

Международный казахско-турецкий  
университет имени Х.А.Ясави

Факультет: Медицина

Кафедра: Общая хирургия

Специальность: Стоматология

# Гнойный тендовагинит

**Родной мой С тебя**

**10,850 тенге**

Выполнил: Толеухан.Т

Принял: Туякбаев.Б.П

Группа: СТР-107

# План

## Введение

- ❖ Общее понятие
- ❖ Классификация
- ❖ Этиология
- ❖ Патогенез
- ❖ Симптомы
- ❖ Клиническая картина
- ❖ Диагностика
- ❖ Осложнения
- ❖ Лечение
- ❖ Заключение

## 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.
- Распространённость заболевания, снижение эффективности антибиотикотерапии, длительные сроки лечения, особенности анатомического строения кисти, её важное функциональное значение в жизнедеятельности человека приводят к необходимости поиска новых методов лечения, которые удовлетворяли бы не только анатомическим, но и функциональным требованиям, способствовали снижению временной и исключению постоянной нетрудоспособности больных с панарициями и флегмонами кисти.

# Общее понятие

- **Гнойный тендовагинит** - гнойное воспаление синовиальной оболочки с накоплением гноя в полости сухожильного влагалища. Если к гнойному экссудату примешивается значительное количество серозного или фибринозного экссудата, то тендовагинит называют серозно-гнойным или фибринозно-гнойным. Гнойный тендовагинит обычно возникает первично вследствие проникающих ранений сухожильного влагалища, реже - вторично при переходе гнойного процесса с окружающих тканей (флегмона и др.) и метастическим путем (задержание последа, пиосептицемия и др.). Возбудителями инфекции являются стрептококки, стафилококки, 1 кишечная палочка и реже другие микробы



# Классификация

## По характеру воспалительного процесса

- ⦿ серозный
- ⦿ серозно-фибринозный
- ⦿ гнойный.

## По клиническим признакам

- ⦿ острый
- ⦿ хронический

# Классификация

## По этиологии

- ◎ Инфекционные:
  - > неспецифический;
  - > специфический.
- ◎ Асептический:
  - > профессиональный;
  - > реактивный.

# Виды

- Различают острый и хронический тендовагиниты.  
**Острый тендовагинит** проявляется отёком синовиальной оболочки и скоплением жидкости в полости синовиальной оболочки.  
**Хронический тендовагинит** сопровождается утолщением синовиальной оболочки и накоплением в синовиальной полости выпота с высоким содержанием фибрина. С течением времени в результате организации фибринозного выпота формируются так называемые «рисовые тела», а также происходит сужение просвета сухожильного влагалища.



○ **Крепитирующий тендовагинит** возникает на конечностях (обычно на верхней) после длительной работы у людей физического труда (доярки, машинистки, заворачивающие конфеты), которым приходится в процессе работы выполнять быстрые и однообразные движения, осуществляемые за счет участия ограниченного количества мелких групп мышц. Обычно заболевание встречается у лиц, еще не имеющих достаточных профессиональных навыков. Процесс протекает как асептическое воспаление синовиального влагалища. Появляются боли и припухлость по ходу сухожилия, чаще всего на тыле предплечья в области дистального конца лучевой кости и лучезапястного сустава, реже на тыле стопы, передней поверхности голени и голеностопного сустава, усиливающиеся при движении. При ощупывании — болезненность, затем появляется характерный хруст (крепитация), отчетливо выраженный при движении. Воспаление развивается остро, длится в среднем от 4 до 15 дней.

Лечение: покой, иммобилизация шиной или гипсовой лонгетой на 6—10 дней. С 4—5-го дня ее снимают на время процедур (теплые ванны, УВЧ, соллюкс, грелка). Трудоспособность восстанавливается обычно через 6—9 дней после исчезновения припухлости и крепитации. Однако слишком раннее возобновление работы грозит рецидивом.

Профилактика заболеваний и рецидивов — периодические, кратковременные перерывы в работе, во время которых рекомендуется изменение характера движений, лечебная гимнастика, теплые ванночки, массаж. Для лиц, еще не вполне овладевших профессией, длительность непрерывно выполняемой работы следует увеличивать постепенно.

