

СПОСОБИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАНАРИЦІЮ

С.М. Хома, Р.В. Верба, А.М. Голод, О.М. Фастова
Чортківський державний медичний коледж
Луганський державний медичний університет

Серед захворювань, що викликають зниження працездатності у людей, які займаються фізичною працею, 9 - 11% належить гнійно - запальним захворюванням кисті. Однією із поширених патологій кисті, що веде до тимчасової втрати працездатності є панарицій [4,5].

Панарицій - гостро-гнійне неспецифічне захворювання пальців кисті. Механізм розвитку і клінічні особливості протікання окремих видів панарицію багато в чому залежать від особливостей анатомічної будови кисті. На поверхні долоні міститься багато потових залоз, а також знаходяться сальні залози. Клітковина розділена на комірки сполучнотканинними тяжами, що розміщені вертикально між внутрішньою поверхнею шкіри і тканинами розташованими глибше - надкісницею і поверхнею сухожильних піхв. Це обумовлює особливості розповсюдження гною і набряку: на поверхні долоні він поширюється лише вглиб і вздовж вертикальних перемичок, а на тильній - в ширину [1,2].

Панариції поділяються на поверхневі і глибокі. Серед поверхневих панарицій в свою чергу виділяють шкірний, підшкірний, піднігтьовий панарицій, пароніхію, а серед глибоких - сухожилків, суглобовий, кістковий панарицій, пандактиліт.

Причиною розвитку панарицію є мікроорганізми, переважно стафілококи і стрептококи, які проникають через ушкоджену поверхню шкіри. Кількість бактерій залежить від вологості рук під час роботи, анатомічної цілісності шкіри (мозолі, тріщини, задирки), довжини нігтів, температури зовнішнього

середовища. Серед виробничих травм важливу роль у виникненні панарицію відіграють порізи склом, стружкою, пораненням цвяхом.

Протікання гостро гнійних захворювань пальців залежить від їх форми. Із загальних суб'єктивних симптомів слід відмітити біль, озноб (симптом характерний для глибоких форм панарицію), відчуття розпирання, напруження тканин, порушення функції в пошкодженому пальці чи по всій кисті. Болі зазвичай виникають на другий чи третій день після травми і бувають пульсуючими та пекучими. Вони не залежать від положення руки і часу доби, різко підсилюються при стисканні чи поштовху, від теплових процедур і, навпаки, стають слабкими при прикладанні мішура з холодною водою, снігом, льодом. На 7 - 8 день від початку патологічного процесу пульсуючі болі значно зменшуються в інтенсивності і виникають лише у намаганні рухати пальцями.

Пояснюють це тим, що при поверхневих формах панарицію гнійник до цього часу проривається, зменшуються болі. При глибокому панарицію в результаті заглиблення патологічного процесу виникає змертвіння нервових закінчень. Так виникає період так званого одужання, коли хворий вважає, що все минеться, і здебільшого відмовляється від необхідного оперативного втручання, не дивлячись на те, що процес розповсюджується глибше [3].

Із місцевих об'єктивних ознак гнійного захворювання виражені набряки пошкодженого пальця, гіперемія шкіри, що веде до ціанозу, різкий біль при пальпації, деформація пальця і вимушене його положення. Деякі із цих процесів мають диференційно - діагностичне значення, яке допомагає розпізнати різні форми захворювання. Наприклад, при підшкірному панарицію у перші дні захворювання характерна локальна біль, що відповідає місцю захворювання і некрозу тканин, при сухожилковому панарицію біль розповсюджується піхвою сухожилля. При суглобовому і кістковому панарицію біль виникає при рухах пальців, а пандактиліті (гнійне запалення всіх тканин пальця) хоча біль виникає при рухах і дотиках, все ж

інтенсивність його зменшується за рахунок змертвіння нервових закінчень. Пандактиліт характеризується флегмонозним процесом всіх тканин пальця шкіри, кістки, суглобів, сухожилків. В патогенезі розвитку пандактиліту важливе наступне: некроз тканин розвивається не тільки на ґрунті інфекційного ураження тканин, а також у результаті порушення регіонального кровообігу (спазму і тромбозу тканин).

Пандактиліт супроводжується погіршенням загального стану хворого, високою температурою і вираженою токсемією. Характерною ознакою є збільшення пальця, шкіра набуває червоно - синього відтінку з місцями некрозу і норицями, через які виділяється гній.

Профілактика гнійних захворювань пальців кисті, заснована на попередженні мікротравм і своєчасному лікуванні поверхневих гнояків. Обробка мікротравм антисептиками є важливим елементом попередження гнійного процесу. Тому в аптечках на заводах і фабриках в майстернях і на фермах обов'язково повинні бути фурацилін, діоксидин, хлоргексидин, брильянтовий зелений, йод, спирт.

При лікуванні панарицію необхідне проведення комплексного лікування до і після операції. Кінцевим завданням лікування є ускладнення запального процесу і повне відновлення функції пальців і кисті. Для цього використовують хірургічні і консервативні методи лікування, які здійснюються за наступними напрямками: 1) оперативне лікування гнійника і дренивання його; 2) використання антибактеріальної терапії; 3) створення спокою пальця; 4) встановлення і покращення регіонального кровообігу; 5) застосування знеболюючих і протизапальних засобів; 6) загоєння ран і встановлення функції пошкоджених пальців і кисті.

