

Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті
Медицина факультеті

СӨЖ

Тақырып:Іріңді паротит.

Мастит.Парапроктит.Лимфангаит. Лимфаденит.
Тромбофлебит.

Қабылдаған: м.ғ.к,доцент Тулежанов Н.

Орындаған:Жарылқап Ә.Т

Тобы: ЖМ-304

Жоспар

1. Паротит анықтамасы, клиникасы, емі.
2. Мастит клиникасы. диагностикасы.
3. Парапроктит анықтамасы, емі.
4. Лимфангаит диагностикасы.
5. Лимфаденит түрлері, клиникасы.
6. Тромбофлебит анықтамасы, түрі, емі.

Қорытынды.

Пайдаланған әдебиеттер.



Паротит (parotitis) – құлақ маңы безінің ірінді қабынуы.

Паротит (мысқыл, шықшыт безінің қабынуы) — мысқылмен ауырып жүрген адаммен қарым-қатынас жасағаннан кейін мұнымен ауырмаған адамда 2 немесе 3 аптадан кейін оның алғашқы белгілері байқала бастайды. Бұл ауруда дене қызуы көтеріледі және жұтынғанда немесе тамақ жеген кезде ауырады. 2 күннен кейін құлақтың артында және жақтың қуысында жеңіл ісіктер пайда бола бастайды. Көбінесе алдымен бір жағында, содан кейін екінші жағында байқалады.



Этиологиясы және патогенезі

- Іріңді паротиттің қоздырғышы көбінесе стафилакокктар болып табылады, құлақ маңының сілекей бездерінде , көбінесе ауыз қуысына енген микробтардың ассоциациясы кездеседі. Организмнің қорғаныш күшінің әлсіреуі және сілекей бөлінуінің бұзылуы осыған әкеледі. Паротит жалпы жұқпалы аурулар кезіндегі сусызданған науқастарда немесе көлемді операциядан кейін дамуы мүмкін. Микроорганизмдер құлақ маңы безіне сонымен қатар лимфогенді немесе гематогенді жолмен де енуі мүмкін. Бездің шығарушы түтігінде қабыну дамып, оның шырышты қабаты ісініп, сілекейдің ағысы бұзылады. Қабыну түтіктен безді тінге ауысады. Басында қабыну серозды сипат алып, содан соң без үлесшелерінде іріңді инфильтрация орын алады. Түзілген ұсақ іріңді ошақтар өзара бір бірімен қосылып, абсцесс түзеді. Қантамырларда тромбоздың дамуы, некроз аймақтарының түзілуіне әкеледі.

Клиникалық көріністері.

- Құлақ маңы безінің аймағында ертерек ауру сезімді ұлғаюшы ісінгендік пайда болады. Пальпациялаған кезде ауырсыну күшейеді. Дене қызуы 39-40 С дейін жоғарылайды. Ауру сезімінен шайнау және жұту қиындайды. Күн өткен сайын тіндердің кернеуленуі жоғарылайды, тері жұқарып қызарады. Науқастың жалпы жағдайы үздіксіз нашарлайды. Ерекше ауыр ағымында , жұмсақ таңдайдың және жұтқыншақтың бүйір қабырғаларының ісінуі байқалады. Ерекше ауыр ағымында, жұмсақ таңдайдың және жұтқыншақтың бүйір қабырғаларының ісінуі байқалады. Ауызды ашу күрт қиындайды. Кейбір науқастарда бет нервінің салдануы байқалады.



- Бұл кезеңде қанды зерттегенде , лейкоциттер мөлшерінің нейтрофильді формаларының есебінен артқанын көрсетеді. Паротиттің әрі қарай дамуында, егер консервативті немесе жедел тиімді емге кіріспесе, ірің без капсуласының жартысын ыдыратып, тері асты шел қабатына шығып, флегмонаны түзеді. Тері арқылы сыртқа жарылып жыланкөдер түзеді. Көлемді іріңдің бөліністерден басқа , жыланкөз арқылы без капсуласының және өліеттенген пренхимасының секвестрлері ашылады.



Емі

- Паротиттің формасына байланысты емі консервативті немесе хирургиялық болуы мүмкін. Егер емі ертерек басталса, онда көп жағдайда құлақ маңы безіндегі қабыну процесі, кері дамуға ұшырап іріңді процестің алдын алады. Негізгі консервативті емі антибиотикотерапия болып табылады. Төменгі жақтағы қозғалысты азайту қажет.
- Егер консервативті шаралар сәтсіздігін көрсетсе іріңді паротит дамыса, жедел ем жасалады, оның мақсаты – бездегі іріңді ошақтарды ашу және іріңнің жақсы ағуына жағдай жасау. Әсіресе тілімнің орнына таңдау, бағыты және ұзындығының маңызы үлкен. Флюктуацияның болуында тілімді әдетте, ең жұмсарған жерінен жасайды. Қуысты саусақпен тексереді, оны дренаждайды. Тілімді жасағанда бет нервінің тармақтарының бағытын есепке алу қажет. Тілімдер паралельді жүруі тиіс, бірақ ешқашан оларға перпендикуляр түспеуі қажет. Теріні, тері асты шел май қабатын кесіп, құлақ маңы капсуласын жалаңаштайды. Капсуланы кескенен кейін, саусақпен батыл немесе пинцетті абайлап іріңдікке енгізеді, іріңді , секвестрлерді алып тастап, қуысты дренаждайды.
- Операциядан кейінгі кезеңде емдік шаралардан антибиотиктерді енгізу, сусызданған науқастарға – инфузионды терапия және жоғары калориялы тағам қажет.





