

Информационное письмо

«Гнойно-воспалительные заболевания пальцев у детей» (для руководства в работе лечебно-профилактических учреждений края)

«Лечением панарициев должны заниматься только подготовленные хирурги».

В. Ф. Войно-Ясенецкий.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

Панариций (от лат. *panaricium*)— острое **гнойное воспаление** тканей пальцев рук и реже пальцев ног.

Панариций - панариций (*panaricium*, лат. «ногтоеда»; искаженное греч. *paronychia*, от *para-* около, *onych-* онихос- ноготь) -- острое гнойное воспаление тканей пальца.

Панарицием принято называть все формы гнойного воспаления тканей пальца и кисти, возникающее в результате инфицирования «мелких» повреждений.

КЛАССИФИКАЦИЯ.

Кожный панариций.

Самая легкая форма. Гнойник формируется в толще кожи.

Околоногтевой панариций (паронихия).

Воспаление локализуется в области околоногтевого валика.

Подногтевой панариций.

Развивается под ногтевой пластинкой.

Подкожный панариций.

Возникает в подкожной клетчатке ладонной поверхности пальцев.

Костный панариций.

Отличительной особенностью является вовлечение в гнойный процесс кости.

Суставной панариций.

Развивается в межфаланговых или пястно-фаланговых суставах.

Костно-суставной панариций.

Обычно возникает при прогрессировании суставного панариция, когда воспаление переходит на суставные концы костей фаланг.

Сухожильный панариций.

Локализуется в области сухожилия.

Пандактилит — это гнойное воспаление всех тканей пальца.



NB! Стрептодермия пальцев частая патология у детей; (по морфологическим признакам - кожный панариций) **КОНТАГИОЗНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ!!!** – лечение у дерматологов и инфекционистов.



ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ. Наиболее распространённым возбудителем панариция является *St. aureus* в монокультуре или в ассоциации с другими микробами. Реже воспаление обуславливается кишечной палочкой, протеем, стрептококком и другие. Иногда причиной заболевания служит гнилостная, а также грибковая инфекция.

Инфицирование происходит вследствие микротравм пальцев, чаще кистей, полученных детьми во время игр, нарушения родителями правил санитарной обработки мелких ссадин, «заноз», «заусениц» и т.д.

Дальнейшее развитие и особенности течения панариция, в отличие от гнойных заболеваний других локализаций, в значительной мере определяются особенностями анатомического строения пальца. Обилие, на сравнительно небольшом протяжении, важных анатомических образований: межфаланговые суставы, фиброзные влагалища, сухожилия, синовиальные оболочки, обилие кровеносных и лимфатических сосудов, нервных окончаний, ячеистостью расположения подкожной клетчатки, пронизанной фиброзными перемычками, гидрофильностью мягких тканей у детей. Все эти факторы способствуют быстрому распространению инфекции. Фаза серозного пропитывания тканей обычно короткая, быстро сменяется фазой гнойно-некротического воспаления, так как скопление экссудата в замкнутых фасциальных пространствах приводит в короткие сроки к нарушению кровообращения, некрозу тканей, гнойному их расплавлению и, в конечном счёте, к распространению местного гнойно-воспалительного процесса.

ДИАГНОЗ, как правило, не представляет сложности достаточно внимательного клинического осмотра. Налицо все признаки воспаления **tumor, rubor, calor, dolor, functiolaesa**.

NB! При подозрении на костный панариций (переход воспаления в хроническую стадию, формирование свищей) – показано незамедлительно рентгенологическое исследование пальца на предмет костно-деструктивных изменений.



Клиническая форма панариция уточняется интраоперационно или отсрочено, по клиническому течению заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ

Консервативная тактика показана в начальных стадиях заболевания, при поверхностных формах. ОЧЕНЬ ОСТОРОЖНО, ПОД ВНИМАТЕЛЬНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ ДЕТСКОГО ХИРУРГА!!!

