



ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Нәрестелердегі жедел перитонит



Орындаған: Баялы С.Қ.

Алматы 2017 ж.



Жоспары:

Кіріспе

- Этиологиясы
- Жіктелуі
- Патогенезі
- Диагностикасы
- Емдеу

Пайдаланылған әдебиеттер

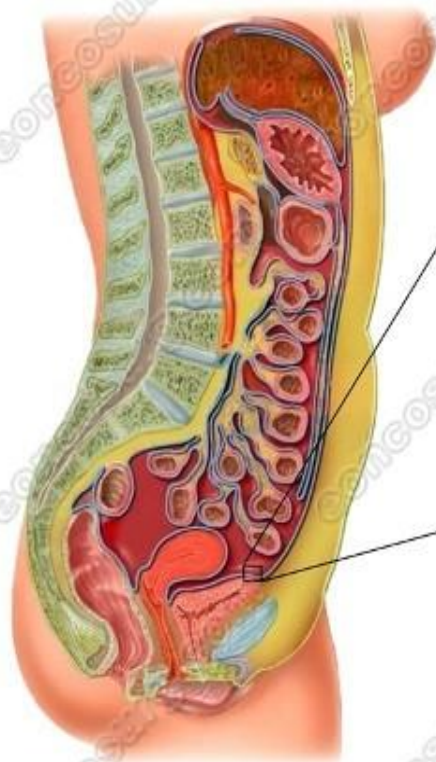




ІШАСТАРДЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ АНАТОМИЯСЫ ЖӘНЕ ФИЗИОЛОГИЯСЫ

Ішастар – өте жұқа, полигональды мезотелиймен жабылған дәнекер тіннен құралған жабынды. Ішастардың екі жапырақшасы бар. Біріншісі (париетальды), іш қуысының барлық қабырғаларын жабынды ретінде жауып, оның шекарасын шектейді. Оны париетальды жапырақша деп атайды. Екіншісі (висцеральды), іш қуысында орналасқан ағзалардың сыртқы қабатын құрайтын жабынды немесе висцеральды жапырақша.





- I - Мезотелий, пограничная и базальная мембрана**
II - Поверхностный волнистый коллагеновый слой
III - Поверхностная, диффузная эластическая сеть
IV - Глубокая продольная эластическая сеть
V - Глубокий решетчатый коллагеново-эластический слой
→ Направление тока лимфы



ІШАСТАРДЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ АНАТОМИЯСЫ ЖӘНЕ ФИЗИОЛОГИЯСЫ

Ішастармен жабылу аумағына қарай іш қуысындағы ағзалар:

- 1.Интраперитонеальды
- 2.Мезоперитонеальды
- 3.Экстраперитонеальды

Егер ішастар ағзаны жан-жақты қамтып оны толық жауып жатса (асқазан, аш ішек, соқыр ішек, бауыр, көкбауыр т.б.) ондай ағзаларды **интраперитонеальды** орналасқан ағзалар, ал ағза жан-жақты толық қамтылмай, тек екі-үш жағынан жабылған болса оларды **мезоперитонеальды** орналасқан деп атайды (тоқ ішектің жоғары және төмен бағытталған бөліктері, несеп қуығы, жатыр т.б.). Сонымен қатар, кейбір ағзалар ішастардан тыс, яғни **экстраперитонеальды орналасады** (бүйрек, зәрағар, ұйқы безі т.б.).