## ● **Стенозирующий тендовагинит** —

асептическое воспаление сухожильно-связочного аппарата кисти. Причина — однократная или хроническая профессиональная травма. Заболевание развивается постепенно, появляются боли на уровне пястно-фаланговых сочленений. Сгибание и разгибание пальца затруднено и происходит со щелчком («щелкающий палец»). Прощупывается плотное образование, связанное с сухожилием.

Лечение: покой (иммобилизация пальца съемной гипсовой лонгетой), тепловые процедуры. При отсутствии эффекта — операция (рассечение кольцевидной связки). Прогноз благоприятный.

● **Бруцеллезный тендовагинит** — одна из форм инфекционного тендовагинита. В области сухожильного влагалища на предплечье появляется эластичная, округлая припухлость величиной от 1 до 3 см, болезненная при надавливании. При давлении она уменьшается или исчезает за счет перемещения экссудата по сухожильному влагалищу. Отмечается отек тыла кисти и крепитация в нижней трети предплечья. Диагноз подтверждается специфическими реакциями (см. Бруцеллез). Лечение: покой, тепло, вакцинотерапия. Длительность заболевания 7—14 дней. Возможны рецидивы.

# ЭТИОЛОГИЯ

- 1) самостоятельные асептические тендовагиниты, возникновение которых является следствием длительной микротравматизации и перенапряжения синовиальных влагалищ сухожилий и прилежащих к ним тканей у лиц определённых профессий (столяры, слесари, грузчики, машинистки, пианисты, чулочницы, формовщики кирпичного производства, рабочие тяжёлой металлургической промышленности), выполняющих длительное время однотипные движения, в которых принимает участие ограниченная группа мышц; кроме того, такие тендовагиниты могут появляться у спортсменов (лыжников, конькобежцев и других) при перетренировке.
- 2) инфекционные тендовагиниты:
  - а) специфические тендовагиниты при некоторых инфекционных болезнях (таких как гонорея, бруцеллёз, туберкулёз и так далее), при которых распространение возбудителей чаще происходит гематогенным путём (с током крови);
  - б) неспецифические тендовагиниты при гнойных процессах (гнойный артрит, панариций, остеомиелит), из которых происходит непосредственное распространение воспаления на синовиальное влагалище, а также при ранениях;
- 3) реактивные тендовагиниты, появление которых сопровождает ревматические заболевания (ревматизм, болезнь Бехтерева, ревматоидный артрит, системная склеродермия, синдром Рейтера и другие).

# Патогенез

- При вторичном тендовагините гнойное воспаление вначале развивается в окружающих тканях, а затем расплавляется стенка сухожильного влагалища и гнойный процесс переходит на синовиальную оболочку. Вследствие всасывания из очага поражения микробов, бактериальных и тканевых токсинов у больных часто развиваются резорбтивная лихорадка, лейкоцитоз со сдвигом ядра влево и другие общие расстройства. В запущенных случаях гнойный тендовагинит нередко является причиной развития сепсиса.

# СИМПТОМЫ

- Для **острого неспецифического тендовагинита** характерно острое начало и быстрое развитие болезненной припухлости в месте расположения поражённых синовиальных оболочек влагалищ сухожилий. Чаще всего острый тендовагинит наблюдается в сухожильных влагалищах на тыльной поверхности стоп и кистей, более редко – в синовиальных влагалищах пальцев кисти и во влагалищах сухожилий сгибателей пальцев кисти. Отек и болезненность, как правило, распространяются со стопы на голень и с кисти на предплечье. Появляется ограничение движений, возможно развитие сгибательной контрактуры пальцев. Если воспалительный процесс приобретает гнойный характер, быстро поднимается температура тела, появляются ознобы, развивается регионарный лимфаденит и лимфангит. Гнойный тендовагинит чаще развивается в области влагалищ сухожилий сгибателей кисти.
- Для **острого асептического (крепитирующего) тендовагинита** характерно поражение синовиальных влагалищ на тыльной поверхности кисти, не так часто – стопы, ещё реже – межбугоркового синовиального влагалища бицепса (двуглавой мышцы плеча). Начало заболевания острое: образуется припухлость в области поражённого сухожилия, при прощупывании которой ощущается крепитация. Наблюдается ограничение движения пальца или болезненность при движении. Возможен переход в хроническую форму заболевания.
- Для **хронических тендовагинитов** характерно поражение влагалищ сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев в области их удерживателей. Часто наблюдаются симптомы хронического тендовагинита общего синовиального влагалища сгибателей пальцев – так называемый синдром запястного канала, при котором определяется опухолевидное болезненное образование вытянутой формы в области канала запястья, имеющее эластическую консистенцию и часто принимающее очертания песочных часов, немного смещающееся при движении. Иногда можно прощупать «рисовые тела» или определить флюктуацию (ощущение передаточной волны, обусловленное скоплением жидкости). Характерно ограничение движений сухожилий.

