

Тақырыбы: Жедел іріңді жайылмалы перитонит

Орындаған: Әйтішева.А.Н

407А-топ

Тексерген: Джаркенов.Т.А

2020-жыл

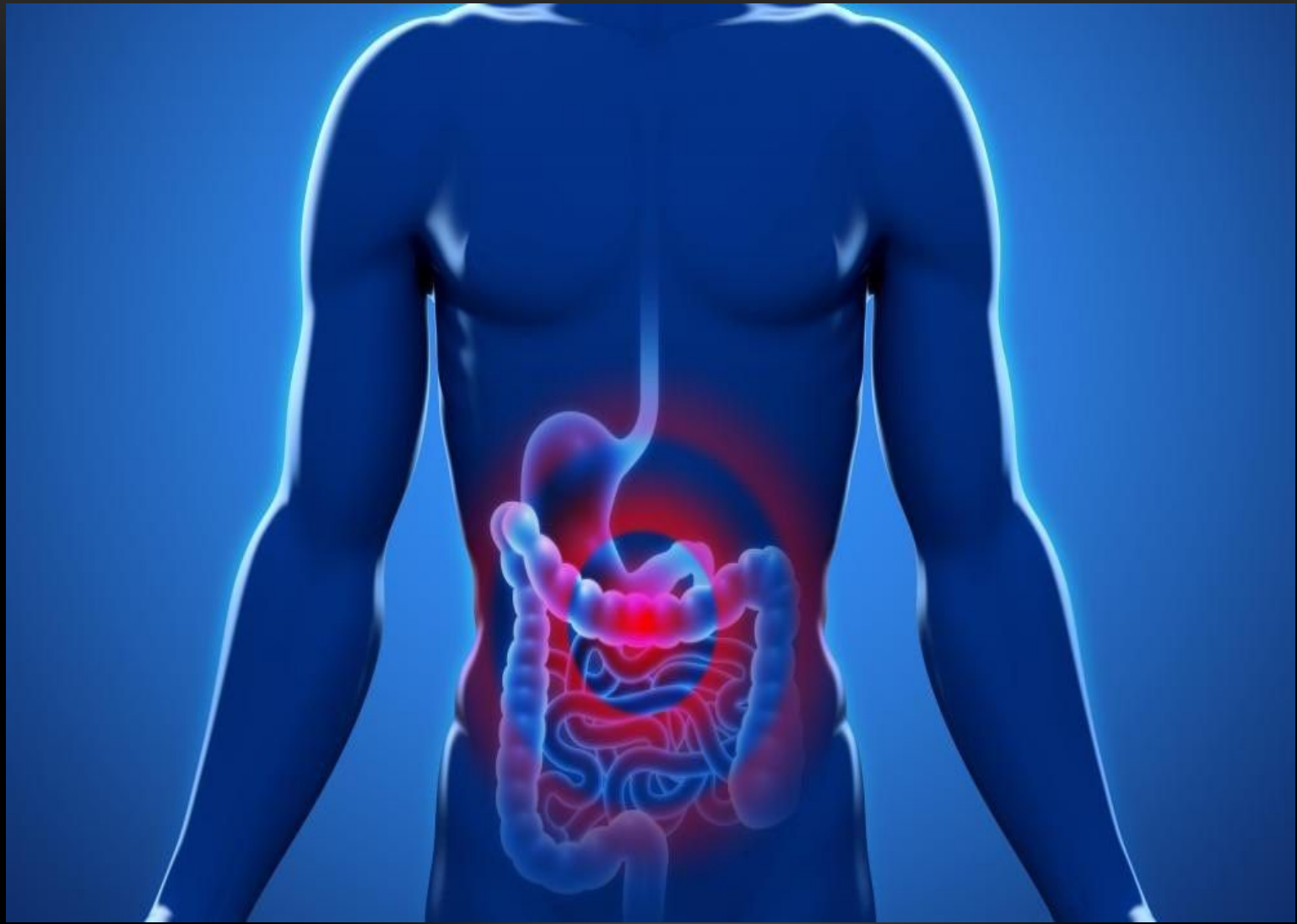
ЖОСПАРЫ:

- Анықтамасы
- Этиологиясы
- Жіктелісі
- Патогенезі
- Клиникасы
- Диагностикасы
- Емі

- **Жайылмалы ірінді перитонит-ішперденің оның жекелеген аймақтарын немесе бүкіл бетін қамтитын, ішперделік жамылғының жергілікті өзгерістермен, айқын үдемелі интоксикациямен жалпы құбылыстармен жүретін қабынуы.**

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Микробты (бактериальды) перитонит; протей клебсиеллы, энтеробактер, цитробактер, стафилококки, стрептококки, клостридии, эубактериялар.
- Асептикалық перитонит; іш пердесіне зақымын тигізетін сұйықтықтар қан, өт, асқазан сөлі, ішкі ағзалардың асептикалық некрозы.
- Гранулематозды; операция барысында іш астардың кебуі, хирург перчаткасындағы тальктің әсері, таңу жібі.



