

Семей Мемлекеттік Медицина Университеті

Хирургиялық аурулар және травматология кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: Қуысты мүшелердің жабық жарақаты

Тексерген :Акимжанов Қ.Д

Орындаған: Қанат Д

Семей 2016жыл

Жоспар:

□Кіріспе бөлім

□Негізгі бөлім

- Қуысыты органдардың қысқаша анатомиясы

-Қуысты органдарың жіктелуі, клиникасы

-Жедел көмек көрсету

- Қорытынды бөлім

ҚҰЫСТЫ МҮШЕЛЕРГЕ ЖАТАДЫ:

Асқазан

Өт қабы

Ішектер

Қуық

Асқазан (ventriculus gaster) ас қорыту жолының қалта тәрізді кеңеюі. Асқазанда тағамның жиналуы және оның жұтқыншқтан өткен соң ас қорытудың бірінші кезеңі өтеді, ол қатты тағамды сұйық не ботқа тәрізді қосылысқа айналдырады.

Асқазанның алдыңғы қабырғасы – pars anterior, артқы – pars posterior. Кіші иілімі- curvatura minor, үлкен иілім – curvatura major.

Кіші иілімінде кесінді орналасқан – incisura angularis, кіші иілімнің екі бөлігі қосылып – angulus ventriculi құрайды.

Бөліктері : жұтқыншақтың кіреберісінде – ostium cardiacum

Кіреберісі – pars cardiaca

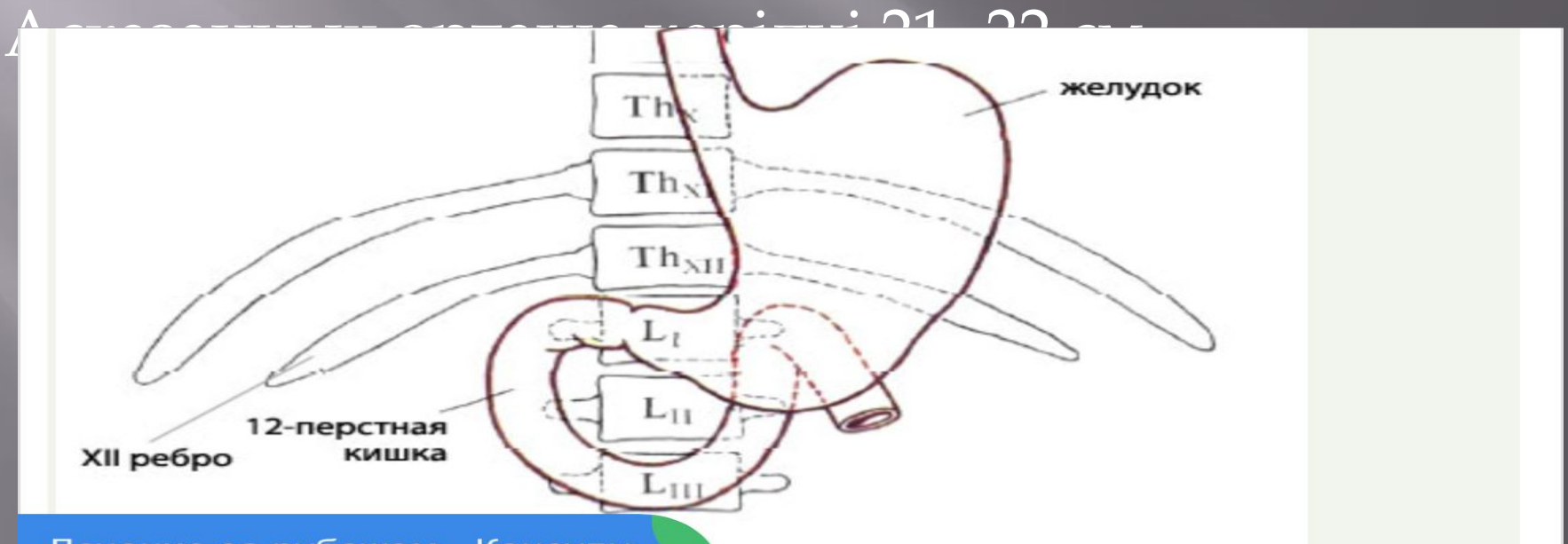
Шығаберісі – тесігі – pars pylorica

Түбі – fundus

Денесі – corpus ventriculi

Топография:

Асқазан epigastrium да орналасады. 5/6 бөлігі орта сызықтан оң жағында орналасқан. Асқазанның үлкен иілімі толғанда regio umbilicaliste проекцияланады. Бос кезде асқазанның қабырғалары терең кетіп оның орнын көлденең тоқ ішек алып, ал асқазан диафрагманың астында тұруы мүмкін.



Қабаттары:

- ▣ Tunica mucosa - шырышты қабат, шырышасты қабаты жақсы дамыған
- ▣ Tunica muscularis - бұлшық етті қабат
- ▣ tunica serosa – серозды қабат

Қызметі

- ▣ Моторлы
- ▣ Секреторлы
- ▣ Инкреторлы

Қанмен қамтамасыз етілуі: Аортадан truncus coeliacus шығатын оның тармақтары :

Кіші иілімін – a gastrica sinistra

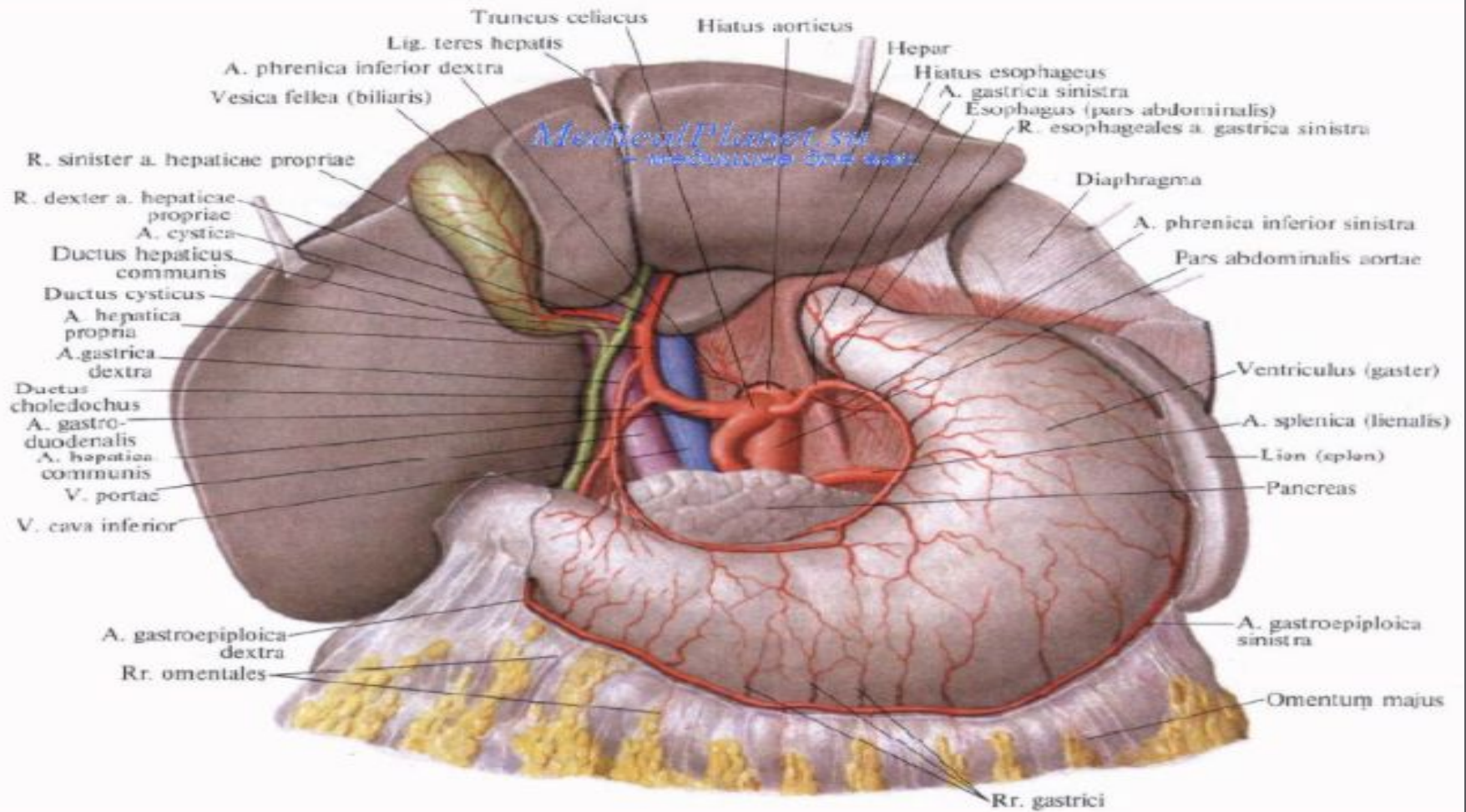
Үлкен иілімін – a gastrica dexter

Сол жақтан желудочно – сальниковая артерия
a gastromentalis sinistra

Оң жақтан желудочно – сальниковая артерия a gastromentalis dextra

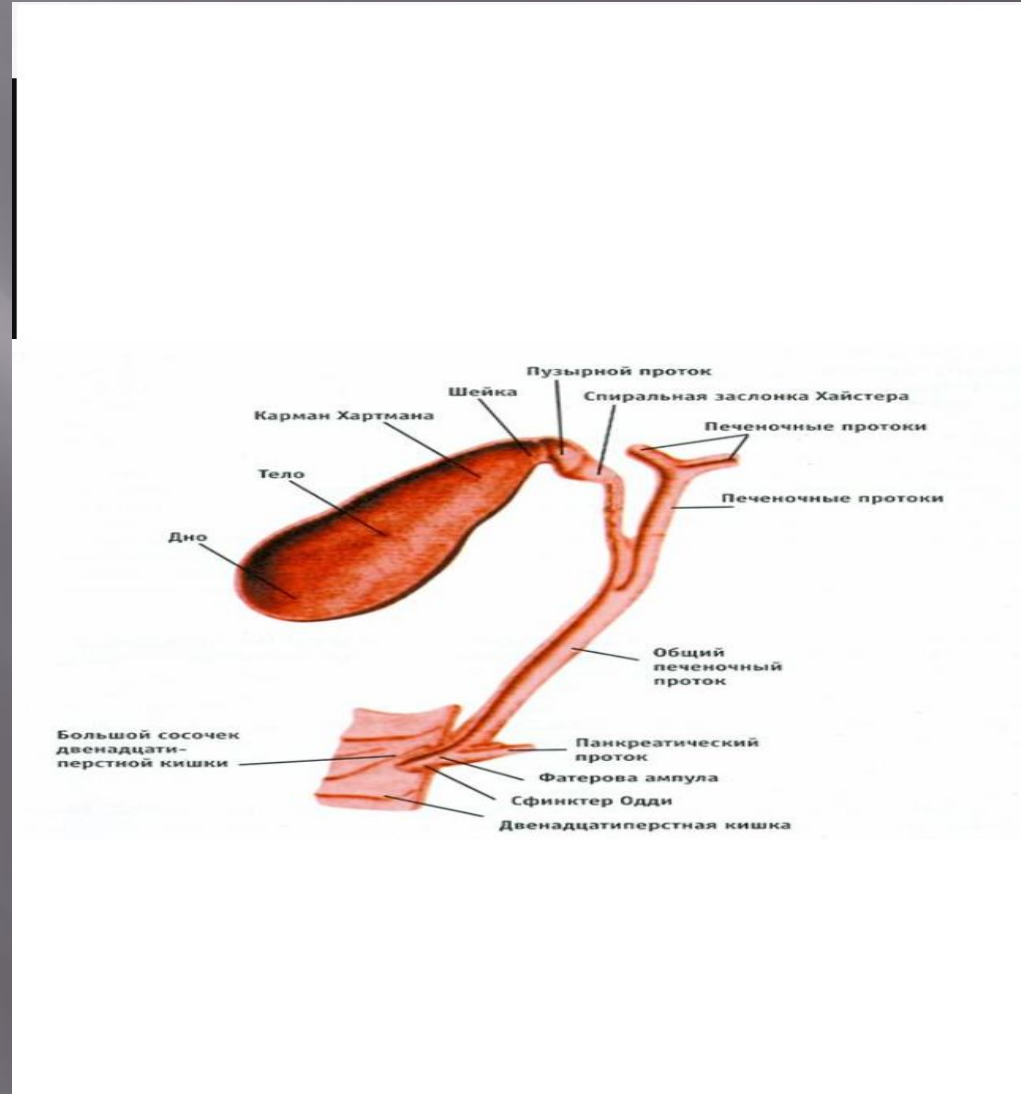
Түбін қысқа артериялар - aa gastricae brevis