# Клинические признаки

- Сухожильное влагалище резко увеличено в объеме вследствие накопления в нем гноя. При пальпации обнаруживают повышение местной температуры, сильную болезненность, напряжение стенки сухожильного влагалища, флюктуацию, отек подкожной клетчатки. Больная конечность при воспалении флексоров находится в состоянии сгибания; наступает животное только на зацепную часть копыта. Хромота сильная, а нередко наблюдается полное выпадение функции конечности. В покое животное производит больной конечностью маятникообразные движения. При зондировании раны или свища зонд проникает в полость сухожильного влагалища. Из него в большом количестве выделяется гнойный или фибринозно-гнойный экссудат кислой реакции. Экссудат быстро свертывается на поверхности раны, образуя массивные сгустки.



1



2



3

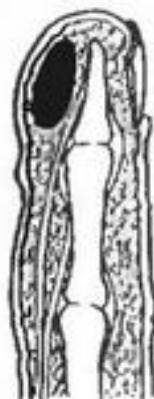
FireAiD - все по  
медицине.



4



5



6



7



8



9



10

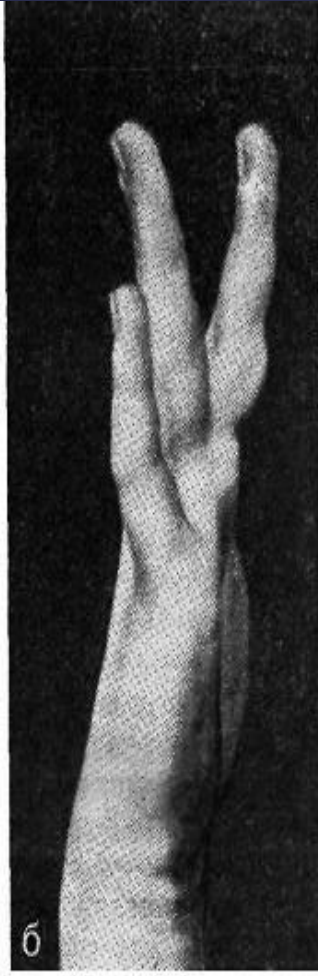


11



12

FireAiD - все по  
медицине.





# Диагностика

- Диагностировать тендовагинит позволяет характерная локализация патологического процесса и полученные при клиническом исследовании данные (шнуровидной формы болезненные уплотнения в типичных местах, нарушение движений, определение «рисовых тел» при прощупывании).
- При лабораторном обследовании при остром гнойном тендовагините в общем анализе крови (ОАК) определяется лейкоцитоз (повышение белых кровяных телец свыше  $9 \times 10^9/\text{л}$ ) с увеличением содержания палочкоядерных форм нейтрофилов (свыше 5 %), повышение СОЭ (скорости оседания эритроцитов). Гной исследуется бактериоскопическим (исследование под микроскопом после специальной окраски материала) и бактериологическим (выделение чистой культуры на питательных средах) методами, что даёт возможность установить характер возбудителя и определить его чувствительность к антибиотикам. В случаях, когда течение острого гнойного тендовагинита осложняется сепсисом (при распространении возбудителя инфекции из гнойного очага в кровяное русло), производится исследование крови на стерильность, что также позволяет установить характер возбудителя и определить его чувствительность к антибактериальным препаратам.
- При рентгенологическом исследовании характерно отсутствие патологических изменений со стороны суставов и костей, может определяться лишь утолщение мягких тканей в соответствующей области.

