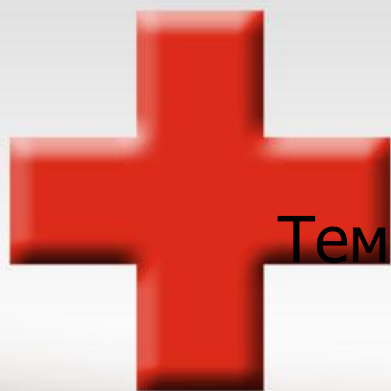


Карагандинский Государственный
Медицинский Университет

Кафедра общей хирургии

СРС



Тема: «Гнойный тендовагинит»



**ПРИНЯЛ: Туякбаев Б.П.
ПРИГОТОВИЛА: Якубжанова З.**

Туркестан 2016 ГОД

ПЛАН:

1. Определение тендовагинита
2. Причины тендовагинита
3. Классификация
4. Гнойный тендовагинит
5. Клиника
6. Осложнения
7. Исход
8. Лечение
9. Список литературы



Введение

- Острые гнойные заболевания кисти и пальцев в амбулаторной хирургической практике занимают одно из ведущих мест: частота панарициев и флегмон кисти колеблется от 15- 18% до 20 - 30%, среди травм - 27% и среди гнойной патологии различных локализаций-61%. Среди всех первично обратившихся в поликлинику около 15% составляют больные с различными гнойными заболеваниями, а более 30% из них страдают гнойно-воспалительными заболеваниями кисти.

Тендовагинит — это острое или хроническое воспаление сухожильного влагалища. Тендовагинит развивается в:

- ✓ области кисти
- ✓ лучезапястного сустава
- ✓ предплечья (лучевой и локтевой тендобурсит)
- ✓ стопы
- ✓ голеностопного сустава
- ✓ ахиллова сухожилия (ахиллобурсит)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

Тендовагинит – это воспаление внутренней оболочки фиброзного влагалища сухожилия мышцы, то есть синовиальной оболочки. Синовиальная оболочка способствует облегчению скольжения соответствующего сухожилия в костнофиброзных каналах при осуществлении мышечной работы.



ПРИЧИНЫ:

- ❑ Неспецифические и специфические инфекции;
- ❑ Ревматические заболевания;
- ❑ Повторяющиеся однотипные движения во время занятий спортом или выполнения профессиональных обязанностей;
- ❑ Распространении инфекции из находящегося поблизости гнойного очага;
- ❑ Панариций;
- ❑ Гнойный артрит;
- ❑ Остеомиелит;
- ❑ Флегмона.



КЛАССИФИКАЦИЯ:

1. По этиологии:

Инфекционные:

- неспецифический;
- специфический.

Асептический:

- профессиональный;
- реактивный.

2. По характеру воспалительного процесса:

- серозный;
- серозно-фибринозный;
- гнойный.

3. По клиническим признакам:

- острый
- хронический



Острый инфекционный неспецифический

ТЕНДОВАГИНИТ

- Развивается после проникновения патогенной гноеродной микрофлоры внутрь синовиального влагалища при его повреждении. Чаще наблюдается во влагалищах сухожилий сгибателей пальцев кисти — так называемый сухожильный [панариций](#).
- Характеризуется скоплением в полости синовиального влагалища серозного, а затем гнойного экссудата с последующим нарушением кровоснабжения сухожилия.
- Клинически проявляется повышением температуры тела, резкими болями в области поражения, усиливающимися при попытках движения пораженным пальцем, регионарным лимфаденитом. Развиваются отек и вынужденное фиксированное положение пальца. При гнойном тендовагините I и V пальцев возможно распространение гноя в лучевую и соответственно локтевую синовиальные сумки кисти с развитием тенобурсита.
- Поскольку примерно в 80% случаев лучевая и локтевая синовиальные сумки имеют сообщение, возможно развитие V-образной флегмоны кисти.
- Клинически при этом отмечают высокую температуру тела, озноб, резкий отек кисти, сильные боли в области соответствующей синовиальной сумки, согнутое, вынужденное положение пальцев. При несвоевременном или неадекватном

Хронический инфекционный тендовагинит

- Чаще вызывается специфической микрофлорой (туберкулезные микобактерии, бруцеллы, спирохеты). Туберкулез синовиальных влагалищ возникает при экзо- и эндогенном поражении.
- Характеризуется медленно увеличивающейся, малоболезненной припухлостью в проекции сухожильных влагалищ и суставных сумок.
- Сухожильные влагалища сгибателей поражаются примерно в 2 раза чаще разгибателей.
- Туберкулезный процесс вначале носит ограниченный характер (поражается синовиальная оболочка) и только потом переходит на сухожилия и окружающие ткани.
- Диагностика затруднена, основное значение имеет выявление основного заболевания.
- Лечение состоит в общей специфической терапии, при значительном ограничении движений — иссечение измененных оболочек сухожилий, патологических грануляций, введение антибиотиков направленного действия.

