

Қожа Ахмет Ясауи атындағы
Халықаралық қазақ-түрік
университеті

Ірінді тен довагинит

Қабылдаған: Тулежанов Н.Қ.

Орындаған: Әшірбек Т

Тобы: ЖМ-304

Жоспары:

I. Кіріспе

Іріңді тендовагинит жайлы жалпы түсінік. Этиологиясы.

II. Негізгі бөлім

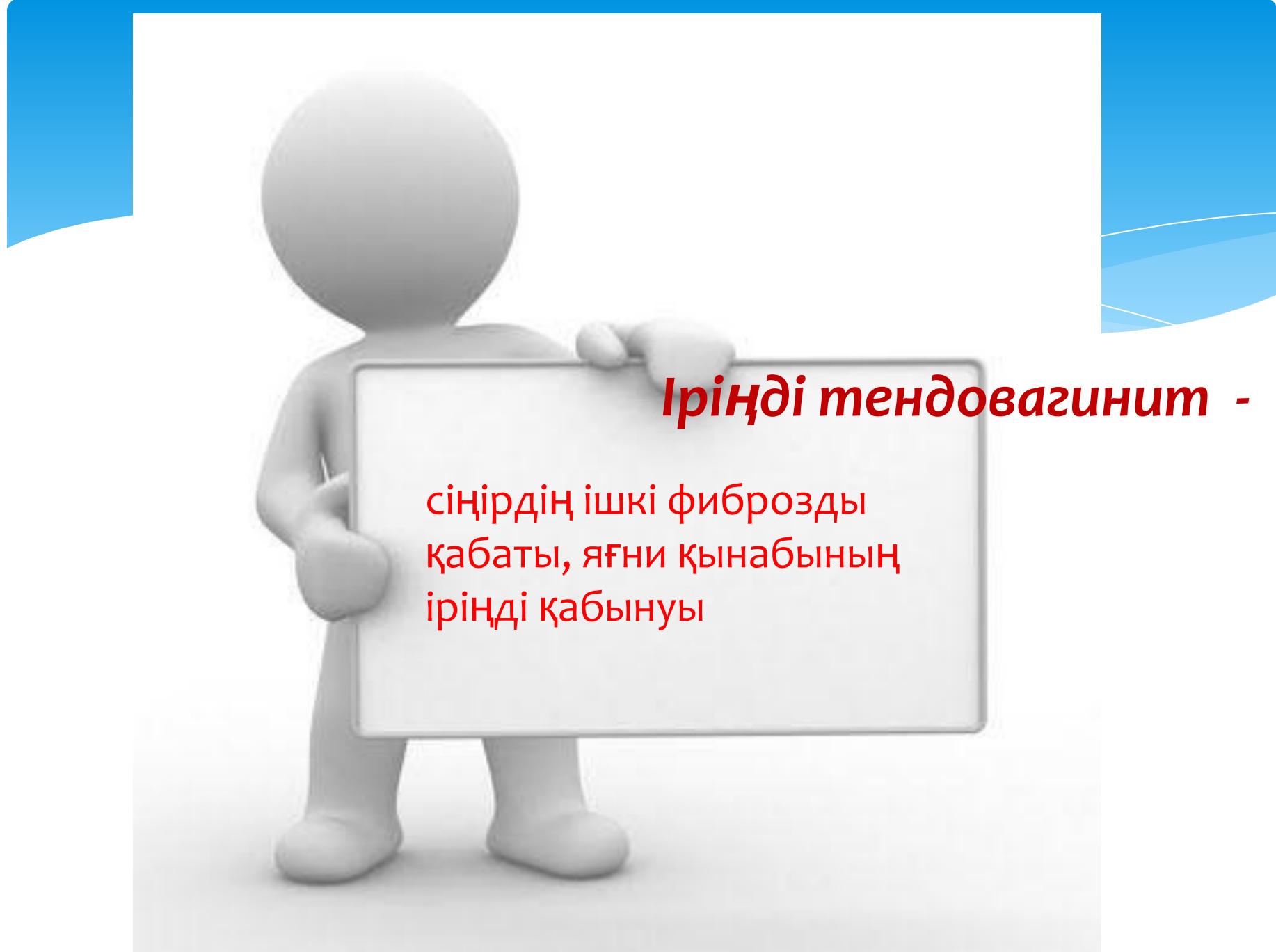
1. IT патогенезі.