# Осложнения

- **Гнойный лучевой тенобурсит** – является, как правило, осложнением гнойного тендовагинита большого пальца кисти. Развивается в том случае, если гнойное воспаление распространяется на всё влагалище сухожилия длинного сгибателя большого пальца кисти. Характерна выраженная болезненность по ладонной поверхности большого пальца кисти и далее по наружному краю кисти до предплечья. Если заболевание прогрессирует, возможно распространение гнойного процесса на предплечье.
- **Гнойный локтевой тенобурсит** – является, как правило, осложнением гнойного тендовагинита мизинца кисти. Из-за особенностей анатомического строения воспалительный процесс довольно часто переходит с синовиального влагалища мизинца на общее синовиальное влагалище сгибателей кисти, реже – на синовиальное влагалище сухожилия длинного сгибателя большого пальца. В этом случае развивается так называемая перекрёстная флегмона, которая характеризуется тяжёлым течением и часто осложняется нарушением функционирования кисти. Характерны выраженная болезненность и отёк ладонной поверхности кисти, большого пальца и мизинца, а также значительное ограничение разгибания пальцев или полная его невозможность.

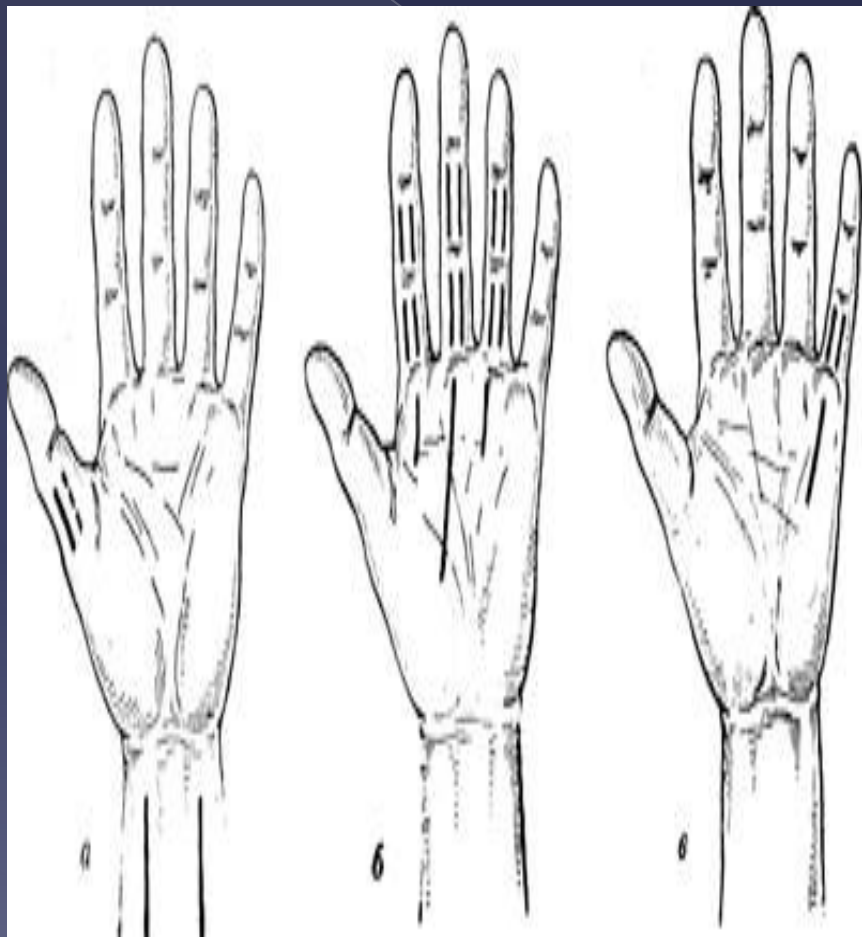
## ○ Лечение тендовагинита:

- *Цели лечения* — нормализация работы мышц, в сухожилиях которых возникает проблема; восстановление нормального, «правильного» кровоснабжения поражённых участков, эластичности сухожилий и мышц кисти руки, предотвращение воспалительного процесса.
- *Септический* тендовагинит лечится в условиях стационара.

