

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

№2 Хиругия кафедрасы



СӨЖ



Тақырып: Перитонит

Орындағандар: Төлтай Г.А

Ауесбек Н

Жоспар:

- I.Кіріспе
- II. Негізгі бөлім
- Перитонит туралы жалпы түсінік.
- Этиологиясы
- Классификациясы
- Клиникасы
- Диагностикасы
- Емі
- III.Қорытынды
- IV.Пайдаланылған әдебиеттер

Перитонит

- Іш астарының жедел және созылмалы қабынуы, өмірге маңызды ағзалар мен жүйелердің қызметінің бұзылуы ағза ауруының жергілікті және жалпы белгілерімен бірге жүруі.
- Құрсақ қуысының қабырғаларын және ағзаларын астарлаған серозды қабат болып табылатын ішастардың қабынуы.

Перитонит



troylechebnik.ru

Ішперденің анатомиялық құрылымының ерекшеліктері.

Ішастарының жалпы ауданы 17000-20400 см². құрайды және тәулігіне 70 л сұйықтықты сіңіре алады. Оның негізгі қызметі- қорғаныштық функциясы. Ішастар бір-бірімен тығыз жанасқан полигональды формалы жалпақ клеткалар қабаты мезотелий деп аталады. Одан кейін базальды мембрана орналасады, беткей талшықты коллагенді қабат, келесі эластикалық тор және терең торлы коллагенді қабатпен бітеді. Ішастар терең торлы қабатта орналасқан лимфалық және қан тамырлық торлармен өте жақсы қамтамасыз етілген. Қан тамырлары нервті ганглилері бар көп мөлшерде нервті бағаналармен бірге жүреді. Ішастар жабынды, қорғаныштық, бөлініс ,пластикалық, резорбциялық функцияларды атқарады. Ауыр іріңді перитониттерде егер қабыну ошағы жойылғаннан кейінде іш қуысындағы көп мөлшердегі ірің тарқатылып кетеді.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

негізгі себебі – инфекция.

1. Микробты (бактериальды) перитонит:

протей клебсиеллы, энтеробактер, акинетобактер, цитробактер; стафилококки, стрептококки;

бактероиды, фузобактерии, вейлонеллы; клостридии, эубактерии, лактобациллы

2. Асептикалық (абактериальды, токсико-химиялық) перитонит – іш пердесіне зақымын тигізетін сұйықтықтар қан, өт, асқазан сөлі, ішкі ағзалардың асептикалық некрозы.

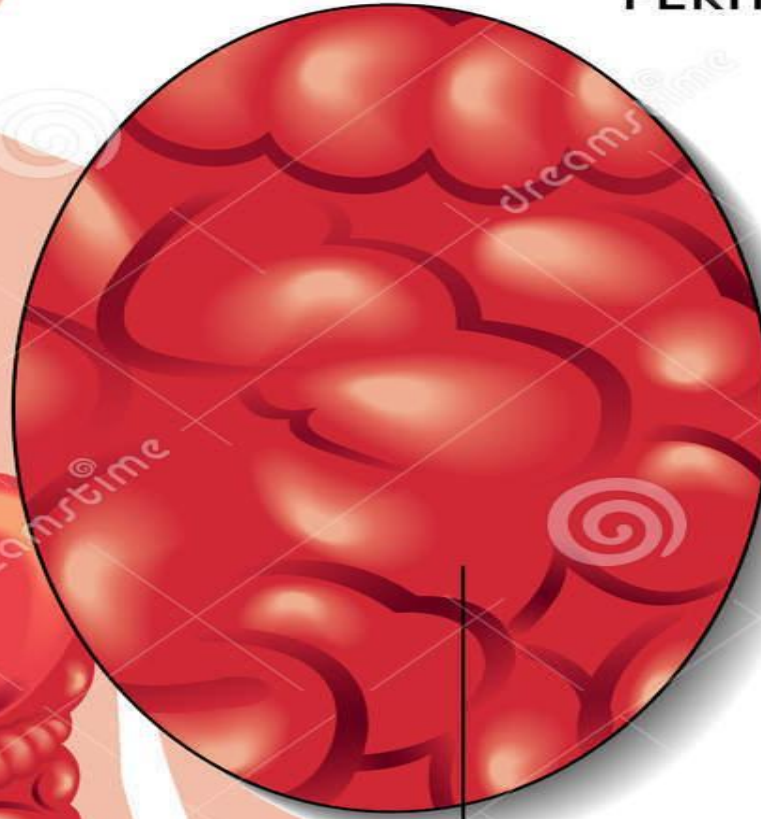
3. перитониттің ерекше түрлері – канцероматозды, паразитарлы, ревматоидты