2. Іріңді тендовагиниттің клиникалық көрінісі.

3. Іріңді тендовагинитті емдеу қағидалары. Оперативті ем техникасы.

III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиеттер

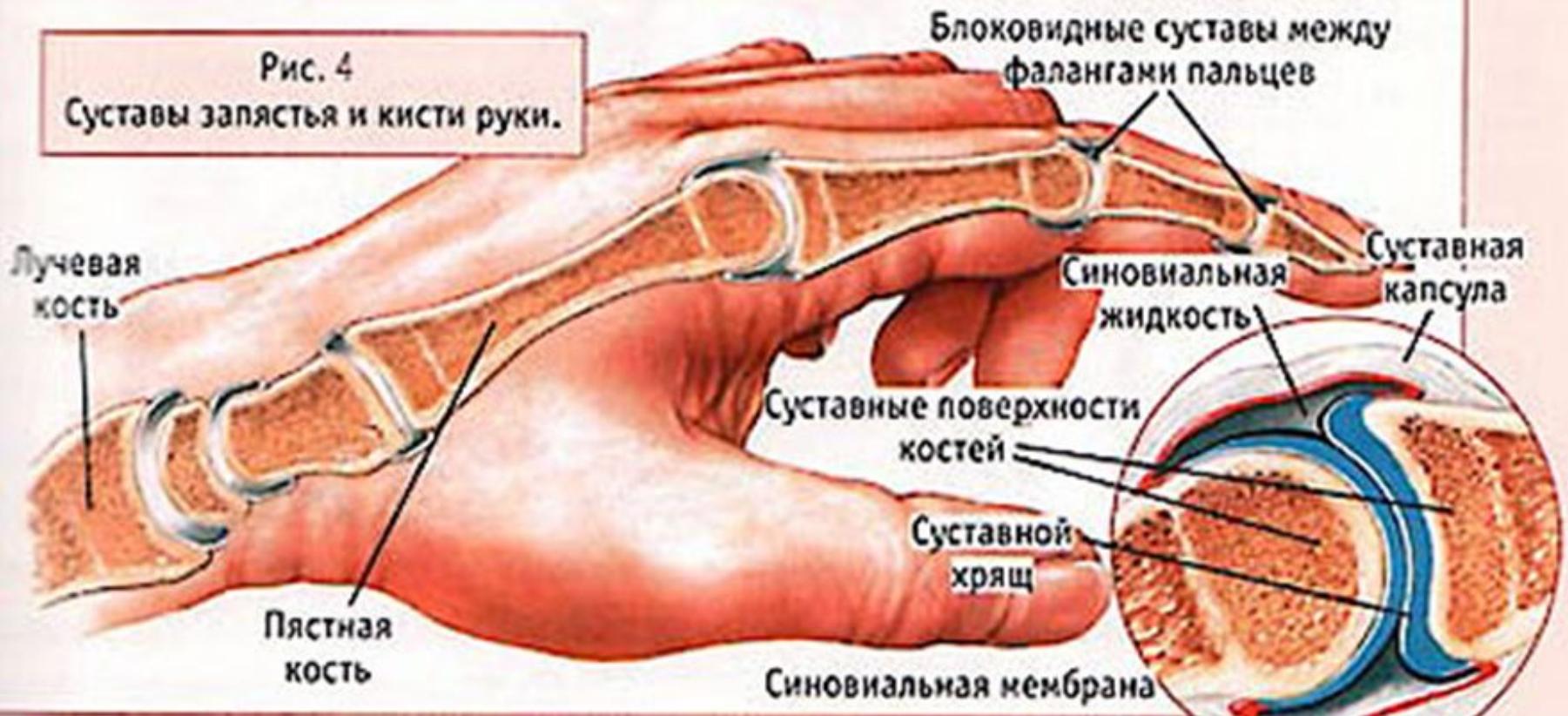


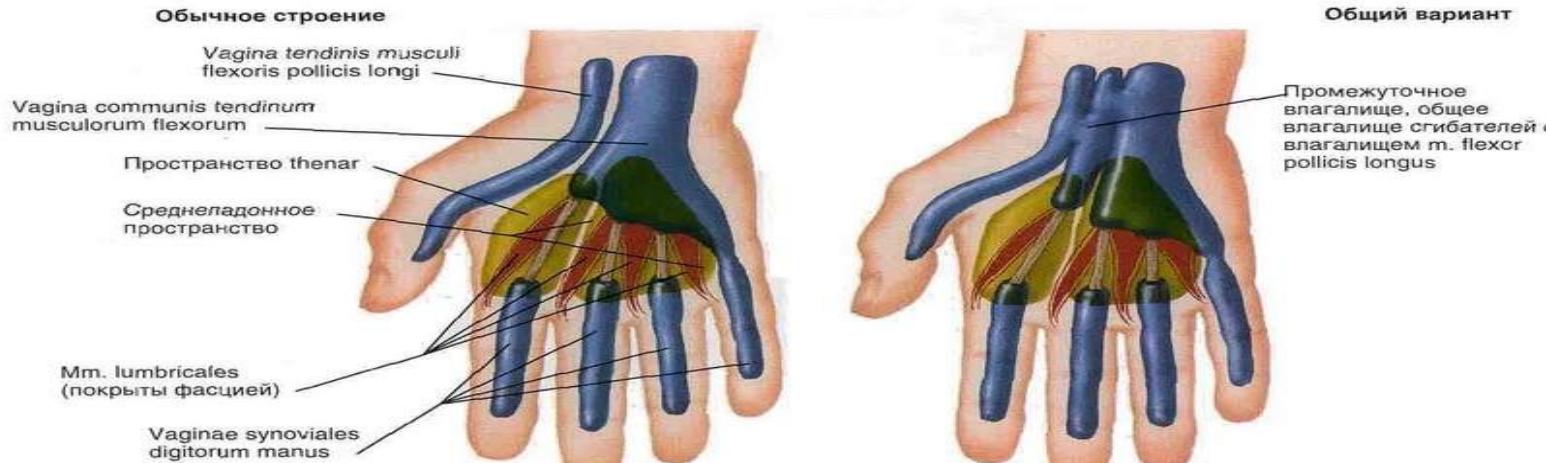
Іріңді тендовагинит -

сінірдің ішкі фиброзды
қабаты, яғни қынабының
іріңді қабынуы

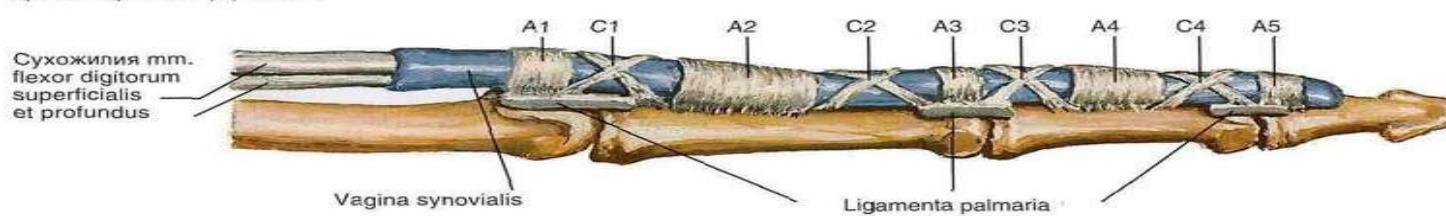
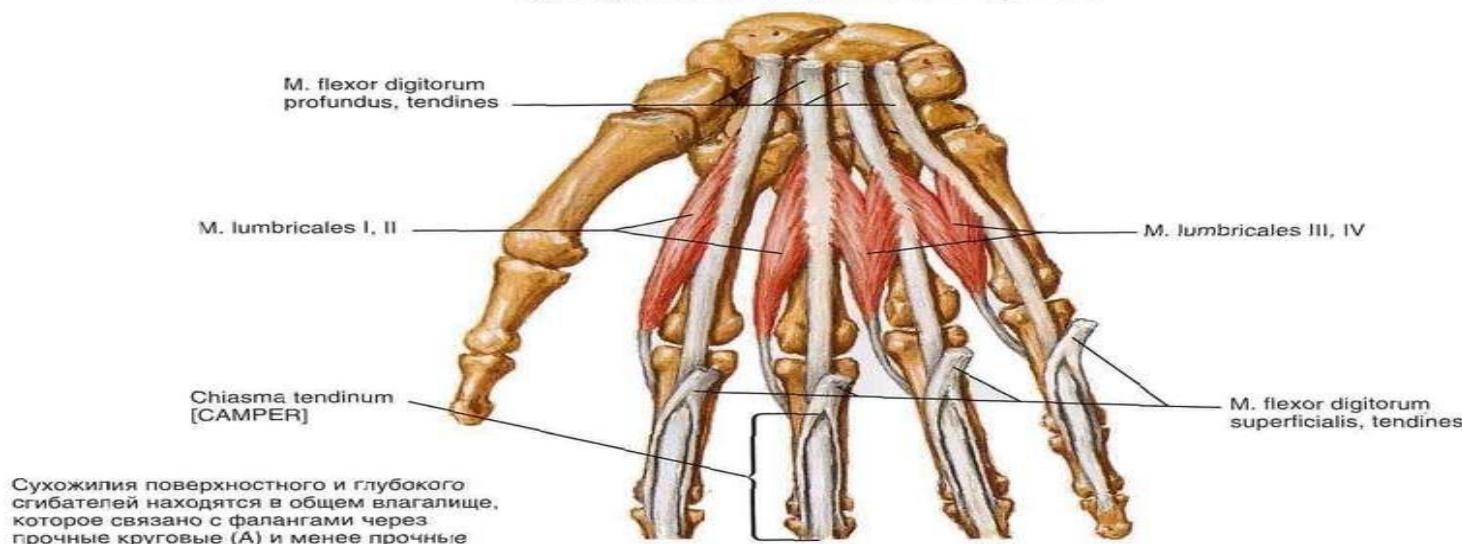