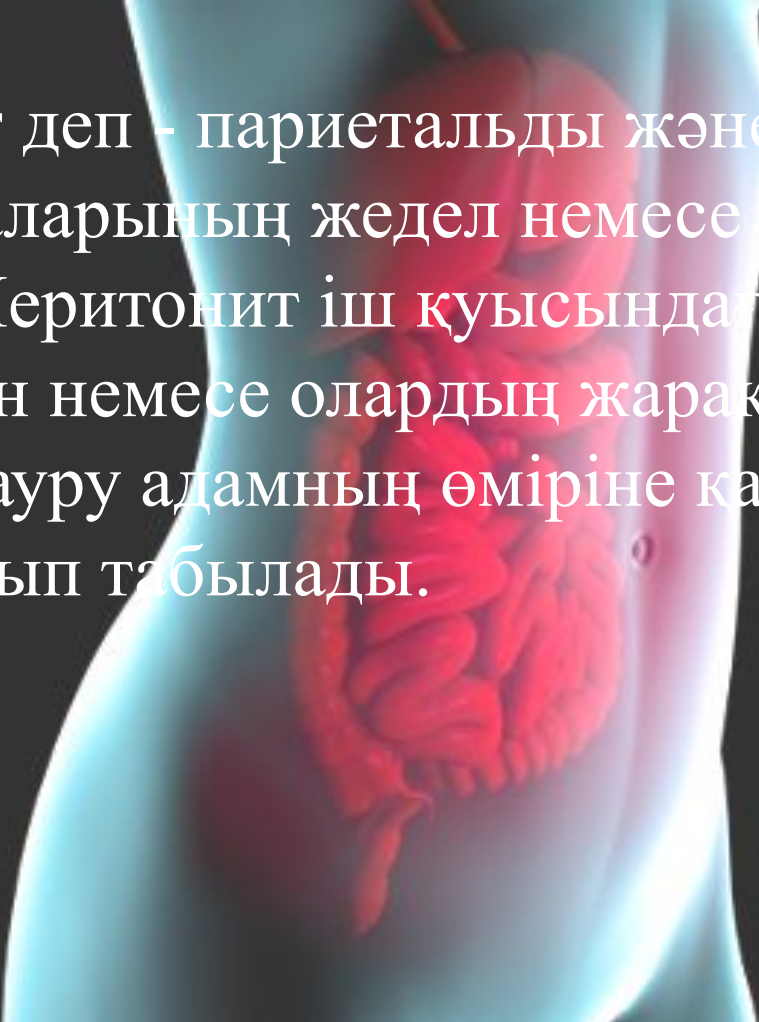


ІШАСТАРДЫҢ ҚЫЗМЕТІ

1. Эксудативті қызмет
2. Резорбтивтік қызмет
3. Тосқауылдық (барьерлік) қызмет
4. Пластикалық қызмет
5. Бактерицидтік қызмет



ІШАСТАРДЫҢ ЖЕДЕЛ ҚАБЫНУЫ



Перитонит деп - париетальды және висцеральды жапырақшаларының жедел немесе созылмалы қабынуы. Перитонит іш қуысындағы ағзалардың қабынуынан немесе олардың жарақатынан туатын өте ауыр және ауру адамның өміріне қауіп төндіретін асқыну болып табылады.