1. АБТ (защищённые пенициллины, цефалоспорины II – III поколений, макролиды), в амбулаторных условиях возможно назначение препаратов per os.
2. местное лечение: тепловые процедуры (из тепловых процедур применяют ванночки 39-40 гр С). Продолжительность процедуры – 5-7 минут. В качестве растворов для ванны можно использовать:
 - концентрированный (10%, гипертонический раствор соли – готовится из расчета 2 чайных ложки с небольшой горкой (20 г) соли на стакан кипяченой воды (200 мл);
 - слегка розовый раствор марганцовки;
 - настои трав с антибактериальными и противовоспалительными свойствами – ромашки лекарственной, календулы, зверобоя; все они завариваются из расчета столовая ложка измельченного сырья на стакан кипятка.
3. Физиолечение (рекомендуемая начальная терапия - УВЧ).
4. Мазевые повязки (рекомендуемые мази на водорастворимой основе ЛЕВОСИН, ЛЕВОМЕКОЛЬ, ДИОКСИКОЛЬ)
5. Хирургическое лечение при распространении гнойно-воспалительного процесса, неэффективности консервативных мероприятий в течение 1-2 суток.

Справедливым остаётся правило: «Первая бессонная ночь – показание к операции»
Разрезы при вскрытии панариция зависят от клинической формы и распространенности панариция

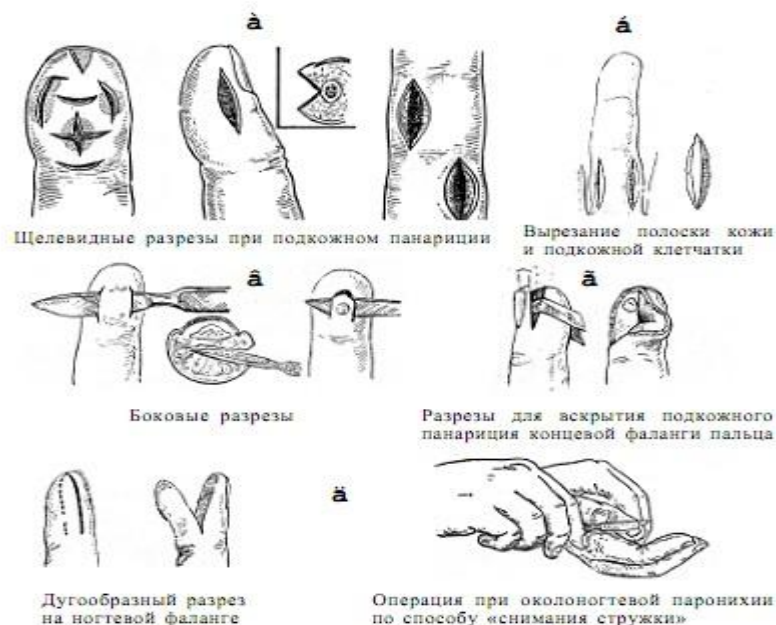
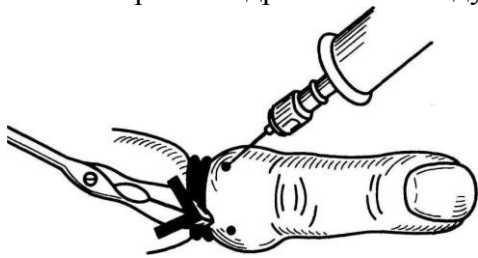


Рис. 1. Устаревшие, патогенетически необоснованные методики хирургического лечения панариция, пропагандируемые: а) Е.В.Усольцевой, К.И.Машкара; б), в) Л.Г.Фишманом; г), д) Е.Л.Яновским, И.Г.Дяхтеревым. Основной недостаток современных хирургических приемов лечения панариция состоит в том, что его вскрытие и дренирование отождествляется с полноценной санацией гнойно-воспалительного очага, в то время как радикальность хирургического лечения панариция может быть достигнута после методически правильной хирургической обработки вскрытого гнойника

