

“Іштеспе” ұғымы.

**Асқазанның перфорациялық ойық
жарасы, жіті аппендицит,
холецистит, перитонит, панкреатит
белгілері мен симптомдары.
Дәрігерге қаралғанға дейін көмек
көрсету**

Терапия бакалавриат кафедрасының профессоры м.а.

Қауызбай Жұмалы Әріпбайұлы

Анықтама

- “Іштеспе” – құрсақ қуысындағы апат болғанын білдіреді.
- Перитонит - өмірге маңызды ағзалар мен жүйелердің қызметінің бұзылып, ағзалар ауруының жергілікті және жалпы белгілерімен бірге жүріп, іш астарының жедел және созылмалы қабынуы.
- Перитонит — құрсақ қуысының қабырғаларын және ағзаларын астарлаған серозды қабат болып табылатын іш астардың қабынуы.

Этиологиясындағы негізгі себебі – инфекция.

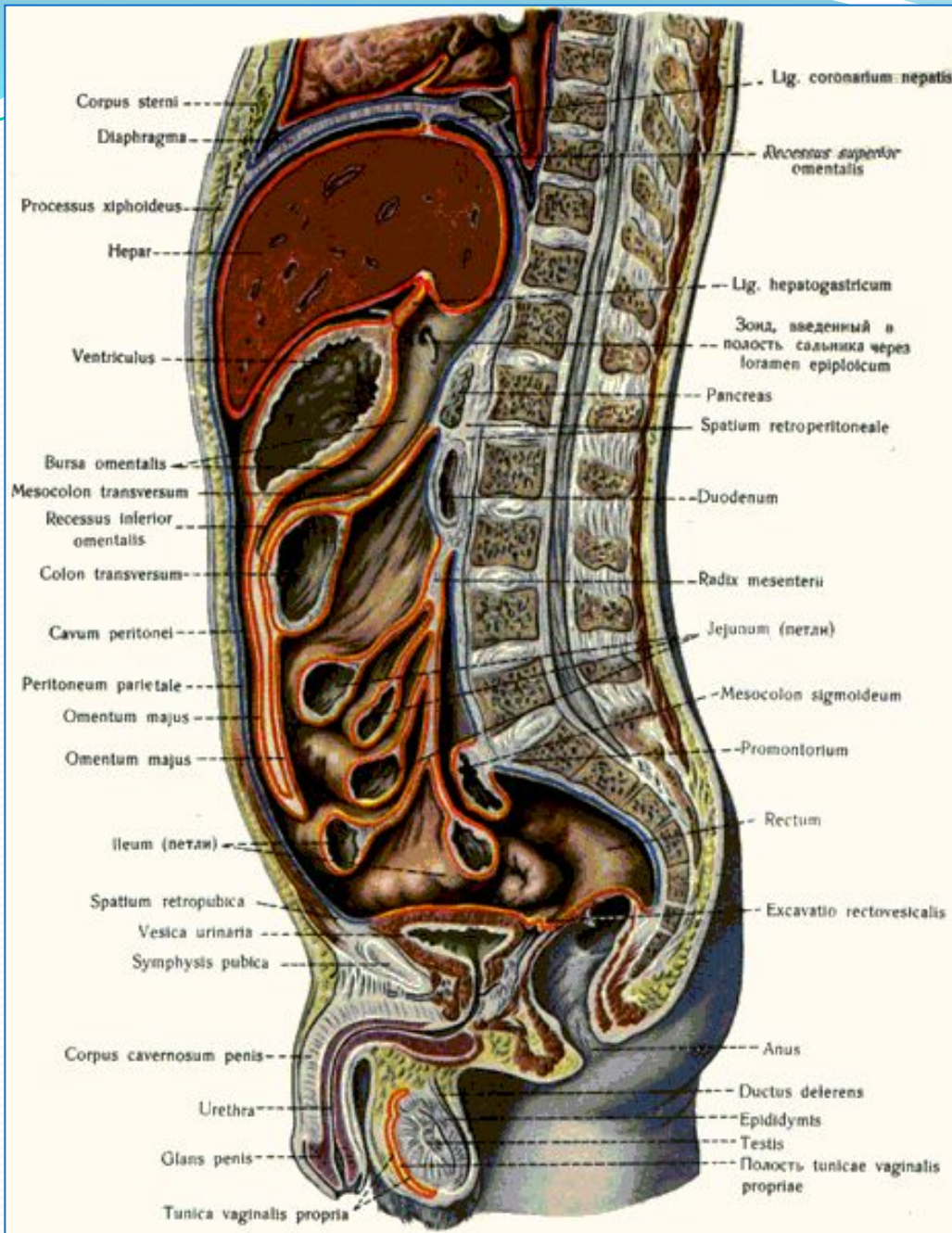
- *1. Микробты (бактериальды) перитонит:*
- протей клебсиеллы, энтеробактер, акинетобактер, цитробактер; стафилококки, стрептококки;
- бактериоиды, фузобактерии, вейлонеллы; клостридии, эубактерии, лактобациллы
- *2. Асептикалық (абактериальды, токсико-химиялық) перитонит – іш пердесіне зақымын тигізетін сұйықтықтар: қан, өт, асқазан сөлі, ішкі ағзалардың асептикалық некрозы.*
- *3. перитониттің ерекше түрлері – канцероматозды, паразитарлы, ревматоидты*
- Гранулематозды (операция барысында іш астардың кебуі, хирургтың перчаткасындағы тальктың әсері, таңу жібі т.б.)