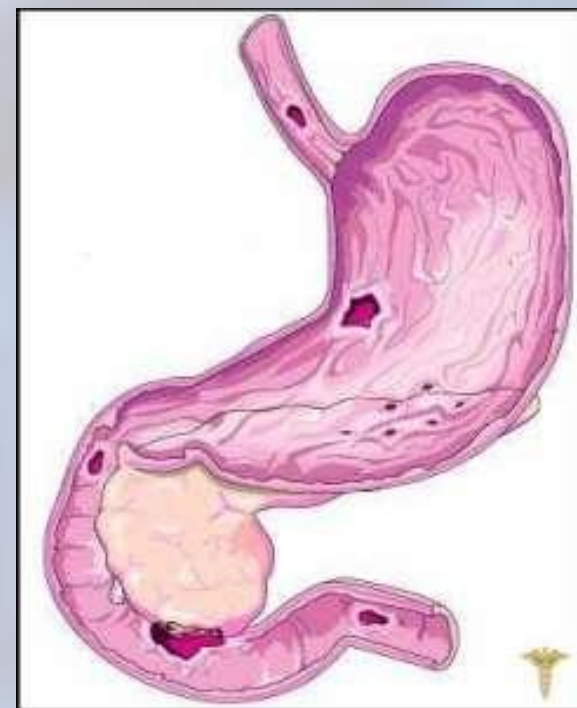


ЭТИОЛОГИЯСЫ

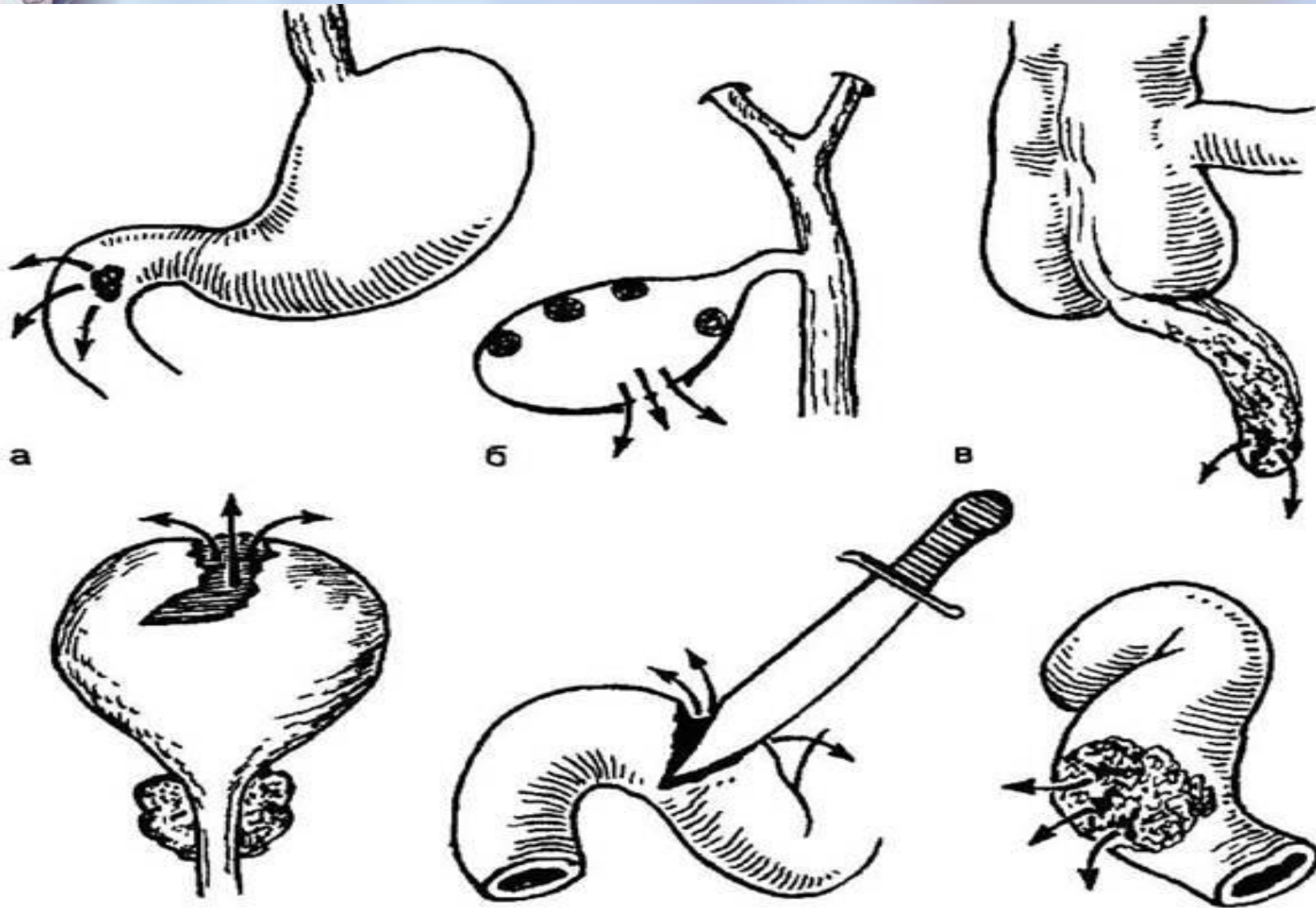
Перитониттің себептері:

- Құрт тәрізді өсіндінің қабынуы
- Асқазан және он екі елі ішектің тесілген ойық жара ауруы
- Өт қапшығының қабынуы
- Қыз балаларда жыныс мүшелерінің ауруы
- Ішектердің ауруы
- Іштің мүшелерінің жарақаттық зақымдары

Перитонит аралас бактериалды флорамен шақырылады. Алғашқы орынды ішек таяқшасы, одан кейін бактероидтар алады.