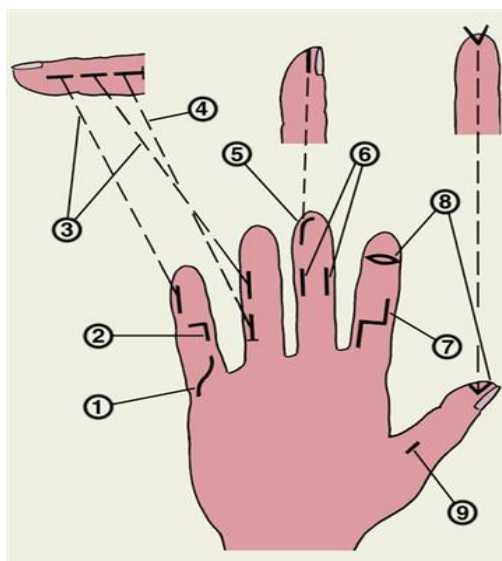
Оперативный доступ при панариции должен обеспечивать возможность проведения адекватной *некрэктомии*, быть минимально травматичным, щадить «рабочие» поверхности пальцев для предотвращения нарушений тактильной чувствительности, образования рубцовых контрактур. Выбор доступа зависит от локализации гнойного очага. Оптимальными являются среднелатеральные разрезы на фалангах пальца. Операция заключается во вскрытии гнойного очага, иссечении нежизнеспособных тканей, адекватном дренировании послеоперационной раны. При локализации гнойного очага на ногтевой и средней фаланге применяют анестезию по Оберсту — Лукашевичу (избегать применения концентрированных растворов анестетиков 10 % р-р лидокаина и комбинированных препаратов, содержащих сосудосуживающие средства- «Маркаин Адреналин» в виду опасности развития некрозов в месте инъекций).



При распространении гнойного процесса на основную фалангу — проводниково-инфильтрационную анестезию межпальцевых промежутков по Усольцевой (в настоящее время применяется редко). Показаны другие виды анестезии (внутривенная регионарная, внутрикостная, проводниковая на уровне лучезапястного сустава) или общую анестезию. Общее обезболивание является методом выбора у детей.

Для обескровливания операционного поля необходимо наложение жгута на основание пальца. Операцию завершают дренированием ран полосками перчаточной резины (предпочтительно) или микроиригаторами. После радикальной некрэктомии и дренирования раны микроиригаторами допустимо наложение первичных швов на рану. В послеоперационном периоде обязательны иммобилизация пальца и кисти в функциональном положении.

Разрезы, рекомендуемые для вскрытия гнойных процессов на пальцах: 1, 2, 7 — разрезы по ладонной поверхности фаланг пальца; 3, 9 — среднелатеральные разрезы; 4 — Т-образный разрез; 5 — клюшкообразный, полулунный разрез; 6 — парные переднебоковые разрезы; 7 — штык — разрез 8 — поперечный эллипсообразный разрез с иссечением краев раны.



Осложнения и неблагоприятные исходы лечения панариция у детей:

- Нарушения тактильной чувствительности пальца.
- Хронический остеомиелит фаланги пальца, требующих повторных оперативных вмешательств.
- Циркулярный некроз пальца, при нарушении техники проведения проводниковой анестезии.



- «Грубые» рубцы, приводящим к стойким деформациям пальца и контрактурам.

Причины неблагоприятных исходов

- а. Недооценка клинической ситуации на догоспитальном этапе.
- в. Дефекты местной анестезии.
- с. Неадекватное хирургическое пособие.
- д. Пренебрежение иммобилизацией, физиолечением и т. д.

ВРОСШИЙ НОГОТЬ — (unguisincarnatus; син. инкарнация ногтя), патологическое врастание бокового края ногтевой пластинки в мягкие ткани пальца, приводящее к развитию хронического воспаления в области ногтевого валика (излюбленная локализация - наружный край первого пальца стопы).

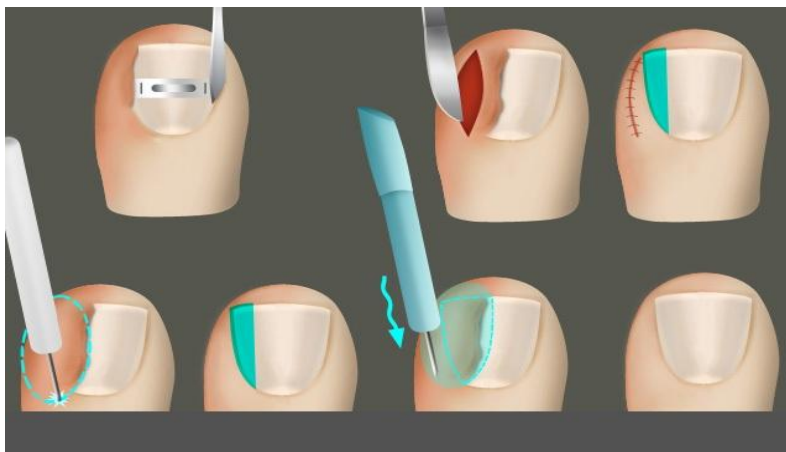
ПРЕДРАСПОЛОГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- неправильно выполненный педикюр («глубокое» срезание угла ногтя в ~90 % случаев);
- длительные нагрузки на передний отдел стопы;
- «фактор обуви» (узкий носок, модельная обувь, высокий каблук и т.д.);
- онихомикоз (грибковое поражение ногтя);
- Hallux valgus, плоскостопие, экзостозы и другая ортопедическая патология;
- околоногтевом валике, угловая деформация роста ногтевой пластинки (как по плоскости, так и по оси);
- соматическая патология: сахарный диабет, гематологические заболевания и т. п.
-