Перитониттің патогенезінің негізгі себебі кәдімгі бактериальді қабыну

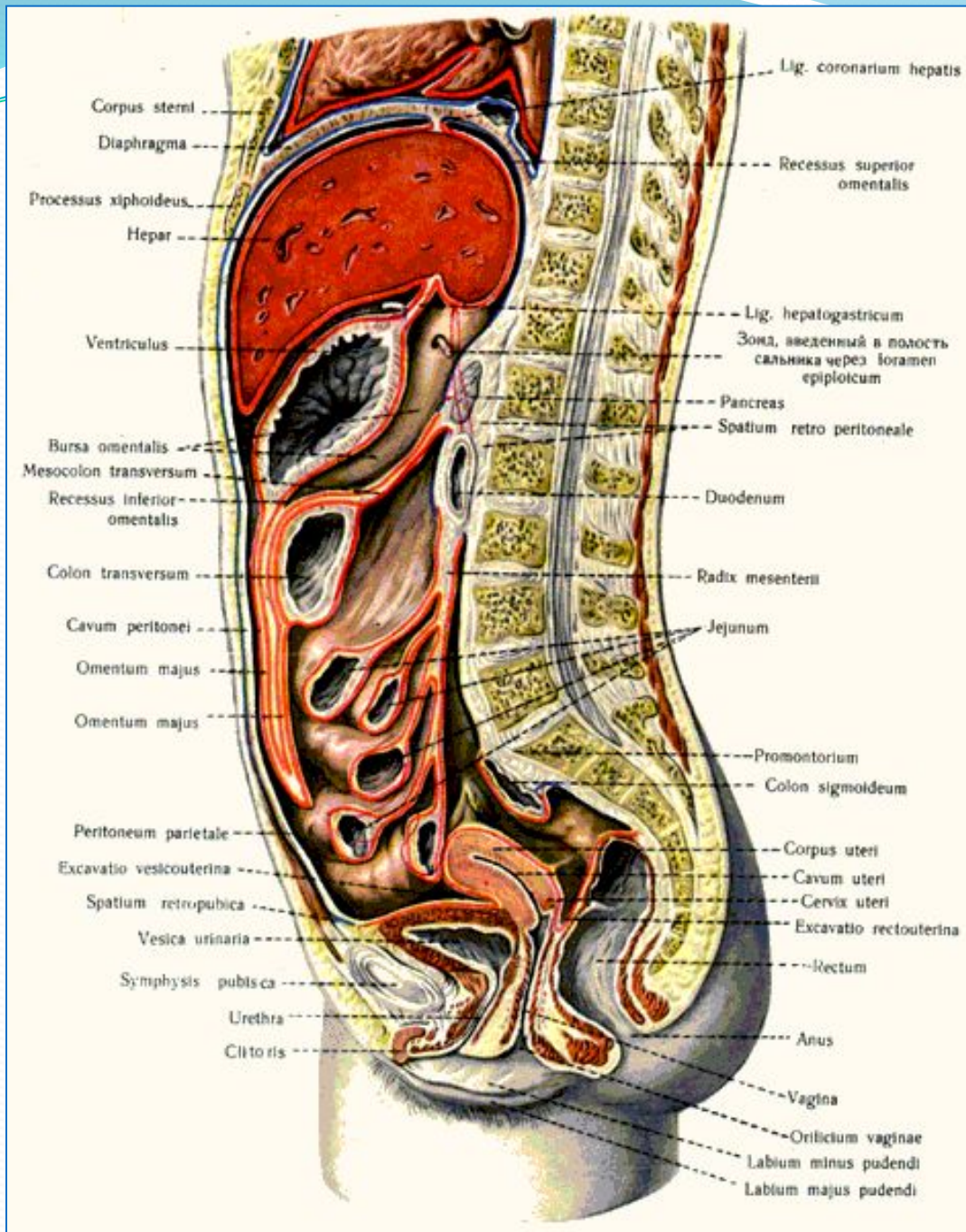
- Ішек таяқшалары (65%) және патогенді коктар (30%) іріңді перитониттің ең жиі кездесетін қоздырғышы болып саналады. Іш пердесіне сіңген бактериялар қан тамырларына өтіп интоксикация тудырады.

