнояка, інколи з частковою резекцією нігтьової пластинки та дренажуванні рани.

Піднігтьовий панарицій – гнійне запалення з локалізацією процесу під нігтьовою пластинкою. Інколи через нігтьову пластинку просвічується гній. Через 2-3 доби нігтьова пластинка відшаровується на значній ділянці. Інколи гній проривається через нігтьовий валик і настає полегшення.

Оперативне лікування проводять під місцевим знеболенням за Лукашевичем-Оберстом. Під час анестезії дуже часто гнояк прориває назовні у зв'язку з підвищеним тиском у тканинах при введенні анестетика. В залежності від того, на якому протязі відшарувалася нігтьова пластинка, оперативне лікування полягає в повному її видаленні або частковій резекції.

Підшкірний панарицій зустрічається у 32-35 % випадків. Запалення локалізується в підшкірній клітковині. Для діагностики застосовують гудзикуватий зонд. За його допомогою можна виявити місце найбільшої болочості. Перші ознаки захворювання з'являються на 5—10-й день після мікротравми. Біль посилюється поступово, особливо під час опускання руки, через деякий час набуває пульсуючого характеру, заважає спати. На місці вогнища запалення визначають незначну припухлість, яка розповсюджується більше на тильну поверхню пальця. Почервоніння шкіри зустрічається рідко. Лікування оперативне. Проводять під місцевою анестезією за Лукашевичем - Оберстом з використанням бічних розрізів з дренажуванням гумовими дренажами.

Сухожильний панарицій (2-3 % всіх гнійних захворювань пальців та кисті). Інфекція потрапляє в сухожильні піхви внаслідок ушкоджень або як ускладнення підшкірного панарицію. Характерний інтенсивний біль, що посилюється навіть при незначних рухах пальця. У разі запалення сухожильних піхв I та V пальців запальний процес може поширюватися на передпліччя, на простір Пирогова— Паррона. Крім місцевих змін мають місце загальні явища інтоксикації. Пізня діагностика та пізні звернення хворого за допомогою призводять до порушення кровопостачання сухожилля, аж до його некрозу. Тільки раннє оперативне лікування (в перші 6-12 годин з моменту захворювання) може сприяти вилікуванню з гарним функціональним наслідком. Оперативне лікування сухожильного панарицію проводять під внутрішньовенним знеболюванням. При гнійному тендовагініті II — IV пальців роблять, як правило, парні переривчасті розрізи на передньобічній поверхні пальця. Для розкриття простору Пирогова—Паррона використовують 2 розрізи по променевому та ліктьовому краях передпліччя. Для дренажування та адекватного промивання використовують гумові смужки та трубчасті дренажі. Після оперативного лікування обов'язково проводять гіпсову іммобілізацію у функціонально вигідному положенні, призначають місцеве і загальне лікування.

Кістковий панарицій частіше виникає як ускладнення підшкірного панарицію нігтьової фаланги. Це зумовлено її анатомічною будовою та особливостями кровопостачання. Перші ознаки захворювання з'являються на 4—13-й день. Відзначається нестерпний біль, який зменшується з появою нориці. Нігтьова фаланга набуває веретеноподібної форми, набряк тканин поширюється на весь палець. З'являються ознаки інтоксикації. Рентгенологічні ознаки кісткового панарицію запізнілі і виявляються лише на 8-12-й день захворювання. Тому під час оперативного лікування підшкірного панарицію проводять особливо ретельне дослідження дна рани та рентгенологічне дослідження пальця до оперативного втручання.

Оперативне лікування виконується під внутрішньовенним наркозом. Особливістю операції є обов'язкова секвестректомія з видаленням грануляцій. Оперативне лікування закінчується обов'язковим дрениванням і гіпсовою іммобілізацією.

Суглобовий панарицій. Інфекція в міжфалангові суглоби проникає через поранення (колоті рани) або розповсюджується при підшкірному, сухожилковому панариціях. Клінічно місцево визначається припухлість суглобів, палець трохи зігнутий, набуває веретеноподібної форми. Через біль рухи в суглобі обмежені. Рентгенологічні ознаки з'являються значно пізніше: спочатку суглобова щілина трохи розширюється, а потім звужується. Настає деструкція суглоба, часом із секвстрацією. Під час пункції суглоба отримують незначну кількість гною або мутної рідини. У разі залучення в запальний процес зв'язок, хрящів та кісткового апарату виникає патологічна рухомість і кріпатація суглобових поверхонь. Лікування стаціонарне. На початкових стадіях захворювання можна застосовувати консервативне лікування (пункція суглоба з введенням антибіотиків, внутрішньовенне введення антибіотиків під джгутом, іммобілізація). У разі неефективності через 12 — 24 год проводять операцію артротомію, під час якої видаляють сторонні тіла, деструктивно змінений хрящ, кісткові секвестри. При серозних формах запалення на фоні інтенсивного лікування можна повністю відновити функцію, при деструктивних формах настає анкілоз суглоба.

Пандактиліт — гнійний процес усіх тканин пальця. Клінічна картина складається із сукупності всіх видів гнійного ураження пальця. Перебіг пандактиліту важкий, супроводжується вираженою інтоксикацією. Причиною захворювання, як правило, є колоті рани по всій довжині пальця з ураженням суглоба, сухожилкової піхви, підшкірної жирової клітковини. Біль має дуже інтенсивний характер. Палець синьо-багрового кольору, із нориці виділяється незначна кількість гнійно-серозного ексудату. Рухи в пальці болісні. Тільки оперативне лікування, виконане в ранні терміни, з наступною активною післяопераційною терапією дозволяє зупинити прогресуюче гнійно-некротичне запалення. Функція пальця після тривалого післяопераційного лікування значно порушується. Часто виникає контрактура пальця. У важких випадках оперативне лікування закінчується екзартикуляцією пальця.

Флегмони кисті.

Залежно від розташування гнійного процесу флегмони кисті поділяються на флегмони долонної та тильної поверхні кисті. Головними клінічними проявами флегмони кисті є набряк, гіперемія шкіри, місцеве підвищення температури, біль у ділянці запалення і порушення функції. Слід зазначити, що у зв'язку з особливостями топографо-анатомічної будови кисті вираженість ознак запалення залежить від локалізації. Флегмони долоні поділяють на поверхневі (надапоневротичні та комісуральні) та глибокі (флегмони тенара, гіпотенара і серединного простору долоні). Флегмони тильної поверхні кисті поділяють на підшкірні та підапоневротичні. Причиною виникнення флегмон кисті найчастіше є мікротравми.