Іріңді тендовагинит көбінese қол саусақтарында кездеседі. Осы жағдайда ірің алақан және иық бөлікке дейінгі сіңірлердің қынабына дейін таралуы мүмкін. Таралған іріңдік асқыну ең нашары – сепсиске, дұрысы – саусақтың тыртықты контрактурасына әкеледі.

Рис. 4
Суставы запястья и кисти руки.





Червеобразные мышцы (mm. lumbricales): схема



Этиологиясы

- микротравматизация;
- арнайы инфекциялар – *стрептококк, стафилококк, ішек таяқшалары;*
- арнайы емес инфекциялар, созылмалы инфекциялық аурулардың асқынуы себебінен – *іріңді артрит, панарицилер, остеомелит;*
- ревматоидты ауруларға байланысты – *жүйелі склеродермия, ревматоидты артрит, т.б.*

Патогенезі

Іріңді тендовагинитте ең алдымен қабыну үрдісі сінірдің қынабында пайда болып, оның қуысында экссудат (серозды, сосын іріңді) жиналады. Қынаптың ішіндегі қысым бірден жоғарыларды. Сінір кейін, қоректенуі бұзылғанда зақымдалады. Ол алдымен өзіне тән жылтырлығын жоғалтып, түрін өзгертіп ісінеді, содан кейін тармақталып, өлеңтенуге үшірайды.