Жіктелуі:

- *Құрсақ қуысына микрофлораның ену сипатына байланысты:*
- Біріншілік перитонит – (сирек 1%) микрофлора құрсақ қуысына гемогенді , 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.



Ерлердегі іш
перде



Әйелдегі
іш перде

Классификация

ЭТИОЛОГИИ:

1. Первичный
2. Вторичный

Первичный перитонит возникает при попадании микрофлоры в брюшину гематогенным или лимфогенным путем.

Вторичный перитонит - это осложнение разных хирургических заболеваний и повреждений.

За причинами возникновения вторичного перитонита:

1. Воспалительный - вызванный распространением воспалительного процесса из органов и тканей брюшной полости и забрюшинного пространства.

2. Травматический
3. Послеоперационный
4. Перфоративный

По стадиях:

1. Реактивная
2. Токсичная.
3. Терминальная.

По характеру экссудата:

1. Серозный
2. Фибринозный
3. Гнойный
4. Гнилостный
5. Геморрагический
6. Смешанный.

Классификация

По характеру микрофлоры:

1. Аэробный (стафило-стрептококк, кишечная палочка и др.);
2. Анаэробный (бактероиды, пептококи и др.).
3. Смешанный (ассоциации разных микроорганизмов).

По течению:

1. Острый
2. Хронический
3. Вялопротекающий.

По распространению:

Отграниченный - когда очаг воспаления отграничивается от другой части брюшинной полости анатомическими структурами - большим сальником, петлями кишок. Это бывает при хорошей реактивности организма, низкой вирулентности микрофлоры. Примером может быть инфильтрат при аппендиците, холецистите, панкреатите, абсцессах разной локализации.

Неотограниченный - когда воспалительный процесс с места возникновения беспрепятственно может распространяться по брюшинной полости.

Классификация

В зависимости от того, на какие участки брюшинной полости он распространяется, выделяют: местный, диффузный, разлитой, общий перитонит.

1. Местный. Распространяется на 1 из 9-ти анатомических областей передней брюшной стенки, то есть, на прилегающую к месту возникновения перитонита: при аппендиците - на правую подвздошную область: при холецистите - на правое подреберье.

2. Диффузный. Воспалительный процесс охватывает не только брюшину в месте возникновения, но и распространяется на прилегающие участки, (но не более чем 3 анатомических области).

Например, при аппендиците, гинекологическом перитоните в воспалительный процесс втягивается брюшина малого таза, правая, левая подвздошная и надлобковая области.

Классификация

3. Разлитой. Воспалительный процесс распространяется больше, чем на 3, но не более, чем на 6 анатомических участков.

Например, проявления воспаления оказываются в нижнем этаже брюшинной полости при аппендиците, перфорации сигмы, кишечной непроходимости.

4. Общий. Проявления воспаления оказываются по всей брюшинной полости.

По степени тяжести

I - легкая степень;

II степень - средней тяжести.

III-А степень - тяжелая.

III-Б степень - очень тяжелая.

IV степень - терминальная.