Комісуральні флегмони. Інфікування може виникати внаслідок мікротравм або панарицію проксимальної фаланги. Гнійне вогнище найчастіше формується в міжфалангових проміжках II-IV пальців. Гній може поширюватися в поперечному напрямку на інші комісуральні проміжки. Завдяки наявності великої кількості лімфатичних судин запальний процес часто переходить на тильну поверхню долоні, а також може поширюватися на серединний простір долоні та фасціальну-клітковинний простір підвищення I пальця. Клінічна картина залежить від поширеності і давності

процесу. Хворий скаржиться на різкий біль та припухлість у ділянці пальце-долонного підвищення. Пальці трохи розведені та зігнуті в міжфалангових суглобах, їх активні та пасивні рухи обмежені та болісні. Під час обстеження зондом визначають локальну болісність у міжпальцевому проміжку.

Флегмони підвищення великого пальця (тенара) по частоті займають одне з перших місць серед глибоких гнійних процесів кисті. Найчастішими причинами флегмон ділянки тенара є панарицій I пальця. Особливо часто така картина спостерігається при гнійному тендовагініті I пальця, коли після розплавлення сухожилка виникають гнійні запливи в підшкірну жирову клітковину тенара. У разі флегмони тенара найбільша болючість спостерігається в 1-му міжкістковому проміжку. Хворий скаржиться на постійний розпираючий біль у ділянці проксимального відділу кисті, I і II пальці розведені і перебувають у напівзігнутому положенні. Під час обстеження привертає увагу набряк у ділянці тенара з вираженою перифокальною запальною реакцією з переходом на тильну поверхню кисті. Активні і пасивні рухи в міжфалангових суглобах I пальця болісні та обмежені. Може виникати інтоксикація, значне підвищення температури тіла, лейкоцитоз, нейтрофільний зсув лейкоцитарної формули вліво. Найчастішими ускладненнями цього захворювання є флегмона підшкірної жирової клітковини тильної поверхні кисті. При цьому інфекція поширюється через верхній край короткого м'яза, що приводить I палець. Якщо гній поширюється на дорзальну поверхню кисті, то спочатку можуть виникнути інфільтрат, виражена гіперемія шкіри та лімфангіт. Подальша інфільтрація тканин з наявністю гнійного розм'якшення без особливих труднощів дозволяє виявити це ускладнення. Значно рідше інфекція може потрапляти з підвищення I пальця на серединну щілину долоні.

Флегмони підвищення V пальця (гіпотенара) в більшості випадків характеризуються локальним проявом захворювання. Причиною найчастіше є мікротравми. У ділянці гіпотенара виникають гіперемія шкіри, локальний набряк, напруженість тканин і різка болісність. Активні та пасивні рухи в міжфалангових суглобах V пальця обмежені та болісні. Найчастішим ускладненням флегмони підвищення V пальця є поширення гнійної інфекції в простір Пирогова. У тому разі, коли на передпліччі з'єднуються сухожилльні піхви м'язів I та V пальців, можливе їх інфікування з утворенням U-подібної флегмони. Якщо виникає таке ускладнення стан хворого значно погіршується. Під час огляду виявляють виражений набряк кисті та передпліччя, функція кисті порушена, рухи в променево-зап'ястковому суглобі болісні та обмежені.

Флегмони серединного простору долоні ділять на поверхневі (підапоневротичні) та глибокі (підсухожилкові). Причинами їх виникнення найчастіше є колоті рани. Поверхневі флегмони серединного простору долоні за клінічним перебігом інколи нагадують відокремлений підшкірний абсцес, при цьому гнійний ексудат, витікаючи з утворених в апоневрозі отворів, накопичується в підшкірному просторі. Хворі скаржаться на сильний біль в ділянці долоні, погане самопочуття. Під час огляду виявляють набряк у центрі долоні, напруженість шкіри, згладжування її складок. Пальці перебувають у напівзігнутому положенні, при спробі їх розігнути біль посилюється.

Глибока флегмона серединного простору долоні часто буває поширеною, з важким перебігом, високою температурою тіла, вираженим больовим синдромом та інтоксикацією. У центрі долоні спостерігається набряк, що поширюється на ділянку підвищення I та V пальців кисті. Активні та пасивні рухи в міжфалангових суглобах I—V пальців різко болісні, спостерігаються виражений набряк тильної поверхні кисті,

лімфангіт. Часто виражений набряк тильної поверхні кисті може симулювати флегмону. Але досконале дослідження та пальпація дозволяють виявити максимальну локальну болісність в епіцентрі набряклої долоні. Прогноз та реабілітація значною мірою залежать від своєчасної діагностики та раннього оперативного втручання. Процес загоєння та рубцювання в ділянці сухожилів м'язів-згйначів нерідко призводить до значного порушення функції пальців та кисті в подальшому.

Перехресна, або У-подібна, флегмона є однією з найважчих форм гнійного ураження м'яких тканин кисті. Причиною її виникнення найчастіше є гнійний тендовагініт I та V пальців. У разі невчасного звернення хворих або неадекватного оперативного втручання поширення процесу призводить до ураження проксимальної та дистальної частин кисті.

Клінічний перебіг перехресної флегмони завжди важкий. Шкіра кисті синьо-багрового кольору, під час обстеження максимальна болісність виникає в зоні проекції сухожилків м'язів-згйначів I та V пальців у проксимальній частині кисті, має місце виражений набряк тканин тильної поверхні кисті. Якщо гнійний ексудат потрапляє в простір Пирогова, то запальний процес переходить на дистальну частину передпліччя. При цьому захворюванні гнійно-запальний процес може вражати всі фасціально-клітковинні простори кисті. Ексудат може потрапляти на тильну поверхню кисті з утворенням широкої зони некрозу.