Нервтенуі: n .vagus et truncus sympathicus



Өт қабы (vesica fella)

- Өт қабы груша тәрізді форма. Түбі – fundus vesicae
- Мойны – collum vesicae
- Денесі – corpus vesicae fella
- Мойны өт жолына жалғасады – ductus cysticus ты құрайды оның ұзындығы 3.5 см. Ductus cysticus пен ductus hepaticus қосылып, жалпы өт жолын ductus choledohus ты құрайды



Қуық (*vesica urinaria*)

Сыйымдылығы – 500 –
700 мл

Қуық бос кезінде
жамбас қуысында
орналасады

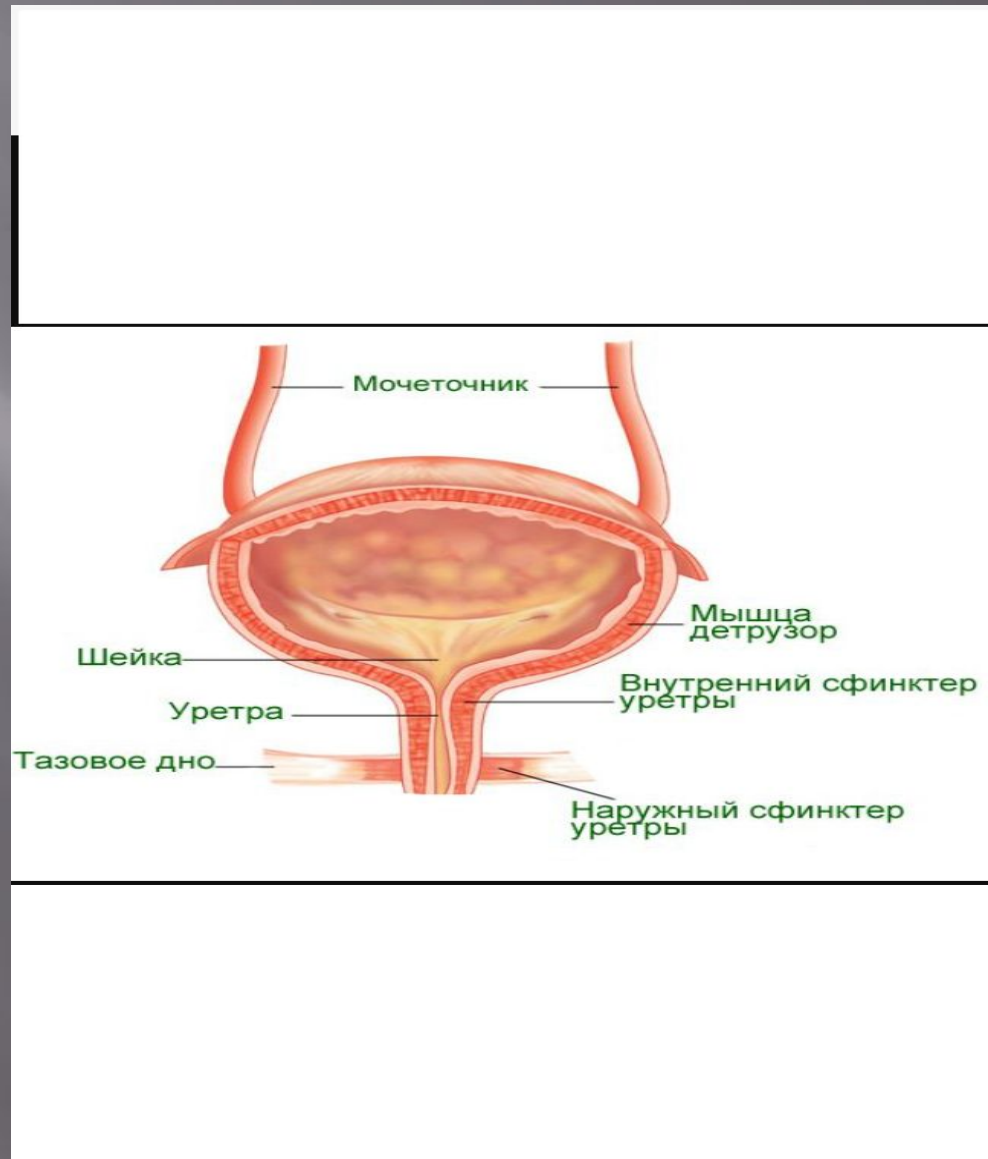
бөліктері: түбі – *fundus*
vesicis

Мойыны – *cervix vesicae*

Ұшы - *apex*

Денесі – *corpus vesicae*

Артқы бетінде
фиброзды байлам
қабырғалары:



Қабаттары:

- Бұлшық етті қабат – tunica muscularis
,tela submucosa, tunica mucosa

Tunica muscularis те 3 қабатты
ажыратады:

Stratum externum – көлденең жолақты
бұлшық еттер

Stratum medium – циркуляторлы

Stratum internum – көлденең және тік
бұлшық еттер

- *Іштің жабық жарақаты – механикалық энергияның әсерінен тері жарақатынсыз ішкі мүшелер мен тіндердің жаралануы.*
- *Құрсақ жабық жарақатының себептері: Жоғарыдан төмен құлағанда, қатты ұрғанда, автокөлік, әуе, су апаттары кезінде пайда болады. Жарақат тек іштің алдыңғы қабырғасында ғана емес, бел аймағында, кеуде қуысында, жамбасты да зақымдауы мүмкін.*

ЖАРАНЫҢ ТҮРЛЕРІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ

-Ушибленные

-Колотые

-Резаные

-Рубленые

- Рваные

Огнестрельные – дробивые, пулевые, сквозные, слепыми, касательные.

В зависимости от повреждения брюшины выделяют проникающие в брюшину и не проникающие.

Проникающие делятся на без повреждения внутренних органов и ранение с повреждением внутренних органов.

