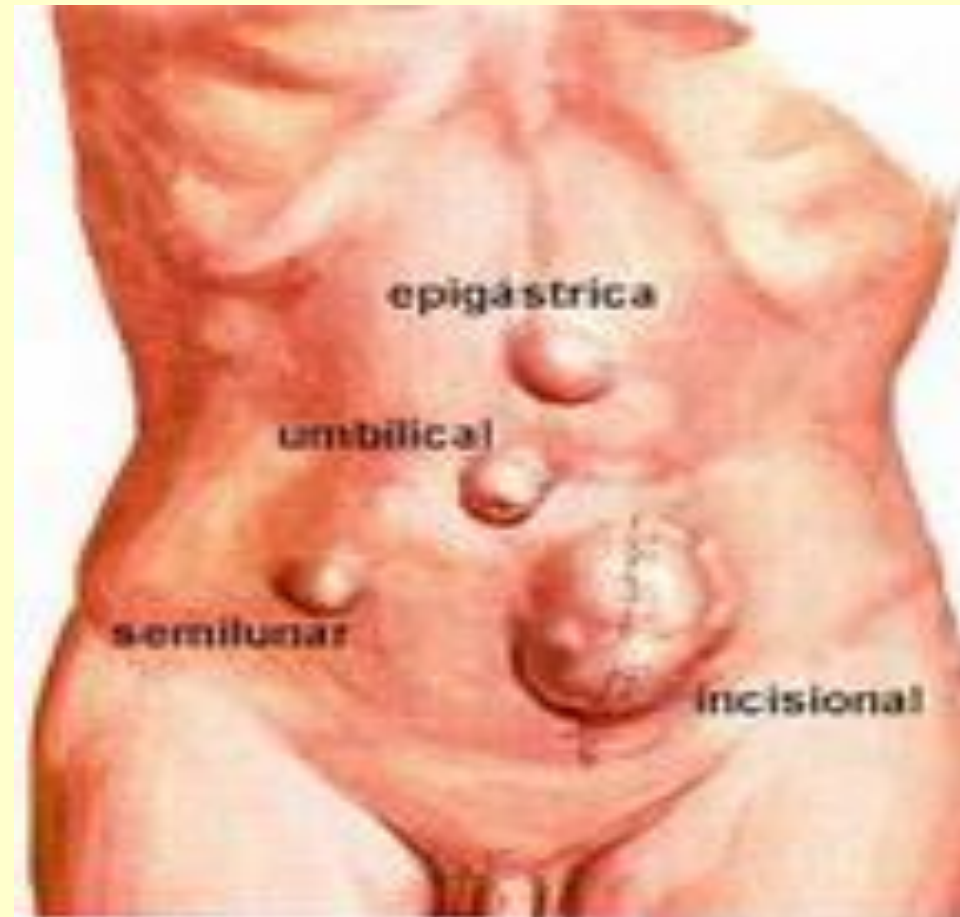


# *Іш жарықтары*

Іштің қуысының іргелеріндегі тесіктерден (туа біткен немесе жүре пайда болған ) іш пердесімен бірге шыққан ағзаларды жарық дейді.

*Hernia abdominalis*



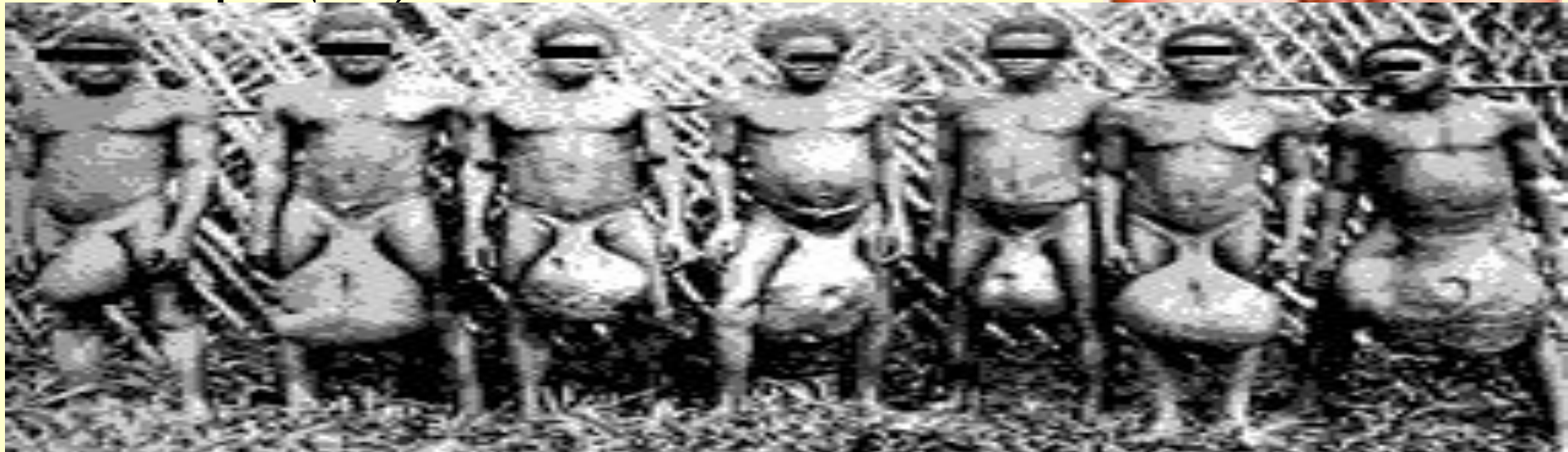
- **Іш жарықтары**
- Бұл барлық тұрғындардың 2-4 %-ын құрайтын, жиі кездесетін ауру.

## **Жарықтар туралы жалпы ұғым:**

- Жарықтар: ішкі және сыртқы жарықтар болып бөлінеді:

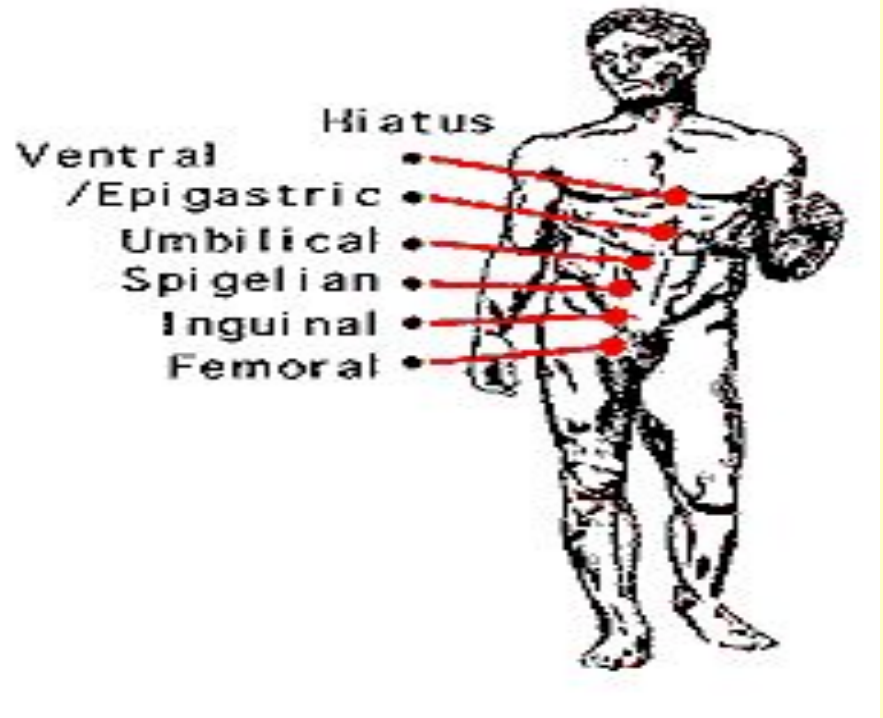


• **Сыртқы жарықтар дегеніміз:**  
қабырғасы іш пердесімен жабылған  
іш қабы мүшелерінің ішастар  
қабырғасындағы ақауы арқылы,  
тері астына шығуы (ол іш пердемен  
жабылмаған жалған жарықтан  
ерекшеленеді, мысалы: ішкі  
мүшелердің сыртқа шығуы -  
эвентерация).



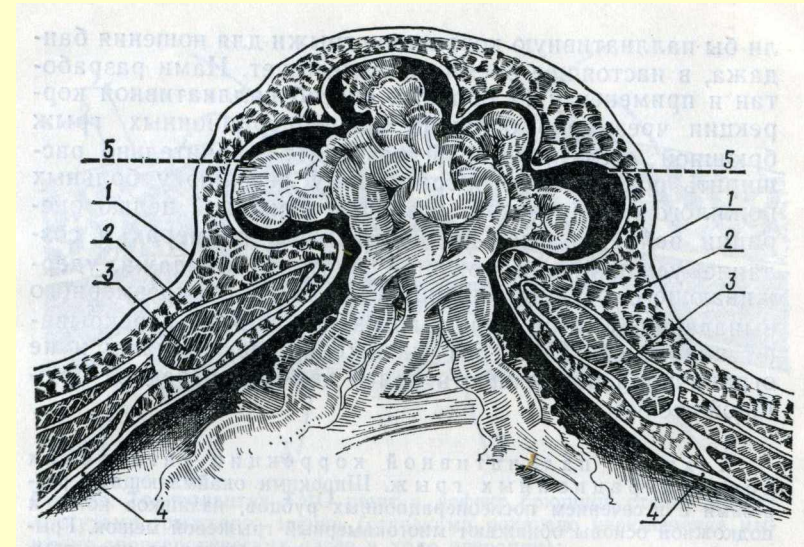
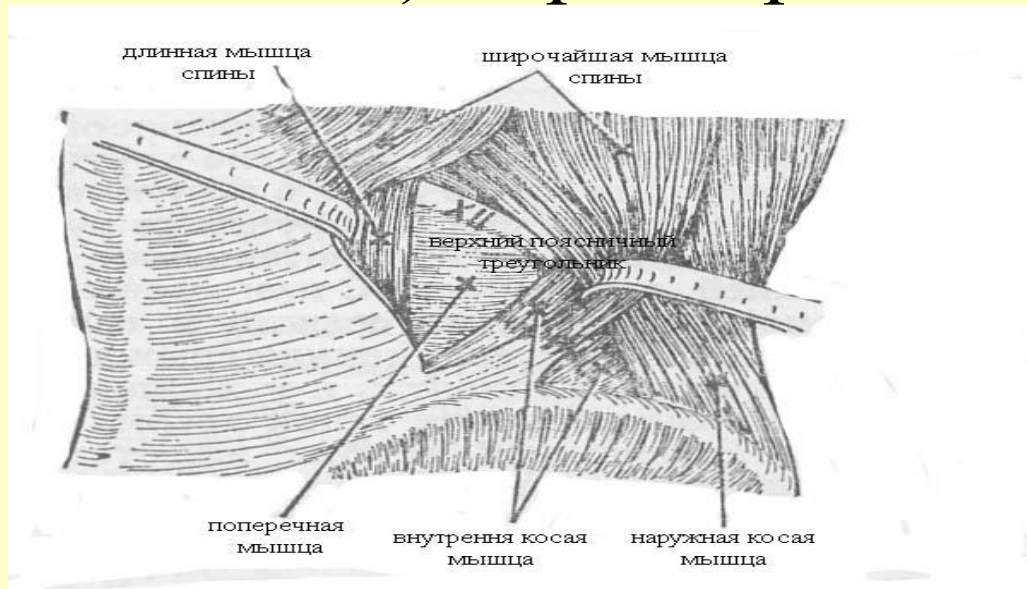
- **Ішкі жарықтар деп:** ішастардың немесе шажырқайдың әртүрлі қалталарына ішкі мүшелердің шығуын немесе диафрагма саңылауы арқылы ішкі мүшелердің кеуде қуысына түсуін айтады.

- Біз негізінен сыртқы жарықты қарастырамыз.

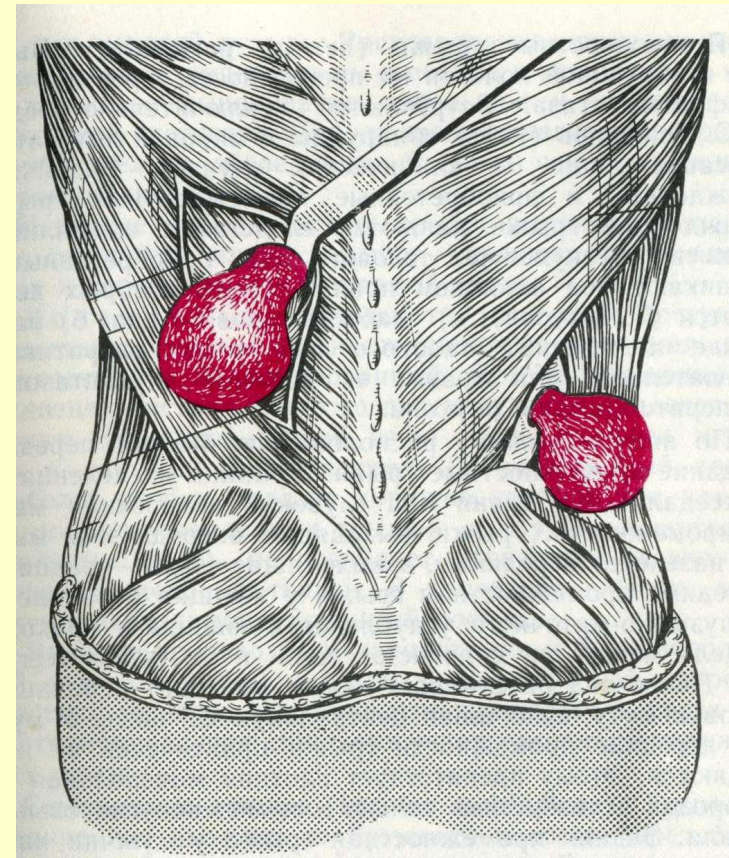
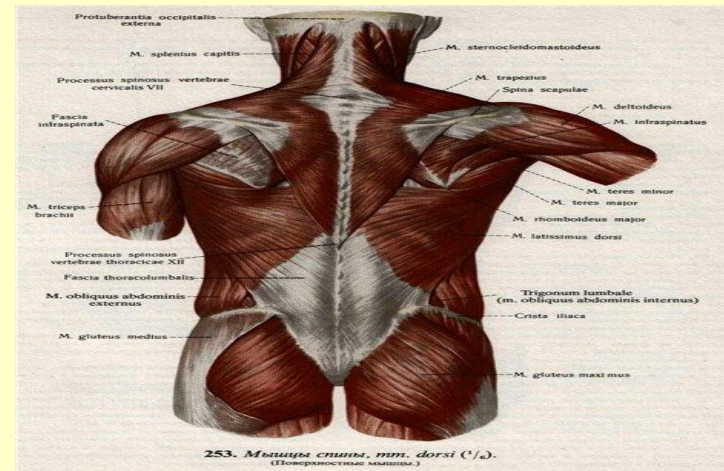


# Жіктелуі:

- Шығу тегі бойынша – туа біткен және жүре пайда болған (жарақатты және операциядан кейінгі)
- Орналасуы бойынша – шап жарығы, сан, кіндік жарығы, іштің ақ сызықты жарығы, бел жарығы, шат аралық жарығы, Спигелиев сызықты (сирек кездесеін) жарықтар.



- АҒЫМЫ БОЙЫНША – ТОЛЫҚ ЖӘНЕ ТОЛЫҚ ЕМЕС, АСҚЫНҒАН ЖӘНЕ АСҚЫНБАҒАН
- Жиі кездесетін жарықтар: шап жарығы – 71,5 %, сан жарығы – 10,4 %, ақ сызықты жарық – 11 %, кіндік жарығы – 3,9 % , ал басқа түрлері – 3,2 % - ды құрайды.



# Жарықпен ауыратындардың жыныстық ерекшеліктері бойынша пайыздық қатынасы:

- Ер адамдарда: шап – 96,3 %  
сан – 2,6 %  
кіндік – 1,1 %
- Әйелдерде: шап – 50,6 %  
сан – 33,5 %  
кіндік – 15,2 %-ын құрайды

# ЭТИОЛОГИЯСЫ:

- Туа біткен жарықтар іш қабы қабырғасының даму ақауы немесе жетілмеуі нәтижесінде дамиды. Мұндай балаларда туған кезінде дайын жарық қабы болады. Мысалы, туа біткен қиғаш шап жарығы.
- Жүре пайда болған жарық кезінде екі негізгі факторды ажыратады:

1. Ішастар қабырғасының әлсіздігі – бейімделу факторы

II. Іш қабы ішіндегі қысымның жоғарлауы болады:

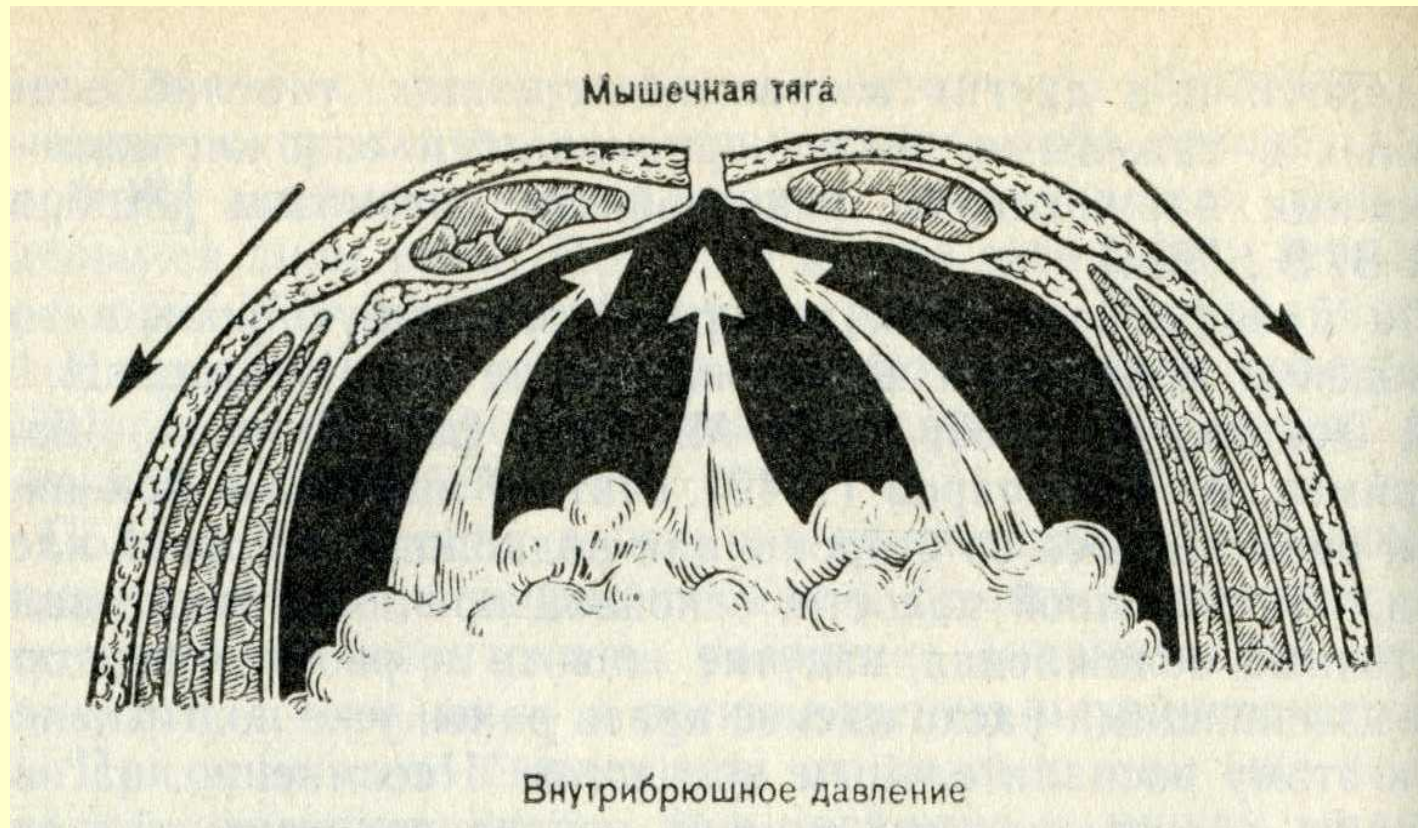


# Ішастар қабырғасының әлсіздігі дамиды:

- жергілікті: а) анатомиялық құрылысы бойынша
  - б) операция, жарақат нәтижесінде
  - в) жұлын зақымдалуының немесе жүйкетамыр талшықтарының қиылуы нәтижесінде
- Ағзаның жалпы жағдайымен байланысты әлсіздік болады:
  - а) «тіндердің қарттық болбырлығы» кезінде
  - б) ауру, аштық нәтижесіндегі жүдеу кезінде
  - в) шамадан тыс семіру кезінде
  - г) асцит, жүктілік кезінде ішастар қабырғасының созылуында

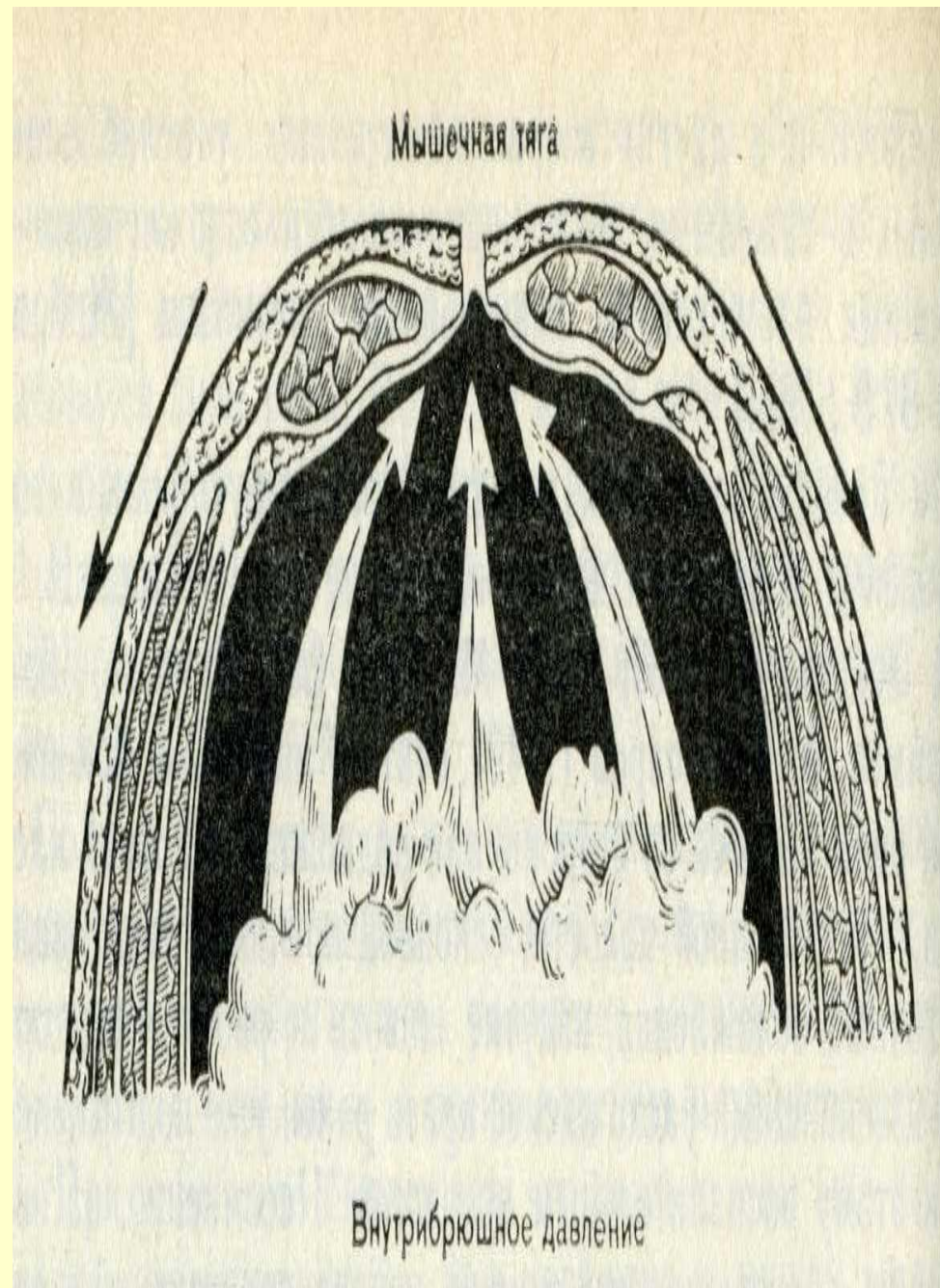
## II. Іш қабы ішіндегі қысымның жоғарлауы болады:

- а) физикалық күш түскенде
- б) музыкалық аспаптарда ойнайтын адамдарда
- в) босану кезінде



г) дефекация (іш қату)  
және зәр шығаруы  
қиындағанда  
(уретрада тас  
болғанда, фимоз  
кезінде т.б.)