Асептический тендовагинит

- Это дистрофические поражения сухожильных оболочек, посттравматические и так называемые реактивные воспалительные тендовагиниты.
- Дистрофические тендовагиниты наиболее часто развиваются вследствие хронической микротравматизации (машинистки, пианисты и т. п.) и характеризуются хроническим рецидивирующим течением.
- Клинически отмечается болезненность по ходу пораженных оболочек сухожилий (чаще на предплечье), крепитация или хруст при движении соответствующих сухожилий.
- Особой клинической формой этих тендовагинитов является стенозирующий тендовагинит, для которого характерно частичное блокирование движений в костно-фиброзных каналах, находящихся в основном в области кистей и лодыжек.
- Выделяют несколько синдромов, связанных со стенозирующими тендовагинитами. Синдром запястного канала возникает при стенозировании последнего в области ладонной поверхности лучезапястного сустава со сдавлением срединного нерва и сухожилий мышц сгибателей пальцев.
- Отмечаются боли и парестезии в зоне иннервации срединного нерва (I, II, III пальцы, внутренняя поверхность IV пальца).

Посттравматический тендовагинит

- развивается при ушибах и растяжениях связочного аппарата кисти, иногда с кровоизлиянием в сухожильное влагалище.
- Показана иммобилизация, в первые сутки холод, затем тепловые процедуры, УВЧ-терапия. При значительном скоплении крови необходима пункция сухожильного влагалища.

Тендовагинит



первичный

причины

- Тендовагиниты лучезапястной области - профессиональные или спортивные микротравмы,
- Голеностопной области - аномалии статики (плоскостопие, косолапость, длительное стояние на ногах, спортивные микро и макротравмы, варикозное расширение вен, тромбофлебиты, лимфостаз

вторичный

причины

- Сопровождают различные заболевания суставов
- Инфекционные или аллергические процессы
- Самостоятельные

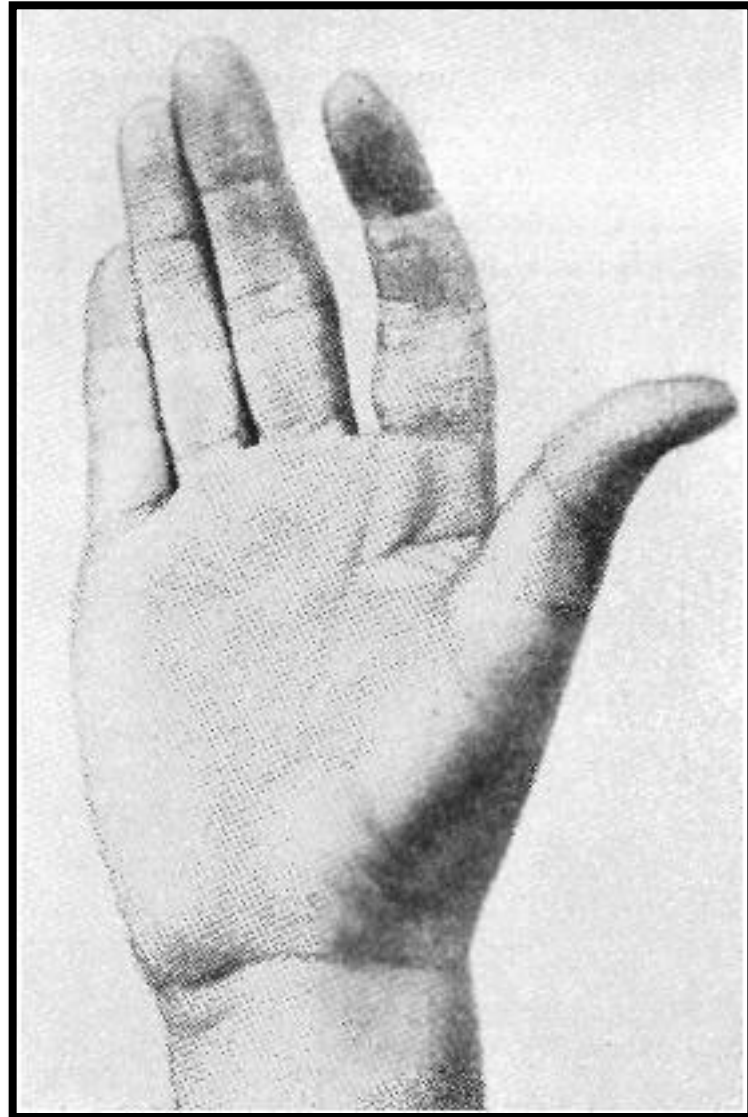
Формы патологического процесса при тендовагинитах:

1. легкая(начальная форма)при которой наблюдается только гиперемия синовиального влагалища с периваскулярными инфильтратами в его наружном слое

2.экссудативно-серозная форма, характеризующаяся накоплением в синовиальном влагалище умеренного количества выпота, а клинически проявляющаяся небольшой округлой припухлостью в этой области

3.хроническая стенозирующая форма со склеротическими изменениями в синовиальных влагалищах, стиранием структуры между отдельными слоями и стенозированием влагалища

**Гнойный тендовагинит
(сухожильный панариций)**
чаще всего развивается на
кистях рук в синовиальном
влагалитце пальца при
переходе гнойного процесса
с подкожной клетчатки.