ЖІКТЕЛІСІ

- Перитонитті алғаш рет жүктеуге тырысқан Микулич 1904 болатын. Ол перитонитті былайша бөлген: алғашқы 24 сағат ішінде өліммен аяқталатын аса жедел перитонит, немесе перитонеалдық сепсис, 2-3 күнге созылатын іріңді жайылмалы перитонит, 5-15 күн бойы дамиды жеделдеу перитонит (екеуі де өліммен аяқталады) созылмалы перитонит
- **Этиологиясына және инфекцияның көзіне байланысты.**
- **Біріншілік перитониттер** ішперденің гемогендік, лимфогендік және жатыр түтікшелердің сілемейлі қабығымен тікелей өткен микроорганизмдерінен дамиды. Осыдан: а) гематогендік, б) лимфогендік, в) жарылған, г) криптогендік перитониттер бөлінеді

- **Екіншілік перитониттер**- құрсақ қуысындағы қабынулы деструктивтік процестермен немесе құрсақ қуысының жарақатымен байланысты: а) аппендикстік, б) холецистопанкреастық, в) перфоративтік, г) жарақаттық, д) некроздық
- **Үшіншілік перитонит**- қайталамалы сипаттағы қабынуы. Мұндай перитонитті **персистенциялы және қайталамалы перитонит**
- **Эксудаттың сипатына қарай:** іріңді, геморрагиялық, шірулік, серозды, фибринозды, нәжістік, несептік, өтті және басқалары.
- **Таралу дәрежесіне қарай:**
- **Жергілікті перитонит:** шектелген (қабынулы инфильтрат, абцесс), шектелмеген
- **Жайылған перитонит:** диффузды және жайылмалы
- **Клиникалық ағымына қарай:** реактивті(алғашқы 24 сағат), токсикалық(24-72 сағат), терминалдық(72 сағаттан соң)



ПАТОГЕНЕЗИ

- Перитониттің патогенезінің негізгі себебі кәдімгі бактериальді қабыну. Ішек таяқшалары(65%) және патогенді коктар (30%) ірінді перитониттің ең жиі кездесетін қоздырғышы болып саналады. Іш пердесіне сіңген бактериялар қан тамырларына өтіп интоксикация тудырады.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, сұйықтың жан жаққа жайылуына кедергі жасайды.

КЛИНИКАСЫ

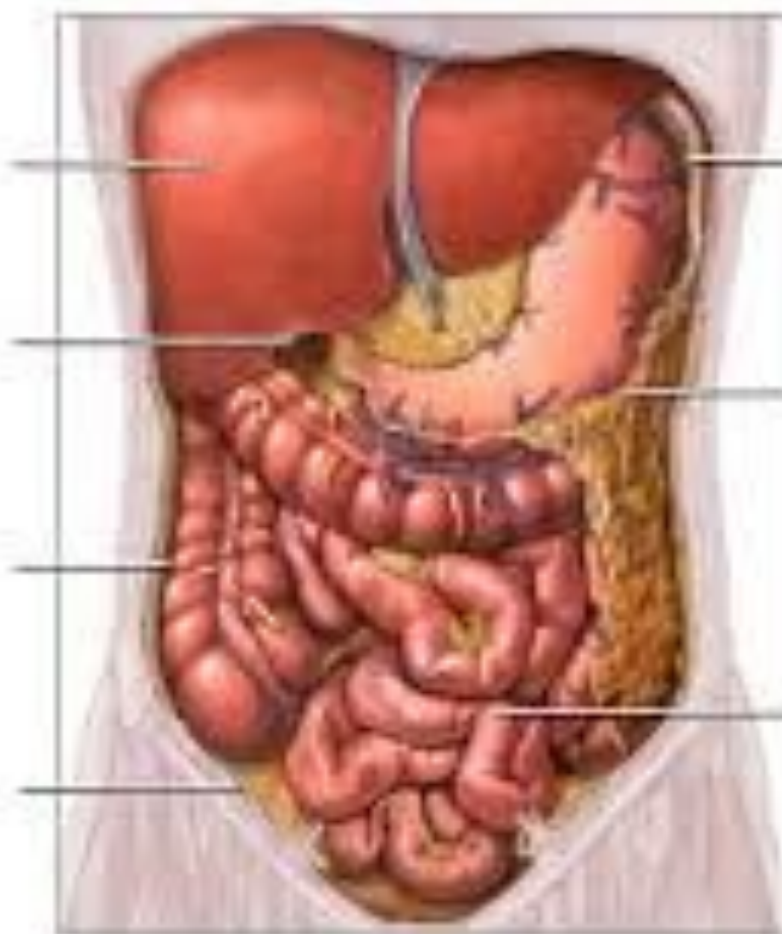
- Клиникасында 3 саты болады;
- 1) Реактивті (бірінші 24 сағат)-ауырсыну синдромы басым болады, жүрегі айнады, нәжісі шықпау, тілі құрғау, іші қатайған, басқанда іш пердесінің тітіркену белгісі пайда болады, тахикардия, дене қызуы көтерілуі, лейкоцитоз.
- 2) Токсикалық (24-72 сағат)-жағдайы ауырлайды,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