д) тұрақты жөтел  
кезінде (созылмалы  
бронхит,  
бронхоэктаз,  
туберкулез, кезінде)



# Клиникалық көрінісі:

Ауру негізінен баяу дамиды, бірақ кейде физикалық жүктемеден, жөтелден кейін тез дамуы мүмкін.

Субъективті белгілері:

- а) Үдемелі ауырсыну, ол вертикальды жағдайда, физикалық жүктеме кезінде күшейеді. Бастапқы кезеңде ауырсыну айқын көрінеді, бірақ кейде болмауы да мүмкін.
- б) диспепсиялық бұзылыстар – лоқсу, құсу, кекіру, іш қату
- в) дизурия

# Объективті белгілері:

1. Жарық томпаюы – вертикальды жағдайда немесе күшену кезінде шар тәрізді немесе сопақша формалы ісіну пайда болады.
2. Өз орнына келуі -өздігінен немесе қолмен келтіру арқылы жүргізіледі. Бұл жарықтың негізгі белгісі болып табылады.
3. Жарық қақпасының болуы.
4. «Жөтел түрткісі» белгісі.
5. Перкуссия кезінде жарық қабында ішек болса – тимпанит, ал егер шарбы болса - тұйық дыбыс естіледі.
6. аускультация белгілері – ішекті орнына келтіргенде шұрылдау естіледі.

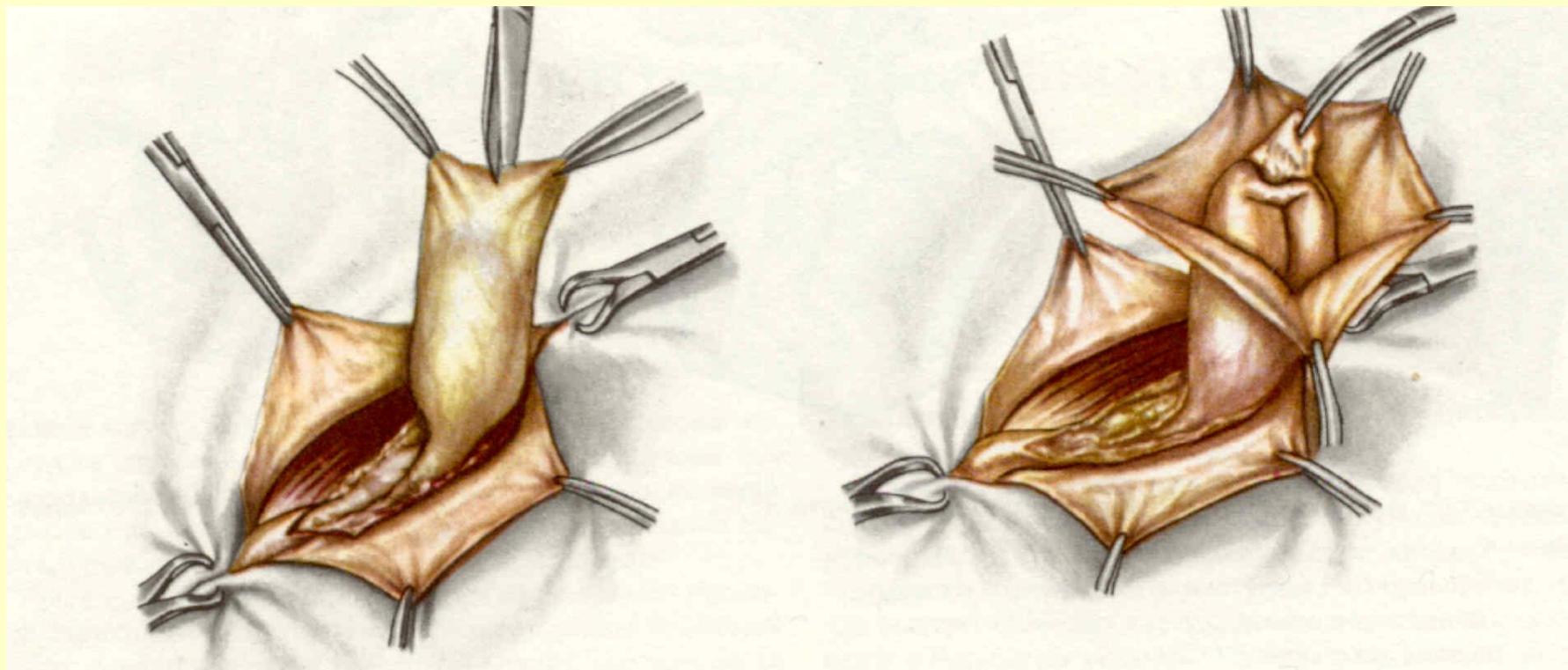
- Жөтел түрткі белгісін анықтау жарық қақпасын және өзегін жалпы зерттеуде маңызды болып саналады.
- Профилактикасы – ерте және жүйелі дене шынықтырумен айналысу, өз уақытында емделу. Балаларды қатты орауға және жылағанда жоғары қарай лақтырып көтеруге болмайды.



# *Емі:*

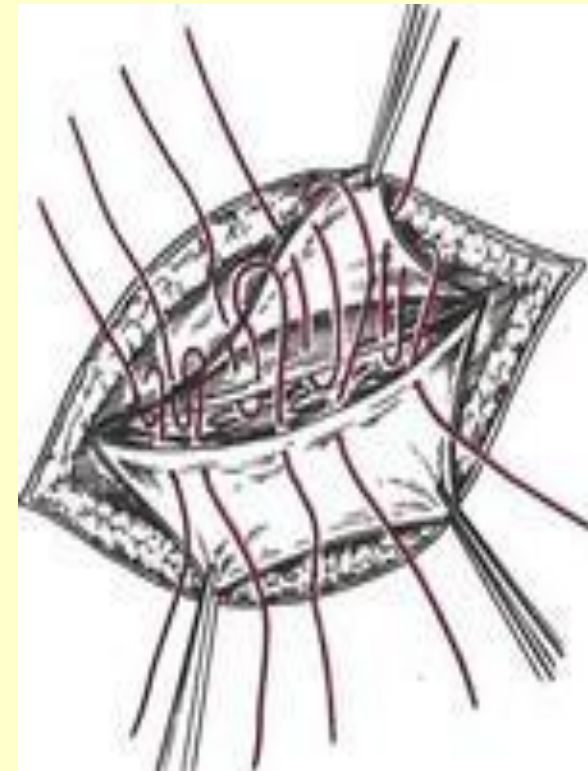
Оперативті түрде жүргізіледі. Операция екі кезеңнен тұрады:

1. жарықты кесу – жарық қабын ашу, шығару. Ішкі мүшелерді орнына келтіріп, мойын бөлігіндегі қапты тігіп байлау.



2. Жарық қақпасының пластикасы  
Жансыздандыру жергілікті түрде  
жасалады (новокаин немесе  
лидокаинмен)

Операция алдындағы дайындық –  
гигиеналық ванна және  
операциялық алаңды қыру,  
операция алдында тазарту  
клизмасын қояды. Операциядан  
кейінгі кезең - өкпе асқынуын  
алдын алу, метеоризмен күрес  
жүргізіледі.





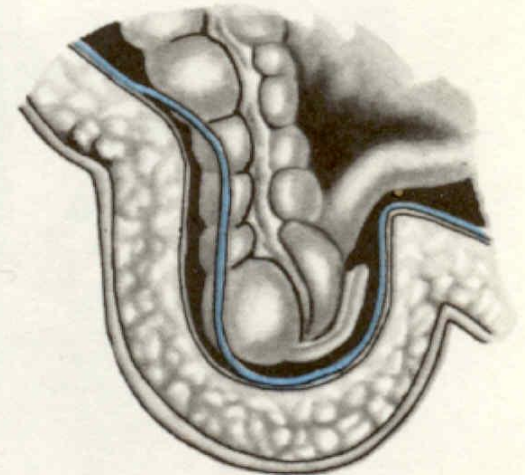
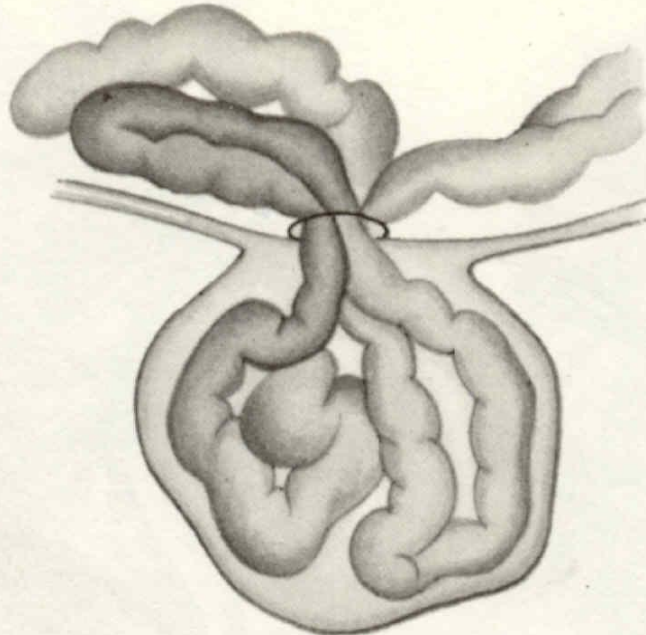
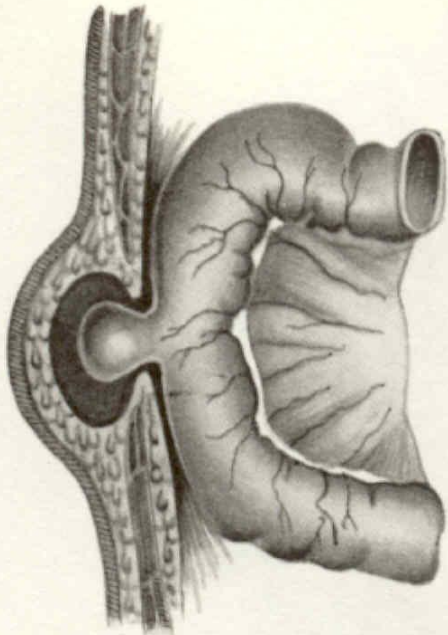
# Операцияға қарсы көрсеткіш:

- Ол мүлде(абсалютный) және салыстырмалы болып бөлінеді.
- Мүлдеге – жедел инфекция, туберкулез, қатерлі ісіктер, айқын тыныс алу және жүрек жетіспеушілігі кезінде.
- Салыстырмалы - ерте шақ, жүктіліктің соңғы 2-3 айы, уретра стриктуралары, простата аденомасы кезінде.

- Операция жасауға болмайтын жағдайда бандаж қолданылады. Бандажды әр адамға жеке түрде таңдау керек және түнде шешіп қояды.
- Бандаждың кемшілігі – тіндердің жарақаты мен атрофиясы, созылмалы экзема және тағы да басқа.



- **Іш жарығының асқынулары (қысылу, орнына келмеуі, копростаз, қабыну)**

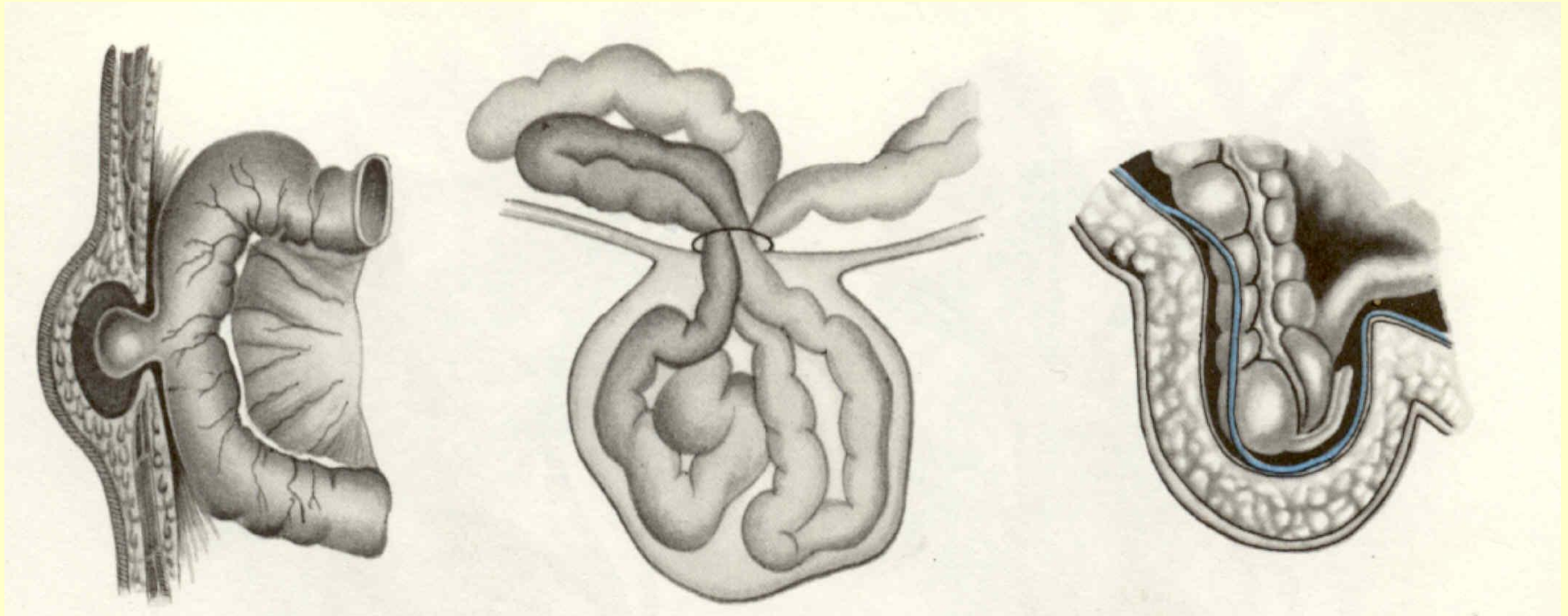


# Қысылған жарықтар:

Қысылу – жарықтың ең ауыр асқынуы болып табылады. Барлық аурудың 3-15% - ын құрайды. Қысылған жарық дегеніміз: қысылған мүшенің қоректенуінің бұзылуымен өтетін, жарық құрамындағы заттың жарық қақпасында немесе жарық қабының тыртықты өзгерген мойнында қысылуы.



- Эластикалық қысылу іш бұлшықеттерінің жиырылуы мен жарық қабында жататын ілмекке ішек құрамының көп мөлшерде түсуі нәтижесінде дамиды.
- Қабырғалық қысылуы (Рихтерлік) кезінде ішектің тек бір қабырғасы ғана қысылады. Ол – ішек шажырқайына қарама-қарсы орналасқан ішек қабырғасы.

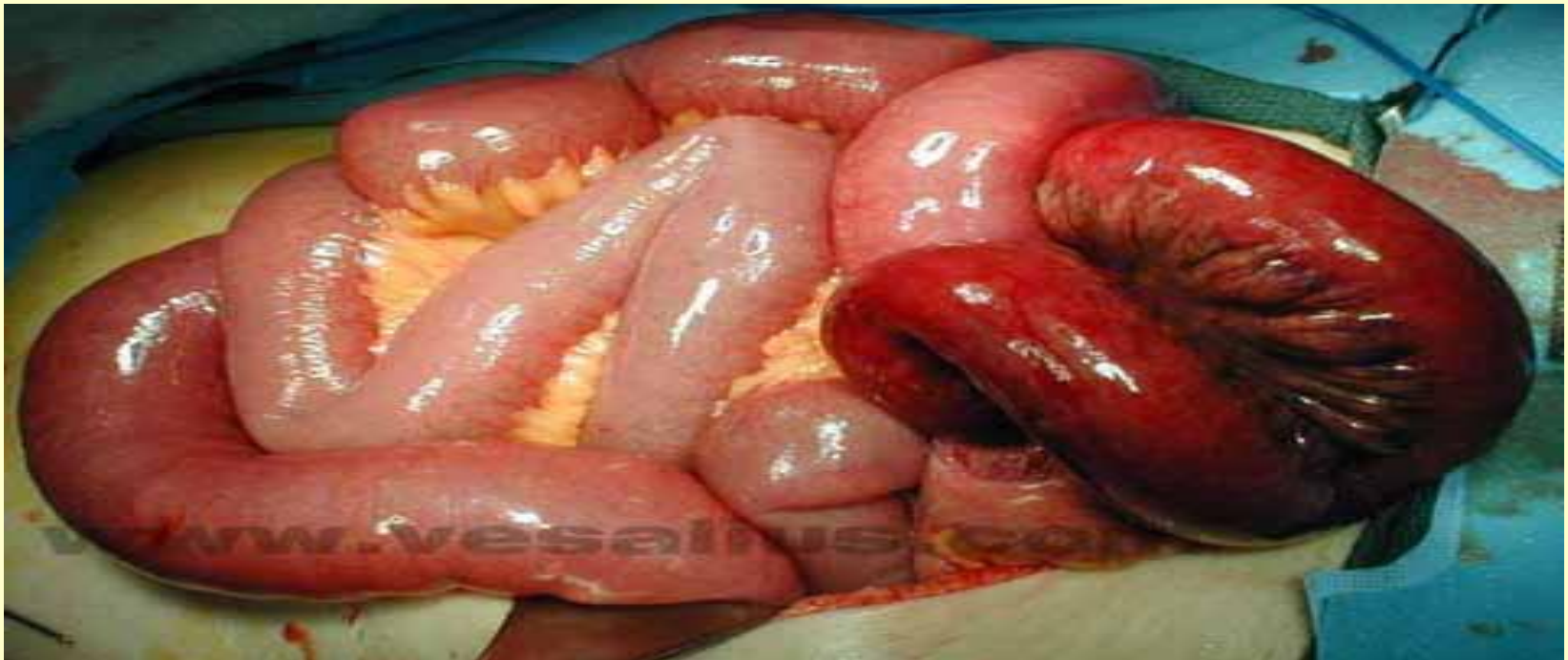


- Ретроградты қысылуында ащы ішек қысылады, бұл кезде жарық қапшығында екі ішек ілмегі болады, ал аралық ішек ілмегі құрсақ қуысы ішінде орналасады. Ішек некрозы алдымен жарық сақинасынан тыс құрсақ қуысы ішіндегі ішекте дамиды, ал жарық ішіндегі ішек ілмектерінің бұл кезде әлі өмірге қабілеттілігі сақталады. Көбінесе ішек ілмегі, содан кейін шарбы қысылады.



## • Патанатомиясы:

Ішектің жарық қақпасымен қысылу жерінде странгуляциялық жүлгелер түзіледі. Олар ішек қабырғасының  $3/4$  бөлігін алады. Мұнда алдымен ішек қабырғасы зақымдалады, кейін қан айналымының бұзылуының дәрежесі бойынша ішектің орталық бөлімі әкелуші, әкетуші ілмектері зақымдалады.