Паротит у детей

Наиболее частым проявлением паротита является поражение околоушных желез.



Мастит

Мастит - сүт безінің паренхимасы мен интерстициалды тіннің қабынуы. Жедел мастит, негізінен емізулі әйелдердің босануынан кейінгі кезеңінің алғашқы 2 аптасында - босанудан кейінгі мастит. Сирек – емізулі емес, өте сирек – жүкті әйелдерде кездеседі. Маститтердің пайда болуына іріңді инфекцияның түрлік құрамының олардың антигендік қасиетінің және антибиотиктік резистенттілігінің өзгерісі ықпал етеді. Әдетте мастит бір сүт безінде дамиды, екі жақты мастит сирек кездеседі.



Маститтің жіктемесі:

- Ісінген формасы
- Инфильтративті формасы
- Іріңді деструктивті форма
 - абсцестенуші мастит
 - флегмонозды мастит
 - гангренозды мастит

Жедел және созылмалы мастит



Этиологиясы мен патогенезі

- Маститтің қоздырғышы көбінесе монокультура түріндегі стафилококк. Ішек таяқшасымен және стрептококкпен ассоциациясы болып табылады. Сирек – жеке ішек таяқшасы немесе стрептококк, кейде протей, анаэробты флора, саңырауқлақтар кездеседі. Сирек кездесетін арнамалы мастит – туберкулезді, мерездік. Инфекция көзі - бактерия тасымалдаушылар және науқаты қоршаған іріңді қабыну ауруларының жасырын формасымен ауыратын науқастар. Маститтің пайда болуындағы еі маздысы ол ауруханаішілік инфекция.
- Инфекцияның кіру қақпасы көбінесе емізіктердің жарылуы болып табылады.



- Іріңдіктердің ең жиі орналасатын жері – абсцесс бездің артқы бетіндегі үлесшеде орналасқанда , ол оның артындағы шел майлық кеңістікке ашылып, сирек форманы – ретромаммарлық абсцесті түзуі мүмкін. Кейде қабыну процесіне қантамырлардың қамтылуы және олардың тромбталуы салдарынан бездің кейбір бөліктері некрозданады, маститтің гангренозды формасы дамиды.
- Созылмалы маститтің негізінде қоршаған тіндердің айқын денатурациясы мен ұсақ абсцестерінің түзілуі тән. Ол жедел маститті дұрыс емдемеу салдарынан дамиды.



Клиникалық көрінісі және диагностикасы.

- Сүт безіндегі жедел қабыну процесін сүттің жедел іркілісімен дифференциалдау қажет. Алғаш рет босанушыларда сүттің іркілісі екі есе жиі кездеседі. Науқастар бездегі біртіндеп күшейетін ауырлық сезіміне шағымданады. Өспетәрізді түзілім сүт безінің үлесшелерінің жиектерімен сәйкес келеді, ол жеткілікті дәрежеде қозғалғыш анық шекарасы бар , беті кедір – бұдырлы, ауырсынусыз. Оны басқан кезде сүт еркін бөлінеді. Сауғаннан кейін жеңілдік пайда болады. Жалпы жағдайы аздап зардап шегеді. Сүттің жедел іркілісі көбінесек екі жақты болады және сүттің таситын мерзімінде дамиды. (босанудан кейін 3-5күн) .



Емі

- Маститтің бастапқы сатыларының емі консервативті, іріңді – жедел. Бездегі сүт іркілісінің белгілері пайда болғанда , бекітуші таңғыштардың көмегімен безді жоғары көтеріп, ұстап тұрушы таңғыш салу. Безді босату үшін сүтті сүт сорғышпен сорып алады, сұйықтық қабылдауды шектейді, окситоцин тағайындалады. Серозды және инфильтративті мастит кезінде антибиотиктерді, сульфаниламидтерді, қаналмастырушы сұйықтықтарды енгізумен инфузионды терапия колданады. Міндетті түрде күнделікті сүтті сауып тастау керек. Шағын орналасқан жедел маститте , әсіресе созылмалы маститте , іріңді ошақты сау тіндерге дейін кесуге және антибиотиктерді енгізуге жіңішке дренаж қалдырып, тігіс салуға болады