ЭТИОЛОГИЯСЫ





ЖІКТЕЛУІ

Перитониттің жайылуына қарай:

1. Жергілікті:

- а) шектелген (қабыну ісігі, абсцесс);
- б) шектелмеген (шектеу шекарасы жоқ);

2. **Таралған** (жайылған):

- а) диффузды (қабыну процесі іш қуысының екі қабатынан кем аймақты қамтыған);
- б) жайылмалы (қабыну процесі іш қуысының екі қабатынан астам аймақты қамтыған);
- в) жалпы немесе тотальды (қабыну ішастардың париетальды және висцеральды жапырақтарын толық қамтыған)



Клиникалық барысына қарай:

- а) жедел
- б) созылмалы

Эксудаттың түріне қарай:

- а) серозды
- б) фибринозды
- в) іріңді
- г) қанаралас (геморрагиялық)
- д) нәжісті
- ж) іріңді
- з) қоспа (серозды-фибринозды, фибринозды-іріңді т.с.с.)

Даму сатысына (фазасы) қарай:

- а) реактивті
- б) улы
- в) терминальды.

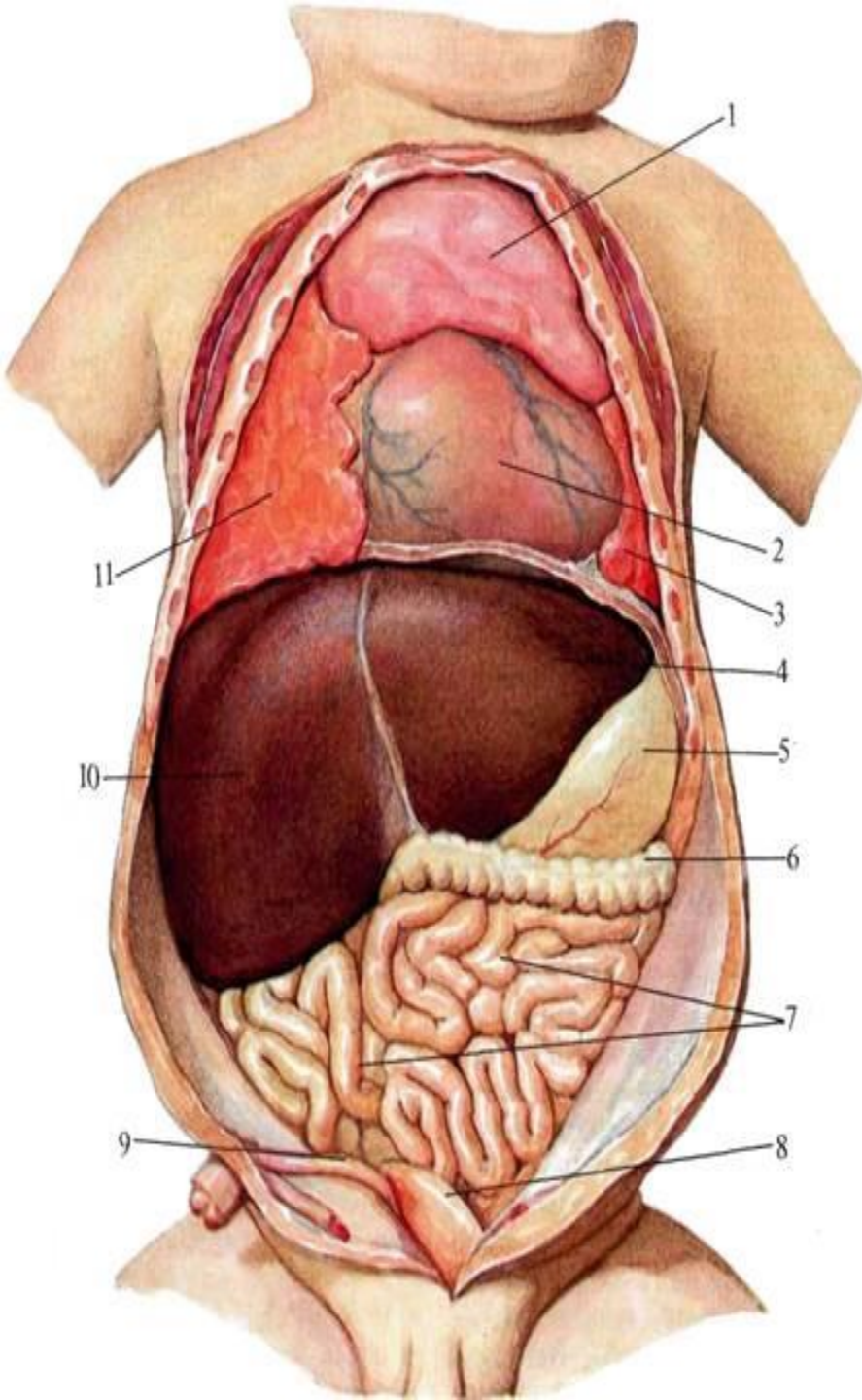
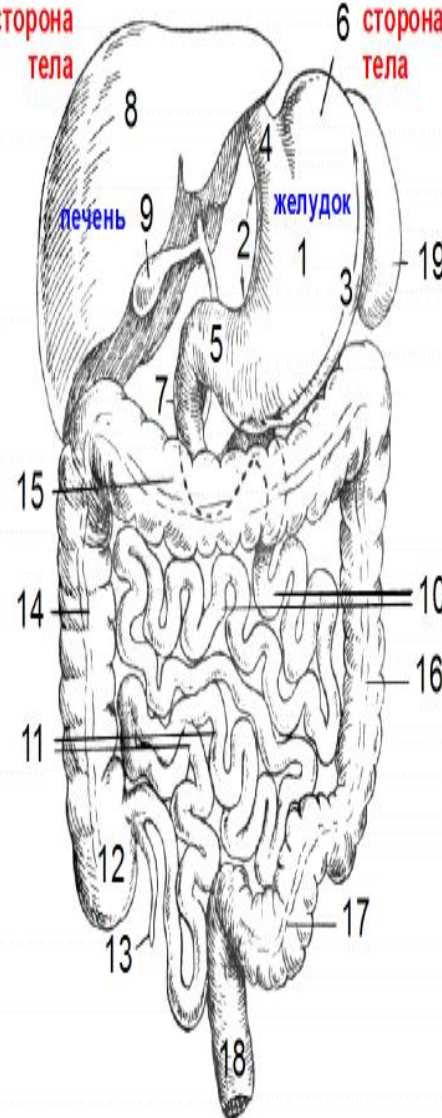


СХЕМА РАСПОЛОЖЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

правая
сторона
тела

левая
сторона
тела



- 1 - желудок
- 2 - малая кривизна
- 3 - большая кривизна
- 4 - вход в желудок