Жарық суы алдымен стерильді, содан кейін геморрагиялық сипатта болып, іріндей бастайды. Шажырқай тамырларының қысылуы мен тромбозы соңында некроз дамиды. Ішек некрозы кілегейлі қабатта болады, өйткені кілегей асты қабатында тамырлар өтеді. Жарық қапшығында ішек некрозынан кейін жарық флегмонасы және нәжіс перитониті дамиды

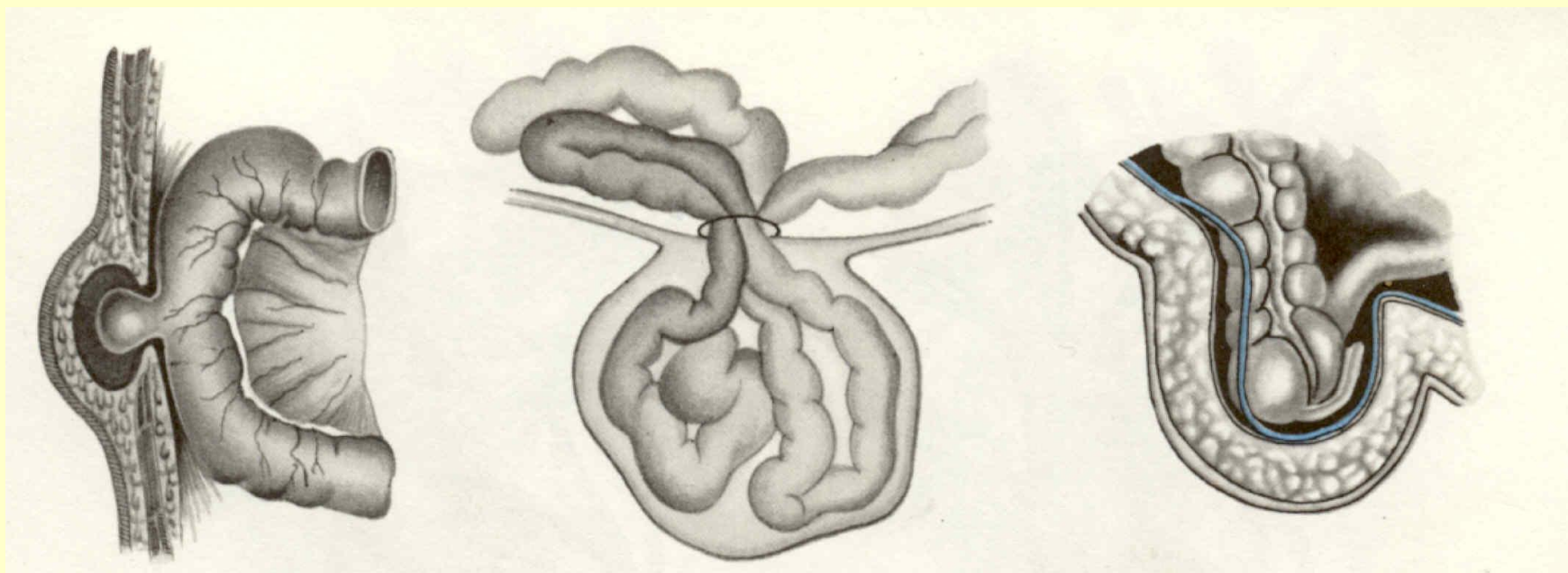




- **Клиникалық көрінісі**

Жарық томпаюы бөлімінде қатты ауырсыну болады. Жарық томпаюының мөлшері ұлғаяды. «Жөтел түрткісі» симптомы жоғалады.

- Ішек өтімсіздігі симптомы – құсу, іш қату, іштің кебуі, желдің шықпауы. (Рихтерлік және шарбы қысылуы кезінде болмайды).



- Жалпы симптомдар – бозару, цианоз, аяқ-қолдың сууы, тілі құрғақ, кіші жай пульстің болуы.
- Жергілікті белгілері – асқынған жағдайда қабыну, жарық флегмонасы.



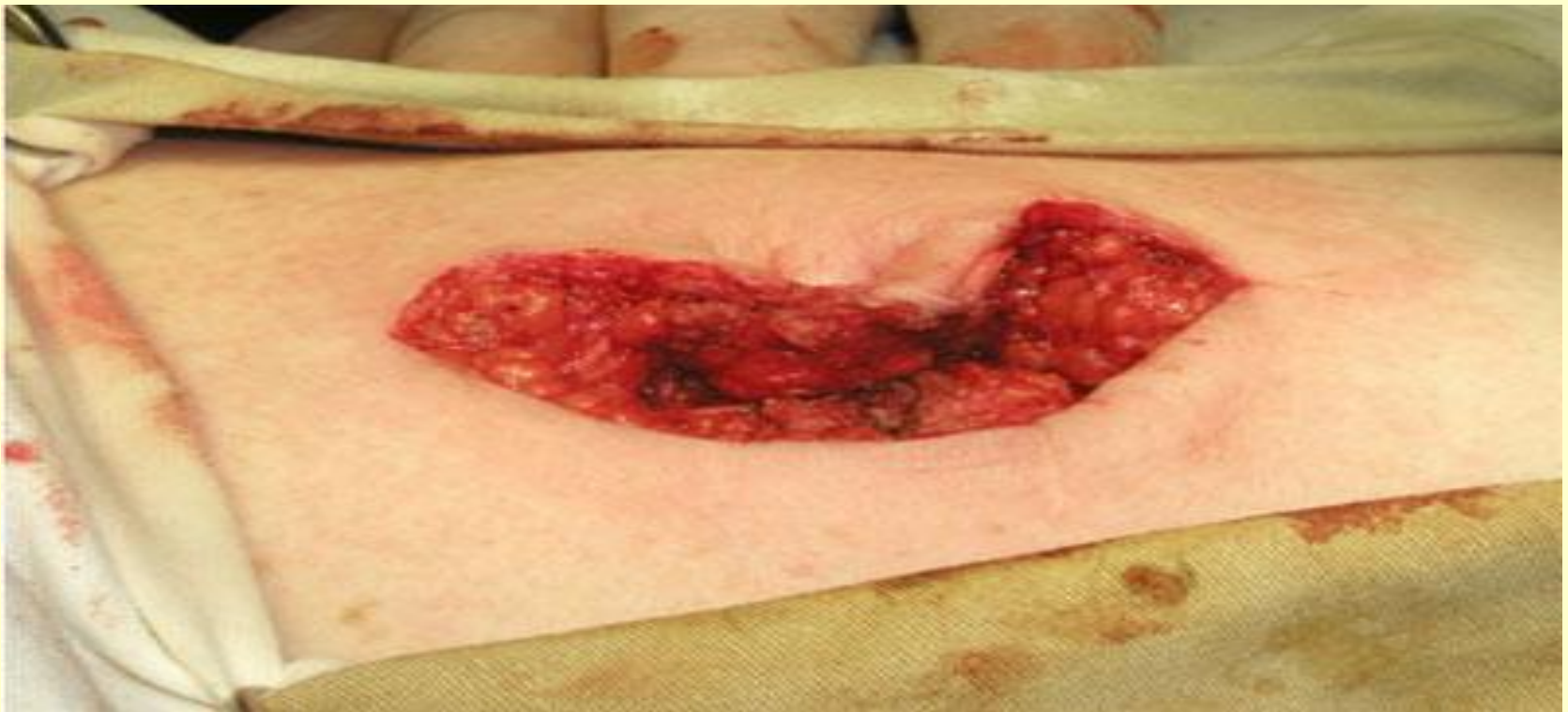
## **Дифференциальды диагноз:**

Жарықтың орнына келмеуімен, жарықтың қабынуымен, копростазбен, жедел аппендицитпен, шапты лимфаденитпен, жедел орхоэпидимитпен, басқа генезді ішектің өтімсіздігімен, перитонитпен, панкреонекрозбен жүргізіледі.

Ішек өтімсіздігі кезінде алдымен жарық қақпасын зерттеп, қысылған жарықты анықтау керек.

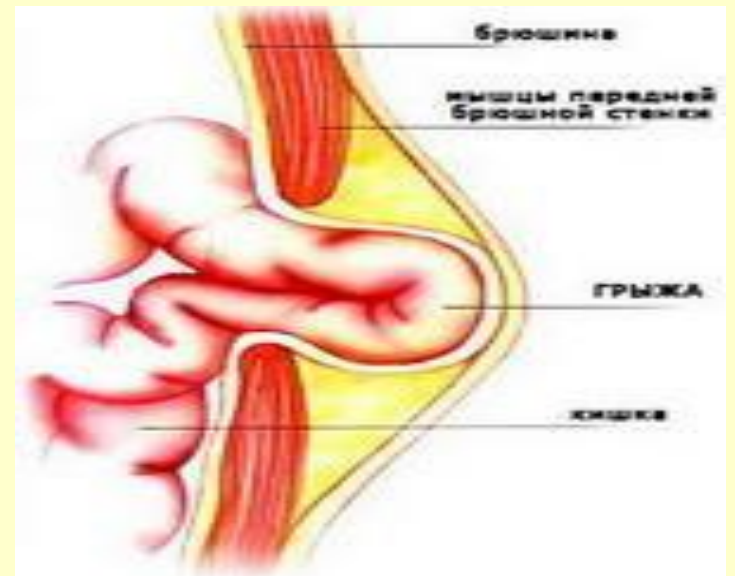
## Емі:

Қысылудан кейін 3 тәулік өткен соң өлім қаупі 10 ретке жоғарлайды. Операция өз уақытында жасалса да, өлім қаупі - 2,5 % құрайды. Некроз кезінде ішекке резекция жасалынады.



## Операция ерекшеліктері:

1. Қысылған сақина жарық қабының ашылуына дейін және қысылған мүшелердің бекуі мен қаралуына дейін кесілмейді.
2. Қысылған мүшелер мен ішастар қабырғасының тамырларын зақымдамау үшін сақинаны кескенде абай болу қажет.



3. «Жарық суына» бактериялар тускенде электросорғышпен сорып алып, бак.себу жасайды.

4. Егер ішекте өзгерістер болса, онда жылы физиологиялық ерітіндіге малынған салфетканы 5-10 минутқа салып қояды.

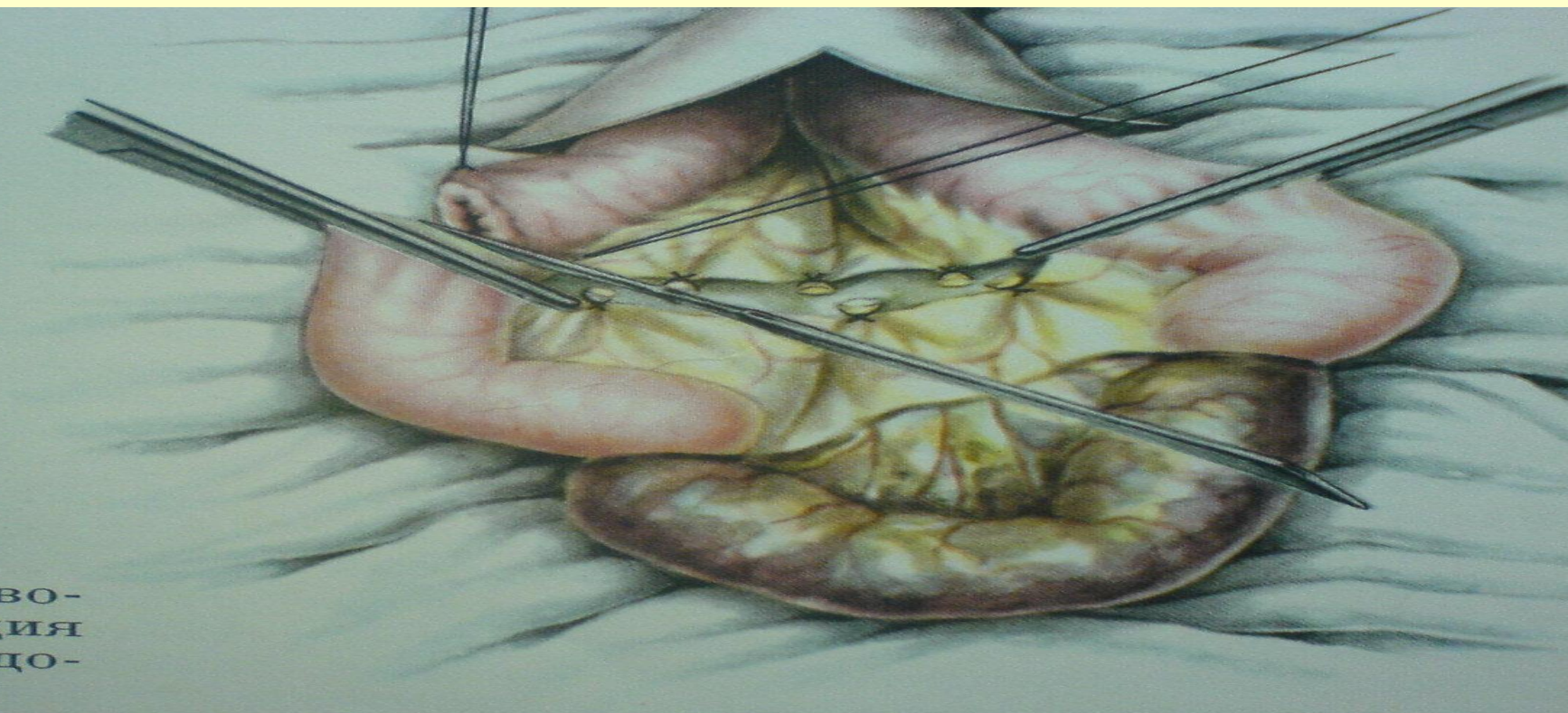


# Ішектің өмірге қабілеттілігінің белгілері:

- а) қалыпты түсі мен күш-қуатының қалпына келуі
- б) серозды қабатының тегістігі мен жылтырлығы
- в) перистальтиканың болуы
- г) шажырқай тамырларында пульсацияның болуы



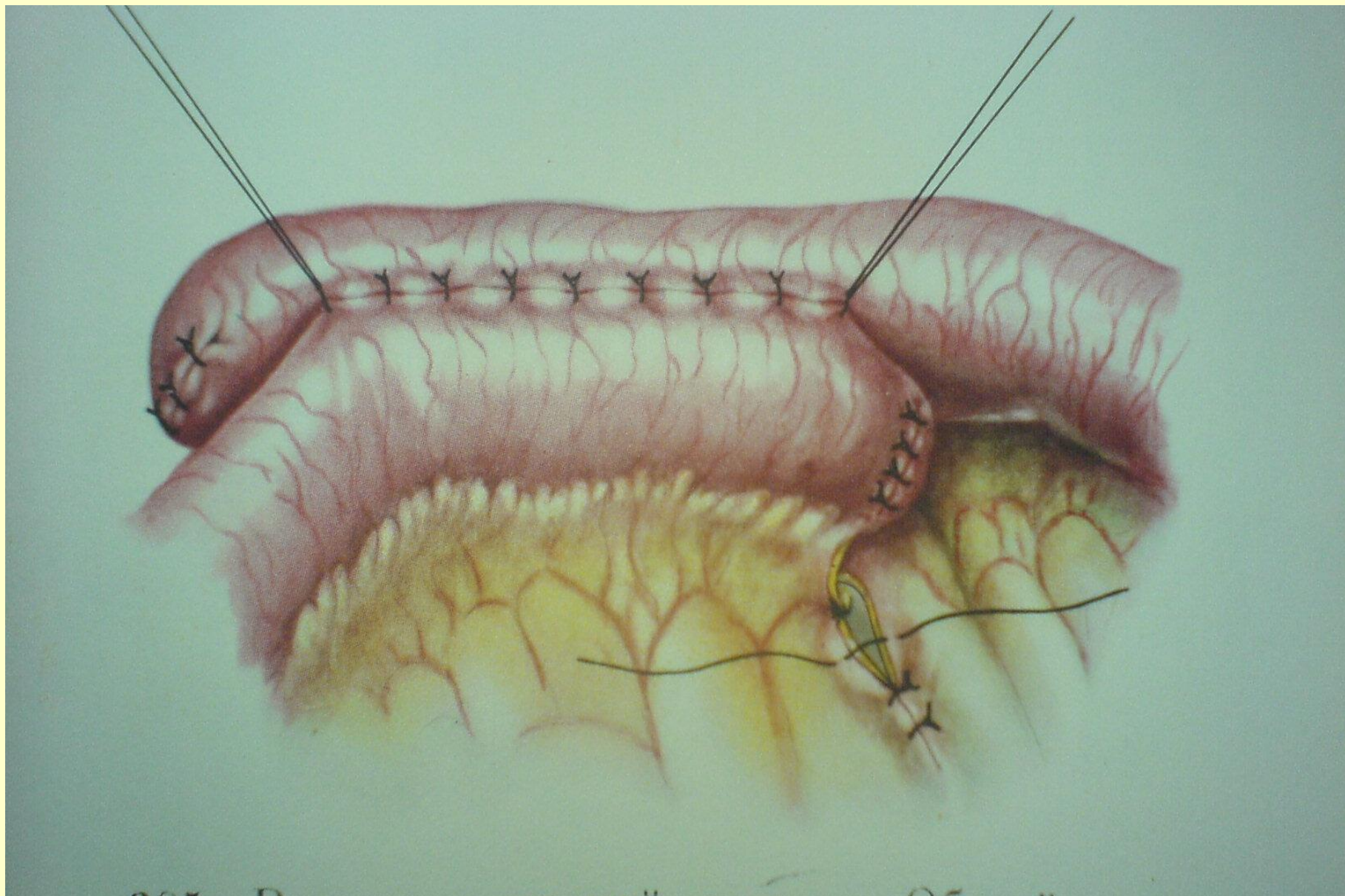
- Жарық қабында бірнеше ілмектер болса (ретроградты қысылу болуы мүмкін)
- Ішек резекциясы сау тін деңгейінде жасалады, яғни ішектің жоғары жағынан 35-40 см, төменгі жағынан 15-20 см кесіп алып тастайды.





Анастамоз 2 жолмен жасалынады:

1. «соңын соңына» немесе «бүйірін – бүйіріне»



- Жағдайы ауыр науқастарға ішек жыланкөзі салынады, ал жағдайы өте ауыр науқастардың некроздалған ілмегін резекциясыз сыртқа шығарады. Ең қарапайым және аз жарақаттайтын әдістері қолданылады.
- Жарық флегмонасы кезінде іш қуысы жағынан бірге ортаңғы лапаротомия жүргізіледі. Содан кейін қайтадан жарыққа келіп, ішектің қысылған бөлігін кесіп ішек резекциясы, іш қуысына дренаж салады.



- Өлім дәрежесі:-  
алғашқы тәулігінде – 2,9 %-ын,  
екінші тәулікте – 7 %-ды  
екінші тәуліктен кейін –31,3 %-ды құрайды.
- **Асқынулары:** перитонит, өкпе асқынулары,  
тромбоз, эмболиялар, кеш қан кетулер.

## Консервативті ем:

- Қысылудан кейін алғашқы 2 сағат ішінде, жүрек декомпенсациясы миокард инфарктісі, қатерлі ісіктер кезінде консервативті ем тағайындалады.
- Консервативті емнің құрамына:
- Қуық пен ішекті босату
- Жылы ванна,
- тазарту клизмалары

- қолмен жарықты орнына келтіру
- Орнына келтіргеннен кейін жөтел түрткісі симптомын анықтау арқылы жарық каналын саусақпен бақылау қажет. Ол өздігінен орнына келсе, стационарда жоспарлы бақылауға алынады. Жағдайы нашарлаған жағдайда жедел түрде операция жасалынады.
- **Алдын алу:** Өз уақытында жоспарлы операция, жарықты анықтаудың диспансерлік әдісі.

## II. Копростаз.

- Копростаз- нәжістік массаның жарық қабында іркілуі.
- Ол көбінесе ішек атониясы , орнына келмейтін үлкен жарығы бар адамдар да, қарттық шақта байқалады.

**Клиникалық ерекшеліктері:** томпаюдың ұлғаюы мен ауырсынудың күшеюі баяу түрде жүреді. Жөтел түрткісі феномені сақталған, жартылай ішек өтімсіздігі байқалады. Жалпы жағдайы орташа

**Емі:** орнына келтіріп, клизмалар қолданады. Ішекті босататын дәрілерді қолдануға болмайды. Егер консервативті ем нәтиже бермесе, жедел операция жүргізіледі.

### III. Қабыну

- Қабыну көбінесе жарық құрамынан басталады: жедел аппендициті, жатыр қосалқыларының қабынуы және т.б.
- Қабыну серозды, серозды – фибринозды, кейде ірінді немесе шірікті,.

**Клиникалық ерекшеліктері:** Жедел басталады, ауырсыну, дене қызуы жоғарлайды Жергілікті – гиперемия, ісіну флегмонаға дейін.

- **Емі:** оперативті.

## Орнына келмейтін жарықтар

- Орнына келмейтін жарық – созылмалы түрде өтетін асқыну. Мойын бөліміндегі жарық құрамы мен жарық қабының бірігіп өсуінің нәтижесінде дамиды.
- **Клиникалық ерекшеліктері:** Ауырсыну аз немесе мүлдем болмайды, жарық томпаюының қысымы мен ішектің өтімсіздік белгілері болмайды. Копростазбен, жартылай ішектің өтімсіздігімен асқынады. Орнына келмейтін жарықтар диспепсиялық құбылыстармен бірге жүреді



**Емі:** Жарыққа жасалынатын операция жоспарлы түрде жүргізіледі, қысылған жағдайда жедел түрде операция жасалады.

- Жылжымалы жарықтар асқыну болып саналмайды. Бірақ анатомиялық ерекшеліктері операция кезінде өте маңызды. Ол 2,6-4,6% жағдайында кездеседі. Жарық қабының бір қабырғасын құрайтын жылжымалы мүшеге қуық, соқыр ішек жатады.

## **Оперативті емнің ерекшеліктері:**

- Жарық қабын шығарғанда абай болу керек. Жалпы қарағанда – жарық қабырғасы қалың, мөлдір емес, қуық қабырғасы венамен жабылған Жарық қабының жіңішке бөлігінен ашады.
- Жарық қабының тігісі ішастар мен ішкі мүшені бөлгеннен кейін салынады. Соқыр ішектің қысылуы мен некрозы кезінде оң жақты гемиколэктомиямен бірге ортаңғы лапаротомия жасалынады.
- Қуықтың қысылуы мен некрозы кезінде қуық жанындағы кеңістікке дренаж салып, қуық резекциясын жасайды.