Алдын алу

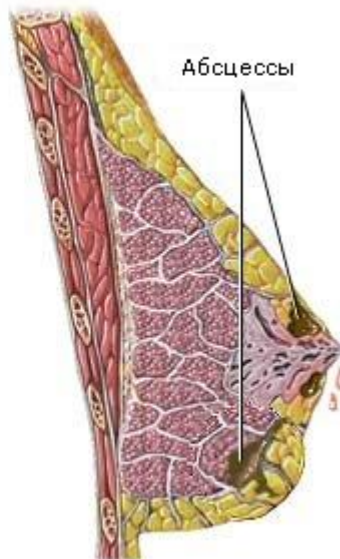
- Негізгі алдын алу шарасына жүкті әйел организмнің қарсыласу күшінің жоғарылауы болып табылады. Эндогенді инфекция ошақтарын санациялау, әйелдерді емшекпен нәрестелерді дұрыс қоректендіруге , сүт бездерін күтуді үйрету, организмді шынықтыру стафилококкты анатоксинмен иммунизациялау т.б маңызды орын алады.



Гнойный мастит



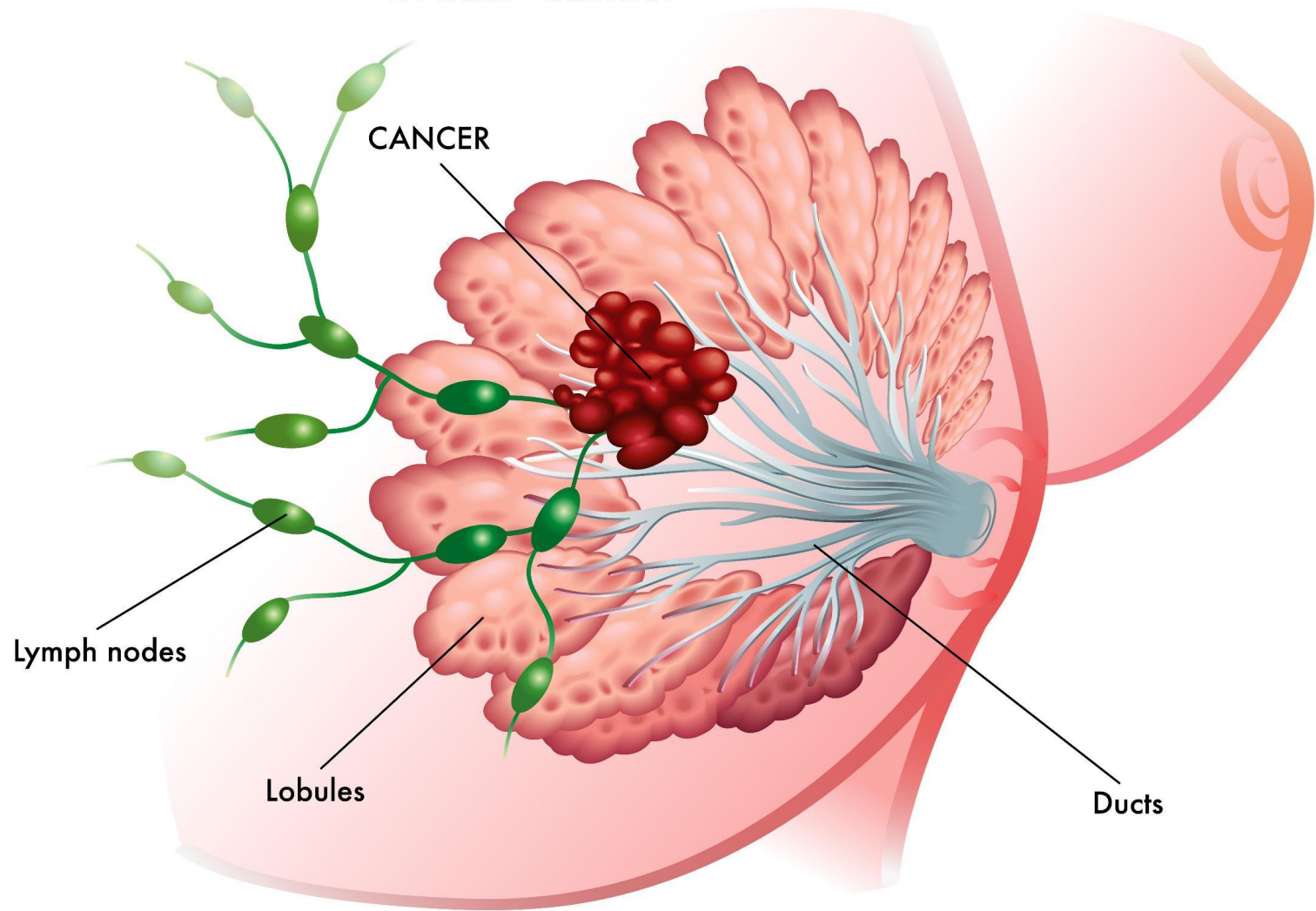
MyShared



Обычная грудь

Грудь при грудном вскармливании

Breast Cancer



Парапроктит

Жедел парапроктит (paraproctitis) – тік ішек маңындағы шел май қабатының іріңді қабынуы.