- **Остеопатия.** Повышает эластичность сухожилий и мышц, восстанавливает их нормальные функции. Активизирует кровообращение.
- **Вакуум-градиентная терапия.** При тендовагините происходит уплотнение ткани сухожилия с последующей потерей эластичности, в результате чего нарушаются функции сухожилия и возникает боль. Высокоградиентный вакуум восстанавливает эластичность ткани, убирает боль и восстанавливает утраченные функции.
- **Гомеопатические инъекции.** Производятся в измененную мышечную ткань. Восстанавливают эластичность и обмен веществ в тканях.
- **Грязелечение.** Уменьшает воспалительный процесс. Активизирует кровообращение, усиливает лимфоток и обмен веществ.
- **Физиотерапия.** Электротерапия, лазеротерапия и магнитотерапия стимулируют кровообращение в глубоко лежащих тканях. Введение лекарств (природного происхождения), осуществляющих размягчение мышечной ткани при помощи электрических токов и ультразвук. Абсолютно безболезненно и нетравматично.

При гнойном тендовагините необходимо осуществлять раннее оперативное вмешательство. Расположение разрезов при различных видах тендовагинитов видно из следующих схема при операции по поводу гнойного тендовагинита I пальца и тенобурсита лучевой синовиальной сумки 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 и тенобурсите локтевой синовиальной сумки делают два ладонно-боковых разреза на основной фаланге V пальца и один разрез на ладони во всю длину наружного края возвышения V пальца.

После разреза в рану вводится небольшой тампон, смоченный в мази Вишневского; на всю кисть накладывается масляный компресс, пальцам придается полая повязка легкого сгибания, для иммобилизации кисти следует наложить тыльный гипсовый лонгетт от середины предплечья до кончиков пальцев, антибиотики. Через 2—3 дня после разреза приступают к ежедневным ваннам температурой 40—50°. При установившейся на нормальных цифрах температуре больному следует начать активные и пассивные движения пораженных пальцев. Сроки лечения и нетрудоспособности больных при гнойных тендовагинитах колеблются в пределах 1—2 месяцев.