**Шап жарықтарында қиғаш, тік және туапайда болған жарықтар болады.**

**Қиғаш шап жарығы өсу дәрежесіне байланысты А. П. Крымов бойынша бөлінеді:**

**А- басталатын**

**Б-өзекті**

**В- ұрық шылбыры жарығы**

**Г- шап-ұма жарығы**

- Тік шап жарықтары тек жүре пайда болған болады, ал қиғаш шап жарығы жүре пайда болған және туа пайда болған болады.
- Көбінесе жарық қапшығында ащы ішекпен шажырқай болады.
- **Рихтера—Литтре - жарығы жарық қақпасында ішек қабырғасының тек жартысы болады**



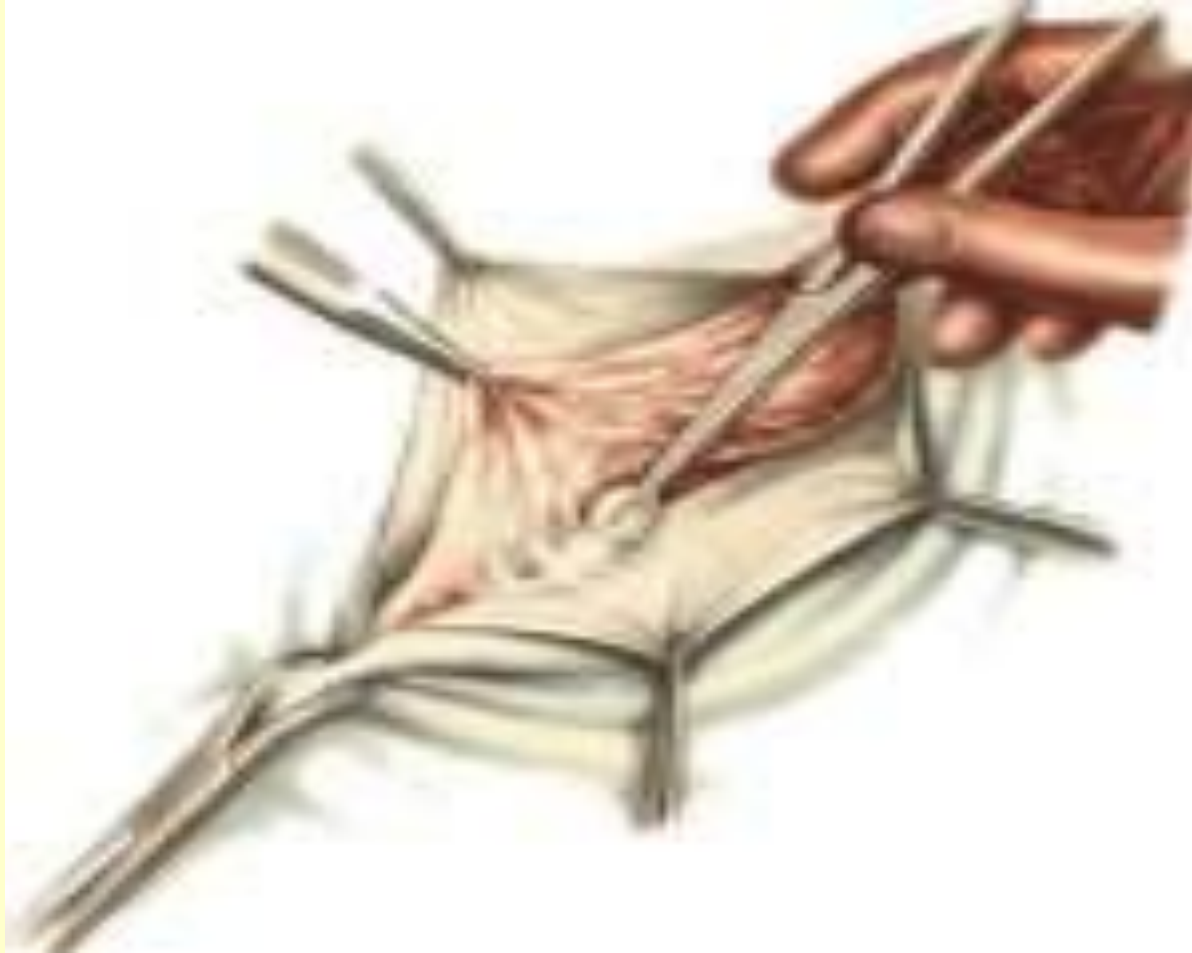
# *1. Шап жарығындағы кесу әдісі:*



## **2. *m. obliqui externi abdominis*- Апоневрозін кесу**



**3. Жарықты *m. obliqui externi abdominis* апоневроз-  
нан бөліп алу**

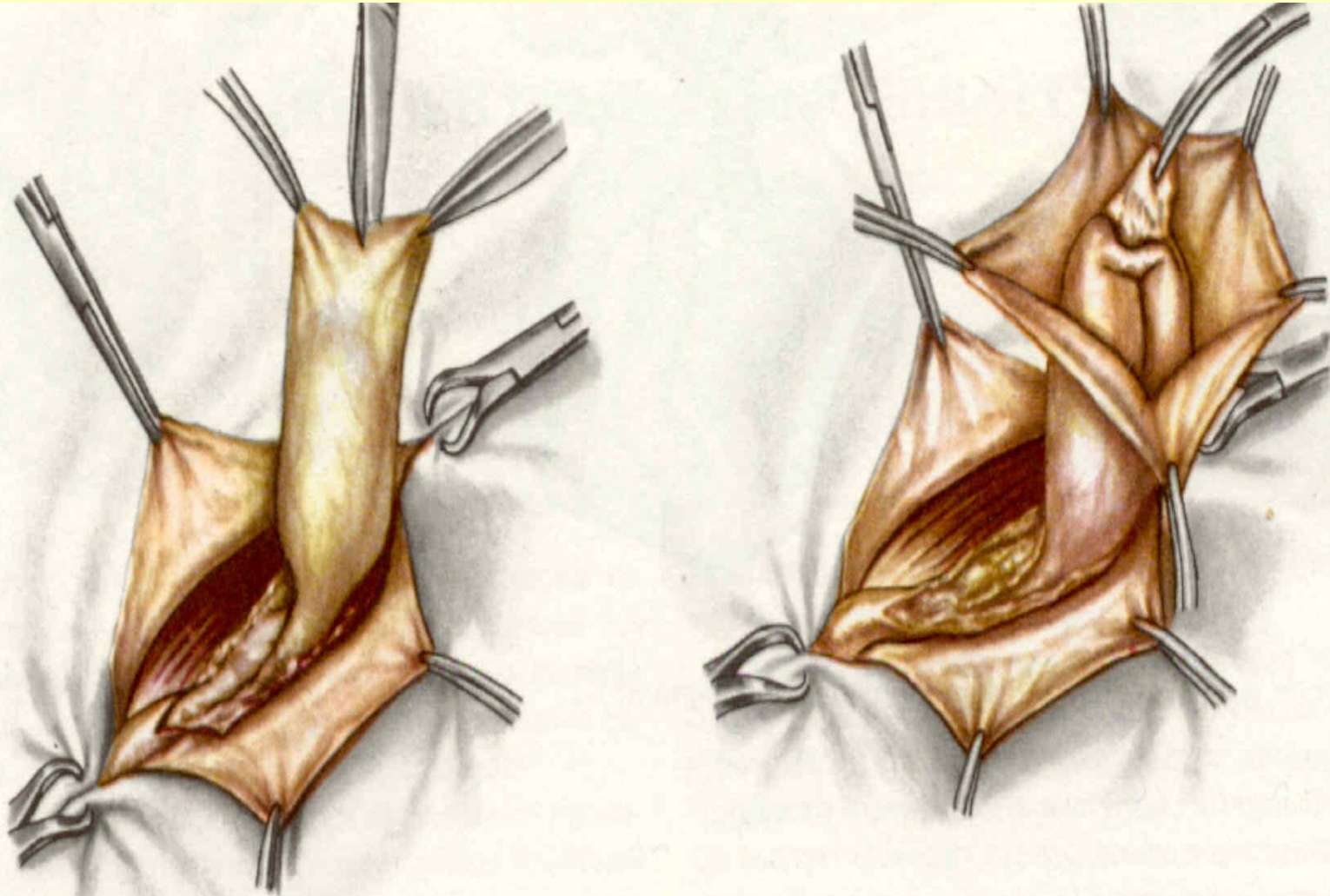


#### **4. Жарықты ұрық шылбырының элементтерінен бөліп алу.**

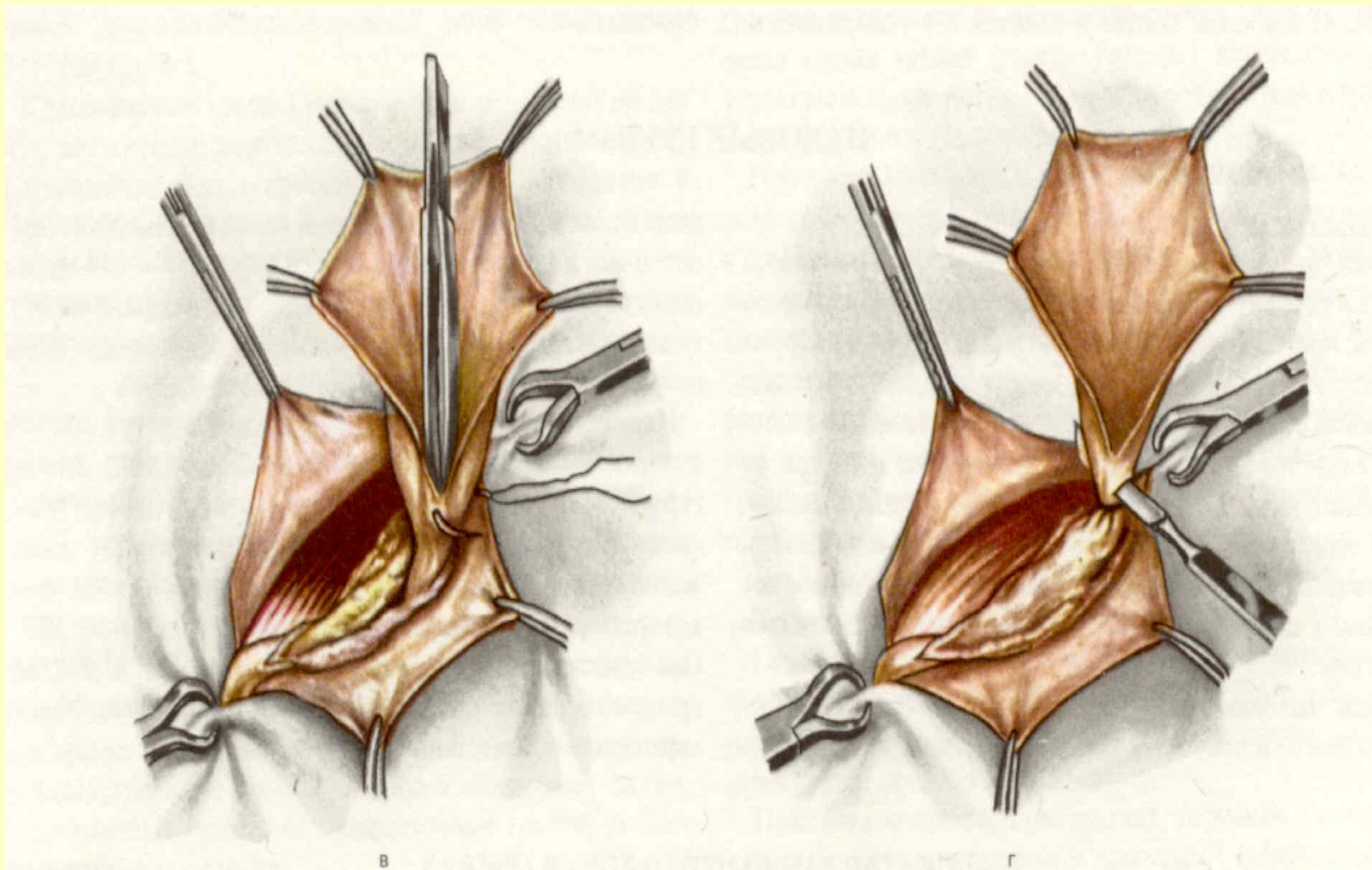




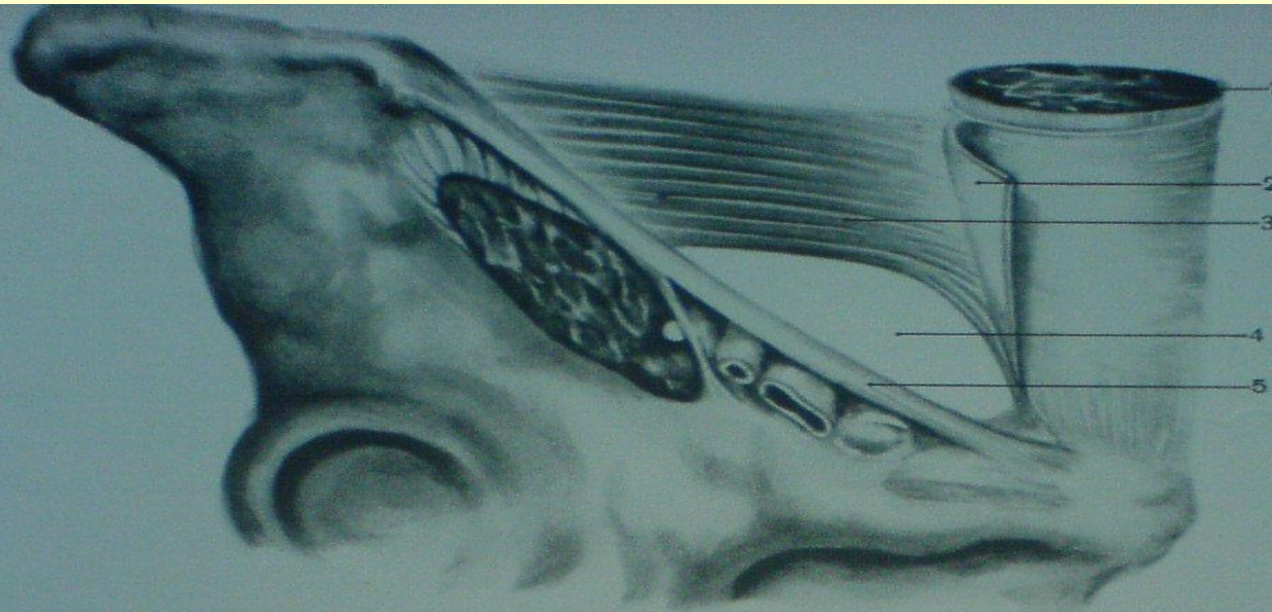
# Жарық қабын кесіп ашудың жолдары



Жарық қабындағы ағзаны іш қуысына кіргізіп, тігіс салынуы:



# Шап өзегі (жолы)



A



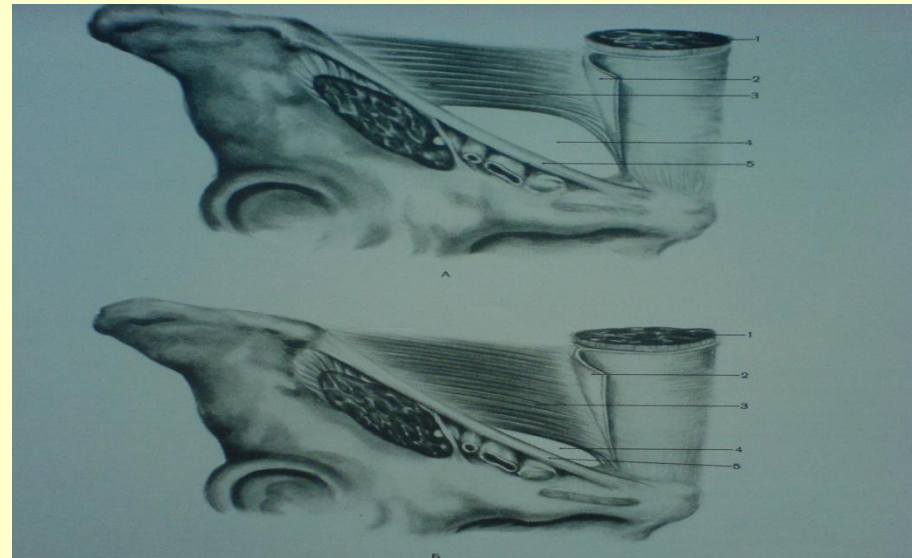
# Шап каналы: қабырғалары-

- 1) Алдыңғысы- сыртқы қиғаш бұлшық ет апоневрозы
- 2) Артқысы- іштің көлденең фасциясы
- 3) Жоғарғысы- іштің ішкі қиғаш және көлденең бұлшық еттерінің төменгі шеті
- 4) Төменгісі- Пупартов байламы.



7. Топография пахового треугольника (II слой).

1 — апоневроз m. obliqui externi abdominis; 2 — m. obliquus internus abdominis; 3 — n. iliohypogastricus; 4 — n. ilioinguinalis; 5 — funiculus spermaticus; 6 — a. et v. pudenda externa; 7 — v. saphena magna; 8 — anulus inguinalis superficialis; 9 — m. cremaster; 10 — lig. inguinale.

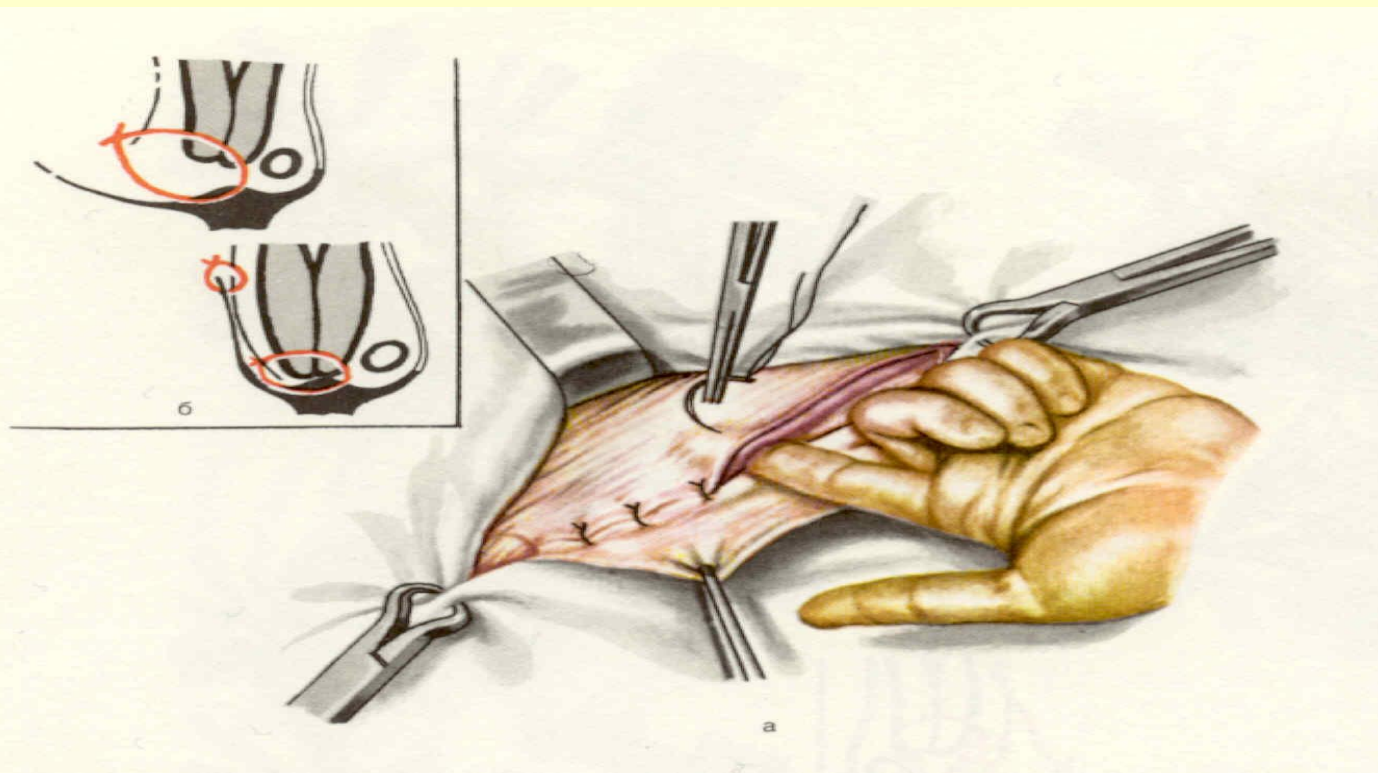


9. Паховый промежуток. А — треугольная форма; Б — щелеобразно-овальная форма.

1 — m. rectus abdominis; 2 — апоневроз m. obliqui externi abdominis; 3 — m. obliquus internus abdominis et transversus abdominis; 4 — lig. inguinale.

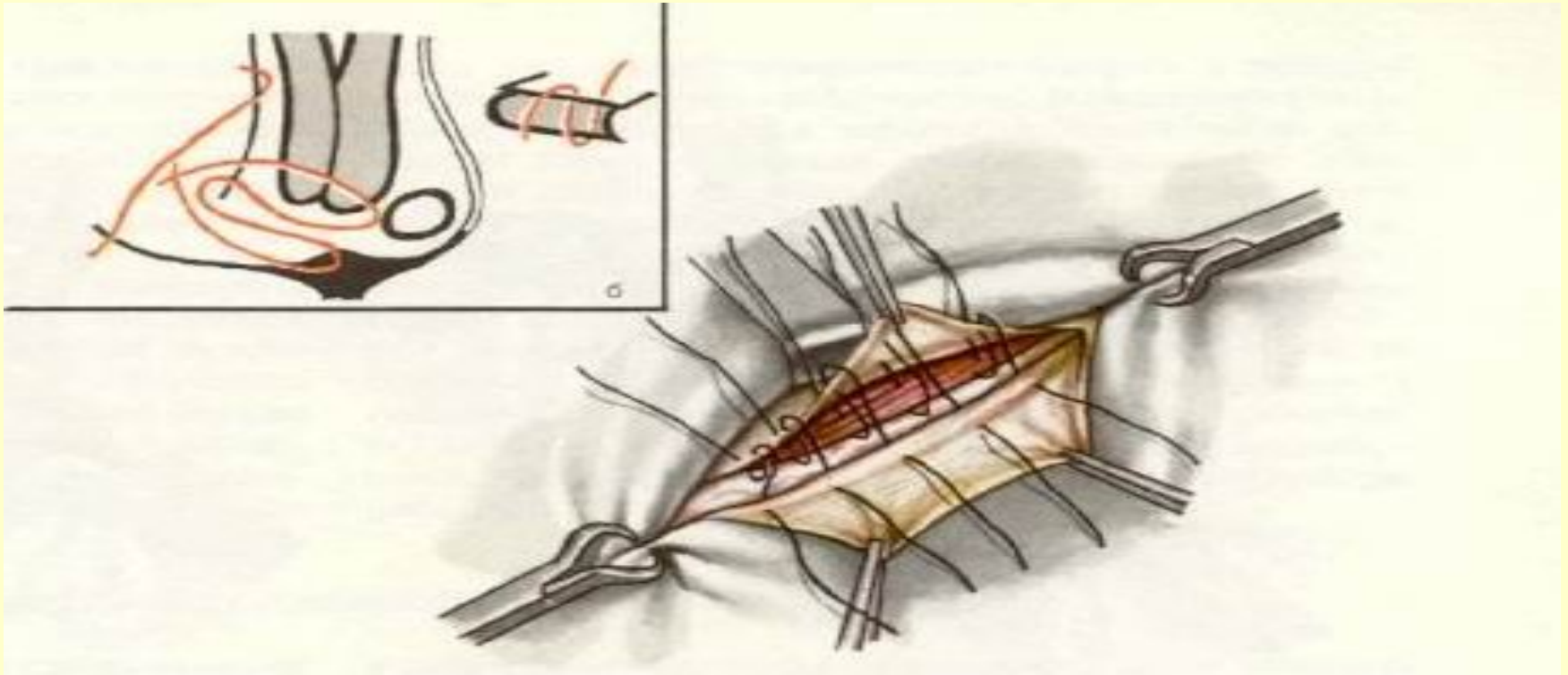
## *Жирара-Спасокукоцкий әдісі:*

Ұрық жолының үстінен шап байламына қарай сыртқы, ішкі және көлденең бұлшық еттерді бірақ алып шап байламына тігеді. Төменгі апоневроз лоскутын тігіс арқылы жоғарғы апоневроз лоскутына бекітеді.