Флегмони тильної поверхні кисті поділяють на флегмони підшкірної жирової клітковини та підапоневротичного простору. Захворювання зустрічається значно рідше порівняно з гнійними процесами долонної поверхні. Виникає внаслідок мікротравм і як ускладнення фурункулів, карбункулів, бешихи. На місці інфікованої рани виникають припухлість і гіперемія шкіри. Через 1-2 дні набряк поширюється на всю тильну поверхню кисті. Температура тіла досягає 38-39°C. Поєднання даних анамнезу та результатів об'єктивного обстеження дозволяє своєчасно діагностувати захворювання. Причиною флегмон підапоневротичного простору тильної поверхні є колоті рани та мікротравми. Інфікування підапоневротичного простору може бути внаслідок прориву гною із запальних вогнищ поверхні долоні по каналах червоподібних м'язів та лімфогенним шляхом. Під час обстеження на тильній поверхні кисті виявляють болісний інфільтрат з чіткими контурами та вираженим перифокальним набряком.

Лімфаденіт - запалення лімфатичних вузлів.

Виникає як ускладнення гнійно-запальних процесів (фурункул, карбункул, панарицій, бешиха) і специфічних інфекцій (туберкульоз, чума, актиномікоз).

Класифікація. Розрізняють гострий і хронічний, специфічний і неспецифічний.

Етіологія і патогенез. Лімфаденіт найчастіше спричиняється стафілококом, рідше стрептококом, іншими гноєрідними мікробами, які проникають у вузли по лімфатичних судинах. Дуже рідко шляхом проникнення є гематогенний.

На початку запалення відбувається серозна інфільтрація за рахунок міграції лейкоцитів і проліферації лімфоїдних клітин (гострий катаральний лімфаденіт). Якщо запальний процес виходить за межі капсули і поширюється на прилеглі тканини, то можна говорити про деструктивний лімфаденіт з утворенням аденофлегмони.

Клініка. Початок характеризується болем та збільшенням лімфовузла, загальними ознаками інтоксикації. У хворих із серозним лімфаденітом загальний стан змінюється мало. Хворі відзначають помірний тупий біль у ділянці збільшеного лімфовузла, який болючий при пальпації, не спаяний із прилеглими тканинами шкіра над ним не змінена.

У разі гнійного лімфаденіту біль значно виражений. Шкіра над ним гіперемійована, під час пальпації - різко болючі, спаяні між собою, стають нерухомими. При

аденофлегмоні визначається розлита гіперемія шкіри, щільний, без чітких меж інфільтрат з ознаками флюктуації.

Хронічний неспецифічний лімфаденіт може бути первинним унаслідок слабовірулентної мікрофлори при кволих запальних процесах (хронічні тонзиліт, запалення зубів, мікротравми) чи внаслідок гострого лімфаденіту. Хронічне запалення лімфовузлів носить продуктивний характер і рідко переходить у деструктивні форми.

Лікування. Початкові форми лімфаденіту лікуються консервативно: спокій, УВЧ-терапія, активне лікування первинного вогнища (розкриті гнояків), антибактеріальна терапія.

Гнійний лімфаденіт лікують хірургічно: розкриття, адекватне дренивання.

Лікування хронічного неспецифічного лімфаденіту спрямоване на ліквідацію основного захворювання (джерела інфекції).

Лімфангоїт - вторинне запалення лімфатичних судин внаслідок різноманітних запальних захворювань.

Етіологія і патогенез. Збудниками лімфангіту найчастіше є стафілококи, рідше стрептококи, кишкова паличка, протей, мікробні асоціація.

Первинним вогнищем є інфікована рана, фурункул, карбунку флегмона, панарицій. Умови, що сприяють розвитку лімфангіту, локалізація та розміри первинного вогнища інфекції, вірулентність і анатомо-фізіологічні особливості лімфообігу. Найчастіше лімфангоїт виникає як ускладнення гнійно- запальних захворювань кінцівок.

Мікроорганізми, їх токсини з вогнища запалення проникають у щілини, а потім у лімфатичні капіляри, лімфатичні судини, лімфатичні вузли. Цей процес супроводжується ендолімфангітом, і набряком, лімфостазом, тромбоутворенням, у важких випадках лімфангітом.

Класифікація. За характером розрізняють: серозний і гнійний лімфангіт; за перебігом — гострий і хронічні, видом ураження судин — капілярний (сітчастий), тункулярний (стовбурний).

Клініка. Типові місцеві зміни: біль, місцеве підвищення температури, інфільтрація, почервоніння, порушення функції; підвищення температури тіла, головний біль. У хворих із сітчастим лімфангоїтом відзначають гіперемію шкіри у вигляді червоної сітки без чітких , із стовбурним — у вигляді окремих червоних ліній від вогнища до зони регіонарних лімфовузлів. Швидко реагують лімфовузли — вони збільшуються, стають болючими під час пальпації (лімфаденіт).

Лікування. Насамперед має бути спрямованим на ліквідацію первинного вогнища — розкриття флегмони, панарицію, абсцесу, гнійних ран, їх дренивання. Призначають антибіотикотерапію з урахуванням чутливості мікроорганізмів, активну дезінтоксикаційну терапію, УФО крові, створюють іммобілізацію кінцівки.

Прогноз сприятливий. Але якщо запальний процес довготривалий, може настати розлад лімфотечії внаслідок облітерації судин, що призводить до лімфостазу (слоновості).

Профілактика полягає в ретельній своєчасній хірургічній обробці ран, розкритті гнійних вогнищ з адекватним дрениванням, іммобілізації, раціональній антибактеріальній терапії.

4. ДОДАТКИ. ЗАСОБИ ДЛЯ КОНТРОЛЮ:

4.1 Тестові завдання

1. Панарицій у формі запонки - це:

- A. Підшкірний панарицій з проривом гною під епідерміс
- B. Сухожильний панарицій
- C. Параніхія
- D. Кістковий панарицій
- E. Кістково-суглобовий панарицій

2. Що таке пандактиліт?

- A. Гнійне запалення всіх тканин пальця
- B. Гнійне запалення нігтя
- C. Гнійне запалення навколони́гтьового ложа
- D. Гнійне запалення сухожильної піхви
- E. Гнійний остит фаланги пальця

3. 68 Найбільш доцільним метод знеболення при операції з приводу сухожильного панариція є?

- A. Внутрішньовенний наркоз
- B. Інфільтраційна анестезія
- C. Анестезія охолодженням
- D. Провідникова анестезія
- E. Інтубаційний наркоз

4. Розповсюдження гнійного процесу на передпліччя можливе при локалізації панарицію на:

- A. Першому або п'ятому пальцях
- B. Всіх пальцях
- C. Другому, третьому та четвертому пальцях
- D. Другому пальці
- E. Четвертому пальці

5. Виберіть провідну клінічну ознаку, характерну для суглобового панарицію:

- A. Веретеноподібна форма пальця, різкий біль
- B. Різкий біль при русі
- C. Гіперемія шкіри
- D. Відчуття розпирання
- E. Різкий біль при натисканні зондом по ходу сухожилків

6. Які симптоми найбільш повно характеризують ознаки сухожилкового панарицію?