Стадии перитонита

- 1. Реактивная (до 24 час).**
- 2. Токсичная (24-72 час).**
- 3. Терминальная (после 72 час).**

Клиническая симптоматика.

1. Постепенно нарастающая боль в животе.
2. Тошнота, рвота, икота, задержка стула, газов.
3. Изменение формы живота: сначала напряжен, впоследствии раздут.
4. Положительные симптомы: Щёткина-Блюмберга
Роздольского
Воскресенского
Куленкампа
5. Уменьшение «печеночной тупости», (тимпанический звук с металлическим оттенком), "гробовая тишина" (исчезновение перистальтических шумов), с-м Лотейссена (при аускультации живота выслушиваются дыхательные и сердечные шумы)
6. Токсические ножницы: нарастание пульса – снижение температуры.

- *Шығу тегі бойынша:*
- бактериалды
- өтті
- зәрлі
- Гинекологиялық — пельвиоперитонит
- Криптогенді – пайда болуы белгісіз
- Панкреатикалық – ұйқы безі ферменттерімен
- *Сұйықтық ерекшелігіне байланысты:*
 - Серозды;
 - фибринозды;
 - фибринозды–іріңді
 - іріңді
 - геморрагиялық;
 - сасып-шіріген

Іш қуысындағы ауруларға байланысты

перитониттің пайда болу жиілігі:

- Құрт тәрізді өсінді (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, Крон ауруы, дивертикулиттер.
- Өт қабы (10-12%)- холециститтер: гангренозды, перфоративті, флегмонозді, өт перитониті тесілуісіз.
- Ұйқы безі (1%)- панкреатит, панкреанекроз
- Операциядан кейінгі перитониттер (1%) бауыр және көкбауыр абсцесстері, циститтер, асциттегі сұйықтықтың іріндеуі, 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.

Хирургиялық тәжірбиеде жедел жайылған іріңді перитонит жиі кездеседі. Клиникасында 3 саты болады:

- 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, цилиндр, эритроциты пайда болады.
- 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.