Патанатомиялық сипаты

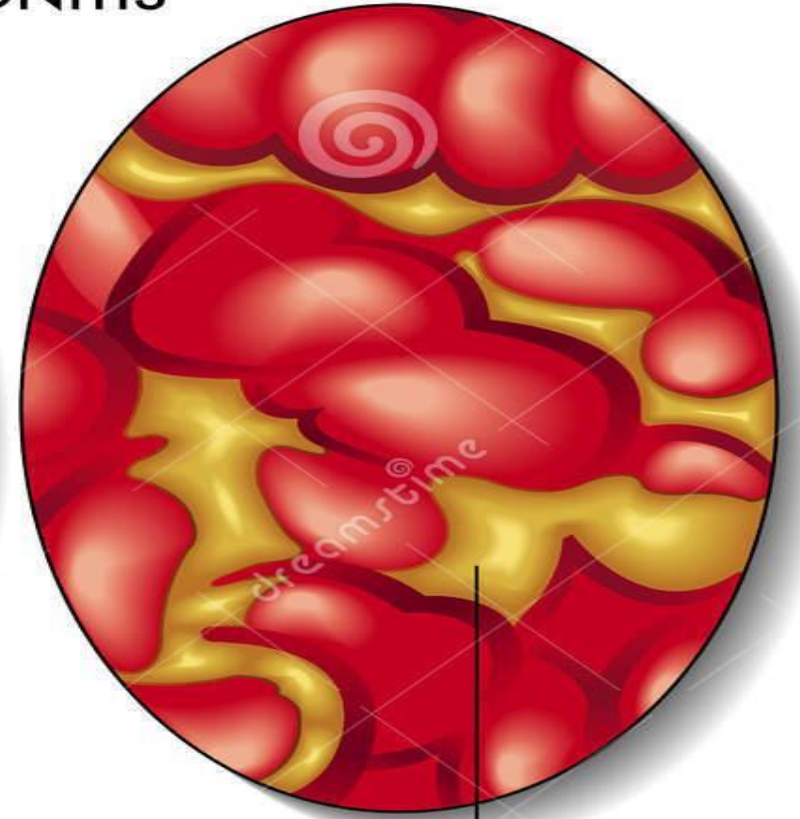
- Микробтар ішке түскенде қабыну процесі басталады. Осы мезгілде іштің микроб енген тұсы қызарып, кейбір жеріне қан құйылып қабыну сұйықтығы арқылы ісініп кетеді. Пайда болған сұйық зат іш қуыстарына жиналады. Сол сұйықтықты зерттейтін болсақ, оның құрамында лейкоциттер мен фибрин, белок, эритроциттер араласып ішек ішіндегі сұйық заттың түсін өзгертеді. Фибрин (қанның белокты талшығы) көп болған жағдайда қарынның ішкі көк еті мен ішектердің сыртындағы перде өзара жабысып қалады да, сұйықтықтың жан- жаққа жайылуына кедергі жасайды.

PERITONITIS

Inflammation
of serosal surfaces



Healthy



Fecal matter and purulent
material present throughout
abdomen



Download from
Dreamstime.com

This watermarked comp image is for previewing purposes only.

ID 50521642

© Rob3000 | Dreamstime.com

Классификациясы:

Арудың барысына қарай:

Жедел

Созымалы

Қабынған құрсақ астары көлеміне қарай



Шектелген

Шектелмеге

н

Құрсақ қуысына жиналған эксудат түріне қарай

- Серозды

- Фибринді

- Іріңді

- Сасық иісті

- Қан аралас

Перитониттің пайда болу себебіне қарай



Біріншілік
перитонит

Екіншілік
перитонит

- **Біріншілік перитонит** – (сирек 1%) микрофлора құрсақ қуысына гемотогенді , лимфогенді жолмен немесе жатыр түтікшелері арқылы түседі.
- **Екіншілік перитонит** – іш қуысы жедел хирургиялық ауруларының асқынуы: қуысты ағзалардың перфорациясы кезінде, іште өтпелі жарқаттарында , анастомоздардың тұрақсыз тігістері кезінде, құрсақ қуысы ағзаларына жасалған операция және т.б.