- 5 - выход из желудка
- 6 - дно желудка
- 7 - двенадцатиперстная кишка
- 8 - печень
- 9 - желчный пузырь
- 10 - тощая кишка
- 11 - подвздошная кишка
- 12 - слепая кишка
- 13 - червеобразный отросток
- 14 - восходящая ободочная кишка
- 15 - поперечная ободочная кишка
- 16 - нисходящая ободочная кишка
- 17 - сигмовидная ободочная кишка
- 18 - прямая кишка
- 19 - селезенка

That's quite enough







ПАТОГЕНЕЗІ

Негізінде организмнің улануы жатады. Іш қуысында перитонитте дамитын іріңді құбылыс өте көп токсиндер бөледі де ауру адамның организмінде улы заттар жиналып, оны уландырады. Перитониттің бастапқы сатысында іш кебеді, ішастар гиперемиясы, ісінуі, экссудация пайда болады. Одан соң гемодинамика бұзылады, ол өз кезегінде гипоксия тудырады. Осының салдарынан өкпе, бүйрек, жүрек қызметтері нашарлайды. Орталық және перифериялық нерв жүйелерінде терең өзгерістер туады. Ішастар қабынуында ағзаларда туатын патологиялық өзгерістер зат алмасуды бұзады. Осының бәрі түбінде полиоргандық жетіспеушілікке әкеледі.