- A. Пульсуючий біль, набряк, гачкоподібне згинання пальця з вираженою болючістю при його розгинанні, позитивний симптом „зонда” в проекції розташування сухожилка
- B. Болюче згинання пальця, болючість в проекції розташування сухожилка
- C. Набряк пальця, болюче розгинання пальця
- D. Пульсуючий біль, біль при згинанні та розгинанні пальця
- E. Пульсуючий біль, набряк

7. При хірургічному лікуванні підшкірного панарицію дистальної фаланги кисті слід виконувати наступні розрізи:

- A. Ключкоподібні розрізи на долонно-бічних поверхнях пальця
- B. Повздовжний лінійний розріз через точку флюктуації
- C. П-подібний розріз на долонній поверхні пальця
- D. Радіальні розрізи на долонній поверхні пальця
- E. Поперечні лінійні розрізи

8. До поверхневих форм панарицію відноситься:

- A. Піднігтьовий
- B. Сухожилковий
- C. Кістковий
- D. Суглобовий
- E. Пандактиліт

9. До глибоких форм панарицію відноситься:

- A. Сухожилковий
- B. Піднігтовий
- C. Шкірний
- D. Підшкірний
- E. Навколонигтьовий

10. Палець руки кровопостачають:

- A. Чотири артерії
- B. Одна артерія
- C. Дві артерії
- D. Три артерії
- E. П'ять артерії

11. Правило першої безсонної ночі при панариції є показом до:

- A. Оперативного лікування
- B. Призначення антибіотиків
- C. Призначення снодійних
- D. Проведення фізіотерапії
- E. Проведення сольових ванночок

12. При запальних процесах особливість лімфо відтоку на пальцях та кисті сприяє:

- A. Набряку тильної поверхні
- B. Набряку долонної поверхні
- C. Розвитку вираженого больового синдрому
- D. Розповсюдженню гнійного процесу в глибше розташовані тканини
- E. Розповсюдженню гнійного процесу на передпліччя

13. Сухожилкові піхви I та V пальців кисті сполучаються між собою у:

- A. 10-15% випадків
- B. 5% випадків
- C. 20-25% випадків
- D. 30-35% випадків
- E. До 40% випадків

14. U-подібна флегмона кисті пов'язана із:

- A. Сполученням сухожилкових піхв I та V пальців кисті між собою
- B. Особливостями кровопостачання
- C. Особливостями лімфовідтоку
- D. Будовою кісток фаланг пальців

Е. Особливостями іннервації

15. Швидкий розвиток некрозу сухожилків при накопиченні в сухожилкових ніхвах ексудату пов'язаний із:

- А. Стисканням судин брижі
- В. Стисканням пальцевих артерій
- С. Стисканням пальцевих нервів
- Д. Стисканням лімфатичних судин
- Е. Швидкий некроз в такій ситуації не розвивається

16. При кістковому панарицію нігтьова фаланга має:

- А. Веретеноподібну форму
- В. Округлу форму
- С. Еліпсоподібну форму
- Д. Булавовидну форму
- Е. Фаланга форму не змінює

17. Найбільш важкою формою панарицію є:

- А. Пандактиліт
- В. Параніхія
- С. Сухожилковий панарицій
- Д. Кістковий панарицій
- Е. Суглобовий панарицій

18. Рентгенологічними ознаками суглобового панарицію є:

- А. Розширення та нерівномірність міжсуглобової поверхні
- В. Розплавлення кісткової тканини фаланг
- С. Наявність кісткових секвестрів
- Д. Звуження міжсуглобової поверхні
- Е. Суглобовий панарицій не має рентгенологічних ознак

19. Яку анестезію використовують при оперативному лікуванні шкірного панарицію:

- А. Термінальну
- В. Провідникову
- С. Інфільтроційну
- Д. Внутрішновенну
- Е. Анестезію не проводять

20. Оперативне лікування при шкірному панарицію полягає у:

- А. Видаленні відшарованого рогівкового шару епідермісу
- В. Проведенні поздовжнього розрізу
- С. Проведенні поздовжніх розрізів по бічній поверхні пальця
- Д. Проведенні поперечного розрізу
- Е. Проведенні ключкоподібного розрізу

21. Оперативне лікування при панарицію у вигляді запонки полягає у:

- А. Проведенні поздовжніх розрізів по передньобічних поверхнях пальця
- В. Видаленні відшарованого рогівкового шару епідермісу
- С. Проведенні поздовжнього розрізу
- Д. Проведенні поперечного розрізу
- Е. Проведенні ключкоподібного розрізу

22. Оперативне лікування при підшкірному панарицію полягає у:

- А. Проведенні поздовжніх розрізів по передньобічних поверхнях пальця

- В. Видаленні відшарованого рогівкового шару епідермісу
- С. Проведенні поздовжнього розрізу
- Д. Проведенні поперечного розрізу
- Е. Проведенні ключкоподібного розрізу

23. Після розкриття панарицію іммобілізація проводиться у:

- А. Функціонально вигідному положенні
- В. Положенні згинання пальців
- С. Анатомічно вигідному положенні
- Д. Положенні розгинання пальців
- Е. Іммобілізація не проводиться

24. Яку анестезію використовують при оперативному лікуванні підшкірного панарицію:

- А. Провідникову
- В. Інфільтроційну
- С. Термінальну
- Д. Внутрішновенну
- Е. Анестезію не проводять

25. При незначному розповсюдженні гною під нігтьовою пластинкою виконують:

- А. Резекцію нігтьової пластинки
- В. Видалення нігтьової пластинки
- С. Розрізи за Кляпіним
- Д. П-подібні розрізи
- Е. При піднігтьовому панариції оперативне лікування не виконується

26. При значному розповсюдженні гною під нігтьовою пластинкою виконують:

- А. Видалення нігтьової пластинки
- В. Резекцію нігтьової пластинки
- С. Розрізи за Кляпіним
- Д. П-подібні розрізи
- Е. При піднігтьовому панариції оперативне лікування не виконується

27. Простір Пірогова-Парона розташований:

- А. В н/3 передпліччя
- В. На пальцях кисті
- С. В с/3 передпліччя
- Д. В в/3 передпліччя
- Е. Під апоневрозом долонної поверхні кисті

28. Скільки фасціальних просторів виділяють на долонній поверхні кисті?

