**Панариций**

Панариций - острое гнойное воспаление тканей пальца руки или реже ноги. На ладонной поверхности пальца кожа соединена с ладонным апоневрозом плотными сухожильными тяжами, между которыми имеется скопление жировой ткани. При воспалительных поражениях кожи или травмах воспаление быстро распространяется походу соединительнотканных тяжей на глубокие ткани: сухожилия, костные образования, суставы. Кроме того, скопление экссудата в замкнутых полостях между соединительнотканными перемычками приводит к нарушению кровообращения за счет сдавления питающих сосудов и быстрому развитию некрозов тканей. Панариций чаще возникает в результате мелких травм ладонной поверхности пальцев в быту, на производстве, реже он является результатом срывания заусениц или микротравм при маникюре. Предрасполагают к возникновению и затяжному течению панариция сахарный диабет, хронические нарушения кровообращения.

Панариций кожный - скопление гноя под эпидермисом ножи в виде ограниченного пузыря. Иссечение участка кожи быстро приводит к излечению, это можно выполнить без обезболивания, приподняв эпидермис пинцетом. Иногда после иссечения кожи определяется тонкий свищевой ход, при надавливании на окружающие ткани из него выделяется гной. В этом случае речь идет о подкожном панариции с прорывом под эпидермис («панариций в виде запонки»), лечить который необходимо как подкожный панариций.

Паронихий - воспаление околоногтевого валика с покраснением и отеком, болевым синдромом различной интенсивности. Диагноз нетруден. В начальных стадиях лечение консервативное - ванночки с раствором перманганата калия, повязки с антисептиками (диоксидиновая мазь, левосин, ле-вомиколь) после поднимания околоногтевого валика и подведения под него марлевой полоски. Паронихий может привести кподногтевому панарицию.

Панариций подногтевой чаще обусловлен инородными телами, попавшими под ноготь, нагноением подногтевых гематом. Диагноз несложен, основывается на болевом синдроме, болезненности при пальпации и типичном скоплении гноя под ногтем. Лечение оперативное, может быть выполнено в амбулаторных условиях под проводниковой анестезией по Оберсту-Лукашевичу. Обычно нет необходимости в удалении всей ногтевой пластины. Показанием к такому вмешательству является симптом «плавающей ногтевой пластины», т. е. скопление гноя под всей плоскостью ногтя с его отслойкой. Чаще производят частичное иссечение ногтя с удалением инородного тела.

Панариций подкожный - наиболее частая форма гнойного поражения пальца. Характерные симптомы - боль, покраснение кожи, отек, инфильтрация, резкое усиление боли при сгибании пальца. Чаще воспалительный процесс локализован на ногтевой фаланге. При пальпации зондом болезненности по ходу сухожилий или периартикулярных тканей нет. Консервативное лечение возможно в начальной стадии до гнойного расплавления тканей, лимфангита или резкого ограничения функции пальца. Значительное нарастание боли, особенно первая бессонная ночь из-за выраженного болевого синдрома, является показанием к операции. Консервативное лечение: покой в функциональном положении, возвышенное положение конечности, ежедневный контроль за распространением гиперемии и отека, поэтому нежелательно использовать ванночки и мази, которые могут изменить цвет кожи. При ежедневных сменах повязок используют ванночки с дезинфицирующими средствами (гибитан.хлоргексидин), после чего накладывают повязку с диоксидином. Антибиотико-терапия может проводиться при распространении инфекции, но до гнойного расплавления тканей? Лучше использовать пенициллин, цефалоспорины. Анальгетики показаны только в исключительных случаях. При прогрессировании болевого синдрома показано оперативное лечение. При локализации панариция на ногтевой фаланге можно использовать обезболивание по Оберсту-Лукашевичу. На ногтевой фаланге чаще применяют клюшкообразный разрез (с переходом на боковую поверхность пальца). Подобное вмешательство может быть выполнено в амбулаторных условиях. Больного с панарицием основной или средней фаланги необходимо госпитализировать. Операцию выполняют под проводниковым или внутривенным обезболиванием с обескровливанием конечности (наложение жгута на плечо). В ходе операции обязательно иссечение некротизированных тканей. Чаще используют разрезы по боковой поверхности фаланги ближе к ладони без пересечения межфаланговой складки.

После снятия жгута производят остановку кровотечения, для чего обычно достаточно временного прижатия пальцем. Накладывают повязку с диоксидиновой мазью, левосином, левомиколем.

В ходе операции обязательно проводят посев гноя на флору и чувствительность к антибиотикам. Обычно через 3-5 дней полностью стихает боль, исчезает гиперемия и отек, однако перевязки необходимо производить ежедневно до полного заживления раны, поскольку возможен рецидив заболевания.

Панариций сухожильный - результат плохого лечения подкожного панариция или позднего обращения больного к врачу. Выражен болевой синдром, палец резко отечен, болезнен, находится в состоянии ладонного сгибания, разгибание пальца резко болезненно. Температура высокая. При пальпации зондом максимальная болезненность по ходу сухожильного влагалища. Необходима экстренная госпитализация для оперативного лечения. Промедление с операцией быстро приводит к некрозу сухожилия с потерей функции пальца. Особенно опасны панариции I и V пальцев из-за возможности развития флегмоны кисти с затеком гноя через карпальный канал на предплечье. Операцию проводят под наркозом с обескровливанием конечности. Разрезы обычно производят на боковых поверхностях пальца с вскрытием сухожильного влагалища. При жизнеспособности сухожилия возможно дренирование влагалища микроирригаторами, при нежизнеспособности- иссечение некротизированных участков. После операции - иммобилизация в функциональном положении кисти и предплечья. Ежедневно контролируют состояние раны (возможно распространение инфекции).

Панариций суставной - нагноение суставной сумки межфалангового сустава. Характерны резкий болевой синдром, высокая температура. Палец колбообразно вздут, резко болезнен, выраженная болезненность при постукивании по оси пальца. При исследовании зондом болезненность не только в зоне сухожильного влагалища на уровне сустава, но и других параартикулярных тканей. Обязательная экстренная госпитализация. Необходимо рентгенологическое исследование для исключения деструкции костной ткани. Лечение консервативное только в самой начальной стадии - пункции сустава с введением антибиотиков широкого спектра действия, иммобилизация кисти и пальца в функциональном положении. При запущенном панариции и неэффективности консервативного лечения - операция (артротомия, дренирование полости сустава). Прогноз серьезный, функция пальца часто нарушена.

Панариций костный чаще локализуется на ногтевой фаланге, обычно является результатом плохого лечения подкожного панариция. Длительное течение подкожного панариция, гнойное отделяемое из раны и свищей должно направить врача на поиск признаков костного панариция. Выраженный болевой синдром, значительное утолщение пальца, боль при пальпации или функциональной нагрузке. Рентгенологическое исследование указывает на деструкцию костной ткани, однако деструктивные изменения, выявляемые рентгенологически, определяются обычно не ранее 10-14-го дня. Лечение оперативное (удаление нежизнеспособных костных фрагментов, санация и дренирование раны). После операции иммобилизация кисти в функциональном положении, ежедневные перевязки, периодическое рентгенологическое исследование (прогрессирование деструкции кости). Прогноз серь-езный, функция пальца обычно страдает, что особенно важно при поражении I пальца кисти.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://max.1gb.ru/>