Различают одиночные и множественные повреждения органов брюшной полости

Если орган имеет одну рану, повреждение называется монофакальным если несколько то полифакальным

Жіктелуі:

1. Жарақат локализациясы:

- Құрсақ қабырғасы*
- Іш қуысы ағзалары*
- Құрсақ артылық қуыс және оның мүшелері.*

2. Ішкі мүшелердің зақымданулары:

- Құрсақ ішілік*
- Құрсақ артылық*

3. Зақымдалған мүшенің түрі:

- Паренхиматозды*
- Қуысты*
- Қантамыр*
- Құрсақ артылық қан құйылу (гематома).*

Қуысты мүшелердің зақымдалуы:

Үшибы

Надрывы

Полные
разрывы

Раздавливани
е

КЛИНИКА

Негізгі симптом – іштің ауырсынуы. Локализациясы травмаға байланысты.

Асқазан және он екі елі ішек зақымдалғанда ауырсыну кинжальное, перфоративті жараға тән. Жіңішке ішектің зақымдалуы кеінді ауырсыну резкая. Тоқ ішек зақымдалғанда ауырсыну тұйық үнемі ауырсыну. Аускультативті перитонит кезінде ішек шуы естілмейді – Шланге симптомы оң. Травмадан кейін рвота носит рефлекторный характер, далее застойной при развитии перитонита. Асқазан зақымдалғанда құсық қанмен бірге болады. Газдың және нәжістің келуінің тоқтауы, ол сонымен қатар құрсақ артылық гематома кезінде паралитикалық өтімсіздіктен де болуы мүмкін.

Зәр шығару жолдары зақымдалғанда, дизуриялық бұзылыстар – макрогематурия, ал анурия ол АҚ 90 мм/сын/бағ төмендеуінен болады.

Міндетті түрде саусақпен ректальды тексеру жүргіземіз- бұл кезде тік ішектің босауы және ауырсынуы анықталады. Сонымен қатар патологиялық қосындылар немесе жамбас сүйегі сынса бөліктерінің анықталуы .

Қан жоғалтуына байланыты әлсіздік, коллаптоидты жағдай, бас айналу, суық тер, көз көруінің бұзылуы. Қалпы мәжбүрлі, көбінесе арқасында немесе жанымен жатады, Құрсақ ішілік қан кету кезінде Ванька – Встанька симптомы оң. Тері бозарады, пульсі жиіленген және толымдылығы аз, АҚ төмендеген жіне беткей тыныс.

Перитонит кезінде Щеткин – Блюмберг симптомы, Воскресенский, Раздольский симптомдары оң. Құрсақішілік қан кеткенде перитонизм Куленкампа оң болады.

ПЕРИТОНИТТИҢ СТАДИЯЛАРЫ

Реактивті стадия – іштің ауырсынуы ауыздың құрғауы, рефлексорлы құсу және газдың шықпауы. Объективті дене температурасы жоғарлаған, шамалы тахикардия, АҚ қалыпты, іш бұлшық еттерінің қатаюы. Щеткин – Блумберг симптомы оң. Тері гиперемиясы, ішек перистальтикасы бұзылған, аздап іші желденген. Лейкоцитоз жоғары.

Токсикалық стадия – Интоксикация пайда болады, дене температурасы жоғары, терісі суық тер басқан, науқас бозарған немесе цианоз байқалады. Құсу, тахикардия, АҚ төмендеген. Іші желденген, пальпация кезінде ауырсыну. Щеткин – Блумберг симптомы оң және перистальтика естілмейді. Жиі токсикоинфекциялық шок дамып, терминальды стадияға ауысады.

Терминальды стадия – немесе ауыр септикалық шок. Есінің бұлыңғырауы немесе жоғалуы. Терісі сұрланған, ылғалды. Пульсі жіп тәрізді, АҚ критикалық. Іші желденген, перистальтика анықталмайды. Лейкоцитарлы формуланың солға ығысуы.