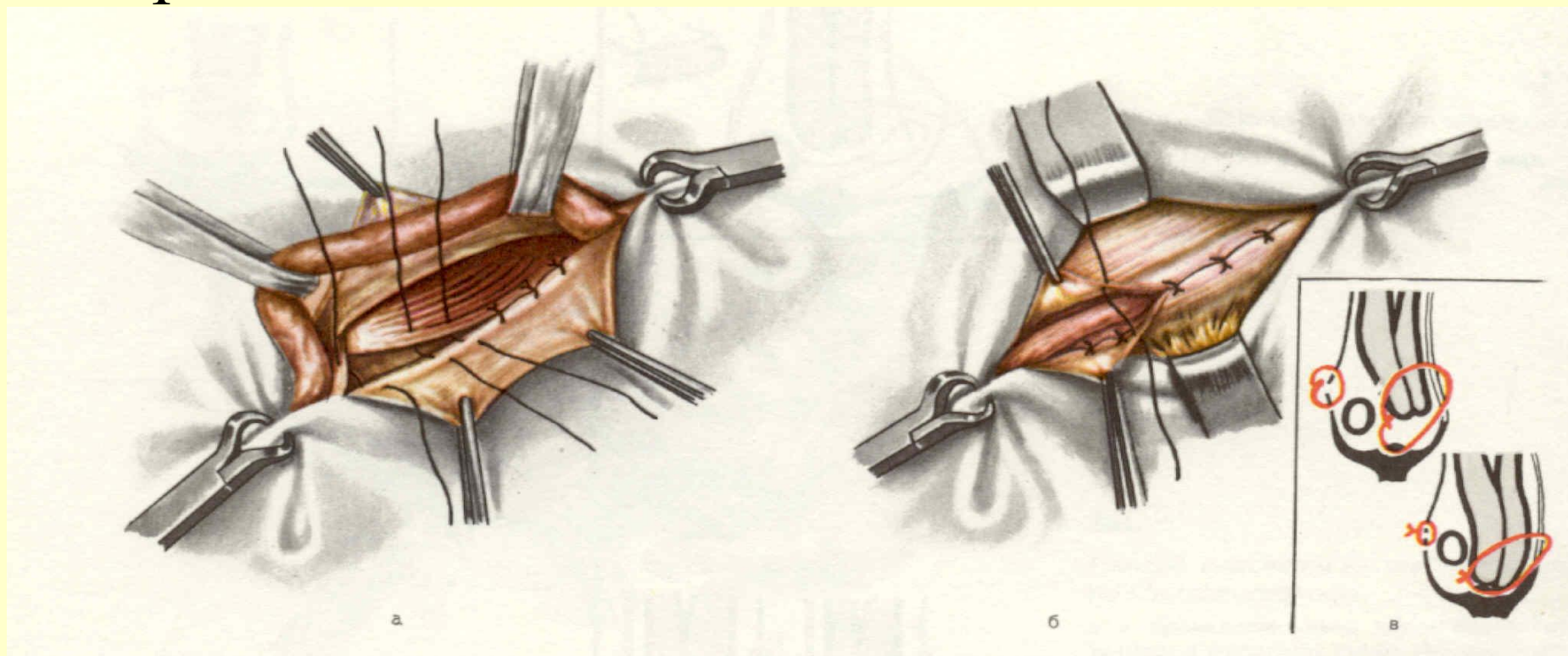


## *Кимбаровский тігісі:*

бірдей тканьдерді біріктіру. Инені іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің жоғарғы апоневроз лоскуты шетіне 1 см шеткері енгізеді, одан кейін инені бұлшықет шетінен өткізіп тағы да сыртқы қиғаш бұлшықеті шетінен тігеді. Осы жіппен шап байламын тігеді.



***Бассини әдісі:*** шап каналының артқы қабырғасы бекітілуі үшін жарық қапшығын алғаннан кейін ұрық жолын шеткері итеріп, оның астынан ішкі қиғаш және көлденең бұлшықеттерді іштің көлденең фасциясымен бірге шап байламына тігеді



- Кіндік жарығы –деп кіндік аймағынан құрсақ қабырғасының әлсіз жері арқылы құрсақ қуысындағы мүшелердің шығуы.





- Әйелдерде кіндік жарығы еркектерге қарағанда екі есе жиі кездеседі, себебі жүктілік кезінде кіндік сақинасының керілінуіне байланысты. Жарық қақпасы кіндік сақинасы болып табылады.
- Емі: Ерте мерзімде оперативті түрде дефекті жабу.

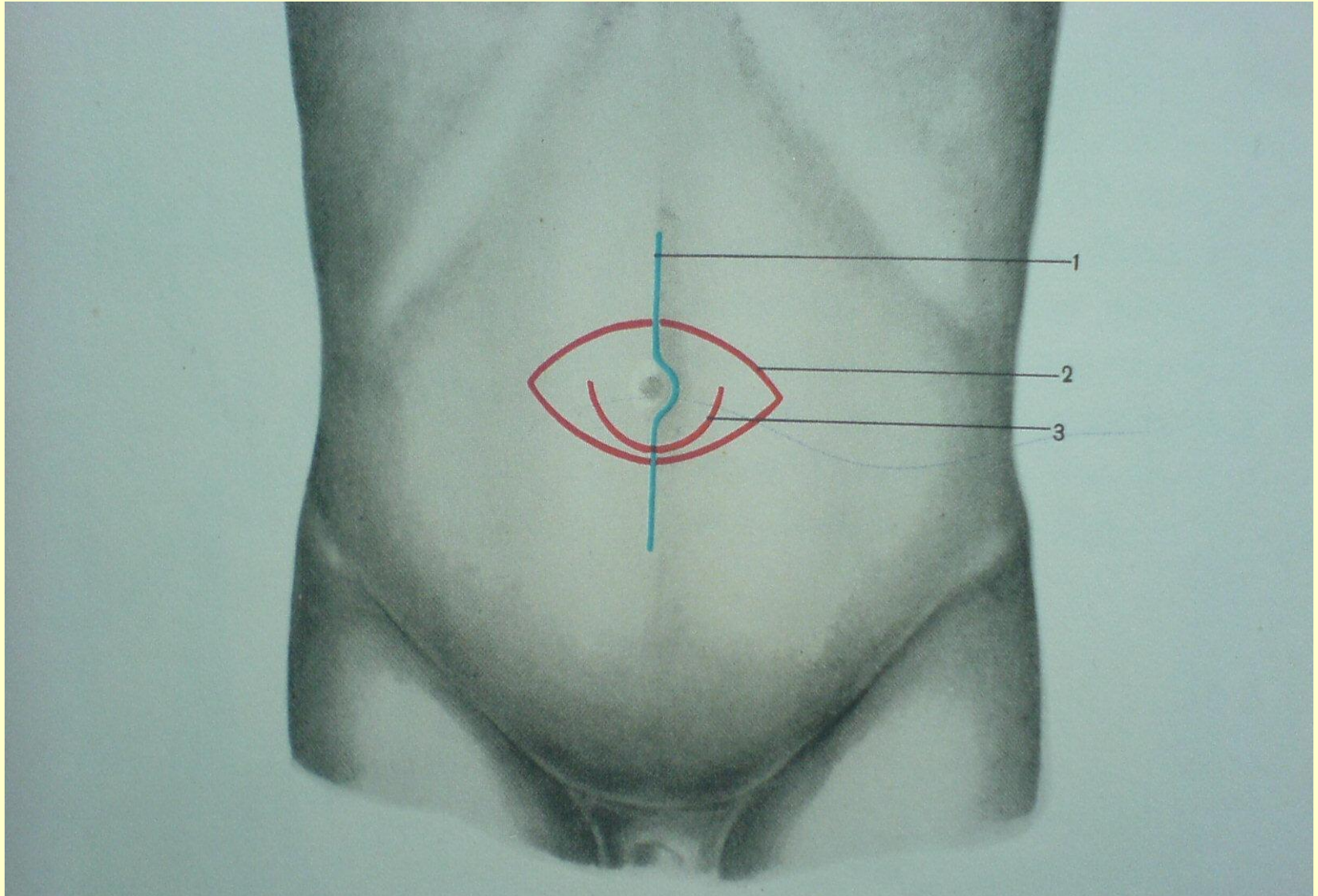




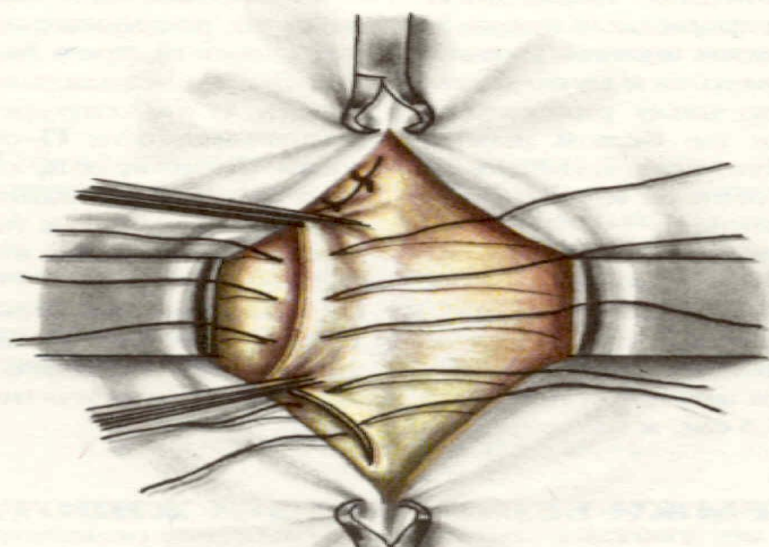
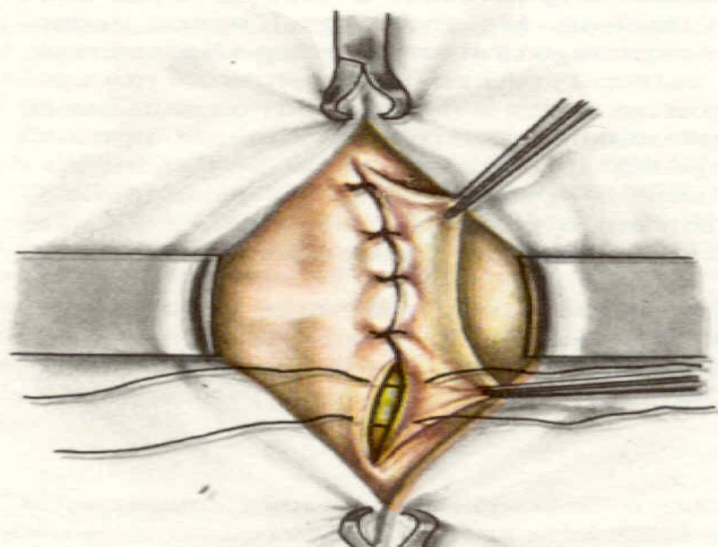
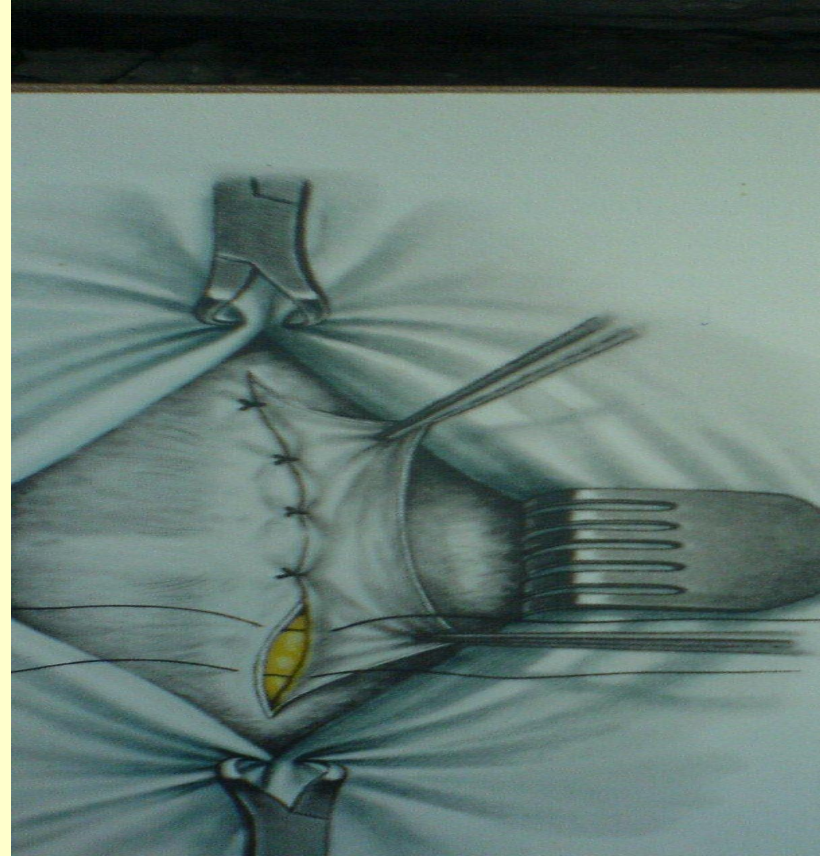


***Кіндік жарығындағы теріні кесу әдістері  
1 — іштің ортаңғы сызығы бойынша кесу кіндік жанынан;  
2 — сопақша кесу;  
3 — кіндік астынан жартылай тәрізді.***

# Кіндік жарығындағы қолданылатын хирургиялық тәсілдер:



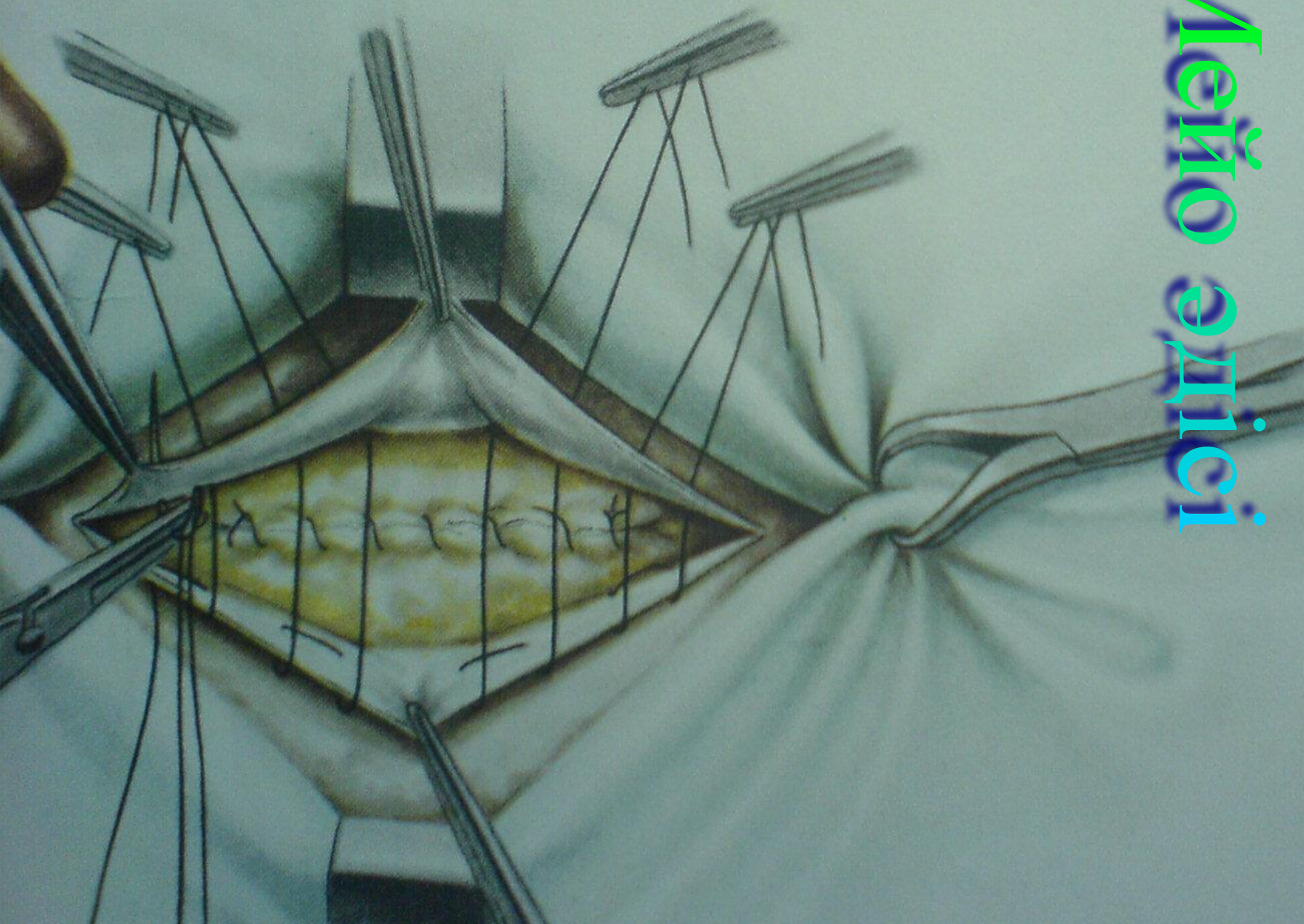
*Сапезко әдісі:* бір жағынан іштің ақ сызығының апоневрозының бір шетін ала, ал екінші жағымен іштің тік бұлшықетінің қынаптық бөлігінің артқы-медиаьді бөлігіне бөлек тігіс салу.

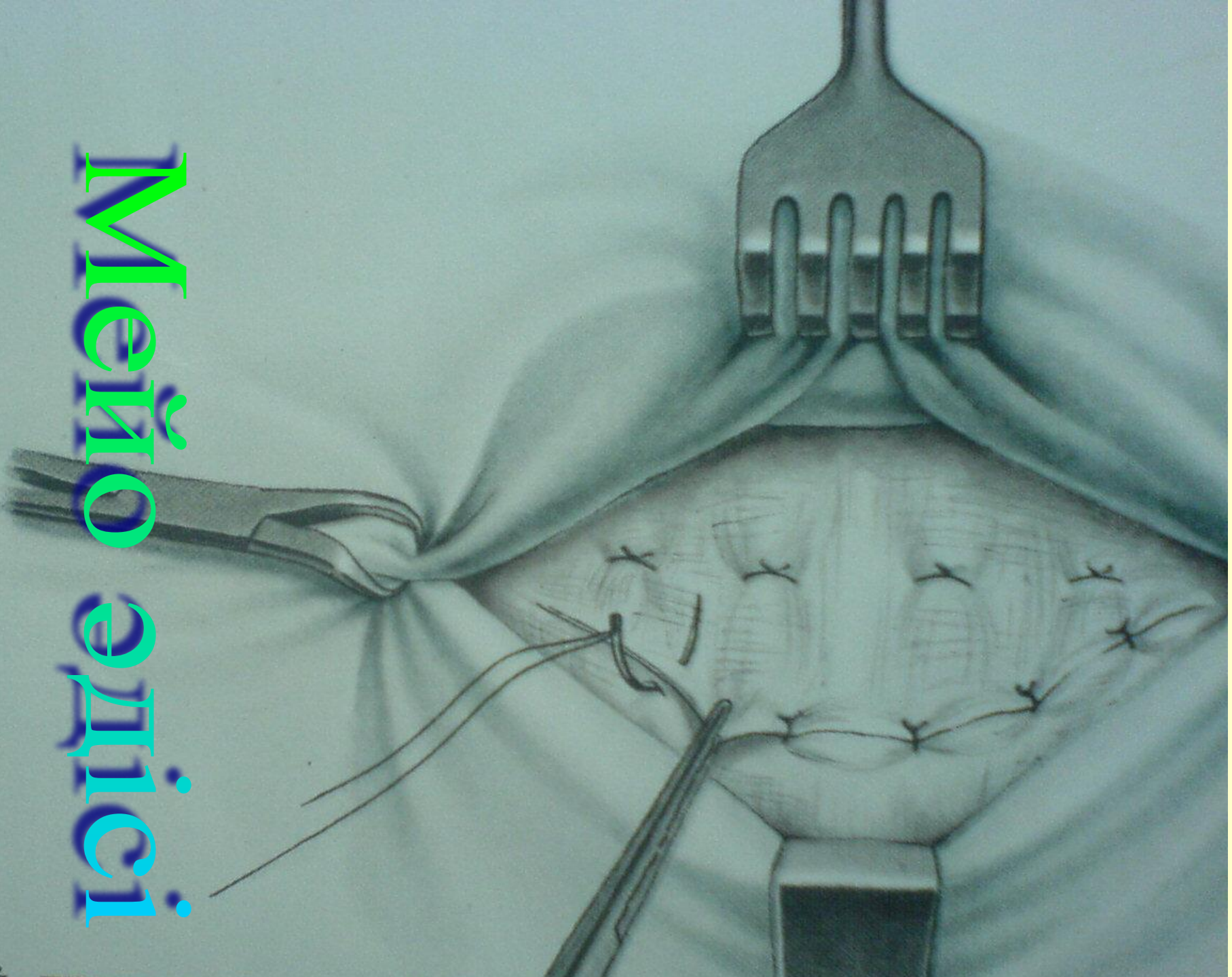


***Мейо әдісі:*** екі көлденең кесу арқылы терімен бірге кіндікті кеседі. Жарық қапшығын алған соң, жарық қақпасын кеңейтеді де, апоневроздың төменгі лоскутын П-тәрізді тігіспен жоғарғы лоскутқа, ал дубликатураны төменгі лоскутқа жеке тігіспен тігеді.