Рис. 5. Состояние после экзартикуляции пальца по поводу гнойного остеоартрита плюснефалангового сустава.



Рис. 6.



- I,II,III саусақтардың ірінді тендовагиниттің асқынуына қабыну үрдісінің алақанның шандырылы жасушалық кеңістігіне таралуы жатады, нетижесінде қол ұшының флегмонысы дамиды.
- I және V саусақтардың ірінді тендовагинитінде ірінді үрдіс алақанның көрі жілік және шынтақ синовиальді қатпарына жайылады

Клиникалық көрінісі



Ірінді тендовагинитке аз қимылдаған кездегі қатты ауырсыну, сінірдің ұзындығымен бойлай ісіну, қызба тән. Гиперемия байқалмауы мүмкін, керісінше саусақтың терісі бозбылт, кейде көкшіл тұсті болады. Ірінді интоксикацияның белгілері айқын дамиды. Дене қызуы 40°С жетуі мүмкін.

I, II, III саусақтардың ірінді тендовагинитінің асқынуына қабыну үрдісінің алақанның шандырлыжасушалық кеңістігіне таралуы жатады, нәтижесінде қол ұшының флегмонасы дамиды. I және V саусақтардың ірінді тендовагинитінде ірінді үрдіс алақанның кәрі жілік және шынтақ синовиальді қаптарына жайылады.

Сіңірлік күбірткеде 4 клиникалық белгінің анықталуының маңызы зор:

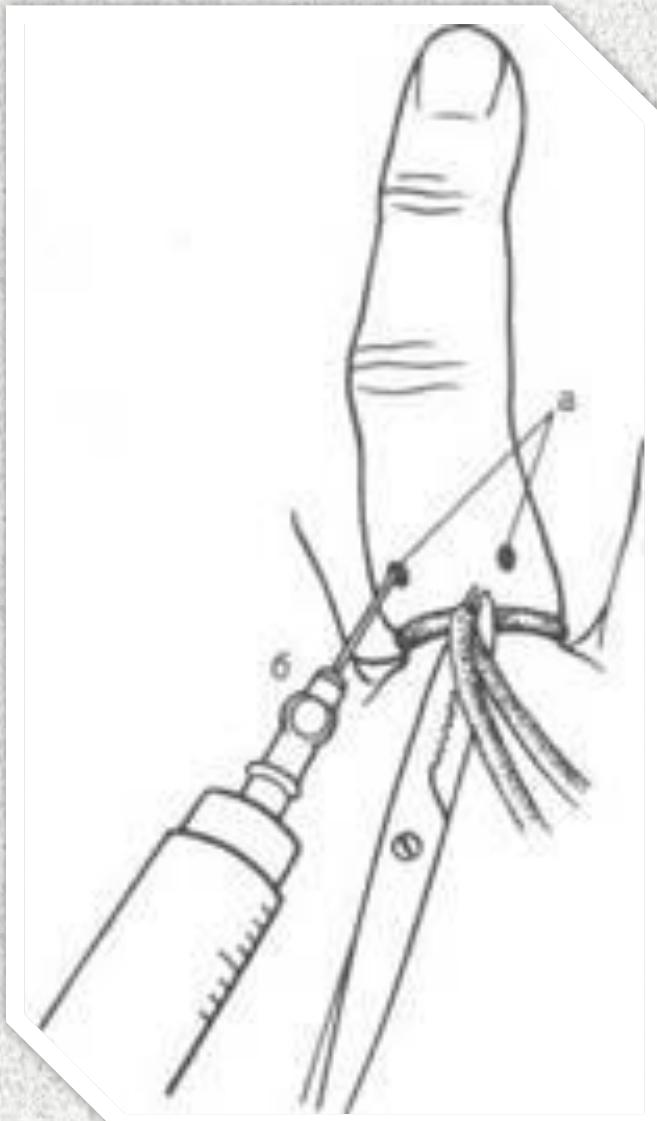
1. ЗАҚЫМДАЛҒАН САУСАҚТАРДЫҢ БІРКЕЛКІ, ЦИРКУЛЯРЛЫ ІСІНУІ.
2. ЗОНДПЕН ТЕКСЕРГЕНДЕ, СІҢІР ҚЫНАБЫНЫҢ БОЙЫМЕН АУЫРУ
3. САУСАҚТЫҢ БҰТЫЛУ ҚАЛПЫНДА ТҮРАҚТАНУЫ.
4. САУСАҚТЫ ЕҢЖАР ҚИМЫЛДАТҚАНДА (ӘСІРЕСЕ ЖАЗҒАНДА) ҚАТТЫ АУЫРУЫ.

