**Панариций — симптомы, профилактика и лечение.**

**Панариций** — название любых форм гнойного воспаления пальца. Это заболевание встречается очень часто. Среди амбулаторных хирургических больных пациенты с панарициями составляют от 20 до 30 %. При своевременном и правильном лечении панариций удается ликвидировать без серьезных нарушений функции пальца. Позднее обращение и, в особенности, неправильное лечение панариция может привести к тяжелым гнойным осложнениям — возникновению флегмон кисти и предплечья, что приводит к длительной потере работоспособности, а иногда и инвалидизации больного. Отсюда понятно, что любой больной с панарицием представляет для фельдшера важную и серьезную проблему.

**Причиной панариция**, как правило, являются незамеченные микротравмы пальца: мелкие уколы, потертости, порезы, ссадины и т. п.

**Профилактика панариция** довольно проста. Прежде всего в бригадах, на фермах, полевых станах, кухнях и т. д. должны находиться аптечки «скорой помощи». Фельдшер обязан провести беседу с населением своего участка по профилактике панариция, т. е. по лечению мелких травм пальцев и кисти.

**Принцип лечения** их весьма прост. После укола пальца или мелкой ссадины необходимо тщательно вымыть руки теплой водой с мылом с обязательным использованием щетки для рук, после чего эпидермис вокруг ссадины или мелкого укола снимается маникюрными ножницами; имеющиеся инородные тела нужно удалить полностью, область микротравмы обработать раствором антисептиков (йод, йодонат, диоксидин, хлоргексидин биглюконат и т. п.) и наложить асептическую повязку. При небольших ссадинах наиболее удобна повязка из бактерицидного липкого пластыря. Смену повязки производят 2 раза в день с обязательным повторным тщательным мытьем теплой водой с мылом всей кисти.

Обычно этих мер достаточно для предотвращения развития панариция. Если же все-таки воспалительный процесс развивается, то нагноение обычно бывает локализованным и протекает легче.

**Клиническая картина**. Различают панариций тыльной и ладонной поверхности пальцев, из которых последние имеют наибольшее практическое значение, так как встречаются чаще.

Течение воспалительных процессов пальцев отличается склонностью к быстрому проникновению инфекции в глубь к кости и частому возникновению некрозов подкожной клетчатки. Это обусловлено тем, что подкожная клетчатка пальцев пронизана тяжами фиброзной соединительной ткани, идущими от кожи к кости и разделяющими ее на ряд изолированных отдельных «камер». Поэтому воспалительный, гнойный экссудат распространяется вглубь, а не в ширь. Вследствие отека сдавливаются мелкие кровеносные сосуды, питающие подкожную клетчатку,— наступает ее некроз. Из-за сдав-ления экссудатом мелких нервных окончаний боли часто носят нетерпимый характер.

 **2.**

**Различают следующие виды панариция**: кожный, подкожный, подногтевой, паронихия (воспаление околоногтевого валика), костный панариций, суставной, сухожильный и воспаление всех структур пальца — пандактилит.

**Кожный панариций**. Это самая легкая форма из панарициев.

**Диагноз** не встречает затруднений, так как сразу виден пузырь, наполненный желтым или светло-желтым гноем; по большей части пузырь бывает поврежден и гной выделяется наружу.

**Лечение** состоит в полном удалении пузыря, иначе может произойти распространение гнойного процесса на всю кожу по окружности пальца. При удалении пузыря внимательно осматривается его дно, чтобы не пропустить гнойного свища, соеди-няющего кожную поверхностную полость с гнойником, расположенным в подкожной клетчатке — так называемый гнойник в виде запонки. Накладывается влажновысыхающая повязка с антисептическими растворами или с мазью, содержащей антибиотики. Нередко для выздоровления достаточно бывает только одной — двух перевязок.

**Подкожный панариций**. Встречается особенно часто, причем он поражает обычно ногтевую фалангу указательного пальца, как самого «активного» из пальцев рук.

Заболевание начинается с болей в концевой фаланге, в подушечке пальца, которые быстро нарастают и становятся пульсирующими, нетерпимыми. Известное положение — первая бессонная ночь — показание к немедленной операции — остается бесспорным. Одновременно палец увеличивается в объеме, прикосновение к нему резко болезненно. Иногда течение подкожного панариция осложняет лимфангит и лимфаденит.

**Лечение подкожного панариция** оперативное. Только в самом начале заболевания, когда боли только начались, припухлость незначительная, а температура нормальная, можно надеяться на эффект консервативного лечения: горячие ванночки («парить» 2—3 раза в день), УВЧ-терапия, рентгенотерапия. Некоторые медики отмечают положительный эффект от спиртовых ванночек (96 % спирт).

**Подногтевой панариций** развивается как следствие укола, чаще всего занозой под ноготь. Боли резкие, пульсирующие.

**Диагностика** его проста, так как скопление гноя обычно отчетливо видно через ногтевую пластинку.

**Лечение подногтевого панариция** оперативное и находится в компетенции фельдшера ФАП, но требует от него известного опыта.