- А. 4
- В. 3
- С. 5
- Д. 2
- Е. 6

29. Основною причиною розвитку флегмони ділянки тенора є:

- А. Розповсюдження гнійного процесу з I пальця кисті
- В. Розповсюдження гнійного процесу з II пальця кисті
- С. Розповсюдження гнійного процесу з променевої синовіальної піхви
- Д. Розповсюдження гнійного процесу з серединного простору долоні

Е. Розповсюдження гнійного процесу з тилу кисті

30. При розкритті флегмони ділянки тенора існує висока вірогідність пошкодження:

- А. Рухових гілок променевого нерва
- В. Ліктьового нерва
- С. Глибокої артеріальної дуги кисті
- Д. Сухожилків згиначів пальців кисті
- Е. Лімфатичних колекторів кисті

31. Для флегмон тилу кисті в порівнянні із флегмонами долонної поверхні характерно:

- А. Виражений набряк та гіперемія, незначно виражений больовий синдром
- В. Виражений набряк, значно виражений больовий синдром та гіперемія
- С. Незначно виражений набряк та гіперемія, виражений больовий синдром
- Д. Виражений больовий синдром, незначно виражений набряк та гіперемія
- Е. Незначно виражений набряк, виражений больовий синдром та гіперемія

32. Скільки фасціальних просторів виділяють на тилі кисті?

- А. 2
- В. 3
- С. 4
- Д. 5
- Е. 6

33. Для якої локалізації гнійного процесу на кисті характерна нижченаведена картина: пальці кисті зігнуті у міжфалангових суглобах, розведені і розігнуті в пястково-фалангових, тил кисті набряклий, долонна западина добре виражена

- А. Комісуральна флегмона
- В. Флегмона ділянки тенара
- С. Флегмона ділянки гіпотенара
- Д. Долонний абсцес кисті
- Е. Дерев'яниста флегмона кисті

34. При флегмоні серединного долонного простору загальні прояви:

- А. Значно виражені
- В. Незначно виражені
- С. Зазвичай не виражені
- Д. Виражені помірно
- Е. Відсутні

35. Причиною розвитку флегмони серединного долонного простору є:

- А. Розповсюдження гнійного процесу з III-V пальців кисті
- В. Розповсюдження гнійного процесу з II пальця кисті
- С. Розповсюдження гнійного процесу з променевої синовіальної піхви
- Д. Розповсюдження гнійного процесу з ділянки тенора
- Е. Розповсюдження гнійного процесу з тилу кисті

36. Для якої локалізації гнійного процесу на кисті характерна нижченаведена картина: в середній частині долоні різка болючість, припухлість та гіперемія малопомітні, III-V пальці напівзігнуті, їх розгинання вкрай болісне

- А. Флегмона серединного долонного простору
- В. Флегмона ділянки тенара

- C. Флегмона ділянки гіпотенара
- D. Комісуральна флегмона
- E. Долонний абсцес кисті

37. Для якої локалізації гнійного процесу на кисті характерна нижченаведена картина: на долонній поверхні є припухлість і гіперемія, долонна ямка згладжена, найбільша болючість визначається в проекції II, III, IV п'ясткових кісток

- A. Надапоневротична флегмона долоні
- B. Флегмона тилу кистки
- C. Підапоневротична флегмона долоні
- D. Глибока флегмона
- E. Комісуральна флегмона

38. Для якої локалізації гнійного процесу на кисті характерна нижченаведена картина: на тилі кисті різко виражений набряк, долонна ямка помірно згладжена, гіперемії немає, рухи в пальцях різко обмежені, болісні, особливо при розгинанні

- A. Підапоневротична флегмона кисті
- B. Флегмона тилу кисті
- C. Поверхнева флегмона кисті
- D. Глибока флегмона кисті
- E. Комісуральна флегмона кисті

39. Для якої форми панарицію характерна нижченаведена картина: палець рівномірно набряклий, знаходиться в зігнутому положенні, різкий біль при доторкуванні зондом в проекції сухожилка

- A. Сухожилковий
- B. Підшкірний
- C. Суглобовий
- D. Кістковий
- E. Пароніхій

40. Для якої форми панарицію характерна нижченаведена картина: палець деформований, не згинається, шкіра синюшного кольору, є нориці, з гнійними виділеннями

- A. Пандактиліт
- B. Кістковий
- C. Суглобовий
- D. Сухожилків
- E. Підшкірний

41. Для якої форми панарицію характерна нижченаведена картина: на бічній поверхні нігтьової фаланги пальця в проекції нігтьового валика припухлість і гіперемія шкіри з виділенням з під нього невеликої кількості гною

- A. Пароніхія
- B. Кістковий
- C. Підшкірний
- D. Піднігтьовий
- E. Сухожилковий

42. Для якої форми панарицію характерна нижченаведена картина: нігтьова фаланга набрякла, об'єм рухів в дистальному фаланговому суглобі

обмежений, шкіра на бічній поверхні гіперемована, болюча при пальпації - розм'якшення в центрі

- A. Підшкірний панарицій
- B. Пароніхія
- C. Пандактіліт
- D. Сухожилковий
- E. Піднігтьовий панарицій

43. Для якої локалізації гнійного процесу на кисті характерна нижченаведена картина: набряк, гіперемія, напруження тканин та різка болісність в ділянці підвищення V пальця, болісні активні та пасивні рухи в V пальці

- A. Флегмона ділянки гіпотенара
- B. Флегмона ділянки тенара
- C. Комісуральна флегмона
- D. Долонний абсцес кисті
- E. Флегмона серединного долонного простору

44. Основною причиною розвитку флегмони ділянки гіпотенора є:

- A. Розповсюдження гнійного процесу з V пальця кисті
- B. Розповсюдження гнійного процесу з променевої синовіальної піхви
- C. Розповсюдження гнійного процесу з серединного простору долоні
- D. Розповсюдження гнійного процесу з I пальця кисті
- E. Локальні мікротравми тканин

45. Збудниками гнійних захворювань кисті частіше бувають:

- A. Стафілококи
- B. Клебсієла
- C. Кишкова паличка
- D. Синьогнійна паличка
- E. Протей