Симптомы	Серозная стадия	Гнойная стадия
Боль	жжение и ощущение рас- тяжения	пульсирующая
Краснота	яркая	бледная в центре
Припухание	разлитое	ограниченное
Нарушение функции	в области очага	в области очага и про- симальнее
Температура	иногда субфебрильная	повышенная с ремиссиями
Лимфатические узлы	иногда болезненные	увеличенные и болезнен- ные
Кровь	без особенностей	выраженные изменения
Кожные вены	без особенностей	расширенные



Емі

Сіңірлік күбірткені емдеу өте киын. Наукас хирургқа неғұрлым ертерек көрінсе, соғұрлым консервативті емнің тиімділігі жоғары болады, бұл кезде венаға антибиотиктерді кері (ретроградты) енгізеді және иммобилизация жасайды. Кейбір ғалымдардың мәліметтерінде, науқасқа ауру басталғаннан 30 сағат өткенге дейін хирургиялық ем жүргізілсе, онда көпшілік жағдайда сіңірді сақтап қалуға болады деп айтылған. Бірақ бұл әрбір науқаста әртүрлі дамуы мүмкін және микрофлораның вируленттілігіне байланысты болады.

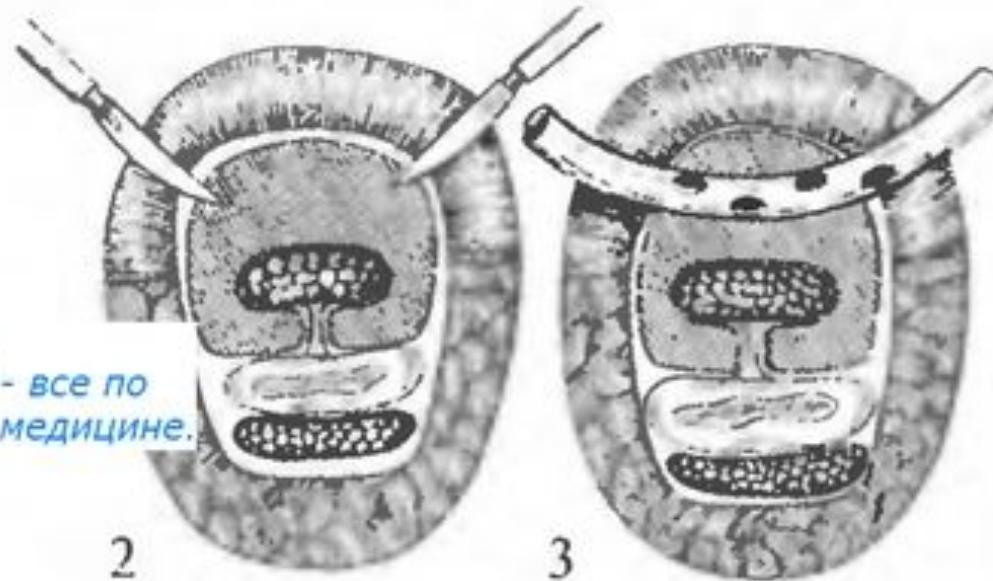