КЛАССИФИКАЦИЯ (СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ)

- 1 стадия: покраснение, отек, боль и ощущение давления в ногтевых валиках;
- 2 стадия: присоединение инфекции (вросшая часть ногтевой пластинки ведет себя как инородное тело, поддерживая воспаление с отделением экссудата из раны);
- 3 стадия: разрастание грануляционной ткани в области ногтевого валика, острое воспаление сменяется хроническим воспалением;

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ



1. Лечение вросшего ногтя пластинами (косметические салоны).
2. «Классические» хирургические методы лечения:
Паллиативные - удаление ногтевой пластинки, краевая резекция ногтевой пластинки.
Радикальные операции (операция Шмидена, операция Бартлетта, операция Рывлина, операция Цwirна и т.д.).
3. Лечение лазером.
4. Лечение вросшего ногтя радиоволновым методом.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Тактика лечения зависит от стадии заболевания - 1-2 стадия – консервативное, 2-3 стадия – хирургическое лечение.

I Консервативное лечение: а). исключение предрасполагающих факторов б). местное лечение: тепловые процедуры (санирующие ванночки), ФТЛ, лечение повязками.

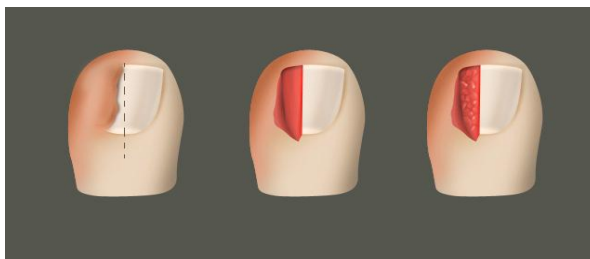


Сюда же относятся и услуги косметических салонов

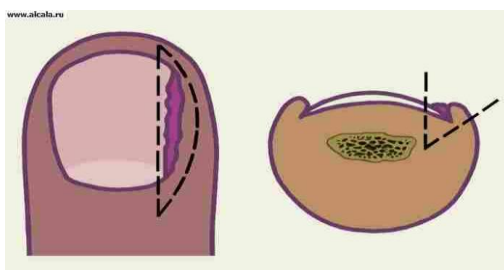


II Хирургическое лечение:

- а. паллиативные методы (краевая резекция ногтевой пластинки) имеют временный эффект и практически 100 % рецидив.



- б. Лазерный и радиоволновый метод лечения широко рекламируются (используются, в основном, в платных клиниках). Эффективность лечения у детей требует особого изучения.
- с. Радикальное оперативное лечение выполняется, как правило, под проводниковой анестезией по Оберсту-Лукашевичу; операцией выбора считаем метод Шмидена:



Рану можно ушивать или не ушивать (критерий – диастаз краёв раны). Швы рекомендуем накладывать по углам раны, что обеспечивает хороший гемостаз, адаптацию краёв раны и не травмирует ногтевое ложе (в случае наложения шва через ногтевую пластинку)



Результаты лечения при вросшем ногте у детей зависят от

1. выбора тактики лечения в зависимости от стадии заболевания;
2. адекватности метода лечения (операции);
3. техники выполнения местной анестезии;
4. реабилитации в послеоперационном периоде.

Исполнитель - врач детский хирург
Хирургического отделения №1 ГБУЗ «ДККБ» МЗ КК Стёпкин М.А.
Заведующий кафедрой хирургических болезней
детского возраста ГБОУ «КубГМУ»
Главный специалист детский хирург МЗ КК

Тараканов В.А.
Барова Н.К.