46. Поява гіпергрануляцій та гнійних виділень при лікуванні підшкірного панарицію свідчить про:

- A. Розповсюдження гнійного процесу на глибше розташовані структури пальця
- B. Необхідність призначення місцевої антибіотикотерапії
- C. Необхідність проведення іммобілізації пальця
- D. Необхідність призначення загальної антибіотикотерапії
- E. Необхідність проведення сольових ванночок

47. Профілактикою утворення контрактур при гнійних процесах пальців є:

- A. Рання реабілітація
- B. Дренування гнійника гумовими смужкамию
- C. Раннє призначення антибіотиків
- D. Економні розрізи при оперативному втручанні
- E. Іммобілізація

48. Найчастіше зустрічається:

- A. Підшкірний панарицій
- B. Сухожилковий панарицій
- C. Суглобовий панарицій
- D. Кістковий панарицій
- E. Пароніхій

49. Трункулярний лімфангоїт характеризується:

- A. Появою доріжок гіперемії від основного вогнища до лімфовузлів
- B. Гіперемією у вигляді язиків полум'я
- C. Появою сітчастої гіперемії шкіри
- D. Гіперемією у вигляді географічної карти
- E. Появою синюшності шкіри

50. Ретикулярний лімфангоїт характеризується:

- A. Появою сітчастої гіперемії шкіри
- B. Гіперемією у вигляді язиків полум'я
- C. Гіперемією у вигляді географічної карти
- D. Появою доріжок гіперемії від основного вогнища до лімфовузлів
- E. Появою синюшності шкіри

51. При розкритті простору Пірогова – Паррона використовують:

- A. 2 розрізи на променевого та ліктьовому краях передпліччя
- B. 1 розріз на променевого краю передпліччя
- C. 1 розріз на ліктьовому краю передпліччя
- D. 1 розріз на тильній поверхні кисті
- E. 2 розрізи на долонній поверхні кисті

4.2 Ситуаційні задачі

1. **Хворий скаржиться на біль і припухлість в пахвинній ділянці. Хворіє 3 дні. Температура підвищена до 39,5. При обстеженні у відповідному місці відмічається припухлість, набряк і гіперемія шкіри, де пальпаторно визначається больовий інфільтрат розміром 2х3 см, не спаяний зі шкірою. Встановіть діагноз?**
 - A. Гнійний лімфаденіт
 - B. Лімфогранулематоз
 - C. Защемлена пахвинна грижа
 - D. Абсцедуючий фурункул
 - E. Метастаз пухлини
2. **При об'єктивному обстеженні у хворого П., 42 років, виявлено набряк шкіри нижньої третини правої гомілки, рожеве її забарвлення, на фоні якого відмічається сітка синюшно-червоного кольору. Ця ділянка болюча, пальпуються щільні тяжі з зонами розм'якшення, болючі, не спаяні з навколишніми тканинами. Який діагноз можна поставити хворому?**
 - A. Гострий гнійний лімфангоїт
 - B. Гострий тромбофлебіт глибоких вен
 - C. Гострий тромбофлебіт поверхневих вен
 - D. Гострий серозний лімфангоїт
 - E. Гострий некротичний лімфангоїт
3. **У жінки 50 років через добу після проколу риб'ячою кісткою на долонній поверхні фаланги 2-го пальця лівої кисті заявила різко болюча припухлість. Шкіра над нею почервоніла. Майже одночасно зліва на передпліччі і плечі виникла гіперемія шкіри без чітких меж з нечітким сітчастим малюнком, помірний набряк, збільшення і болісність пахвових лімфовузлів. Стан хворої важкий; спостерігаються: загальна слабкість, головний біль, T₀ – 39,0С. Встановіть діагноз?**
 - A. Підшкірний панарицій, ускладнений лімфангоїтом та лімфаденітом

- B. Шкірний панарицій
 - C. Підшкірний панарицій
 - D. Ерітематозна бешиха
 - E. Панарицій, ускладнений бешихою
4. У хворой 60 років через добу після проколу риб'ячою кісткою на долонній поверхні фаланги 1-го пальця лівої кисті утворилась різко болісна припухлість. Шкіра над нею почервоніла. Зліва, на передпліччі і плечі визначається гіперемія шкіри без чітких меж з нечітким сітчастим малюнком, набряк, збільшення і болісність пахвових лімфовузлів. Стан хворой важкий. Спостерігаються: загальна слабкість, головний біль, T₀ – 39,0C. Яке лікування слід застосувати?
- A. Хірургічну обробку панарицію, регіонарну і загальну антибіотикотерапію, іммобілізацію кінцівки
 - B. Ампутацію нігтьової фаланги
 - C. Парні лінійно-бокові розтини на нігтьовій фаланзі
 - D. Загальну і регіонарну антибіотико терапію
 - E. Хірургічну обробку панарицію, розтини вогнищ запалення на передпліччі і плечі, регіонарну і загальну антибіотико терапію
5. Хворий 30 років скаржиться на сильний, пульсуючий біль в ділянці основної фаланги 3-го пальця правої кисті. Два дні тому вколов долонну поверхню пальця іржавим дротом. Через кілька годин з'явився набряк м'яких тканин, T₀ підвищилась до 38,80C. Через сильний біль в ночі майже не спав. Палець, окрім нігтьової фаланги, потовщений, помірно зігнутий, спроба розігнути викликає сильний біль, між фалангові борозни не простежуються. Дотики зондом викликають значне посилення болю в проекції сухожилків згиначів. Діагноз?
- A. Сухожилковий панарицій
 - B. Підшкірний панарицій
 - C. Суглобовий панарицій
 - D. Кістковий панарицій
 - E. Пандактиліт
6. Хворий 30 років два дні тому вколов іржавим дротом долонну поверхню основної фаланги 3-го пальця правої кисті. Скаржиться на сильний пульсуючий біль, набряк пальця, підвищення температури до 39,0C. Через біль останньої ночі не спав. Основна і середня фаланги пальця потовщені, набрякли. Палець помірно зігнутий, спроба розгинання викликає сильний біль. Пальпація зондом викликає значне посилення болю в проекції сухожилків згиначів. Яке лікування слід застосувати?
- A. Парні лінійні розрізи по долонно-боковим поверхням основної фаланги, дренивання сухожилкових піхв вікончатими трубками, комплексна консервативна терапія.
 - B. Широкий лінійний розріз по долонній поверхні пальця, дренивання рани, комплексна консервативна терапія.
 - C. Регіонарна і загальна антибіотикотерапія, іммобілізація.
 - D. Широкий лінійний розріз по долонній поверхні пальця, видалення сухожилків, комплексна консервативна терапія.