Саусактың дистальді және артанды бунактарды зақымдағанда, операция Оберст-Лукашевич бойынша өткізгіштік анестезия Әдісін қолдану арқылы орындалады. Ол үшін екі жақтан саусактың тубіне және оның сыртқы бетінің бүйір қабырғалары аймағына, жүққа инені біртіндеп саусактың алакандық бетіне жылжыта отырып 1-2 % новакайн ерітіндісін енгізефді. Әрбір жағына новакайннің 2 мгн жібереді. Новакайнді енгізгеннен кейін, операция кезінде кансырау болмас үшін, саусактың тубіне резенкелі бұрау салынады. Толық анестезия 4-6 минуттан соң байқалады.

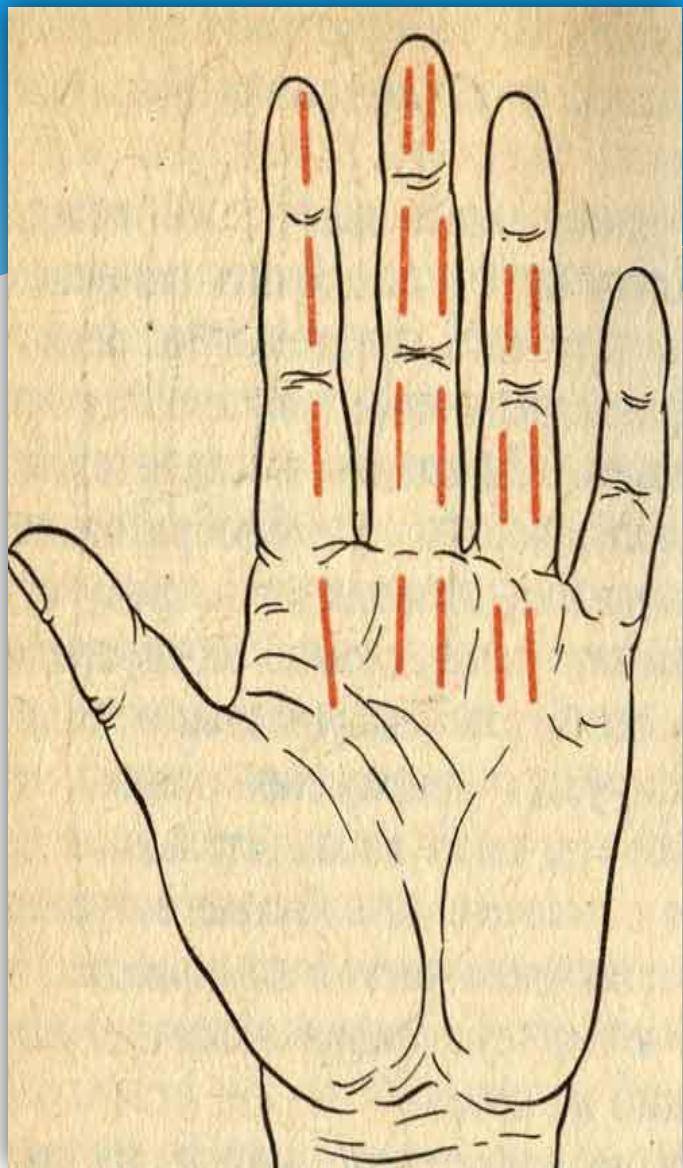
Қол ұшына операция жасау барысында веналық анестезияны қолдалынады. Иықтың ортасына шынтақ артериясының тамыр соғуы жойылғанша бұрау салынады, сөйтіп шынтақ венасына дистальді бағытта 0,5-1 % новокаин ерітіндісінің 40-60 мл енгізіледі. Толық анестезия 10 минуттан соң пайда болады. Сонымен қатар қол ұшы мен саусақтарға операция жасағанда жалпы жансыздандыруды да жүргізуге болады



FireAid - все по
медицине.