# Meiño адісі

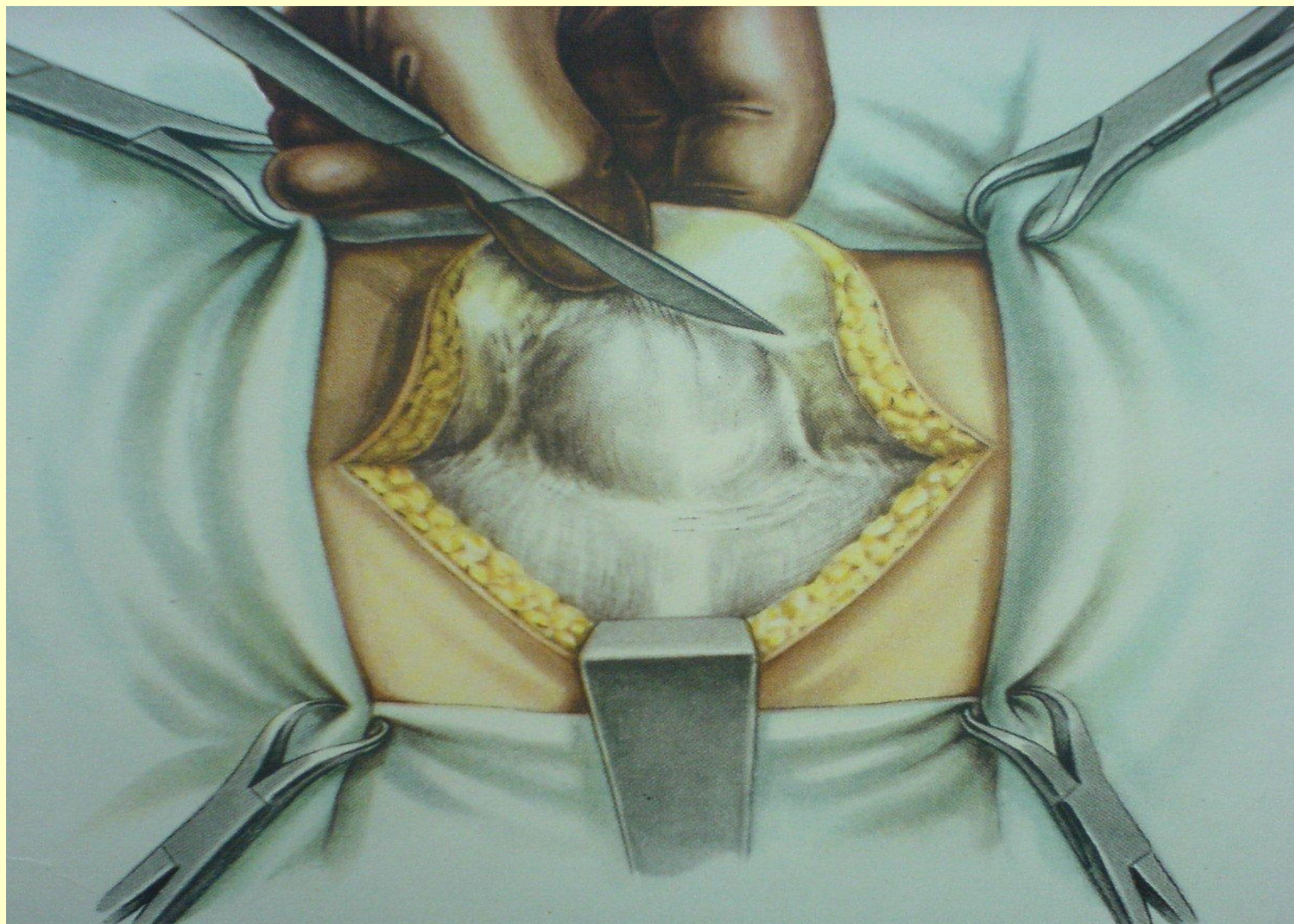




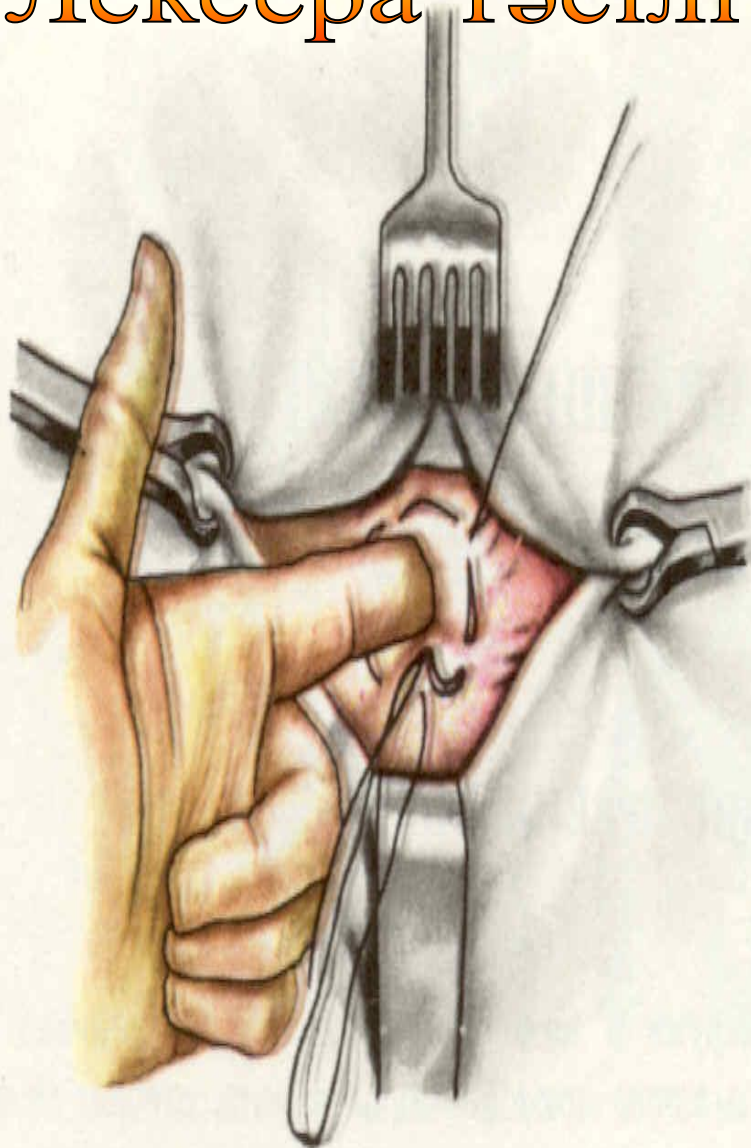
# Meiño edici



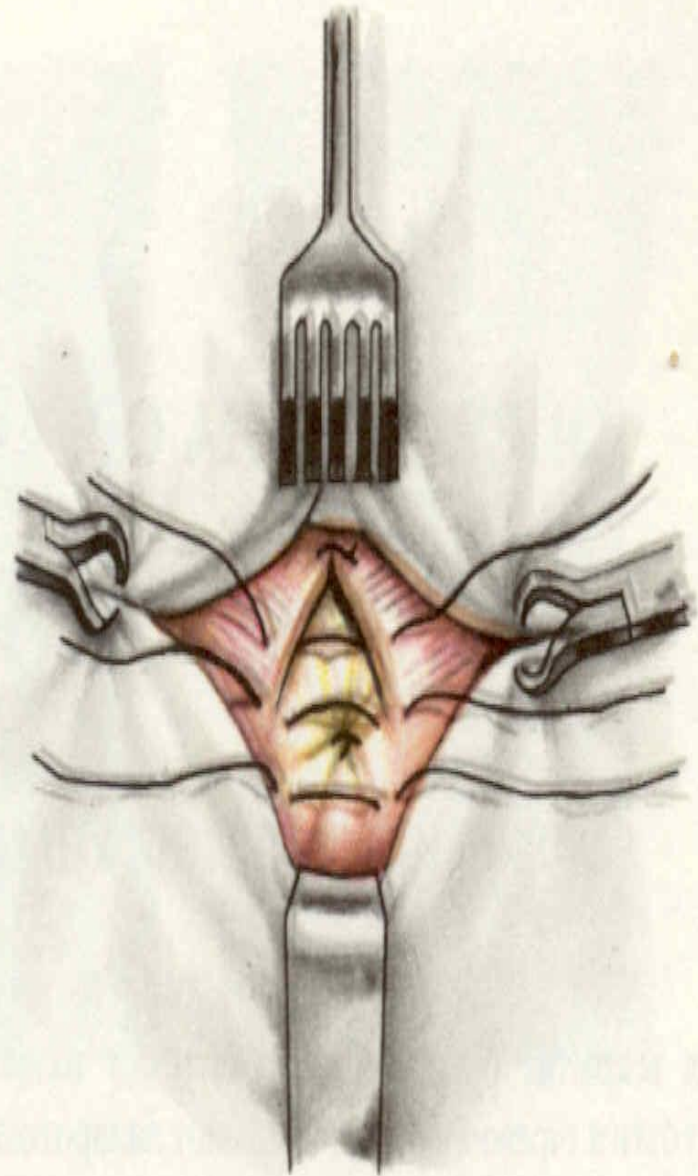
# Кіндік жарығындағы Лексера тәсілі



# Лексера тәсілі

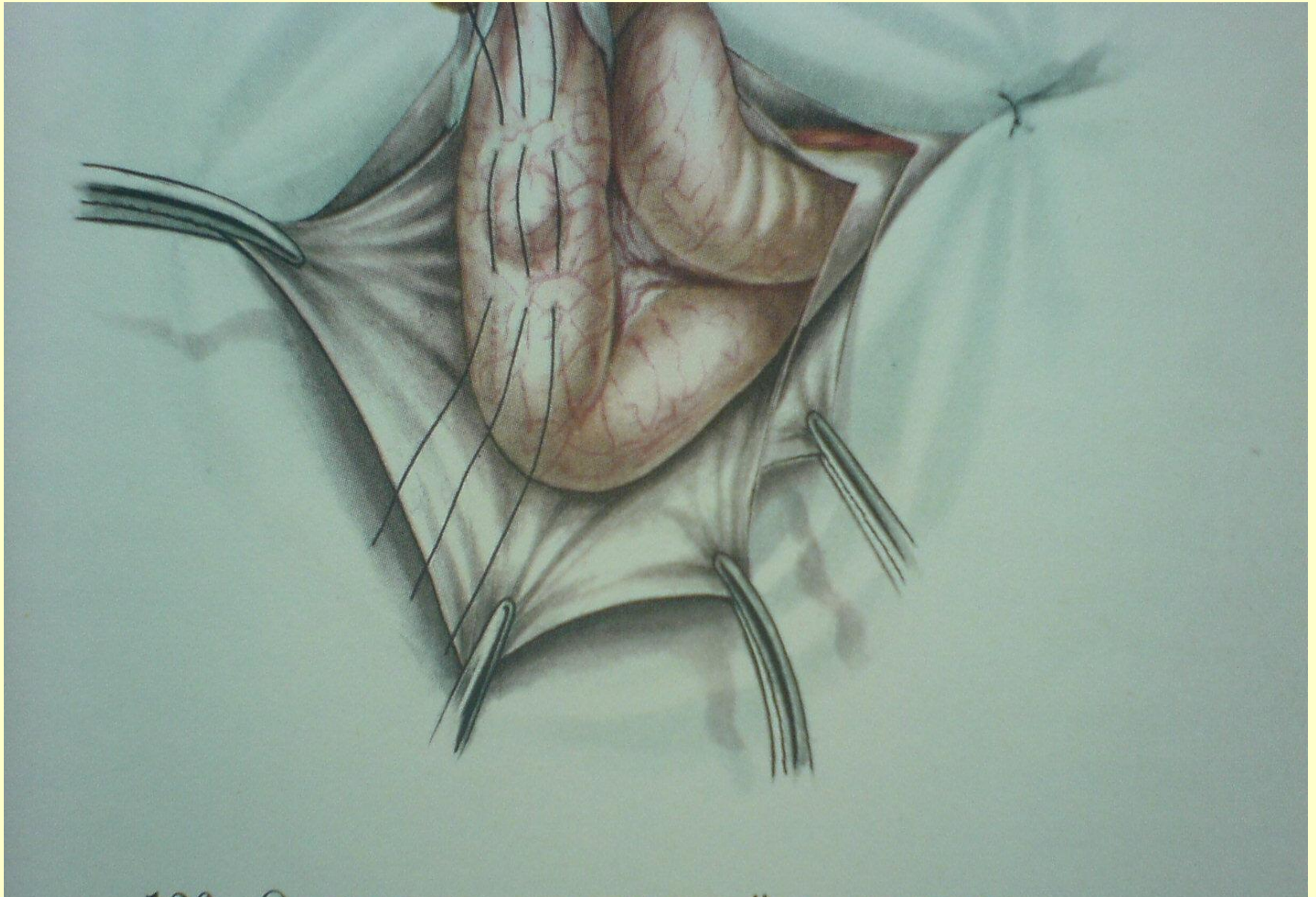


a



b

Қысылған кабырғалық **Рихтер жарығында** ішектің  
қабырғасына серозді-етті тігіс салу операциясы

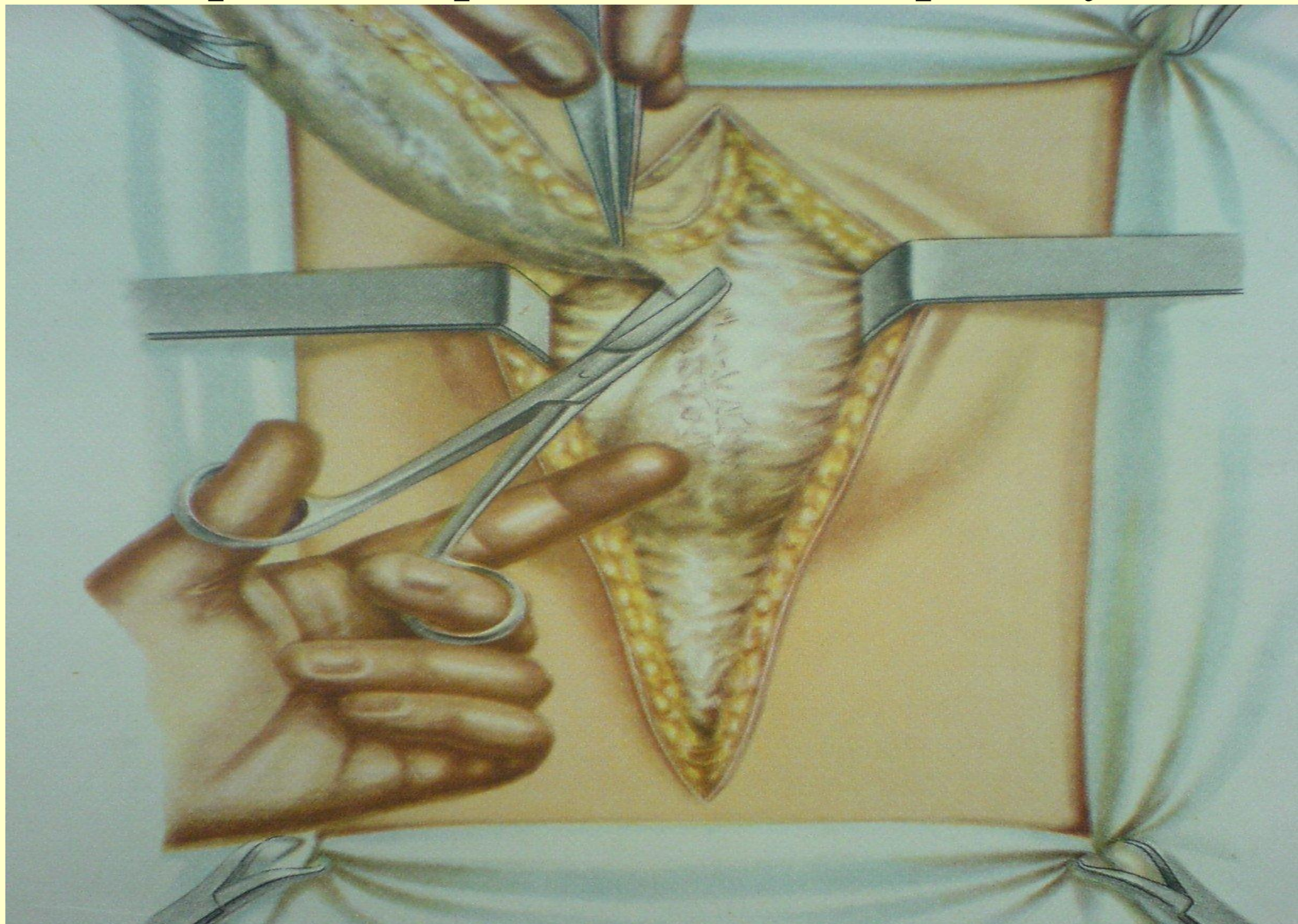


# Операциядан кейінгі жарықтың операциясы..

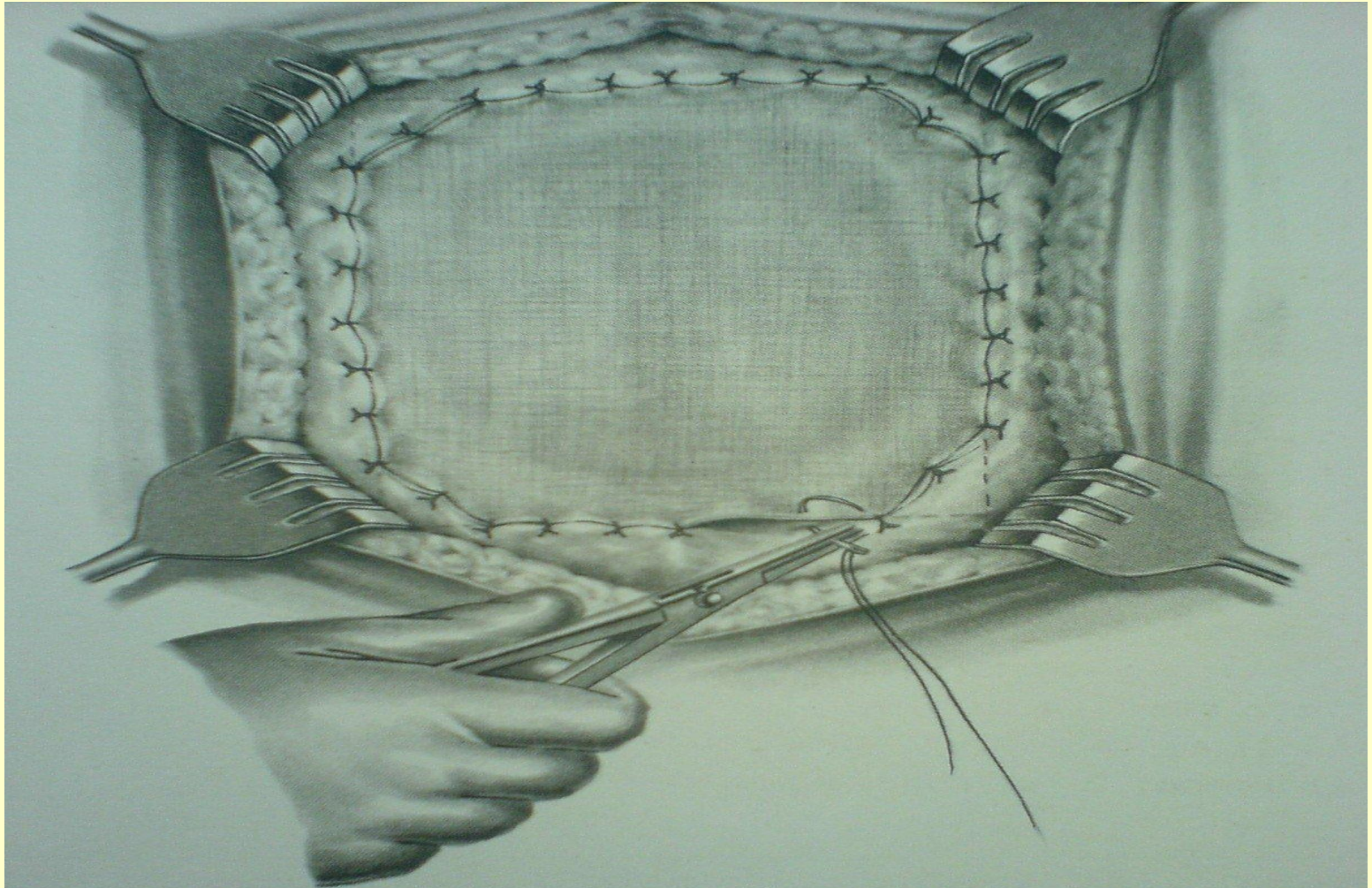


127. Операция послеоперационной грыжи. Линия разреза кожи.

Операциядан кейінгі жарыққа операция жасау.  
Терідегі тыртықты айналдыра кесу.