Іш қуысындағы ауруларға байланысты перитониттің пайда болу жиілігі:

- Құрт тәрізді өсімді (30-65%) - аппендициттер: перфоративті, флегмонозды, гангренозды;
- Асқазан, ұлтабар (7-14%) - тесілген жара, рак перфорациясы, асқазан флегмонасы ж.т.б.
- Әйел жыныс мүшелері (3-12%) - сальпингоофорит, эндометрит, пиосальпинкс, гонорея, туберкулез.
- Ішектер (3-5%) - өтімсіздігі, жарық қысылуы, тамыр шажырқайының тромбозы, перфорация, туберкулез, Крона ауруы, дивертикулиттер.
- Өт қабы (10-12%) - холециститтер: гангренозды, перфоративті, флегмонозді, өт перитониті тесілуі.
- Ұйқы безі (1%) - панкреатит, панкреанекроз
- Операциядан кейінгі перитониттер (1%) бауыр және көкбауыр абсцесстері, циститтер, асциттегі сұйықтықтың іріңдеуі, паранефрит.



Клиникасы:

- Перитонит — басқа бір аурудың асқыну салдарынан пайда болғандықтан сол алғашқы ауруға жаңа ауру белгілері қосылып науқастың жағдайын қиындатады. Перитонит болған науқастың тілі құрғақ, ішінің барлық жері ауырады, әлсіреп, жүдеп қалады тынысы тарылып ауа жетпегендей сезімде болады.

Перитонит ауруының жалпы белгілері:

- Іштің ауырсыну сезімі;
- лоқсу және құсу белгілері;
- қарын бұлшық еттерінің қатаюы;
- Щеткин- Блюмберг белгісінің пайда болуы;
- науқас адамның дене қызуының көтерілуі;
- қан құрамында өзгерістердің пайда болып , ақ қан түйіршіктерінің мөлшері көбейіп, лейкоциттер саны 12-15,9/л дейін жетіп, эритроцит шөгу жылдамдығы көрсеткіштерінің көтерілуі.

Клиникасында 3 саты бар:

- 1) Реактивті (бірінші 24сағат) – ауырсыну синдромы басым болады, жүрегі айну, желі нәжісі шықпау, тілі құрғау, іші қатайған, басқанда іш пердесінің тітіркену белгісі пайда болады, тахикардия, дене қызуы көтерілуі, лейкоцитоз.
- 2) Токсикалық (24-72 сағат) – жағдайы ауырлайды, науқас мазасызданады, демігу күшейеді, тілі құрғақ. Іші кебеді, аздап қатайған, ішек перистальтикасы жоқ, желі нәжісі шықпайды. Көптеген құсулар болады. Қанда нейтрофильді жылжумен лейкоцитоз болады. Интоксикация басқа ағзалардың қызметінің бұзылуына ең бірінші бауыр-бүйрек жетіспеушілігіне әкеледі. Электролит-белок зат алмасу процесі бұзылады, диурез азаяды, зәрде белок, цилиндры, эритроциты пайда болады.
- 3) Терминальды (72 сағаттан жоғары)- терең интоксикациялық кезең. Бет әлпеті жүдеу, көзі ішіне кірген тілі құрғақ , іші кепкен дем алу актісіне қатыспайды, жиі құсулар, тахикардия, тахипное болады. 4—7-ші тәулікте өлім қаупі болады.

Диагностикасы:

- ЖҚА
- ҚБХА: (қант, билирубин, трансаминазалар, мочевина, креатинин, белок (белок фракциялары.), натрий, кальций, калий хлоридтер.)
- Коагулограмма
- Қышқылдық-сілтілік жағдайды анықтау.
- Жалпы зәр анализы.
- ЭКГ
- Кеуде қуысы рентгенографиясы.
- Құрсақ қуысының шолу рентгенографиясы.

ЕМІ:

- Перитониттің негізгі емі тез уақытта операция жасау керек.

- Оперция алдындағы дайындық
- Асқазанды жуу (назо-гастральді зонда)
- Инфузионды-дезинтоксикациялық ем (5% глюкозы, Рингер-Локка, физиологиялық сұйықтық, гемодез, белокты заттар,)
- Плазма, қан құю
- Жүректің дәрілері (корглюкон, строфантин т.б.)