КЛИНИКАСЫ

Реактивті сатысында:

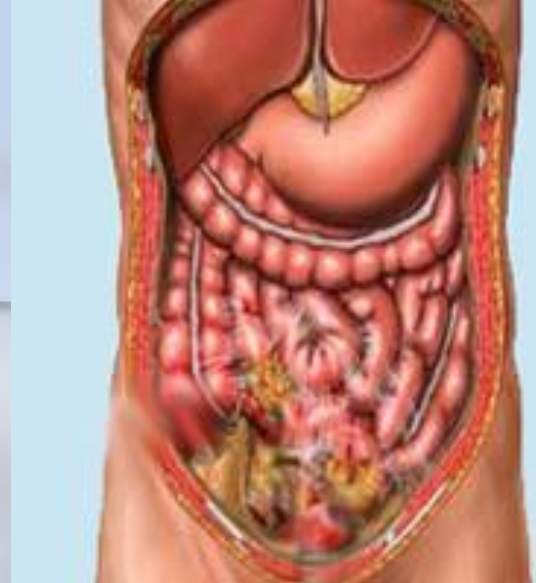
- ауру сезімі (қозғалғанда, жөтелгенде, терең дем алғанда күшейеді)
- Құсу
- Жату қалпы
- Щеткин-Блюберг оң
- Пальпацияда қабыну ісігі, абсцесс, инвагинат және әртүрлі ісіктер
- Перкуссияда іш қуысындағы бос сұйықтық
- Тахикардия

Уыттану сатысында(24-72 сағ.):

- Іш көлемі ұлғайған
- Іш кебеді
- Іш желі мен нәжіс шығуы сирейді
- Құсу жиілейді
- Пульс 1 минут 50-60
- дене қызуы 38-39°
- қан қысым төмендейді.
- Лейкоцитоз, ЭТЖ жоғары, гиповолемия, су-электролит зат алмасу көрсеткіштері, бауыр трансфераздарының өзгерістері, билирубин, креатинин көрсеткіштерінің жоғарылауы байқалады.



КЛИНИКАСЫ



Терминальды сатысында (72 сағаттан жоғары):

- жалпы жағдайы нашарлайды
- Ауру сезімі ұлғайған
- Құсу, ықылық ату жиі байқалады
- Өңі, бет әлпеті өзгереді көзі үңірейіп, ішке қарай кіреді (Гиппократ беті)
- Тері қабаты жабысқақ термен жабылады
- Тілі құрғайды (щетка тәрізді тіл)
- пульс минутына 120-150
- тыныс алу жиілігі минутына 30-40
- қан қысымы күрт төмендейді
- Іш қуысында бос сұйықтық көлемі ұлғайған
- Гепатаргия, олигурия
- Лейкоцитоз, ЭТЖ жоғары, гиповолемия, су-электролит зат алмасу көрсеткіштері, бауыр трансфераздарының өзгерістері, билирубин, креатинин көрсеткіштерінің жоғарылауы байқалады.



ДИАГНОСТИКАСЫ

- Клиникалық белгілер
- Рентгенологиялық зерттеу
- УДЗ
- Лапароскопия, Лапароцентез
- Ректальды зерттеу
- Клинико-лабораториялық зерттеу
- БХ