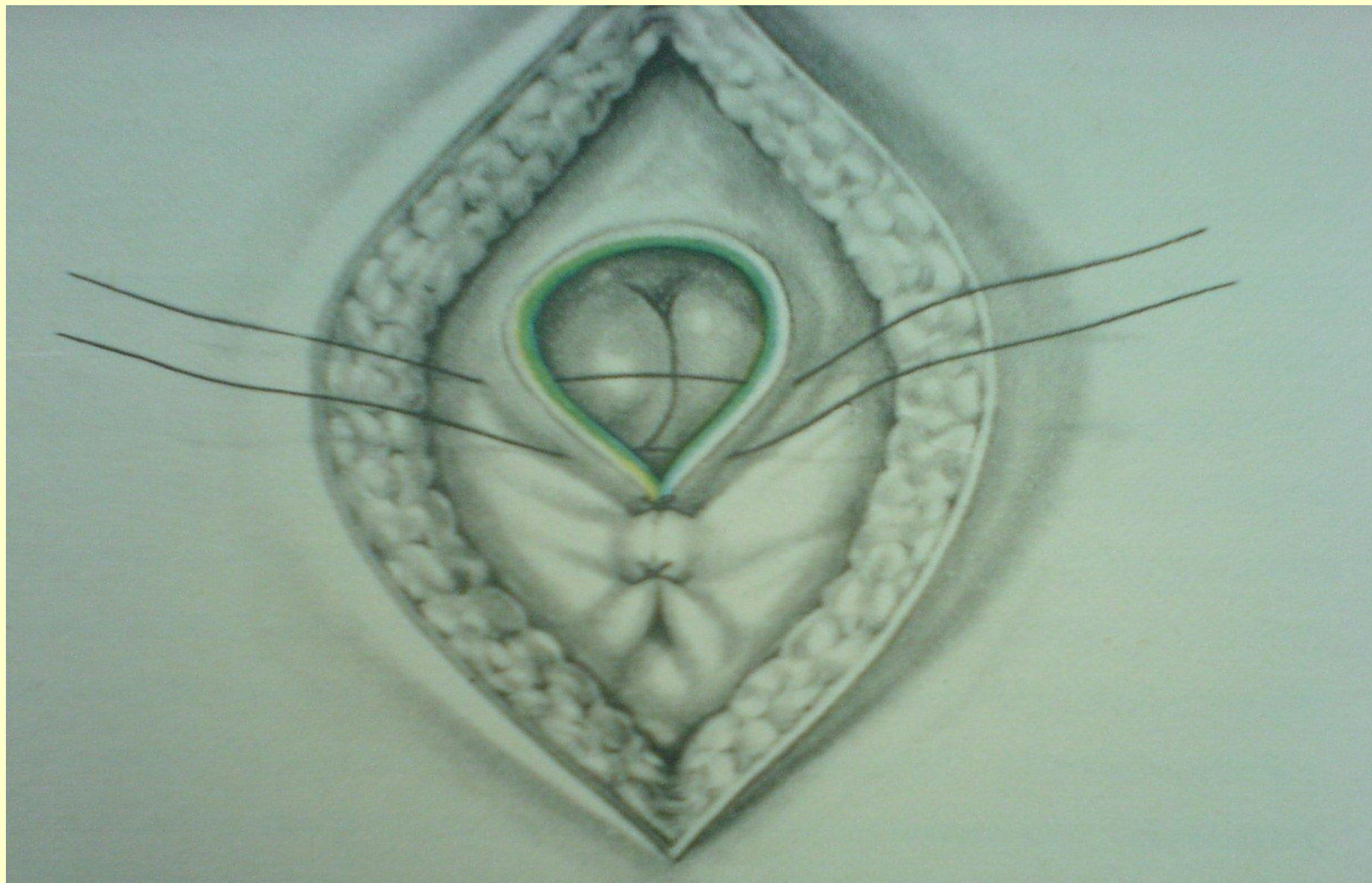


# Лавсанды тканьді апоневрозмен бұлшықетке тігу



145. Операция послеоперационной грыжи. Подшивание лавсановой ткани к мышцам и апоневрозу вокруг

Операциядан кейінгі жарықтың апоневрозы мен жарық қабына тігіс салу.Шампионер әдісі.

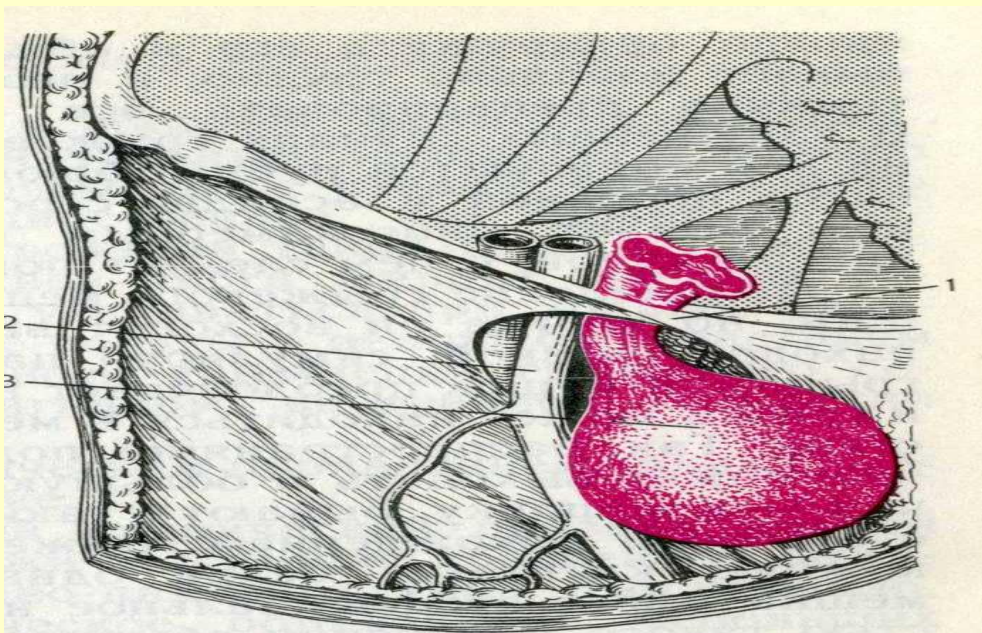


## Сан жарықтары:

шап жарықтарына қарағанда сирек кездеседі.

40-60 жас аралығындағы әйел адамдар ер адамдарға қарағанда 15-20 рет жиі ауырады.

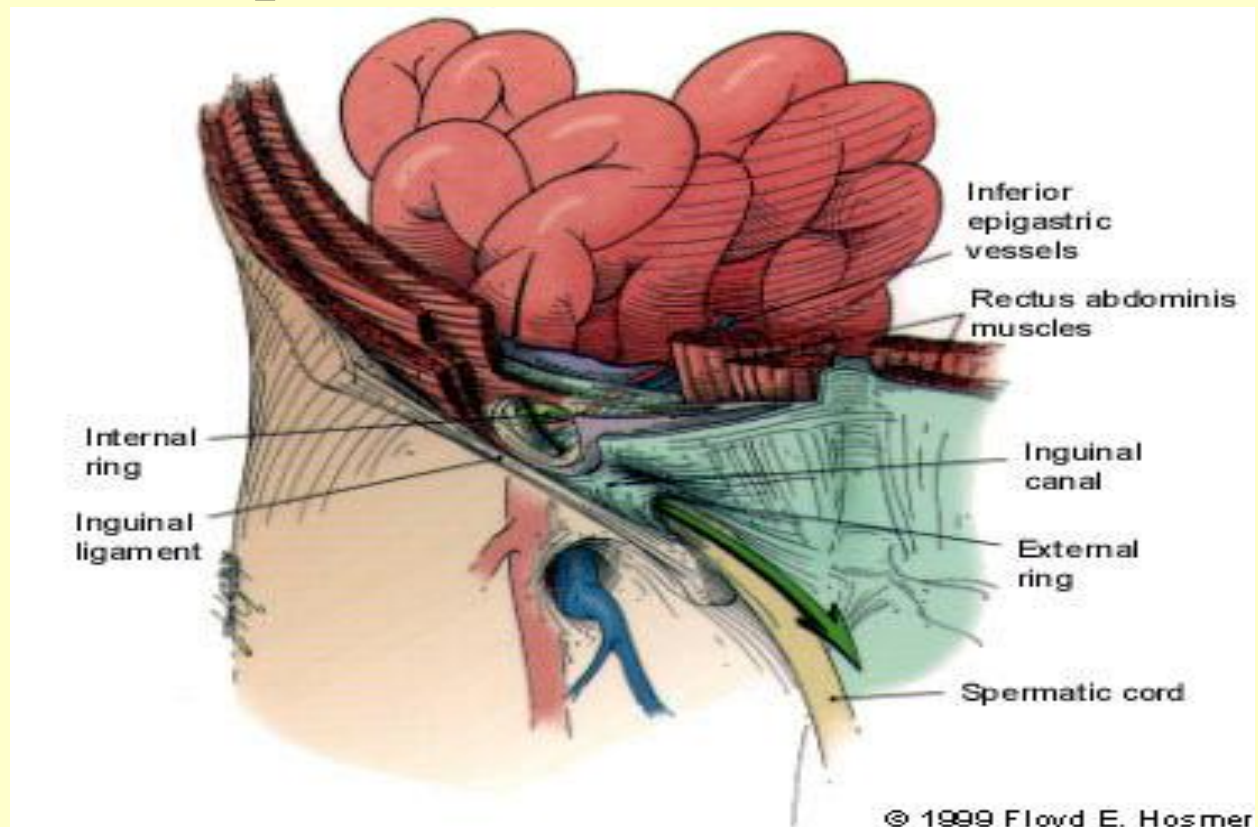
Ол - әйел адамдардың жамбас сүйегі кең және оның бұлшық еттері мен тамырларының айқындығы жоғары болуымен.



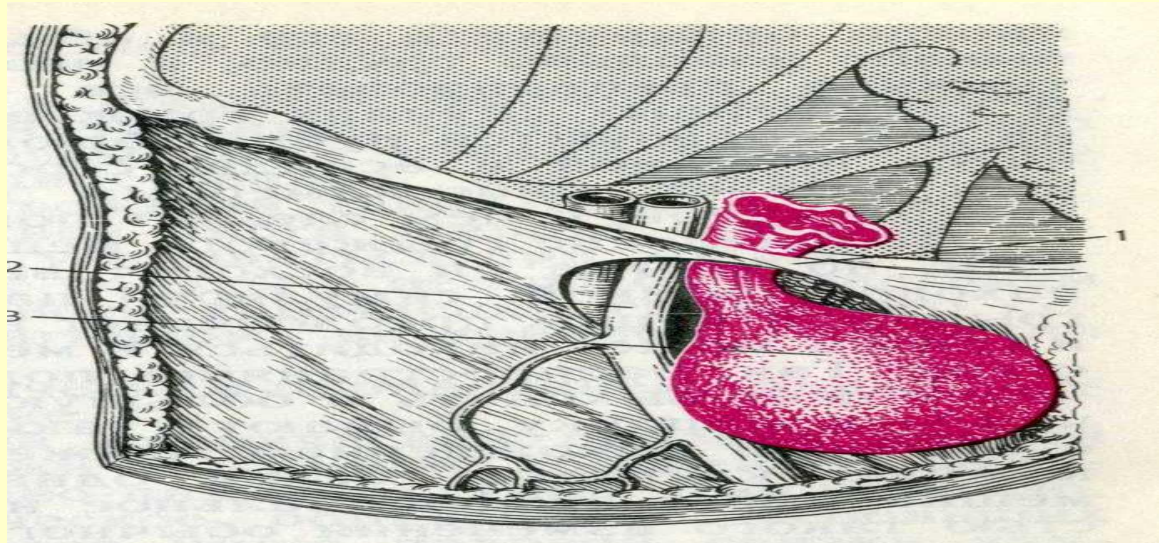


- Сан жарықтары Скарпов үшбұрышында орналасады. Сан жарықтарының клинико-анатомиялық ерекшеліктері-ол пупартов байламынан төмен орналасады. Бұл бөлімнің анатомиялық ерекшелігі хирургтер үшін өте маңызды.
- Пупартов байламы мен жамбас сүйегі арасында кеңістік орналасады, ол мықын қыры байламы арқылы пупартов байламынан қасаға сүйегінің тармақтарына дейін барып, 2 лакунаға бөлінеді: 1. бұлшықетті. 2. тамырлы.

- **Сан үшбұрышы (Скарпов):-** қабырғалары
- 1) Сыртқы жағынан- *m.sartorius*
- 2) Ішкі жағынан- *m. Adductor longus*
- 3) Түбі шап байламы. Үші болып екі бұлшық еттің қиылысқан жерін айтады.

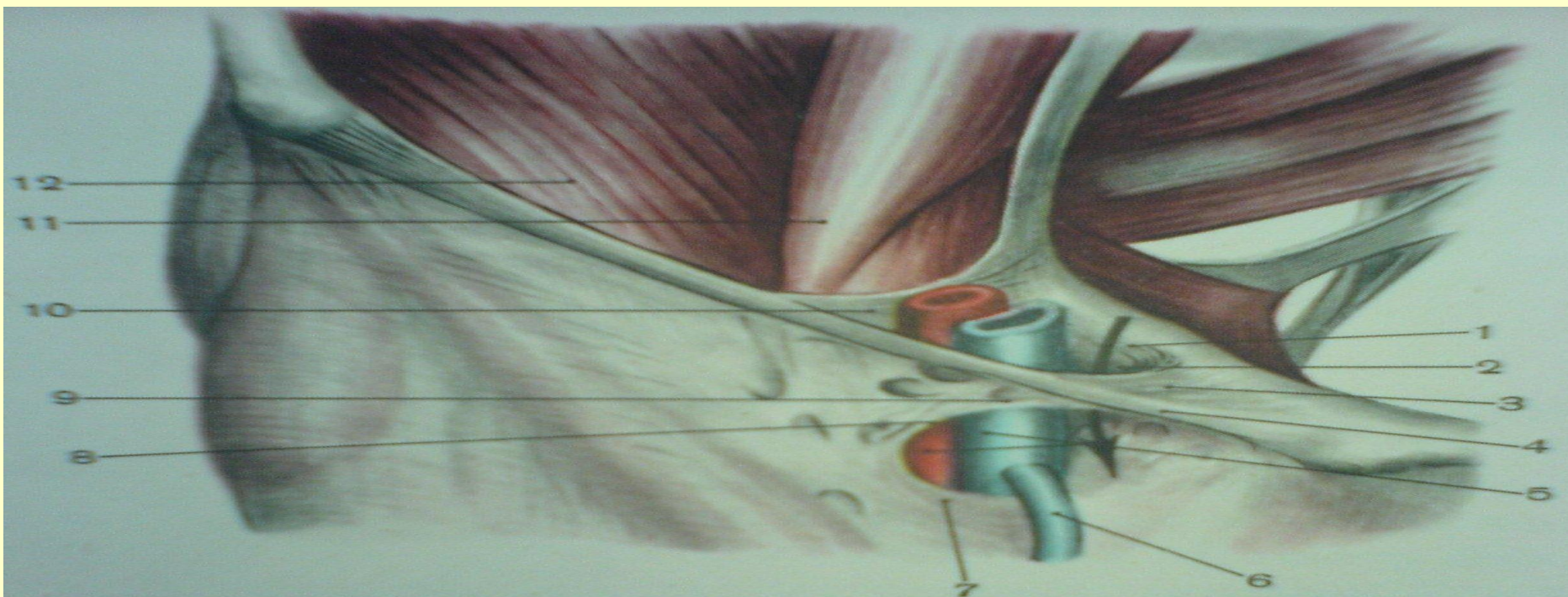


- Пупартов асты кеңістігінің 2/3 бөлігін құрайтын бұлшықетті лакунада мықын-бел бұлшықеті мен сан нервісі орналасады.
- Тамырлы лакунада сан артериясы мен венасы орналасады. Бұл лакуна май тінімен жабылған, онда лимфа түйіндері орналасады. Сан сақинасының диаметрі ер адамдарда - 1,2 см, әйел адамдарда - 1,8 см болады.



Жарық пайда болуымен түзілетін сан каналының қабырғалары:

- 1. жоғары жағынан-шап (пупартов) байламы.
- 2. төменгі жағынан –қасаға байламы.
- 3. ішкі жағынан - Жембернатов байламы.

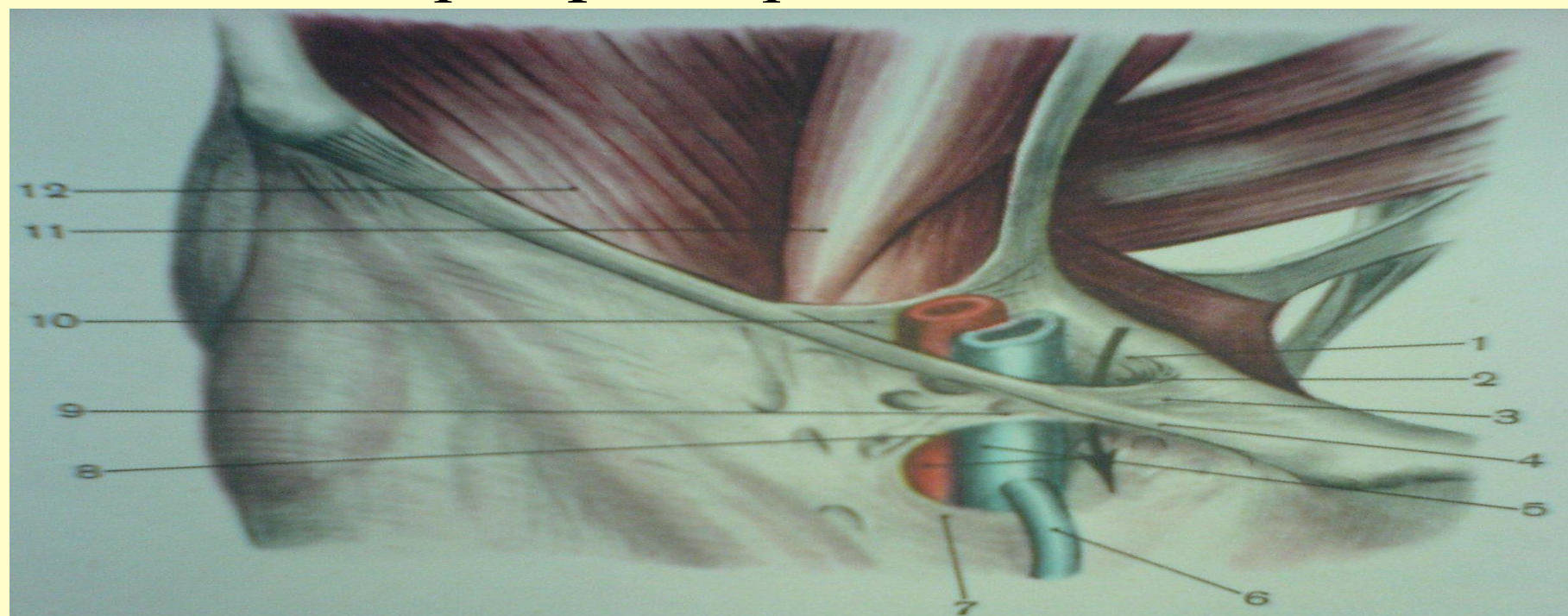


### 3. Canalis femoralis.

— подвздошно-лонная связка; 2 — anulus femoralis  
— lig. lacunare; 4 — lig. inguinale; 5 —

## 4. сыртқы жағынан - сан венасының медиальды бөлігі.

Ер адамдарда лакунарлы байламы қысқа және мықты, әйелдерде ұзынырақ болады.



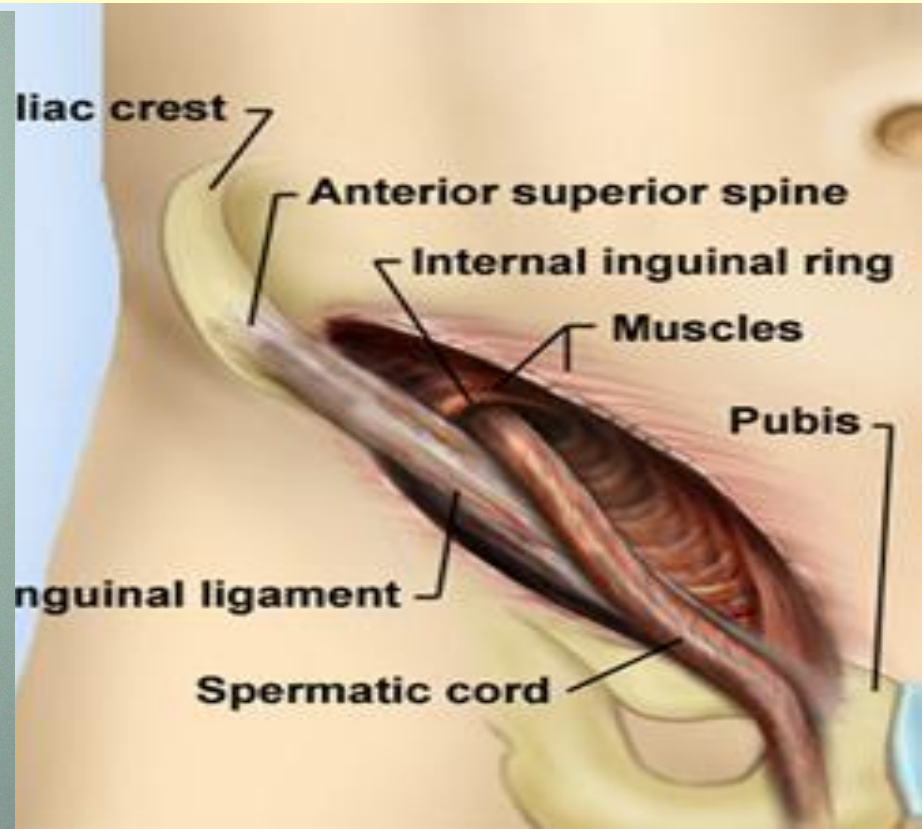
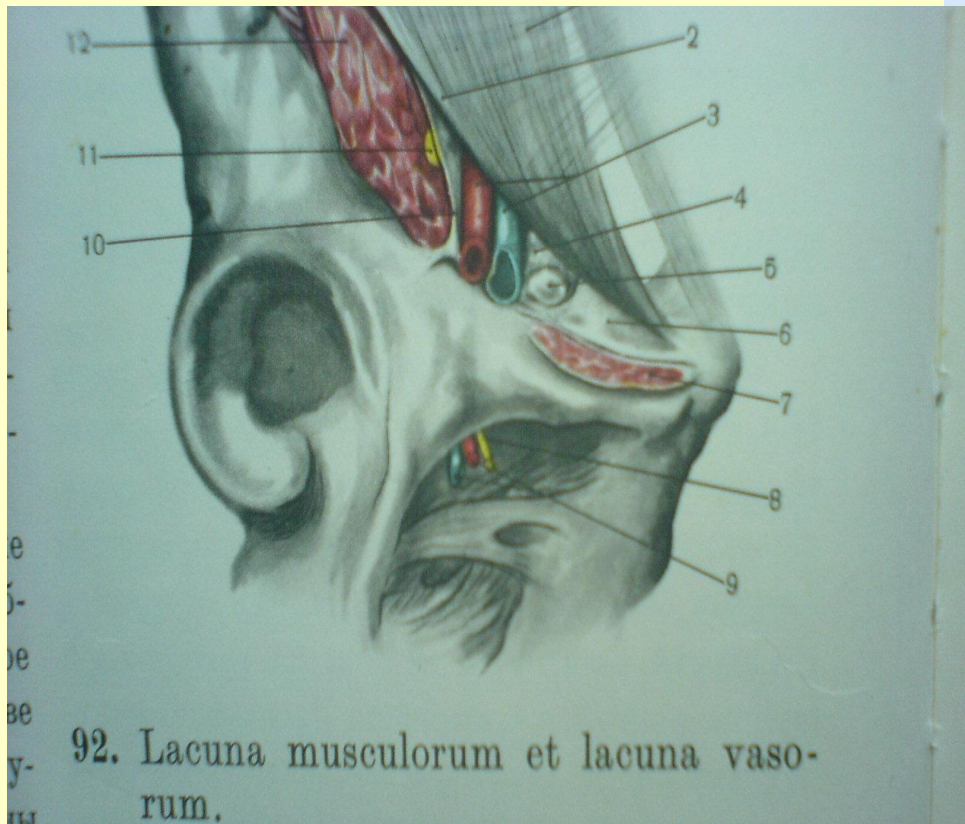
### 3. Canalis femoralis.