- Е. Пункція гнояка товстою голкою, відсмоктування гною, підведення дренажів, комплексна консервативна терапія.
7. *У хворого 30 років після проколу пальця іржавим дротом за 2 дні розвинувся сухожилковий панарицій 3-го пальця правої кисті. Гнійний процес обмежений основною і частково середньою фалангами пальця. Чим обумовлене швидке розповсюдження гнійно-запального процесу на глибокі структури пальця?*
- А. Множинними вертикальними сполучнотканинними волокнами, які з'єднують шкіру з апоневрозом і утворюють окремі жирові осередки
 - В. Комісурними щилинами, що з'єднують долонну і затильну частини кисті
 - С. Щільністю та малою рухомістю шкіри долонної поверхні
 - Д. Еластичністю та рухомістю шкіри тильної поверхні
 - Е. Вірулентністю інфекції
8. *Хворий 17 років загнав під ніготь 2-го пальця правої кисті дерев'яну тріску. Останню одразу частково видалили. Біль вщух, однак поступово відновився, став дуже сильним, пульсуючим. Температура підвищилась до 38,60С. Під нігтьовою пластинкою видно скопичення гною, рештки чужорідного тіла. Ніготь фіксований до ложа з обох боків і в проксимальній частині до матриксу. Пальпація викликає значний біль. Яку методику хірургічного втручання слід застосувати?*
- А. Широке клиноподібне висічення середини нігтьової пластинки
 - В. Трепанацію нігтьової пластинки
 - С. Висічення основи нігтя і біля нігтьового валика
 - Д. Розкриття гнояка по бічних поверхнях фаланги
 - Е. Видалення усієї нігтьової пластини
9. *Хворому 55 років з приводу панарицію 3-го пальця правої кисті в поліклініці під місцевою анестезією проведено 2 розрізи по боковим поверхнях середньої фаланги, призначено ампіцілін в таблетках, УВЧ. Прошло 2 тижні. Хворий скаржиться на постійний сильний біль. Палець різко набряклий, синьо-багрового кольору, з рани виділяється іхорозна рідина. Пальпація дуже болісна. Больова чутливість різко знижена, активні рухи відсутні, пасивні – не можливі через сильний біль. На рентгенограмі: кісткові структури "розмиті", м'які тканини – ущільнені. Загальний стан хворого важкий, T0 - 390С. Ваш діагноз?*
- А. Пандактіліт
 - В. Розповсюджений підшкірний панарицій
 - С. Сухожилковий панарицій
 - Д. Суглобовий панарицій
 - Е. Кістковий панарицій
10. *Хворий 55 років скаржиться на сильний пульсуючий біль в ділянці 3-го пальця, загальну слабкість, підвищення температури до 390С. Хворіє 2 тижні. Без ефекту лікувався в поліклініці. Палець різко набряклий, синьо-багрового кольору, з 2-х ран на бокових поверхнях середньої фаланги виділяється іхорозна рідина. Пальпація і рухи дуже болісні. Больова чутливість різко знижена. На рентгенограмі: кісткові структури "розмиті", м'які тканини ущільнені. Яке лікування слід застосувати?*
- А. Екзартикуляція пальця, адекватне загальне лікування

- В. Дренування ран з налагодженням промивання, адекватна регіонарна і загальна антибіотикотерапія, ренгентерапія, іммобілізація
- С. Додаткові парні лінійні розрізи на тильно–долонних ділянках основної фаланги, адекватне загальне лікування
- Д. Додаткові розрізи основної, середньої і нігтьової фаланг, адекватне загальне лікування
- Е. Ампутація пальця, адекватне загальне лікування

11. Хвора В., 43 років, після поранення дистальної фаланги II пальця лівої кисті голкою, на 3 день скаржиться на різкий біль пульсуючого характеру, набряк та виражене порушення рухомості пальця. Останньої ночі не спала. Палець децю зігнутий; дистальна фаланга гіперемована, збільшена в об'ємі. Не лихоманить. Яке місцеве лікування слід провести?

- А. Розкриття і дренування гнійного процесу пальця
- В. Обколювання ураженої ділянки антибіотиками
- С. Застосування напівспиртових компресів
- Д. Застосування фізіотерапевтичних процедур
- Е. Резекція дистальної фаланги пальця

12. Хворий М., 34 років, скаржиться на пульсуючий біль в ділянці пальце-долонного підвищення в II міжпальцевому проміжку лівої кисті, різке обмеження згинання кисті внаслідок болю, підвищення температури тіла до 38,10С. 3 і 4 пальці кисті розведені, напівзігнуті. У міжпальцевому проміжку інфільтрація, гіпертермія, різкий біль, флюктуація. Тенар і гіпотенар не згладжені, безболісні. Ваш діагноз:

- А. Комісуральна флегмона кисті
- В. Панарицій основної фаланги 3 пальці лівої кисті
- С. Флегмона серединного простору кисті
- Д. Гнійний тендовагініт довгого згинача лівої кисті.
- Е. Еризипелоїд кисті.

13. Хворий К., 51 року, скаржиться на біль в ділянці долонної поверхні лівої кисті і в пальцях при згинанні. Захворів після отримання травми металевою стружкою. Температура - 38,20С. На долонній поверхні є припухлість і гіперемія, долонна ямка згладжена. Набряк розповсюджується на основні фаланги II, III, IV пальців. Найбільша болючість відмічена в проекції II, III, IV п'ясткових кісток. Ваш діагноз:

- А. Надапоневротична флегмона.
- В. Флегмона тилу кістки.
- С. Підапоневротична флегмона.
- Д. Глибока флегмона.
- Е. Комісуральна флегмона.

14. У хворого Л., 38 років, на 4 добу після травми в ділянці тенара лівої кисті виникли набряк, почервоніння, місцеве підвищення температури шкіри. Відмічається болючість при рухах і пальпації, позитивний симптом розм'якшення. Ваша тактика лікування?