Гнойным тендовагинитом называют гнойное воспаление сухожильных влагалищ пальцев руки.

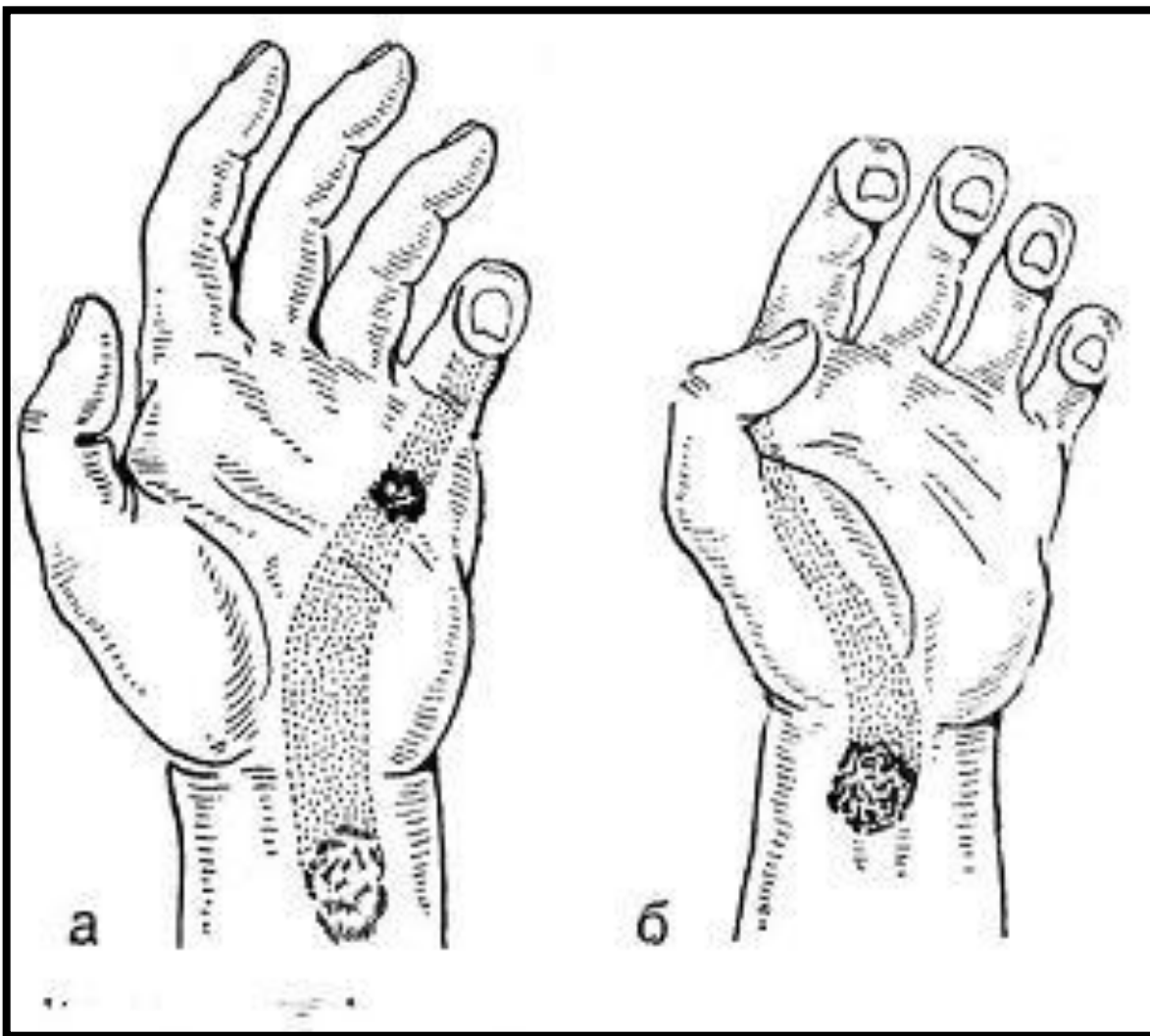
Гнойный тендовагинит может возникнуть:

- ▣ Первично (после повреждения сухожильного влагалища при колотых, резаных, ушибленных или огнестрельных ранах пальца);
- ▣ Вторично (в результате переноса инфекции по лимфатическим путям при подкожном или при костном панариции).
- ▣ Редко гнойный тендовагинит может возникнуть метастатически при сепсисе.