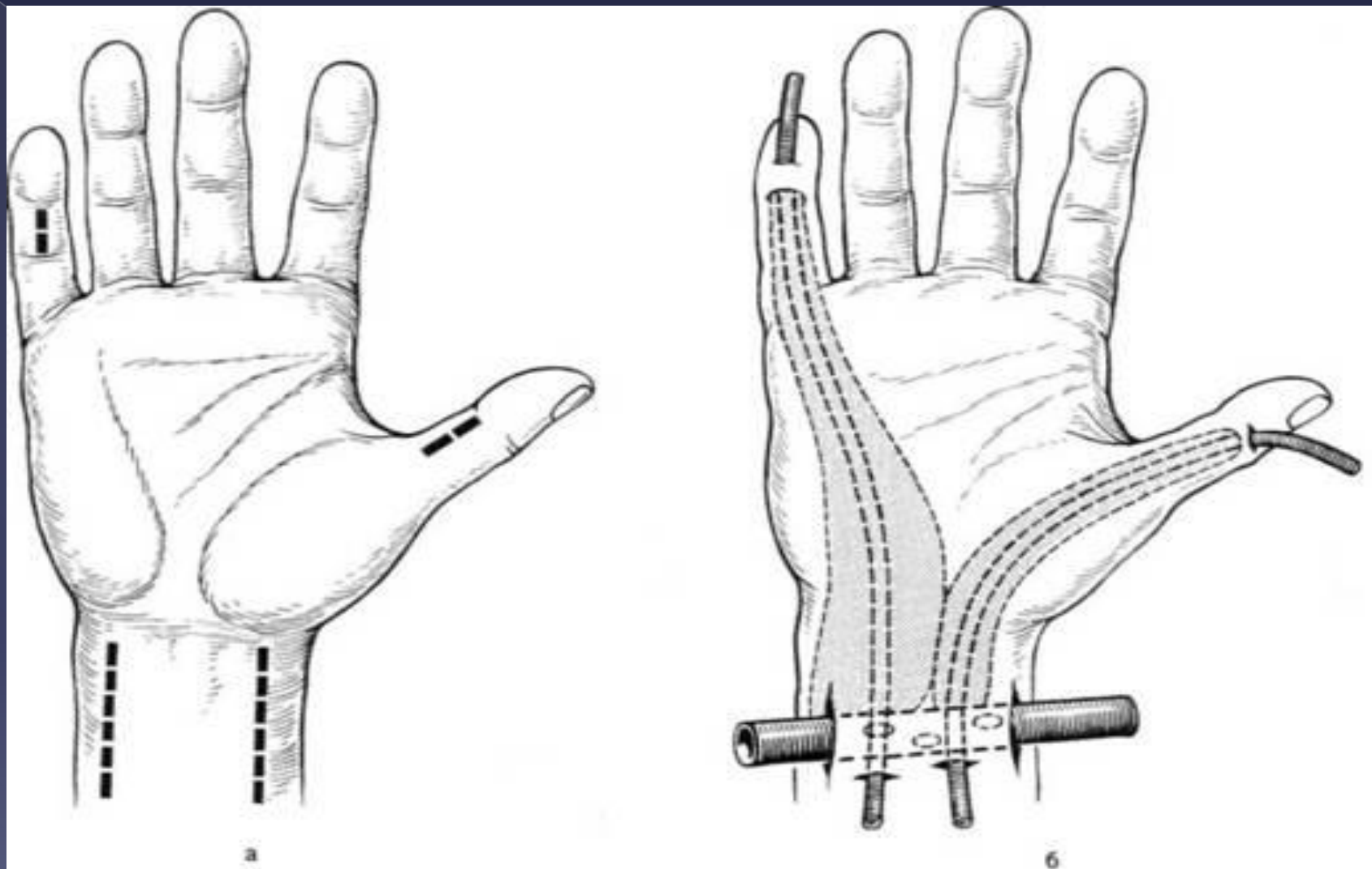


Рис. 9.32. Проточно-промывное дренирование при U-образной флегмоне кисти с прорывом в пространство Пирогова — Парона.

а — места разрезов; б — дренирование синовиальных влагалищ I и V пальцев и пространства Пирогова — Парона.



Рис. 9.30. Промывное дренирование сухожильного влагалища II пальца кисти с помощью уретрального катетера при тендовагините.