Этиологиясы мен патогенез

- Парапроктиттің қоздырғышы көбінесе ішек таяқшасы, алтын түстес және ақ стаяилококктар, анаэробтар т.б. Әдетте аралас микрофлора анықталады.
- Микроорганизмнің параректальды шел майға енуіне, артқы өтістің сызаттары геморроидальды түйіндердің қабынуы тік ішектің және артқы өтіс өзегіне шырышты қабатының зақымдануы, крипталардың қабынуы, шатаралық геатомалар, артқы өтіс жабындысын қасу т.б. ықпал етеді. Ішек маңындағы шел майдың флегмоналары оқ тиген жарақаттың сонымен қатар ыдырайтын өспелердің асқынуы болуы мүмкін.



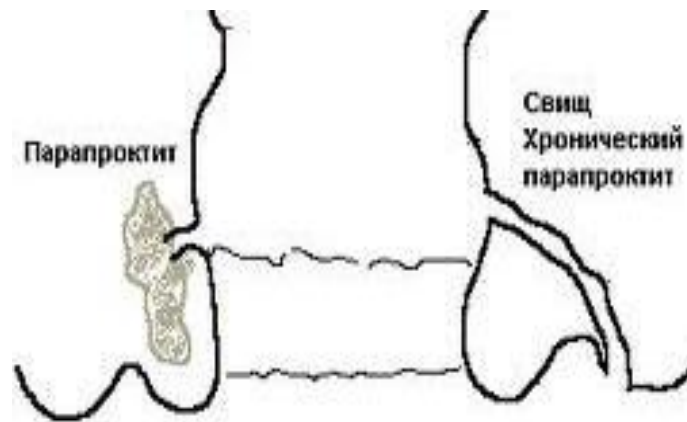
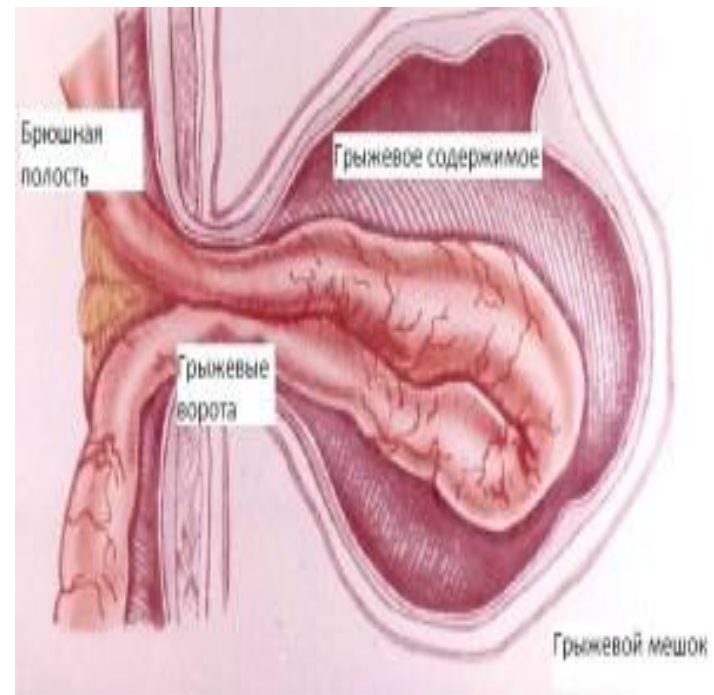
- Қабыну процесі айқын ісінуімен және борпылдақ дәнекер тіннің іріңді инфильтрациясымен ерекшеленеді. Шірітуші инфекция ішек маңындағы шел маймен я болмаса лимфалық жолдармен жамбас шел майына таралып іріңдіктердің түзілуінсіз көбінесе тіндердің ыдырауын некрозды шақырады. Параректалды іріңдіктердің шектелуінің бес формасын ажыратады- тері астылық интиоректалды, шырыш астылық, пельвиоректалды және ретроректалды.



ЕМІ

Аурудың ең бастапқы сатысында, перианалды аймақтағы шағын инфильтраттың болуында, консервативті емді қолданады.







Лимфангит

Лимфангит – лимфа тамырларының қабыну ауруларының асқынуы. Микробтардың тін аралық кеңістіктерге және лимфа тамырларына енуі .



Этиологиясы және патогенезі.

- Ең жиі қоздырғышы сафилококк болып табылады. Лимфангит екіншілік ауру. Ол фурункулез, карбункулез, абсцестер, флегмоналар және т. Б сияқты патологиялар ағымын асқындырады.