Пути распространения гноя при тендовагините I пальца разнообразны:

- В лучевую синовиальную сумку запястья;
- На предплечье в пространство Пирогова;
- В локтевую синовиальную сумку запястья (У-образная флегмона);
- В щель мышц возвышения большого пальца;
- В межфаланговый сустав, на тыл кисти и через кожу, с образованием свища.



Зоны болевой чувствительности при гнойном воспалении сухожильного влагалища.
а — мизинца и локтевой синовиальной сумки;
б — большого пальца и лучевой синовиальной сумки запястья.

КЛИНИКА:

1. Равномерное припухание всего пальца как на ладонной, так и на тыльной стороне;
 2. Резкая болезненность при давлении на ладонную поверхность пальца;
 3. Очень сильная болезненность при попытке к пассивным движениям в межфаланговых суставах заболевшего пальца, особенно при разгибании;
 4. Высокая температура — 39—40°C;
 5. Тяжёлая интоксикация.
- ✓ Боли при давлении на ладонную поверхность пальца
 - ✓ Локальная болезненность и припухлость сухожилия
 - ✓ В некоторых случаях наблюдается атрофия соответствующей мышцы



ОСЛОЖНЕНИЯ:

- Абсцесс межпальцевой перепонки;
- Флегмона тыла кисти;
- Остеомиелит средней или основной фаланги;
- Артрит проксимального межфалангового сустава;
- Гнойное поражение синовиальных сумок ладони;
- Перекрестная или Y-флегмона («игрек-флегмона»);

ИСХОД:

Предсказание при гнойном тендовагините пальцев руки в отношении восстановления функции пораженных пальцев является сомнительным в связи с возможностью развития некроза сухожилия.



ДИАГНОСТИКА И ДИФДИАГНОСТИКА

- Диагноз тендовагинита основывается на характерной локализации процесса и данных клинического исследования (болезненные шнуровидные уплотнения в характерных местах, нарушение движений, прощупывание рисовых тел и др.).
- Острый инфекционный тендовагинит дифференцируют с остеомиелитом и острым артритом. При тендовагините в отличие от перечисленных заболеваний на рентгенограммах не обнаруживают изменений со стороны костей и суставов. Отсутствуют болезненность в области кости и деформация сустава. Для исключения стенозирующего лигаментита применяют лигаментографию. Исключают общие заболевания, которые могли стать причиной тендовагинита (бруцеллез, туберкулез и др.).

ЛЕЧЕНИЕ:

Оперативное вмешательство:

а) при операции по поводу гнойного тендовагинита I пальца достаточно вскрыть влагалище сухожилия I пальца парным разрезом на боковых поверхностях на основной фаланге, а в случае распространения процесса на пространство Пирогова— Парона добавляется парный боковой разрез на предплечье;

б) при тендовагинитах II, III и IV пальцев не следует делать разрезов на концевой фаланге, так как на ней нет сухожильного влагалища. По два боковых разреза рекомендуется сделать при соответствующей локализации гнойного процесса. Разрезы на ладони показаны при распространении гнойного процесса на синовиальную сумку, общую для всех трех пальцев;

в) при тендовагините V пальца делают два ладонно-боковых разреза на основной фаланге V пальца и один разрез на ладони во всю длину наружного края возвышения V пальца.



ЛЕЧЕНИЕ:

- После разреза в рану вводится небольшой тампон, смоченный в мази Вишневского;
- На всю кисть накладывается масляный компресс;
- Пальцам придается положение легкого сгибания;
- Для иммобилизации кисти следует наложить тыльный гипсовый лонгет от середины предплечья до кончиков пальцев;
- Антибиотики;
- Через 2—3 дня после разреза приступают к ежедневным ваннам температурой 40—50°С с перманганатом калия;
- Больному следует начать активные и пассивные движения пораженных пальцев.



- ❑ Показана пенициллинотерапия — по 300 000 ЕД 4 раза в сутки;
- ❑ Сроки лечения и нетрудоспособности больных при гнойных тендовагинитах колеблются в пределах 1—2 месяцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/tendovaginitis>
2. http://www.medical-enc.ru/15/panariciy_2.shtml
3. <http://www.medical-enc.ru/18/tendovaginit.shtml>
4. <http://www.medicalj.ru/diseases/orthopedics/1003-tendovaginit>
5. <http://medbe.ru/materials/khirurgiya-kisti/gnoynye-tenoburcity-i-v-paltsev/>
6. <http://mg1.ru/x/1030.html/print>



**Спасибо
за
внимание!**