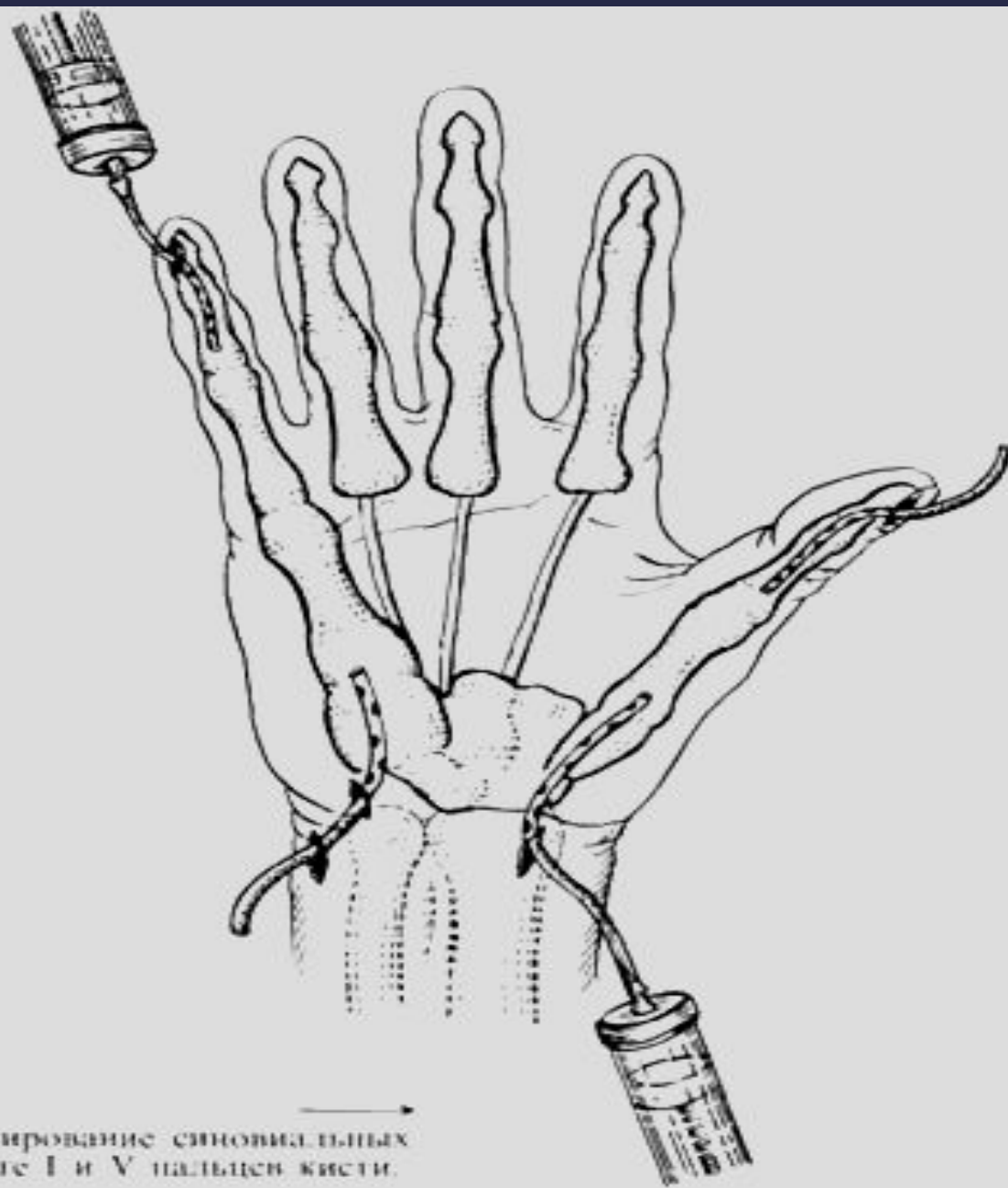


Рис. 9.31. Протоchno-промывное дренирование синовиальных влагалищ при гнойном тендовагините I и V пальцев кисти.