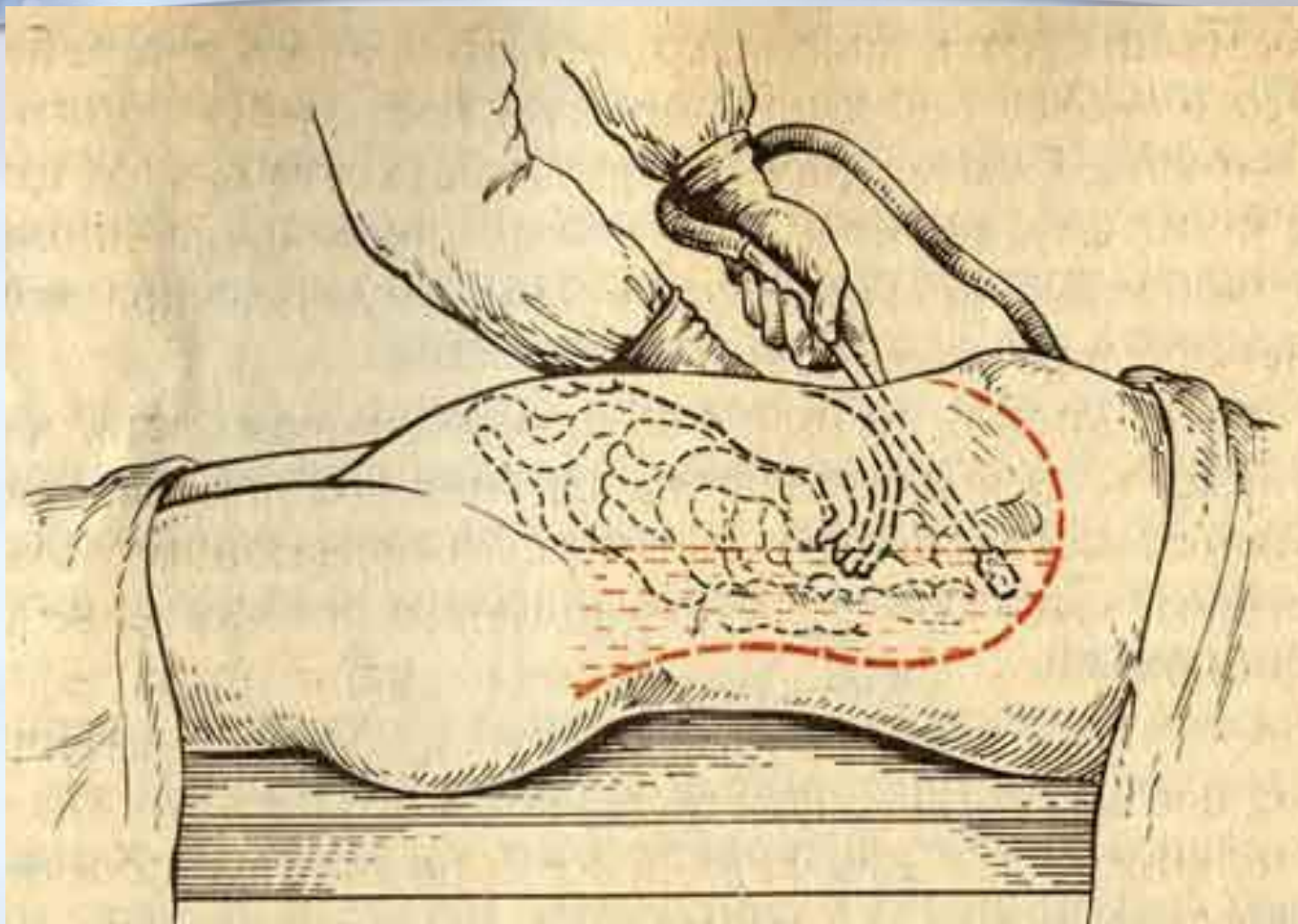




ЕМІ

Перитонитке күмән туғанда стационарға дейін ауру сезімін басатын дәрілер (анальгетиктер) тағайындамаған жөн, өйткені олар клиникалық белгілерін өзгертуі мүмкін. Стационарға жеткізілісімен диагноз толық анықталғанда, комплексті емге кірісу. Комплексті емнің ең алдыңғы қатарында хирургиялық әдіс тұрады.





MedicalPlanet.ru
медицина для вас.





ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. *Верткин А. Л. "Скорая медицинская помощь" Москва 2006 г.*
2. *Қ. М. Тұрланов., С. А. Қалқабаева "Жедел медициналық жәрдем" Алматы 2011 ж.*
3. *"Неотложные состояния " Под ред. Петрушиной А. Д. Москва 2002 г.*