**Паронихия** (или **воспаление ногтевого валика**) нередко связана с попытками выполнить маникюр нестерильными инструментами и без предварительного тщательного мытья рук. Другой причиной паронихии бывают заусеницы, когда их не отрезают аккуратно маленькими ножницами, а, захватив ногтями, отрывают. Создается узкая раневая щель между ногтем и ногтевым валиком, куда легко попадает патогенная микрофлора. **3.**

**Диагноз острой паронихии** прост: гнойник легко виден под истонченной напряженной, синюшно-красной кожей.

**Лечение острой паронихии** оперативное — вскрытие гнойника острыми ножницами, что часто можно выполнить без анестезии, а затем перевязки с упомянутыми антисептическими растворами или мазями. Однако в некоторых случаях отмечается распространение воспалительного процесса по коже, с образованием тонкостенного пузыря из верхних слоев эпидермиса. Такое слущивание кожи быстро распространяется на боковые и ладонную поверхности пальца. При перевязках нужно полностью удалять слущенный эпидермис, стараясь, чтобы не осталось никаких карманов.

В некоторых случаях паронихия приобретает хроническое или рецидивирующее течение. Одной причиной этого может быть вовлечение в процесс ногтевого ложа у его основания. Таких больных следует направить на консультацию к хирургу, который обычно прибегает к оперативному лечению: резекции (иссечению) основания ногтя или полному удалению его. Другой нередкой причиной хронической паронихии является грибковое поражение ногтевого валика. Это устанавливается при микроскопическом исследовании соскоба, чем обычно занимаются дерматологи. Грибковое поражение ногтевого валика протекает, как правило, вяло; обострения бывают редко, но валик все время утолщен, слегка гиперемирован; периодически имеются незначительные выделения. Ясно, что до полного излечения паронихии больную нельзя допускать к работе на молочных фермах, в пищеблоках и при производстве продуктов питания.

**Костный панариций**, как правило, бывает следствием запущенного подкожного панариция; только редко — при глубоком уколе — возможно проникновение микроорга-низмов непосредственно в кость.

**Клиническая картина первичного костного панариция** практически не отличается от подкожного, и его можно только заподозрить, если больной рассказывает о глубоком уколе, например гвоздем или другим острым предметом.

**Диагностику костного панариция** упрощает рентгенография пораженной фаланги. Чаще, однако, костный панариций развивается вследствие позднего обращения или недостаточно радикального лечения подкожного панариция. Развивается остеомиелит ногтевой фаланги с формированием мелких секвестров. В связи с небольшими размерами ногтевой фаланги поражение кости на рентгенограмме выявляется с известным опозданием, когда диагноз ясен клинически.

**Для лечения** нужна повторная операция, во время которой производится иссечение пораженной части кости, иногда полное поднадкостничное удаление всей фаланги. В ранних случаях рекомендуется прибегнуть к рентгенотерапии, причем этот метод удобен тем, что определенную лечебную дозу можно дать за 2—3 сеанса, выполняемых ежедневно, а затем сделать перерыв на несколько дней, в течение которых больной может находиться дома. Обязательно внутривенное введение антибиотиков под жгутом. **4 .**

**Суставной панариций** — гнойное воспаление межфалангеального сустава, изредка может образоваться при непосредственном ранении сустава острым предметом. Обычно суставной панариций есть следствие запоздалого и неправильного лечения подкожного панариция, когда нагноение захватывает основание фаланги, а с нее переходит на сустав. Межфалангеальный артрит может вначале быть только серозным, «сочувственным», и в этом случае лечение его сводится к пункции и промыванию антибиотиками. При гной-ном остеоартрите, т. е. одновременном поражении суставных концов фаланги или двух фаланг, необходима операция с резекцией пораженной части кости. При выздоровлении происходит анкилоз сустава. В таких случаях очень важно установить соседние фаланги в функционально выгодном положении и обеспечить хорошую иммобилизацию гипсовой лонгетой.

**Сухожильный панариций (гнойный тендовагинит пальцев)** относится к категории тяжелых поражений, угрожающих потерей движения пальца. Он возникает или вследствие прямого ранения сухожильного влагалища инфицированной иглой, гвоздем или другим острым предметом, или тоже является следствием дефектов лечения или позднего обращения при подкожном панариции. Поскольку воспалительный процесс поражает сухожильное влагалище, движения пальца резко ограничиваются сразу во всех суставах, боли распространяются за пределы пальца на ладонь. При ощупывании наибольшая болезненность определяется по середине ладонной поверхности пальца, что особенно четко выявляется при ощупывании кончиком желобоватого зонда или другим тупым предметом небольшого диаметра.

**Лечение гнойного тендовагинита** оперативное. Больной подлежит направлению к хирургу. Операция должна быть выполнена как можно раньше, так как воспалительный экссудат сдавливает кровеносные сосуды, питающие сухожилие, котог рое часто некротизируется.

**Пандактилит** — острое гнойное воспаление всех структур пальца — нередко приводит к полной потере его функции.

**Лечение панариция**, как видно из изложенного, весьма не простая задача. Прежде, чем предпринять операцию самому по поводу той или иной формы панариция, фельдшер должен проконсультировать больного у хирурга. Многие формы панариция при неправильном лечении могут привести к потере функции пальца, а иногда при осложненном течении — и всей кисти.

Титаренко И.В., Ю.В.Бондарева.