- А. Хірургічна обробка гнояка, антибактеріальна та протизапальна терапія, іммобілізація
- В. Антибактеріальна терапія
- С. Копрес з димексидом, антибактеріальна терапія

D. УВЧ-терапія, сухе тепло на місце ураження

E. Пункція ділянки ураження, аспірація гною

15. Хворий Ф., 27 років, скаржиться на інтенсивний біль і набряк у ділянці лівого передпліччя, підвищення температури до 40°C, загальну слабкість, швидку втомлюваність які виникли на другу добу після поранення передпліччя ножем. Об'єктивно: набряк і ущільнення тканин передпліччя з розм'якшенням у центрі, гіперемія шкіри без чітких меж, позитивний симптом флюктуації. Яке лікування слід застосувати ?

A. Розкриття і дренивання флегмони передпліччя, антибактеріальна терапія

B. Застосування напівспиртових компресів

C. Обколювання ураженої ділянки антибіотиками та новокаїном

D. Пункція з відсмоктуванням гною та санація рани

E. Антибіотикотерапія

16. Хворий Р., 39 років, протягом тижня лікувався амбулаторно з приводу сухожильного панариція III пальця правої кисті. Два дні тому відмітив підвищення температури до 38°C. З'явилися дві гіперемійовані доріжки по внутрішній поверхні передпліччя. III палець набряклий, червоний. На тилі кисті різко виражений набряк. Долонна ямка помірно згладжена. Гіперемії на кисті немає. Рухи в пальцях різко обмежені, болісні, особливо при розгинанні. Ваш діагноз:

A. Підапоневротична флегмона кисті

B. Флегмона тилу кисті

C. Поверхнева флегмона кисті

D. Гнійний тендовагініт

E. Комісуральна флегмона кисті

17. Хворий В., 34 років, скаржиться на біль в II пальці лівої кисті. Хворіє два дні. Ніч не спав. В анамнезі мікротравми пальця. В ділянці середньої фаланги по бічній поверхні є гіперемія шкіри та запальний інфільтрат до 2 см в діаметрі, щільний, різко болісний. Рухи в міжфалангових суглобах збережені. Ваша лікувальна тактика:

A. Оперативне втручання

B. Антибактеріальна терапія

C. Сольові ванни

D. Компреси з димексидом

E. УВЧ терапія

18. Хворий Р., 51 року, захворів через тиждень після поранення III пальця лівої кисті. Скаржиться на пульсуючий біль в III пальці лівої кисті. Температура тіла 37,9 40°C. Нігтьова фаланга булавоподібно потовщена, асиметрична, по бічній поверхні епідерміс потоншений, під ним просвічує вміст жовтого кольору, рухи в нігтьовій фаланзі відсутні, пасивні різко болісні.

Сформулюйте попередній діагноз:

A. Пароніхій III пальця лівої кисті

B. Фаланговий остеомиелит

C. Фурункул III пальця лівої кисті

D. Флегмона III пальця лівої кисті

E. Єризипелоїд III пальця лівої кисті

19. Після травми I пальця лівої кисті у хворого М., 23 років, амбулаторно був розкритий підшкірний панарицій. Однак, з часом, посилювався набряк, з'явилася гнійна норича. На рентгенівському знімку плямистий остеопороз. Сформулюйте попередній діагноз:

- А. Кістковий панарицій
- В. Еризипелоїд
- С. Сухожильний панарицій
- Д. Гнійний тендовагініт
- Е. Флегмона I пальця лівої кисті.

4.3. Контрольні питання

1. Визначення поняття панарицій та флегмона кисті.
2. Особливості будови кисті та пальців, що впливають на поширення гнійно-запальних процесів.
3. Етіологія та патогенез панарицію.
4. Клінічні форми та діагностика панарицію.
5. Клінічні форми та діагностика флегмон кисті.
6. Особливості хірургічного лікування гнійно-запальних процесів пальців та кисті.
7. Реабілітація хворих з гнійно-запальними процесами пальців та кисті.
8. Визначення поняття, клініка та лікування лімфаденіту та лімфангоїту.

4.4. Практичні завдання

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження хворих з панариціями, флегмонами кисті та аналізувати отримані дані.
2. Проводити обстеження місцевих змін у хворих з даною патологією, пояснювати виявлені зміни.
3. Аналізувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження у хворих з гнійними захворюваннями пальців, кисті.
4. Визначати і класифікувати панариції, флегмони кисті.
5. Скласти план обстеження та лікування хворих з даними видами патології.
6. Підібрати хірургічний інструментарій для проведення оперативних втручань у хворих з гнійними захворюваннями пальців, кисті.
7. Виконувати елементи перев'язок: зняття пов'язки, обробку поверхонь та ран, некротомію та некректомію, введення лікувальних препаратів, накладання різних видів лікувальних пов'язок.

5. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

5.1 Основна:

1. Березницький Я.С., Захараш М.П., Мішалов В.Г., Шідловський В.О. Загальна хірургія. Вінниця., Нова книга., 2018.
2. Хіміч С.Д., Черенько М. Д., Герич І.Д. Загальна хірургія. К., ВСВ Медицина, 2018 р.

3. Березницький Я.С., Захараш М.П., Мішалов В.Г. Хірургія (Том1).- Дніпропетровськ: РВА Дніпро-VAL, 2007.- 445 с.
4. Желіба М.Д., Хіміч С.Д., Герич І.Д. та ін. Загальна хірургія.- К.: Медицина, 2010.- 448 с.
5. Іоффе О.Ю., Крижановський Я.Й., Буренко Г.В. та ін. Загальна хірургія (практичні навички).- К.: Сталь, 2014.- 308 с.

5.2 Додаткова:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. - М : Медицина, 2001. – 608 с.
2. Дмитрієв Б.І., Торбинський А.М., Демидов В.М. та ін. Загальна хірургія. Вибрані лекції.- Одеса: ОДМУ, 1999.- 356 с.
3. Зубарев П.Н., Кочеткова А.В. Общая хирургия.- М.: Спецлит, 2011.- 608 с.
4. Оскретов В.И. Общая хирургия в тестах.- М.: Феникс, 2007.- 288 с.
5. Ковальов А.И. Общая хирургия (курс лекций).- М.: МИА, 2009.- 648 с.
6. Кузнецов М.А. Общая хирургия.- М.: Медпресс, 2009.- 896 с.
7. Петерсон-Браун Общая и неоложная хирургия.- СПб.: Гэтар-Медиа, 2010.- 384 с.
8. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія. - Київ: Здоров'я, 1999. - 616 с.
9. Шумпелик Ф. Атлас общей хирургии, 2010.- 616 с.