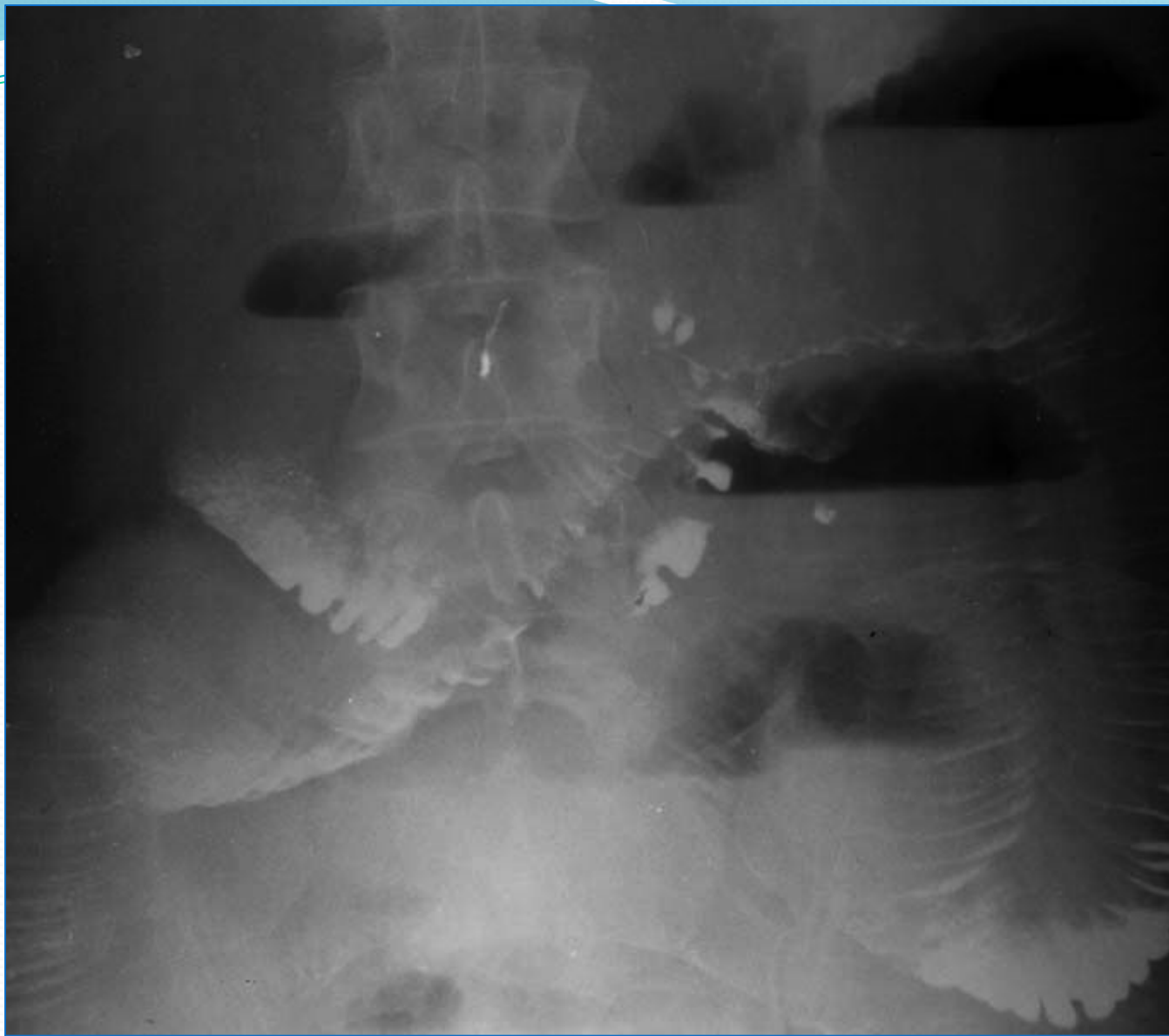
Щёткин-Блюмберг симптомы 1



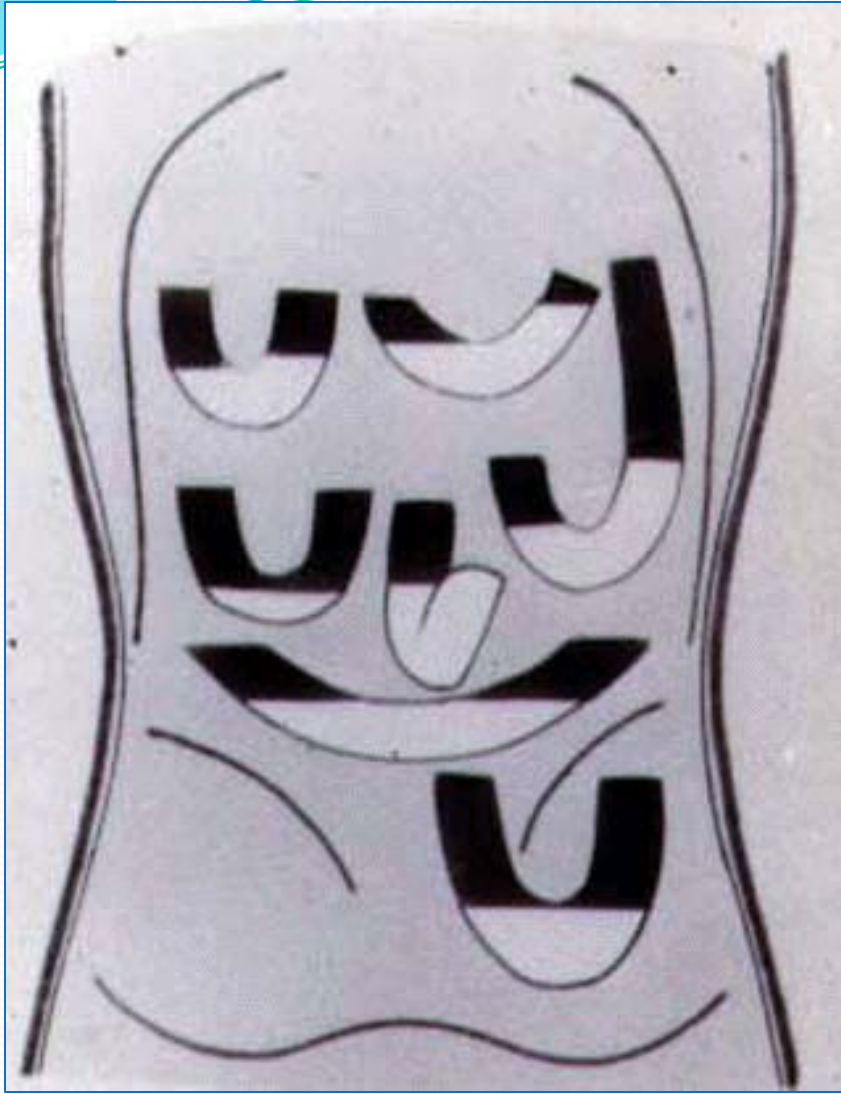
Щёткин-Блумберг симптомы 2



Воскресенский симптомы



**Іш қуысының жалпы шолу рентгенограммасы.
Ішектер пневматозы.**



**Іш қуысының жалпы
шолу рентгенограммасы.
Ішектер пневматозы.
Клойбер табакшалары.**

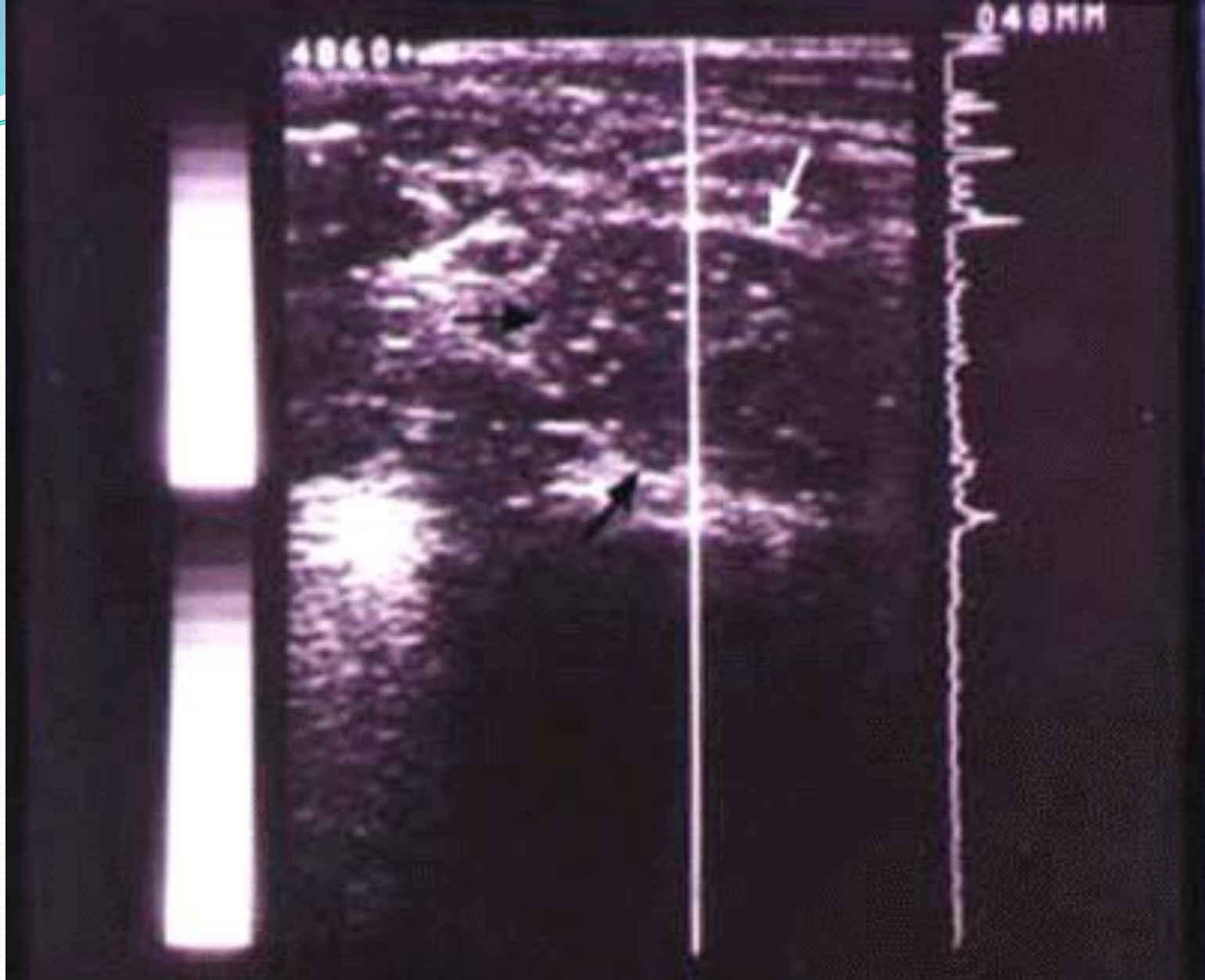
**Схема организмнің ішкі
Клойбер**



Ультрадыбысты сканограмма. Оң жақ мықын аймағы.
Парааппендикулярлы инфилтрат



Ультрадыбысты сканограмма. Оң жақ мықын аймағы..
Парааппендикулярлы абсцесс.