У хірургії при лікуванні панарицію застосовуються принципи першої безсонної ночі, тобто оперувати хворих потрібно в той день коли вони звернулися за допомогою (більшість звертаються за допомогою вже після однієї чи декількох безсонних ночей). Характерно, що безсонна ніч настає зазвичай через 3 - 4 дні після мікротравми, під час яких проходить розви-

ток гострої інфекції в тканинах.

При шкірному, підшкірному, піднігтьовому, пароніхії і сухожилковому панарицію місцеве надається медична допомога, а саме: а) висічення гнійника; б) дренивання, яке створює умови для відтоку гною (вводять гумову смужку); в) накладають асептичну пов'язку з гіпертонічним розчином натрію хлориду чи із маззю "Левомеколь"; г) ферменти для загоєння тканин (трипсин, хемотрипсин); д) накладання знімальної гіпсової лонгети (за показанням); е) фізіотерапевтичні методи дії (УВЧ, ультразвук); є) лікувальна фізкультура.

Загальне лікування панарицію, це: а) антибактеріальна терапія (цефазолін, цефалексин), б) сульфаніламідні препарати (сульфален); в) післяопераційне знеболення (анальгін, баралгін, трамадол); г) спазмолітики (папаверин) для покращення кровообігу.

Таким чином, лікування хворих панарицієм потрібно проводити з врахуванням форми захворювання індивідуально не тільки для кожного хворого, але й для кожного періоду хвороби.

Література

1. Кім О.М., Ковальчук О.Л., Пустовойт Г.Т. Медсестринство в хірургії. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. - 249 с.
2. Хегглі Ю. Хирургическое обследование. - М.: Медицина, 1991. - 340 с.
3. Скрипниченко Д.Ф. Хірургія. - Київ: Здоров'я, 1998. - 449 с.
4. Мелешкевич А.В. Панариций и флегмона кисти. - Ч.З. - М.: Медицина, 2002. - 185 с.
5. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии. - М.: Медицина, 2007. - 482 с.

Резюме

Хома С.М., Вербя Р.В., Голод А.М., Фастова О.М. Способи діагностики та лікування панарицію.

В статті йдеться про гостро-гнійне неспецифічне захворювання пальців кисті. Особливості анатомічної будови кисті. Класифікація панарицію:

шкірний, підшкірний, піднігтьовий, пароніхія, сухожилковий, суглобовий, кістковий, пандактиліт. Описано клінічні прояви захворювання та методи діагностики. Надання першої медичної допомоги і лікування.

Ключові слова: панарицій, клініка, діагностика, лікування.

Резюме

Хома С.М., Верба Р.В., Голод А.М., Фастова О.Н. *Способы диагностики и лечения панариция.*

В статье идет речь об остро гнойном неспецифическом заболевании пальцев кисти. Особенности анатомического строения кисти. Классификация панариция: кожный, подкожный, подногтевой, паронихия, сухожилковый, суставной, костный, пандактилит. Описаны клинические проявления заболевания и методы диагностики. Предоставление первой медицинской помощи и лечение.

Ключевые слова: панариций, клиника, диагностика, лечение.

Summary

Khoma S.M., Verba R.V., Gholod A.M., Fastova O.M. *The methods of diagnostics and treatment of whitlow.*

The article deals with an acute and purulent nonspecific disease of hand's fingers. The peculiarities of anatomic structure of hand. Classification of whitlow: dermal, hypodermic, hyponychial, paronychia, tendinous, articular, bone and pandactylitis. The clinical displays of this disease as well as the methods of diagnostics are described. The giving of first medical aid and treatment.

Key words: whitlow, clinic, diagnostics, treatment.

УДК 616.34-008.87:616-056.22

КИШЕЧНАЯ МИКРОФЛОРА - ВАЖНЫЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Т.Н.Христич

Буковинский государственный медицинский университет

У здорового человека состав микрофлоры достаточно стабилен ибо в процессе филогенетического развития человека сформировалась сложная микрoэкологическая система, поддерживающая динамическое равновесие между физиологическим статусом макроорганизма и микробными популяциями, заселяющими его.

Взаимодействие между нормальной микрофлорой и организмом хозяина происходит в основном на поверхности слизистой оболочки и самая большая из них по площади - слизистая кишечника. Кишечник является местом обитания изменяющегося и разнообразного сообщества бактерий, отделенного от внутренних сред одним-единственным слоем эпителиальных клеток. Кишечные бактерии по количеству в 10-12 раз превосходят соматические и половые клетки и представляют собой коллективный микробиом вдобавок к человеческому геному. Одновременная эволюция организма - хозяина и резистентных микроорганизмов в результате двустороннего обмена между хозяином и микрофлорой способствовала закреплению взаимовыгодных коллективных взаимодействий. Нормальная кишечная микрофлора на 90-98% состоит из анаэробных бактерий (бифидобактерий и бактероидов). Они составляют главную флору (резидентную, аутохтонную) толстой и прямой кишки. Сопутствующую, факультативную флору представляют кишечные палочки, стрептококки, лактобациллы, энтерококки. В свою очередь, к остаточной флоре относятся стафилококки, протей и грибы.

Плотность заселения тонкой кишки микроорганизмами уве-