Разрезы при тендовагинитах (по В.К. Гостищеву). 1 – на I пальце кисти по Клаппу; на III пальце по Рыжих – Фишману; на IV пальце по Канавелу; на V пальце по Гартлю; 2 – вскрытие синовиального влагалища; 3 – дренирование синовиального влагалища.



II, III, IV саусактардың ірінді тендовагинитінің хирургиялық емінде ортаңғы және проксимальді бунақтардың екі бүйірінен тілік жасалады, сонымен қатар сінір кынабының жабық қапшығын ашу үшін, алақанның дистальді бөлігінде де тілік жүргізіледі. Сінір кынабын босатып алған соң, оның бүйірінен скальпельмен кесіп кіреді, сөйтіп экссудаттың сипатын анықтайды және сінірлердің жарамдылығын байқап көреді. Содан кейін, бүйірлік тіліктер арқылы, оған резенқелі жолақтар орнатылады да, фурациллинге малынған таңғыш қойылады және саусақтар мен қол ұшының иммобилизациясы жүргізіледі. Операциядан кейінгі кезеңде жара күнделікті таңылады және антибактериальді ем тағайындалады. Әдетте, 3 -ші күні қабыну үрдісі бәсендергенде, саусақтардың қызметінің бұзылыстарының алдын-алу үшін, оларды белсенді қозғалту қажет. Сінір өліеттенген жағдайда, оны кесіп алып тастайды.

Емдеудің негізгі қағидалары

Науқастар ауыру сезімін әртүрлі сезінеді. Алғашқы сатыда қабынулық инфильтрация кезінде ірің болмай тұрып, көбінесе ауру басталғаннан бері 12-24 сағат ішінде консервативті ем жүргізіледі.

Консервативті емнің түрлері:

1. Саусаққа қимылдық тыныштық жағдай жасау үшін, оған гипсті лонгетомен немесе шпательдің көмегімен иммобилизациярындалады.
2. Антибактериальді ем . Кең спектрлі әсер ететін антибиотиктер мен сульфаниламидтер ішке тағайындалады немесе антибиотиктерді парентеральді жолмен енгізеді.
3. Қыздырғаш спиртті компресстерді жергілікті пайдаланылады.
4. Демоксид пен фурациллинді жергілікті (компресс ретінде) қолдалынаады.
5. Физиотерапия тағайындалады: ионоферез, УЖЖ

Қорытынды

Ғалымдардың есебі бойынша адам қолмен 50-ден аса іс-әрекет түрін жасай алады екен. Соған сәйкес қол ұшының жарақаттанулар мен инфекциялық процесстерге ұшырау ықтималдығы өте жоғары. Жоғарыда айтылып өткен ірінді тендовагиниттің алдын алу үшін өндірістегі қолдың, білектің микротравмаларын алдын алып, қолдың тазалығын сақтау қажет. Қолды жарақаттап алған жағдайда уақытылы антисептикер қолданып, жеке бас гигиенасын сақтаған жөн. Өндірістік тендовагиниттің алдын алуда жұмыс арасында үзілістер жасап, жұмыс уақыты біткенде қолға арналған жылы ванна мен иық массажын жасату өте маңызды.



Пайдаланған әдебиеттер

- ❖ Общая хирургия (Гостищев В.К) / 2002.
- ❖ М.И.Кузина «Хирургические болезни» Москва «Медицина» 2002.
- ❖ «Оперативная хирургия» Электронды оқулық.
- ❖ <http://www.medical-enc.ru/18/tendovaginit.shtml>