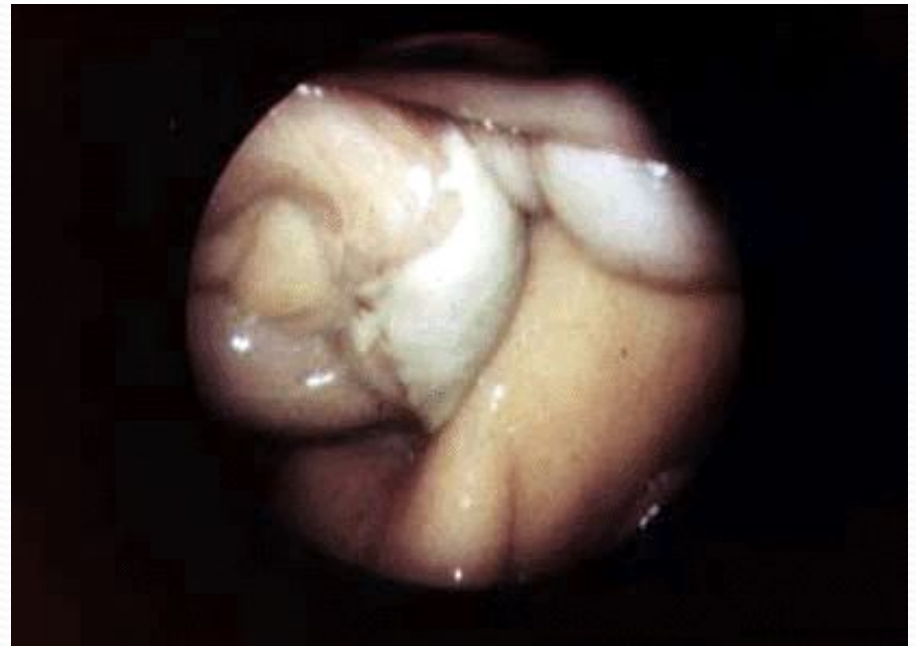


Ультрадыбысты сканограмма.. Ілмек аралық абсцесс.



**Шираған аш ішек
ілмектеріндегі экссудат,
фибрин пленкалары.**

**Лапароскопия. Ішек
ілмектері арасындағы
экссудат және фибрин
пленкалары.**



ЕМІ:

- Перитониттің негізгі емі тез уақытта операция жасау керек.
- Операция алдындағы дайындық
- Асқазанды жуу (назо-гастральді зонд)
- Инфузионды-дезинтоксикациялық ем (5% глюкозы, Рингер-Локка, физиологиялық сұйықтық, гемодез, белокты заттар,)
- Плазма, қан құю
- Жүректің дәрілері (корглюкон, строфантин т.б.)
- Перитонит емінің жалпы принциптері:
- іріңдік көзін жою
- іш қуысына санация жасау
- іш қуысына сайма-сай дренаж қою.
- Қоздырғыш микробтардың сезімталдығына байланысты кең спектрлі антибиотикотерапия жасау.
- Су-электролитті зат алмасу процесіне міндетті түрде назар аудару.
- Диурезді күшейту, гемосорбция плазмаферез жасау.

Ауру болжамы өте қатерлі.

- Іріңді перитониттің ауыр дәрежесінде өлім қаупі 25-30% құрайды, ал көп мүшелік жетіспеушілікте 80-90% құрайды. 1926 жылы С. И. Спасокукоцкийдің айтуы бойынша «Перитонитте операция бірінші сағатта жасалса, жазылу көрсеткіші 90%, бірінші күні-50%, 3 күннен кейін -10%»