Клиникалық көрінісі және диагностикасы

- Дене қызуы 39-40С жоғарылайды, қалтыраумен, бас аурумен, тершендікпен, әлсіздікпен, жоғары лейкоцитозбен қабаттасады.
- Торлы лимфангит кезінде тілмеге ұқсас терінің айқын гиперемиясы дамиды.
- Бағаналы лимфангиттегі гиперемия, жеке жолақ түрінде – қолық асты шұңқырына немесе шат қатпарына, тері ісінген. Аймақтық лимфа түйіндері ұлғайған.



Емі

- Емі бастапқы ошақты жоюға бағытталған: абсцесті, флегмонаны, іріңді ісінулерді ашу, дренаждау. Антибактериалды терапияны тағайындау.

Алдын алу

- Алдын алуға жараларды мұқият және өз уақытынды хирургиялық өңдеу, қол аяқтың иммобилизациясы , іріңді ошақтарды өз уақытында ашу және дренаждау, аймақтық антибактериалды терапия.



Лимфангоит.



Рис. 3. Эритематозная фаза заболевания



Лимфангит (воспаление сосудов)



Лимфаденит

Лимфаденит-лимфа түйіндерінің қабынуы.Әртүрлі іріңді-қабыну ауруларының (іріңді жаралардың,фурункулдың және карбункулдың,панарицидің,тілменің,остеомиелиттің, тромбофлебиттің,трофикалық жаралардың т.б.) және арнамалы инфекцияның (туберкулездің, обаның, актиномикоздың) асқынуы ретінде пайда болады.



ЭТИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ ПАТОГЕНЕЗИ

- Аурудың қоздырғышы лимфа түйіндеріне лимфа тамырларымен енетін іріңдетіуші микроорганизмдер. Микроорганизмдер түйінге гематогенді жолмен өте сирек енеді. Инфекцияның қатынастық таралуы мүмкін.
- Қабыну процесі іріңдіге ауысуы мүмкін болатын серозды ісініуден басталады (қарапайым, қатаралды лимфаденит), ал қоршаған тіндердің іріңді қабынуы кезінде аденофлегона дамиды.



КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫ

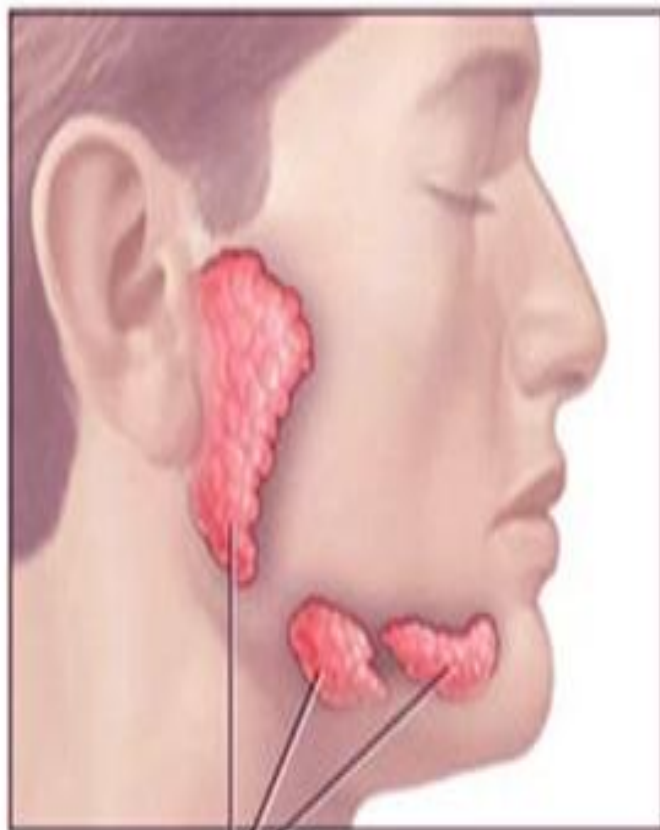
- Жедел лимфаденит лимфа түйіндерінің ауырсынумен және ұлғаюымен ,бас аурумен , әлсіздікпен,дімкәстікпен,дене қызуының жоғарылаумен басталады.Ауру жиі лимфангитпен бір уақытта өтеді.Серозды (қатаралды)лимфадените науқастың жалпы жағдайы аз зардап шегеді. Олар аймақтық лимфа түйіндерінің тұсынан тұйық ауру сезімін сезеді. Олар ұлғайған ,тығыз және пальпацияда ауру сезімді ,қоршаған тіндермен жабыспаған,олардың үстіндегі тері өзгермеген.
- Іріңді лимфаденит кезінде қатты ауру сезімі болады.Түйіндердің үстіндегі тері қызарған , пальпацияда ауру сезімді, алдың жеке пальпацияланатын лимфа түйіндері бір-бірімен және қоршаған тіндермен қосылып, қозғалыссыз болып қалады.Аденофлегмона кезінде терінің құйылған гиперемиясы тығыз, нақты шекарасы жоқ, жұмсарған ошағы бар инфильтрат анықталады.Дене қызуы жоғары, қалтырау, тахикардия,бас ауруы,айқын әлсіздік пайда болады.Шірітуші флегмона кезінде,пальпацияда зақымдану ошағынан крепитацияны анықтайды.Іріңді лимфаленит іріңді процестің шел май кеңістіктеріне (ішастар артылық,көкірек аралық) таралуына және сепсиске әкелуі мүмкін.