ГЕМОРРАГИЯЛЫҚ ШОКТЫҢ СТАДИЛАРЫ:

Компенсация – ЖАҚт жоғалту 15 – 25%, есі анық, тері жабындылары бозғылт жіне суық. АҚ сәл төмендеген, пульс толымдылығы әлсіз, тахикардия 90 – 110 рет мин

Декомпенсация – жүрек қан тамырларының бұзылысы, ЖАҚ жоғалту 25-40 %. Есі сопор, терісі акроцианоз, аяқтары суық, АҚ төмен. Тахикардия 120-140 рет мин, пульс әлсіз, ентігу, олигурия 20 мл/мин⁷

Қайтымсыз шок – Есі жоқ, терісі мрамор тәрізді, АҚ 60 мм/сын/ба5 төмен. Пульс тек қана магистральды қан тамырларда анықталады. Тахикардия 140 -160 рет мин

I. Мендель симптомы: *Іштің алдыңғы қабырғасын саусақпен ақырын ұрғылау кезінде ауырсынудың болуы.*

II. Мортан симптомы: *Іштің алдыңғы қабырғасына қысым түсіргенде ауырсынудың болуы.*

III. Щеткин – Блюмберг симптомы: *Іштің алдыңғы қабырғасын саусақпен ақырын басып жібергенде кенет ауырсынудың болуы (перитонит көрінісі).*

IV. Кларк – Спизжарсктың симптомы: *Асқазан мен ішектен шыққан газ диафрагманың оң жақ қырына жиналып, бауырдың тұйықталу дыбысы жойылады.*

V. Розанов симптомы: *Науқас сол жақ қырына қарай мәжбүрлік жағдайда жатады, науқастың жағдайын өзгерткенде арқасына немесе оң жақ қырына жатқызғанда қайта қалпына келуі. Сонымен қатар сол жақ иығында қатты ауырсыну пайда болады – Кер симптомы.*

VI. Финстерер симптомы – *бауыр зақымдалғанда өттің қанға сіңірілуі нәтижесінде брадикардия дамуы мүмкін.*

VII. Хайнек-Лежар симптомы – *аускультацияда перистальтика шулары азаяды немесе жоғалуы. Жарақаттан кейінгі іштің кебуі тек ішкі мүшелердің жарақаты деп есептеуге келмейді, ол нерв-рефлексті аппараттың жарақатымен байланысты болу мүмкін.*

Іштің зақымдануларының диагностикалық критерийлері:

- 1) Құрсақ қуысы зақымданған жарақаттанушы қимылдамай бір орында жатуға тырысады, көбінесе арқасымен немесе бүйіріне аяқтарын бүгіп жатады, қалыпын өзгертетін болса, бастапқы қалыпқа оралады (Ванька-встанька симптомы);
- 2) Беті шүңірейген үнемі сұйықтықты талап етеді;
- 3) Ес дәрежесі әр-түрлі болуы мүмкін; есінің анық болуынан, ступор, комаға дейін болуы;
- 4) Жарақаттың және қан кетудің ауырлығына байланысты, артериялды қан қысымының төмендеуі және де тахикардия көлемінің өзгеруі айқындала түседі;
- 5) Тыныс алу жиілігі мен тереңдігі жарақаттың ауырлығымен параллель жүреді;
- 6) Тіл әдетте құрғақ, ақ немесе қоңыр жабындымен қапталған;
- 7) Алдыңғы құрсақ қабырғасы – тыныс алу актісіне қатыспайды немесе қимылы шектелген; Пальпация кезінде іш бұлшық еттерінің әр түрлі дәрежедегі тартылуы байқалады. (бұлшықеттік дефанс);
- 8) Іш пердесінің тітіркенуін абайлап агрессиясыз байқауға болады (Блумберг симптомы); Перкуссия кезінде – ауырған аймақты, сол аймақта сұйықтың немесе құрсақ қуысындағы бос газдардың болуын анықтайды (пневмоперитонеум);
- 9) Аускультация кезінде – ішек перистальтикасының төмендеуі немесе мүлдем болмауын анықтайды.