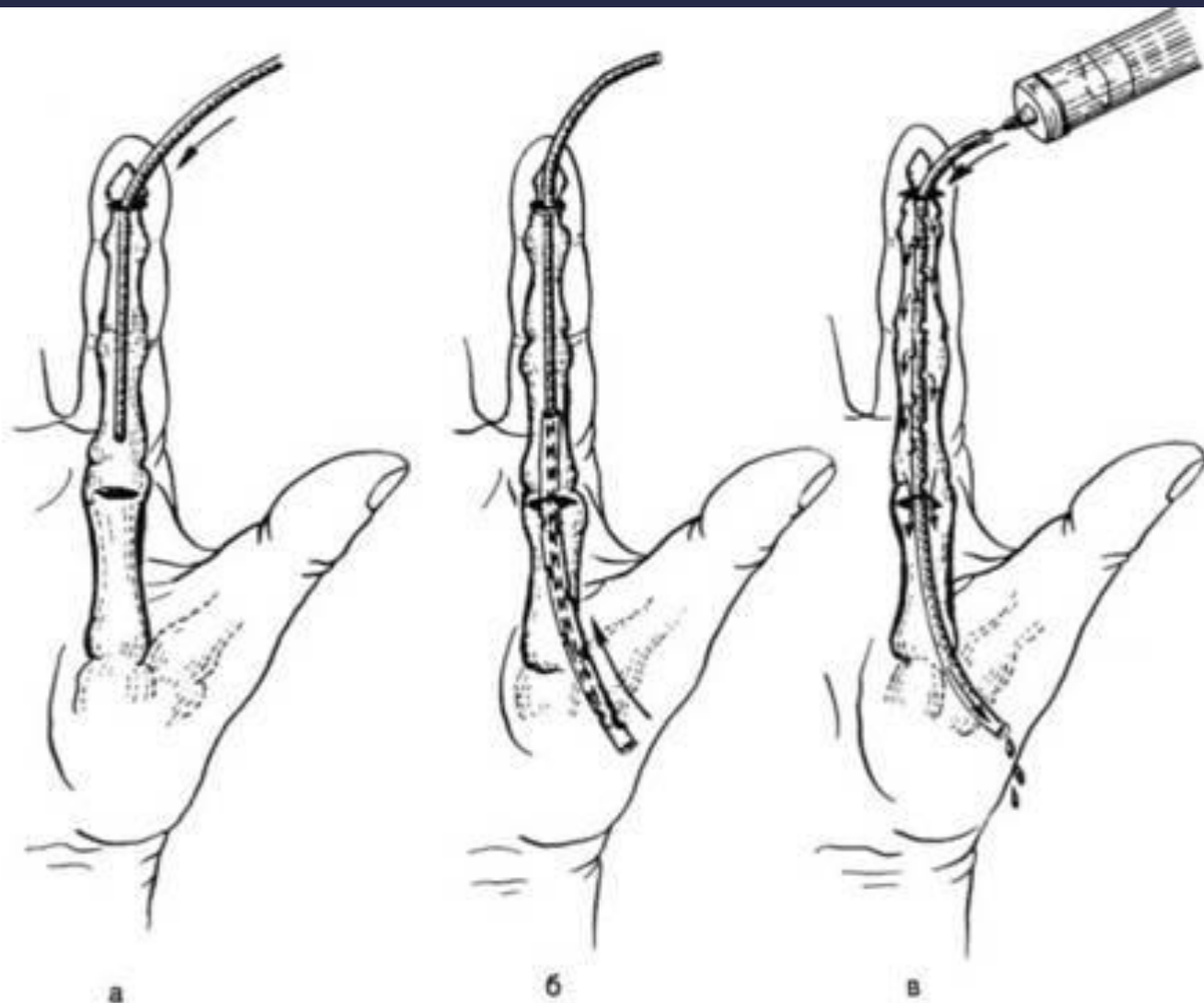


Рис. 9.29. Промывное дренирование при лечении гнойного тендовагинита.

а — проведение проводника через сухожильное влагалище II пальца кисти; б — проведение катетера по проводнику; в — промывание раствором антисептика.

# Лечение крепитирующего тендовагинита

Лечение крепитирующего тендовагинита включает в себя:

иммобилизацию кисти или пальцев

физиотерапия (УВЧ, электрофорез с гидрокортизоном)

*Устранение отёчности, воспаления, болезненности, и восстановление объёма движений в лучезапястном суставе при тендовагините ускоряется при использовании физиотерапии.*



# Местное лечение

- Сочетают с общей антибиотикосульфаниламидной терапией и применением других противосептических и общеукрепляющих средств. С прекращением в сухожильном влагалище нагноения на рану (раны) накладывают повязку с фибриноэритроцитарным сгустком, полученным из крови больного или другого животного. Под его влиянием ускоряется закрытие ран вначале фибринозной пробкой, а затем грануляциями. После чего рану лечат, как обычную гранулирующую.

# Заключение

- Профилактика заболевания подразумевает собой избегание переутомления при физической работе, а также травм и различных растяжений сухожилий. Необходимо вовремя лечить все микротравмы кожных покровов конечностей, не допускать развития панарициев, следить за постоянной чистотой рук, соблюдать личную гигиену.  
Производственные процессы желательно не делать вручную, лучше их механизировать, нужно отдыхать такое количество времени, которое положено, во время работы делать перерывы (как минимум 5 минут каждый час), делать гимнастику пальцев.
- При первых симптомах тендовагинита нужно обращаться к доктору, чтобы избежать возможных осложнений.

# Список литературы

- Кованов В.В., Аникина Т.А. Хирургическая анатомия фасций и клетчаточных пространств человека. – М., 1967.
- Курбангалеев С.М., Елецкая О.И. Актуальные вопросы гнойной хирургии. – Л., 1977.
- Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. – Л.: Медицина, 1986.
- Стручков В.И., Гостищев В.К. Руководство по гнойной хирургии. – М.: Медицина, 1984.