— подвздошно-лонная связка; 2 — anulus femoralis; 3 — lig. lacunare; 4 — lig. inguinale; 5 — a. et v. femoralis; 6 — v. saphena magna; 7 — cornu inferius; 8 — margo falciformis; 9 — cornu superius; 10 — arcus pectineus; 11 — m. psoas major; 12 — m. iliacus

- Сан жарықтары үлкен болмайды немесе сирек кездеседі. Ауырсыну, қысылу белгілері бірге жүреді. Ірі тамырлар жақын орналасатындықтан операция қиынға түседі.
- Шап жарығына қарағанда сан жарығының генезі күрделі, клиникалық көрінісі айқын емес.



- Жарық қабының сыртында сан венасы орналасады. Жарық томпаюы сан артериясының сыртында орналасса, онда ол сыртқы немесе бүйірлі тамырлы лакунарлы сан жарығы болуы мүмкін.



- Жарық қабы пупартов байламы астымен сан артериясы мен венаның үстінде орналасса, онда ол ортаңғы тамырлы лакунарлы сан жарығы болады. Атипті жарықтарды операция кезінде анықтайды. Сан жарықтары пупартов асты кеңістігінің кез-келген бөлігінде түзілуі мүмкін:

## I. Сан жарықтарының түрлері:

- 1. тамырлы лакунаның жарығы
- 2. бұлшықетті лакуна бөліміндегі жарықтар
- 3. лакунарлы байламының жарығы



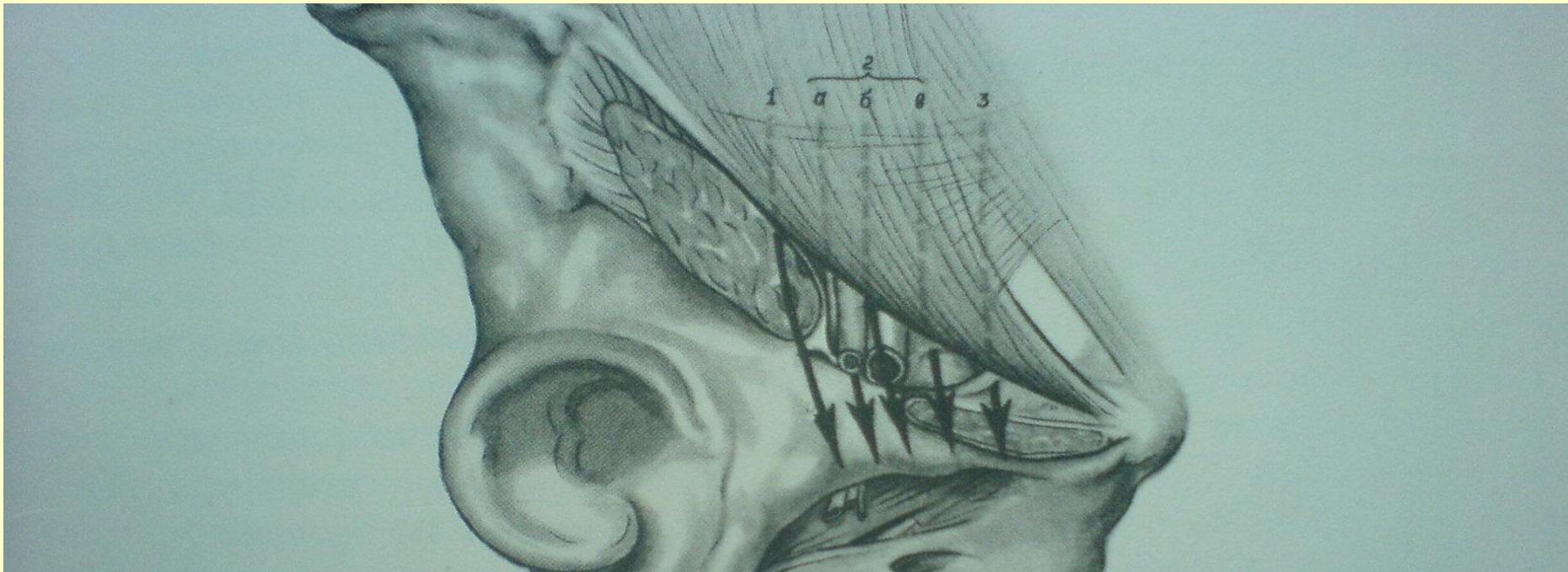
## **Сан жарықтарының клиникасы:**

- Сан жарығының үлкен түрлері сирек кездеседі. Жарық қабының шығуына іш перде алдындағы май немесе лимфа түйіндерінің томпаюы себеп болады. Сан каналының берікті емес қабырғасы жарық қабы мен ішкі мүшелерді ерте жарақаттайды. Ол жарықтың орнына келмеуімен, бірігіп өсудің дамуына әкеледі.
- Сондықтан олар жиі орнына келмейтін жарық болып, жиі қысылады. Сан жарықтарының құрамына шарбы, ащы ішектің ілмегі, жатыр қосалқылары кіреді.

- Жарық үлкен болмаса, жарық қысылуы пайда болады. Шарбының қысылуы кезінде клиникалық көрінісі айқын емес. Ауру пупартов байламы мен санның алдыңғы беткейінде жағымсыз сезімдерден басталады. Ауырсыну физикалық жүктемемен және жүріспен байланысты, жүдеу адамдарда сан жарығының клиникалық ағымы айқын көрінеді.
- Күшенген кезде, физикалық жүктеме кезінде пупартов байламынан төмен томпаю пайда болады, тыныштық жағдайда ол жоғалады. Томпаю болғанда ауырсыну сезімі бірге жүреді.

- Науқастар жүрген кезде шап бөлімінде ауырсыну пайда болатынына шағымданады. Бұл ауырсыну аяққа беріледі де, адам қозғалысы өзгереді.

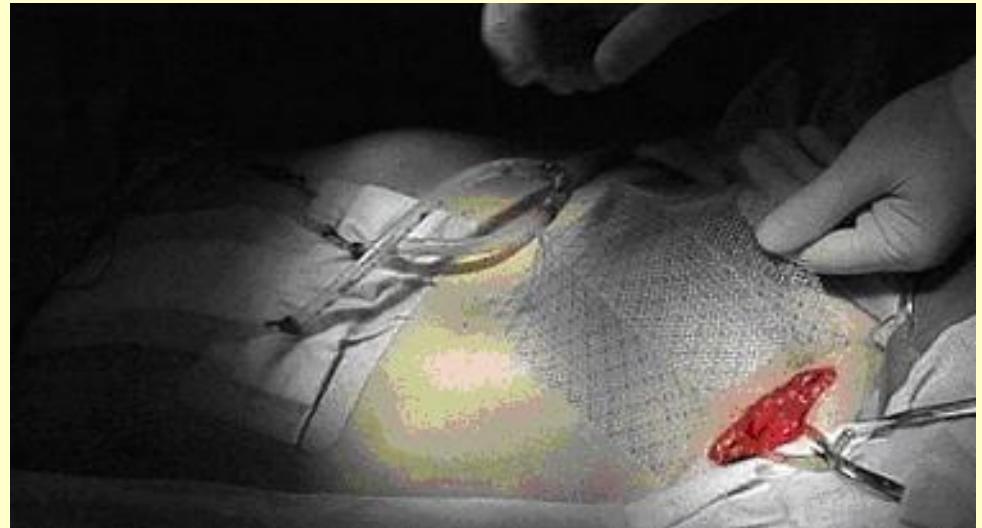
Объективті қарағанда: ешқандай өзгерістер табылмайды, сондықтан науқастың шағымына жақсылап назар аудару қажет.



Скарпов ұшбұрышында үлкен май қабаты жарық томпаюын анықтауды қиындатады. Науқастар пупартов байламы бөлімінде ауырсыну физикалық жүктеме кезінде пайда болатынына шағымданады. Жөтелген кезде шап байламынан төменгі бөлігінде томпаю үлкейеді, ал басқанда азаяды. Осы белгілер сан жарығының диагнозын қоюға мүмкіндік береді.

**Емі:** Шап жарығына қарағанда, сан жарығына операция жасау қиындыққа түседі. Бұл сан жарығы кезінде күрделі анатомиялық ерекшелігімен, ірі тамырлардың жақын орналасуымен, Операцияны Вишневский бойынша жергілікті анестезиямен жасайды.

- Сан жарығына 2 жолмен келуге болады: – шап арқылы
- сан арқылы



- Сан арқылы операция жасаған кезде тамырларға параллельді өтетін вертикальды тілік жасайды және пупартов байламына параллельді өтетін қиғаш тілік жасайды. Жарық қабын ашқанда өте абай болу керек, өйткені оның сыртынан сан венасы, төменгі жағынан үлкен тері асты венасы, ішкі қабырғасынан қуық орналасады. Жарық қабын түбінен ашып, тігіп байлайды. Жарық қабы қысылған кезде қысылған сақинаның түбіне дейін ашады, әйтпесе, жарық құрамы іш қуысына жылжып кетуі мүмкін.

10-15% - да жабушы артерия төменгі ішастар үсті артериясынан атипті түрде сан каналының төменгі, ішкі, жоғарғы шетімен жарық қабы мойнын толығымен қамтып өтеді. Мұндай жағдайда сан каналының барлық қабырғалары тамырмен жабылған. Бұл хирургтер үшін өте қауіпті, сондықтан оны «өлім тәжі» (corona mortis) деп атаған.

Бұл анатомиялық жағдайды білу қан кетудің алдын алады. Оны кесер алдында тігіп, байлау қажет. Жарық қабын алып тастағаннан кейін сан каналы ашылады, оны тігу керек.

- Тігудің көптеген әдістері бар:

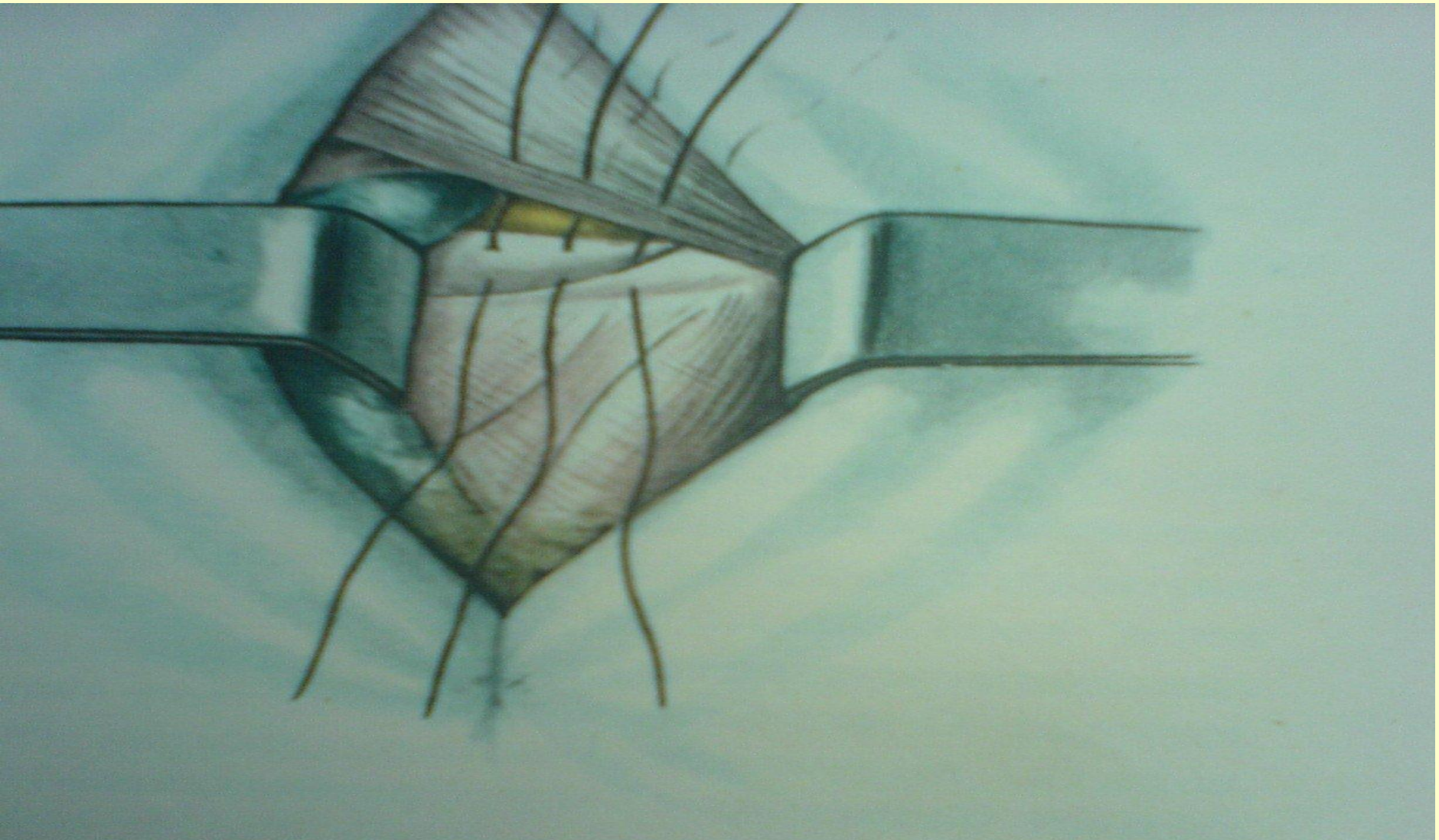
- 1) Пупартов байламын қасаға сүйегінің горизонтальды тармағымен біріктіріп тігеді. (Бассини, Абрагимов әдісі).
- 2) Сан каналының сыртқы сақинасын іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневрозымен, мықын қыры бұлшықетімен жабады. (Герцен, Уотсон-Чейн, Вреден, Прокунин т.б. әдістер)



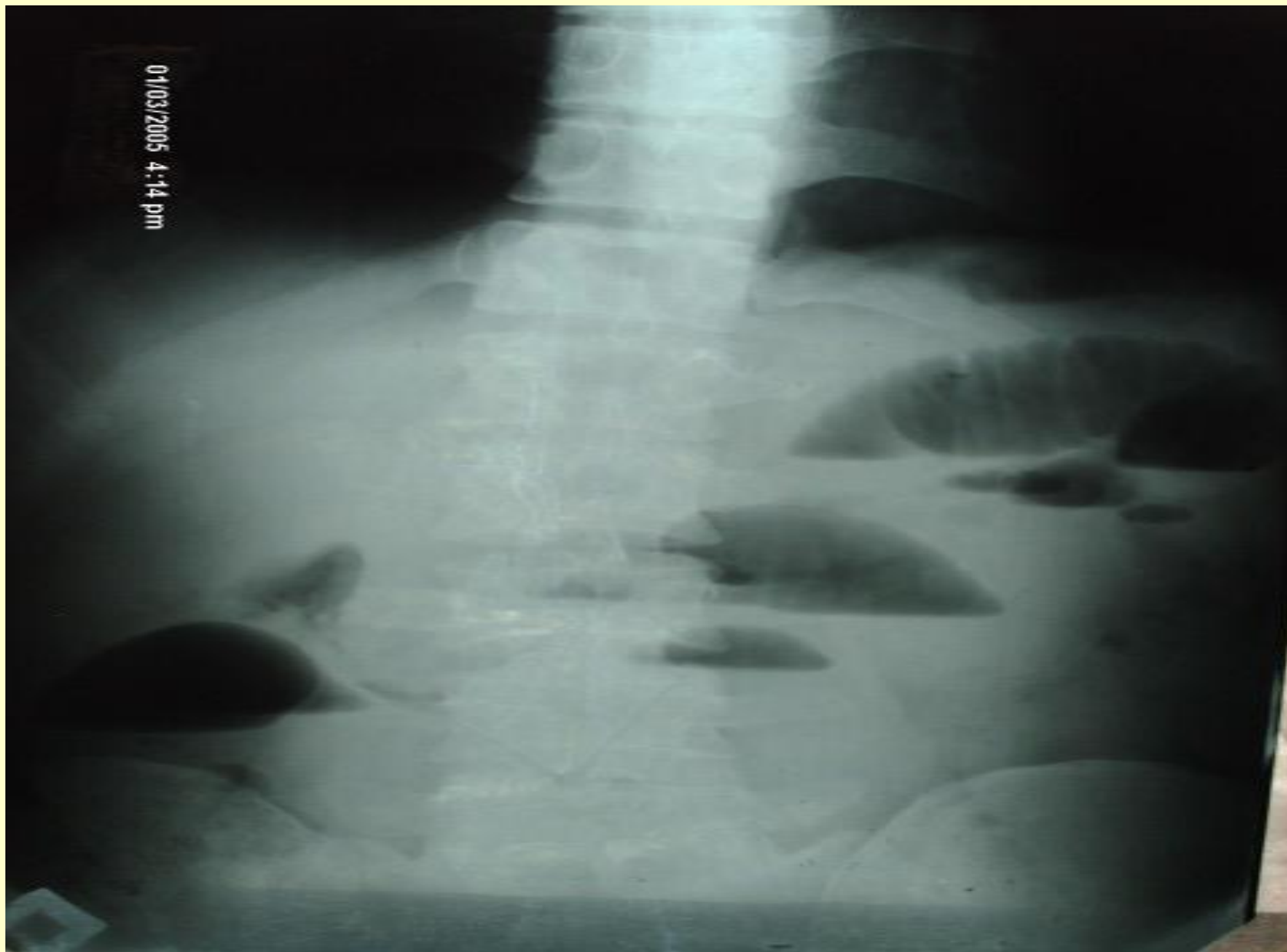
- Шап арқылы операция жасағанда шап жарығына сияқты тінді тіліп кеседі. Жарық қабын толығымен алып тастайды. Пупартов байламын Купер байламымен бірге тігіп, сан каналының ішкі сақинасын жабады. Бұл жіп іштің көлденең және ішкі қиғаш бұлшықетін қамтып, жараға тігіс салынады.

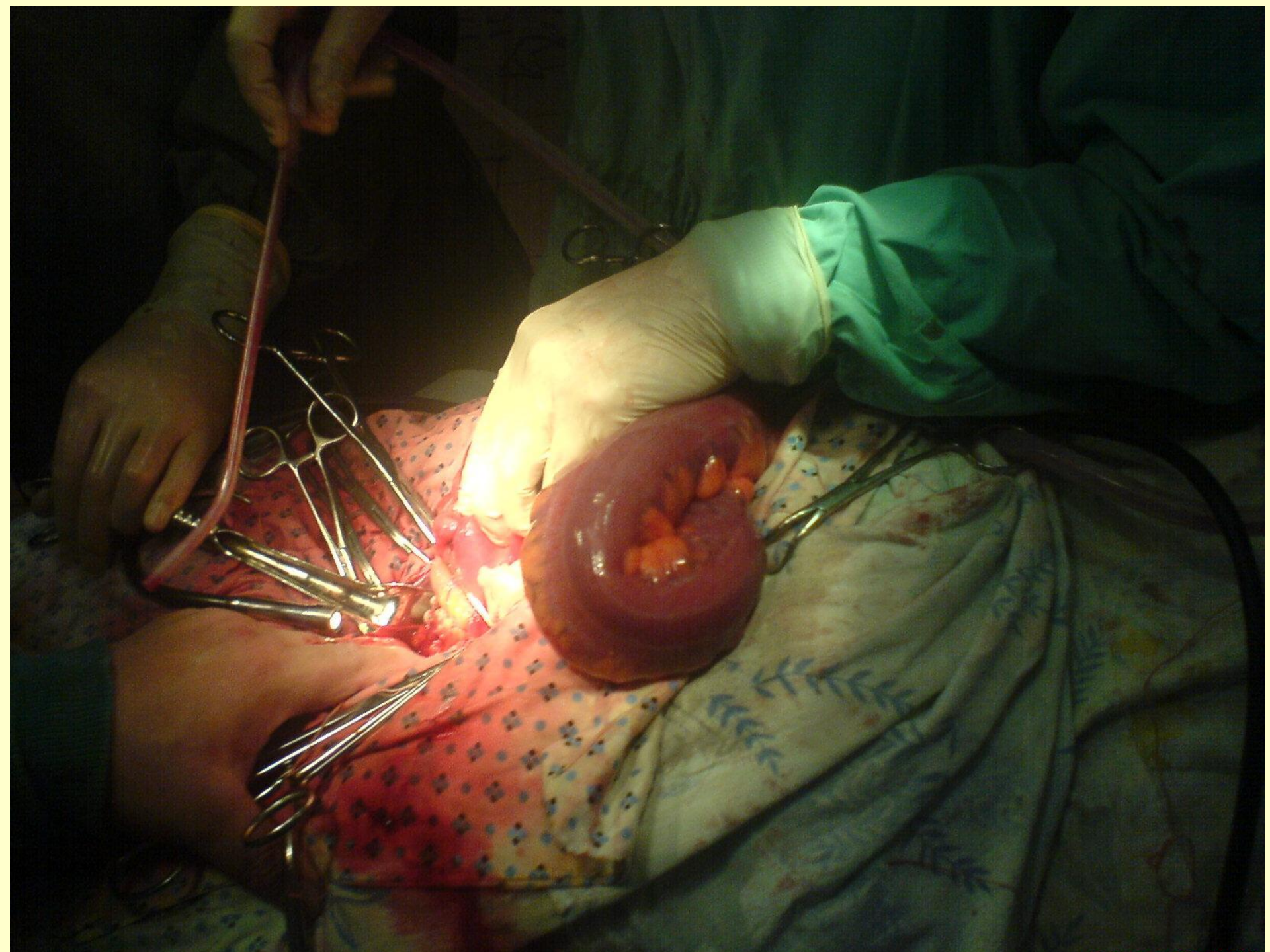


Сан жарығындағы операция. Сан каналына  
пластика жасау. Lig. Inguinale-ні ossis pubis-ке тігу  
Локвуд әдісі



# Қысылған жарық кезіндегі ішек өтімсіздігінің белгісі











[www.vesalius.com](http://www.vesalius.com)





umbilical stalk

umbilical ring





[www.vesalius.com](http://www.vesalius.com)



[www.vesalius.com](http://www.vesalius.com)



[www.vesalius.com](http://www.vesalius.com)



[www.vesalius.com](http://www.vesalius.com)





[www.vesalius.com](http://www.vesalius.com)

[www.vesalius.com](http://www.vesalius.com)









[www.vesalius.com](http://www.vesalius.com)



[www.vesalius.com](http://www.vesalius.com)