Іштің жабық жарақаты кезінде шұғыл медициналық көмек (жедел көмек):

Іштің жабық жарақатына күмәндаған науқастардың барлығын хирургиялық ауруханаға жылдам жеткізілуі керек. Науқасты зеңбілге арқасымен жатқызып, аяқтарын шамалы бүгіп және зеңбілдің басжағын кішкене көтеріп тасмалдайды.

Іштің жабық жарақаты кезінде ішке суық (мұз) басу.

Егер науқастың жағдайы орташа ауырлықта болса: ауырсынуды басуға наркотикалық емес анальгетиктерді қолданады: 2 мл 50% метамизол натрий ерітіндісі.

Егер науқастың жағдайы ауыр халде болса: ауырсынуды басу мақсатында наркотикалық анальгетиктерді қолданады: 2 мл 0,005% фентанил ерітіндісі мен бірге 1мл 0,1% атропин ерітіндісін енгіземіз.

Инфузионды терапия жүргізу, егер тасымалдау уақыты 1 сағаттан артық болса: 400-600 мл/сағ кристаллоидты ерітінді, сонымен қоса кең спектрлі антибиотик енгіземіз.

Психомоторлы қозу кезінде седативті препараттар енгізу.

Жедел тыныс жетіспеушілігі дамыған кезде, оттегі маскасы арқылы тыныс алу.

ЖӨЖ-гі апноэ, тыныс алу ритмінің бұзылысында, жедел тыныс жетіспеушілігінің декомпенсация сатысында (ТҚЖ 12 ден аз 30 дан көп) жарақаттық шоктың 3 сатысында кеңірдек интубациясын жасайды.

ЭКСПЕРЕСС - ТЕСТ

Эритроцит

Гематокрит

Гемоглбин

Кеткен қанды толықтыру:

1. Артериалды қан қысым анықталмаған жағдайда инфузия жылдамдығы 300-500 мл/мин – пентакрахмалды 500,0 мл енгізу.
2. I-II –ші дәрежедегі шок жағдайында көк тамырға тамшылатып полиионды ерітіндіні (ацесоль, трисоль, лактасоль) 800-1000 мл енгізу.
3. Қан айналымның айқын бұзылыстарында 400,0 мл полиглюкин және пентакрахмалдың 400,0 мл–н қан қысымы (90-100 мм.с.б.б.) тұрақталғанша көк тамырға тамшылатып енгізу.
4. Гемодинамиканың төмен көрсеткішінде регидратацияға қарамастан – 200 мг дофаминді 400 мл 0,9% натрий хлоридін көк тамырға тамшылатады, 300 мг преднизалонды көк тамырға енгізу.

Өкпенін жасанды вентиляциясына көрсеткіштер:

- апноэ;
- жедел дамиды тыныс алу ритмінің бұзылыстары;
- декампенсирленген жедел тыныс жетіспеушілігі (тыныс алу қимылының жиілігі 12ден аз 30 дан көп);
- травматикалық шок III дәрежесі.

Шұғыл госпитализациялау үшін көрсеткіштер: іштің тұйық және ашық жарақаттары міндетті түрде госпитализацияланады.

Негізгі дәрі - дәрмектер тізімі:

1. Пентакрахмал 500,0 мл, фл.
2. Декстроза 5%-400,0 мл, фл.
3. Лорноксикам 8 мл, фл.
4. Фентанил, 0,05%-2,0 мл, амп.
5. Атропин сульфаты 0,1%-1,0 мл, амп.
6. Натрий оксибутирааты 20%-10,0 мл, амп.
7. Ацесоль 400,0 мл, фл.
8. Допамин 0,5%-5 мл, амп.
9. Преднизалон 30 мг, амп.
10. Натрий хлориды 0,9%-5,0 мл, амп.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

1. Полиглюкин 400,0 мл, фл.
2. Натрий хлориды, калий хлориды, натрий гидрохлориді 400,0 мл.
3. Лактасоль 400,0 мл, фл.

Назарларыңызға рахмет