ЕМІ

- Лимфадениттің бастапқы емі консервативті: зақыданған ағзаға тыныштық орнату, УЖЖ-терапия , инфекцияның негізгі ошағын белсенді емдеу(абсцестерді, флегмоналарды өз уақытында ашу, іріңдікті рационалды дренаждау, іріңді ісінулерді ашу)антибиотикотерапия.Іріңді лимфаденитті жедел жолмен емдейді:абсцестерді,аденофлегмоналарды ашады,іріңді жояды,жараны дренаждайды.Әрі қарай емді, іріңді жараларды емдеудің жалпы принциптерімен жүргізеді.

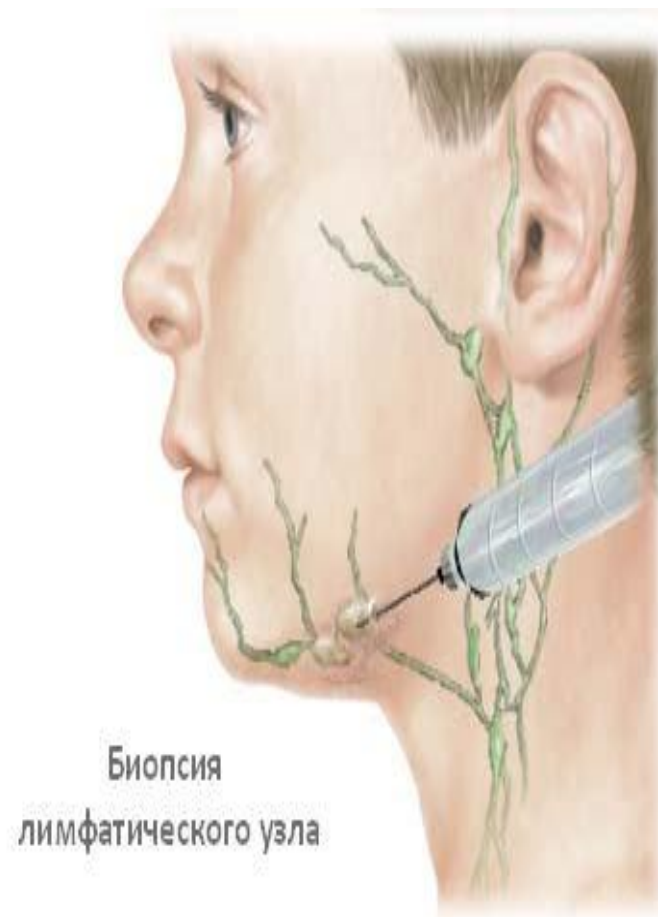
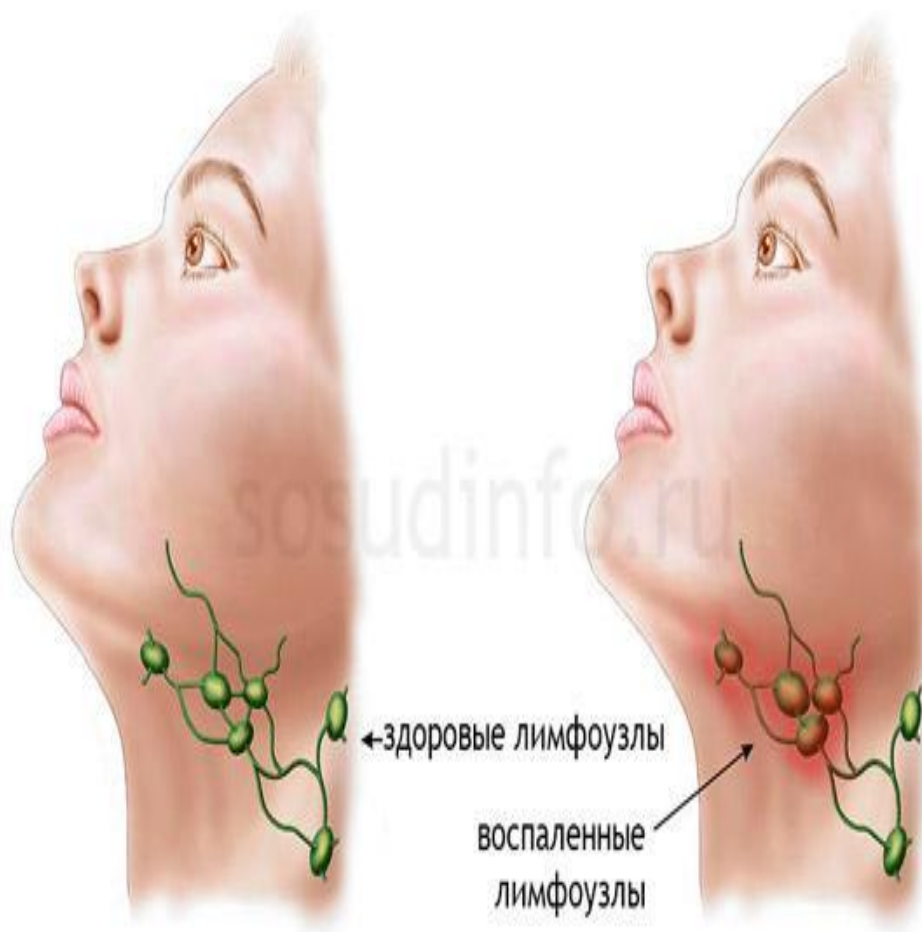