- **Операция алды емі:**

- Антибиотикапрофилактика

- 1,5г цефуροким

- 1,2г амоксициллин/клавуланат

- 1,5г ампициллин/сульбактам

- Цефалоспориныдер +500г метронидазол,300г клиндамицин

- 1г ванкомицин

- Дисфункцияны коррекциялау

- Назогастральды зонд

Операциядан кейінгі емі:

- 1) антибиотикотерапия:
- цефалоспорины + 500 мг метронидазол
- 400 мг ципрофлоксацин әр 8 сағ + 500 мг метронидазол әр 6 сағ
- 2) противогрибковая терапия:
- 400 мг флуконазола x 1 раз в/в медлен-но в течение 60 минут;
- каспофунгин 50 мг x 1 раз в/в медлен-но в течение 60 минут;
- микафунгин 50 мг x 1 раз в/в медлен-но в течение 60 минут;
- 3) инфузионды терапия 2-3 тәулік көрсеткіш бойынша (кристаллоиды, коллоиды);
- 4) стимуляция кишечника по показаниям: клизма +11
- неостигминаметилсульфат по 10–15 мг в/м или в/в x 3 раза в сутки;
- метоклопрамид 10 мг в/м или в/в x 3 раза в сутки;
- сорбилакт 150 мл в/в;

Перитонит емінің жалпы принциптері:

- іріңдік көзін жою
- іш қуысына санация жасау
- іш қуысына сайма-сай дренаж қою.
- Қоздырғыш бактериялардың сезімталдығына байланысты кең спектрлі антибиотикотерапия жасау.
- Су-электrolитті зат алмасу процесіне міндетті түрде назар аудару.
- Диурезді күшейту, гемосорбция плазмофорез жасау.

Хирургиялық әдіс.

- Перитонит әртүрлі себептермен шақырылатындықтан оның хирургиялық емі біркелкі бола алмайды. Жансыздандыру – жалпы интубациялы. Ортаңғыаралық лапаротомия іш қуысының барлық бөліктеріне ең ыңғайлы кіру әдісі болып табылады. Ошақтың орналасуына байланысты іш қуысындағы жараны төмен немесе жоғары қарай кеңейтуге болады.
- Хирургиялық емнің көлемі минимальды болу керек. Операцияның мақсаты-перитониттің көзін жою (аппендэктомия, перфорациялық тесікті тігу, ішектің некроздалған бөлігінің резекциясы, колостома жасау) немесе іш қуысындағы бос ошақты онашалау. Барлық реконструкциялық операцияларды екінші кезеңге қалтырады, науқастың жағдайы жақсарған кезде жасалады.

- Соңғы жылдары қолданылатындар:
- Лапаростомия
- Жоспарланған релапаростомия
- Перитониальді этапты ловаж
- Молния құлпын тігу
- ГБО

Tuberculous peritonitis: peritoneum studded with tubercles and congested; serofibrinous exudate; numerous adhesions between abdominal wall and viscera

X-ray: artificial pneumoperitoneum, encysted tuberculous peritonitis

F. Netter
M.D.



Peritoneoscopic view



Операцияны аяқтау.

- Іш қуысына дренаж қою.
- Жергілікті диффузды перитонитте хлорвенил немесе резенкелі түтікпен дренаждайды, ол ірің ошағын қысқа жолмен шығуына мүмкіндік береді.
- Көп өзекті хлорвенил дренаж түтікшелері өздерін жақсы ұсынды. Бір өзегі антисептик жуу қызметін атқарса, екінші жолдан перитонеальды экссудат сыртқа шығады. Перитониттің асқынған түрінде ашық және жабық әдістер қолданылады. Ашық әдіс операцияның аяғында іш қуысын ашық немесе уақытша оның жабылуымен өтеді, бұл операциядан кейін системді ревизия және лаваж жасауға мүмкіндік береді.

- Себебін жойған соң, іш қуысын электроотсос және дәке томпондары арқылы тазалайды. Құрғаған іш қуысына 200-300 мл 0,25% новокаинмен антибиотиктерді (канамицин, мономицин) құяды. Кіндіктің сол жағынан іш қуысына тесік жасап диаметрі 0,5 см ниппельді дренаж қойылады. Осы түтік арқылы операциядан кейінгі кезеңде жүйелі түрде кең спектрлі антибиотиктерді жібереді.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- Қ.Ғ.Сапарова,Ж.Б.Бижігітов “Госпитальдық хирургия”2010
- В.С.Савелова,А.И.Кирленко “Хирургические болезни” 2006
- А.Ж.Нұрмақов “Хирургиялық аурулар”
- Электронная база клинические протоколов МКБ 10