Печень.

**Желчный
пузырь**

**Толстый
кишечник**

Брюшина



Селезенка

**Большой
сальник**

**Тонкий
кишечник**

ДИАГНОСТИКАСЫ

- 1. Лабораторлық зерттеулер:** ҚЖА; ЗЖА; биохимиялық қан анализы: глюкоза, мочевина, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, жалпы белок); электролиттер; коагулограмма
- 2. Инструментальды зерттеулер:** УЗИ құрсақ қуысының ЭКГ, кеуде қуысының рентгенографиясы, құрсақ қуысын шолу рентгенографиясы, перитонеальды экссудатты бактериологиялық зерттеу; резецирленген ағзаны гистологиялық зерттеу.

Физикалық тексеру: Науқастың жағдайы перитониттің ағымының фазасына және жайылуына байланыты. Науқас мәжбүрлі жағдайда- бір жақ қырына, аяғын ішіне жинап жатады, қозғалса ауырсыну арта түседі. Тілі құрғақ, терең гиповолемия кезінде— « щетка тәрізді», қоңыр жабынмен жабылған. Асқынған жағдайда - «лицо Гиппократа», есі бұзылады. Жүйелі қабыну реакциясы байқалады: қызба, қалтырау, тахипноэ, тахикардия. Іші үрленген болуы мүмкін. Ішімен демалғанда және дәрігер жөтелуін сұрағанда ауырсыну арта түседі, пальпация кезінде іштің тығздалуы және ауырсуы байқалады.

Перкуссия кезінде – сұйықтықтың болуына байланысты кейбір жерлерде тұйықталу анықталады, аускультацияда – перистальтика әліреген не мүлдем естілмейді. Іштің тітіркену симптомдары оң: Щеткина-Блюмберг, Раздольский, Кулленкампф. Кулленкампф симптомы – ректальды және вагинальды тексереген кезде дуглас кеңістігінде қатты ауырсыну.

Щеткин-Бломберг белгісі

- Қолды шпательмен алдыңғы қабырғасына біртіндеп бастырып, кенеттен қатты тартып алу. Белгі оң болған жағдайда, науқас қатты ауырсынып, белгі береді.





ЕМІ

- Перитониттің негізгі емі тез уақытта операция жасау керек.
- Операция алдында дайындық
- Асқазанды жуу(назо-гастральді зонд)
- Инфузионды-дезинтоксикалық ем(5% глюкоза, физиологиялық сұйықтық,гемодез,белокты заттар)
- Плазма,қан құю

ОПЕРАЦИЯ АЯҚТАЛҒАННАН KEЙІН;

- Іш қуысына дренаж қойылады
- Жергілікті диффузды перитонитте хлорвенил немесе резеңкелі түтікпен дренаждайды, ол ірің ошағын қысқа жолмен шығуына мүмкіндік береді.
- Іш қуысын электроотсос және дәке тампондары арқылы тазалайды. Құрғаған іш қуысына 2,-3, мл 0,25%новокайнмен 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.

АУРУ БОЛЖАМЫ ӨТЕ ҚАТЕРЛІ

- Іріңді перитониттің ауыр дәрежесінде өлім қаупі 25-30% құрайды, ал көп мүшелік жетіспеушілікте 80-90%
- Перитонитте операция бірінші сағатта жасалса жазылу көрсеткіші 90%, бірінші күні-50%, 3 күннен кейін-10%