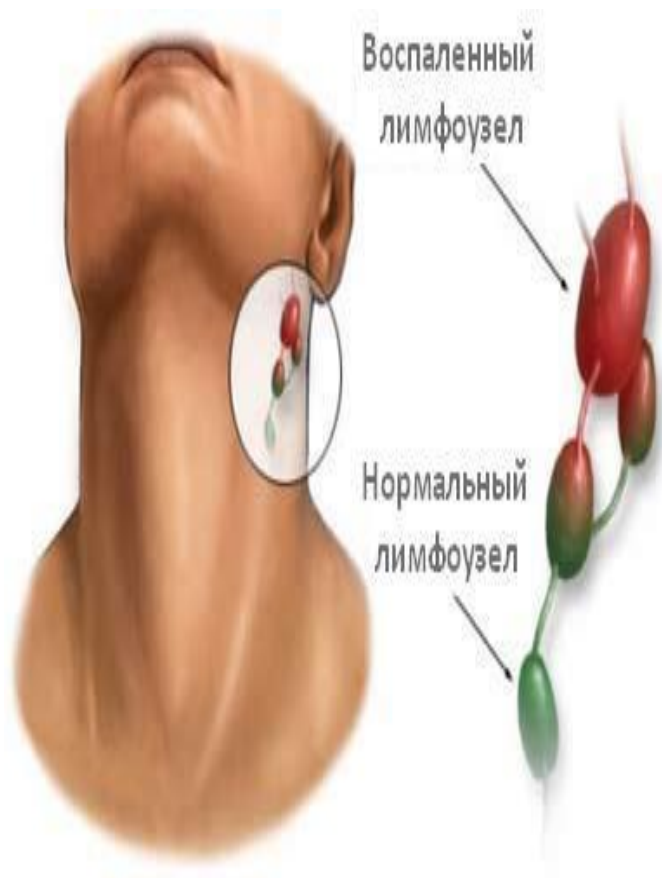


СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

точки
воспаления







ВЕНАЛАРДЫҢ ҚАБЫНУЫ

Вена қабырғасының қабынуы флебит(phlebitis)деп аталады,ал венаның қабынуымен бір уақытта тромбтың түзілуі-тромбофлебит(thromboflebitis)Флеботромбоз (phlebothrombosis) деп вена қабырғасының қабынуынсыз қантамыр ішінде тромб түзілуін атайды.



ЭТИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ ПАТОГЕНЕЗИ

Тромбофлебиттің дамуы вена қабырғасына тікелей жолмен енуші (гематогенді) немесе флегмона, абсцесс, остеомиелит т. б. кезіндегі қабыну процесінің қоршаған тіндердің вена қабырғасына ауысуы салдарынан, іріндетуші флораға байланысты. Инфицирлену лимфогенді жолмен- бастапқы іріңді ошақтан да болуы мүмкін, веналардың асептикалық қабынуы, венада қатетердің ұзақ уақыт тұруында, қантамырдың ішкі қабатының механикалық тітіркенуі салдарынан пайда болуы мүмкін.



Тромбофлебиттің дамуы үшін бірқатар шарттар болуы қажет.

- *қан ағысының баяулауы;
- *оның құрамындағы өзгерісі
- *қантамыр қабырғасының зақымдануы
- *нервтік трофикалық және эндокринді бұзылыстар
аллергиялық реакциялар
- *инфекция



КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫ

Тромбофлебит ең бастысы аяқтардың веналардың, жамбастың және геморроидалды веналарда дамиды. Қолдың веналары, қақпа венасы, ішек веналары үлкен мидың веналары сирек зақымданады.

Науқасты тексерген кезде, аурудың дамуына ықпал етуші факторларды (қан ағысының баяулауы оның құрамының өзгерісін, қантамырдың ішкі қабатының зақымдануын) анықтау керек. Бұған ұқсас жағдайды (көбінесе әйелдерде) жатырдың ауруларына, бүйректерге және несеп шығару жолдарына, сан сүйегі мойнының сынығында жасалатын жедел араласуларда байқайды.

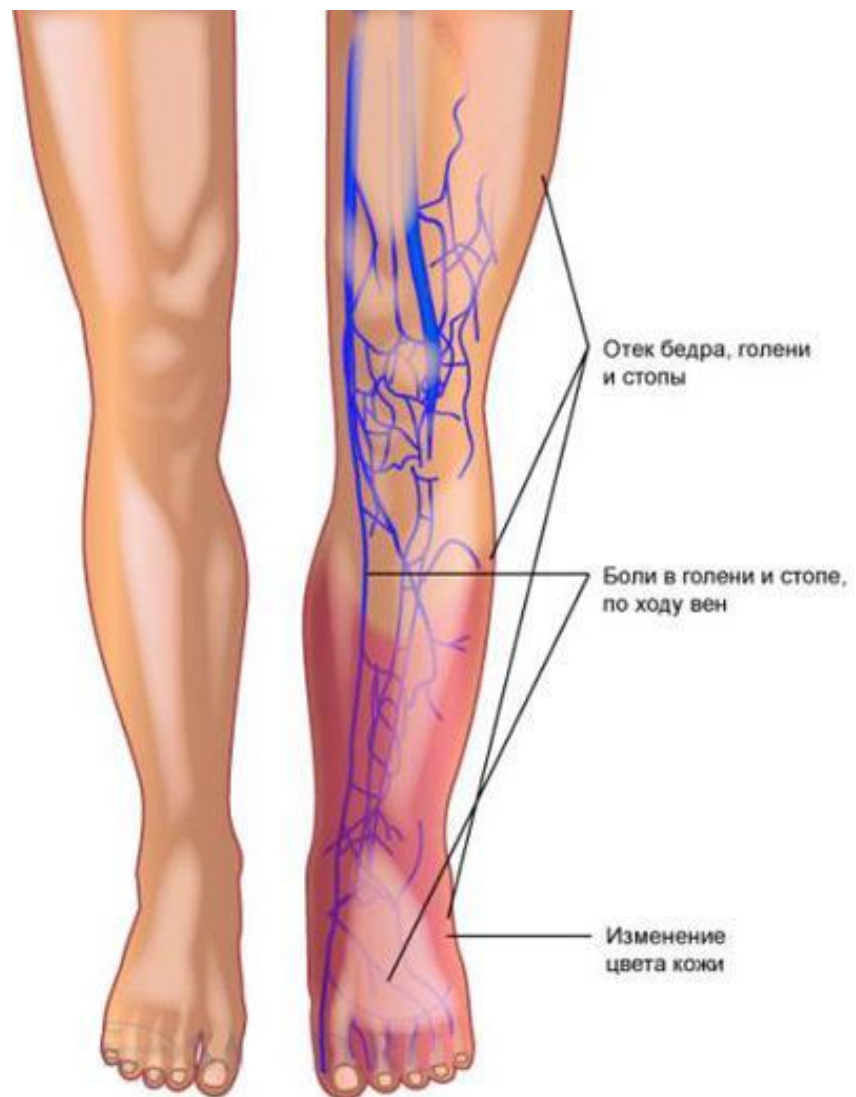


ЕМІ

- Жедел кезеңде консервативті терапия, дене қызуы жоғары болғанда, аяғын жоғарылатын тыныштық беру, қабынуға қарсы және антикуагулянтты терапия, физиотерапевтік емшаралар, эластикалық бинтпен байланған аяқпен азырақ жүру. Операцияға көрсеткіш деп, тромбоздың бетке веналардың тесігінің аймағында орналасуын, іріңді тромбофлебитті есептейді. Тромбталған веналарды кесіп алып тастауды немесе оның терең венаға қосылатын жеріндегі тесігін байлауды жүргізеді.







СТАДИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ



Телеангиэктазии
«сосудистые
звездочки»



Ретикулярный
варикоз



Варикозное
расширение
магистральных вен



Хроническая
венозная
недостаточность



Трофическая
язва

1) "Патологиялық физиология"

Нұрмұхамбетұлы Ә. Алматы 2007ж

2) "Ішкі аурулар пропедевтикасы"

Айтбембет Б.Н. Алматы 2009;

3) Қапан Тұрсынов, Абай Құсайынов. Алматы.2011ж

4).Қ.Ғ.Сапарова Алматы. 2010ж

5)Дұрманов Қ.Д. Алматы 2006жыл.

6)Гостищев,Смайлов Алматы 2014ж.



НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА РАХМЕТ!!!

