

**ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ
ШЫМКЕНТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТЫ
ДИПЛОМНАН КЕЙІНГІ БІЛІМ БЕРУ
ФАКУЛЬТЕТІ**

**«ХИРУРГИЯ ЖӘНЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ –
РЕАНИМАЦИЯ» КАФЕДРАСЫ**

**Презентация тақырыбы: Асқазан мен онекі елі
ішек жара аурулары**

Іш жарықтары

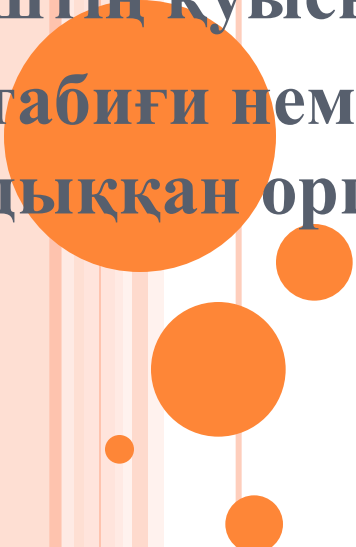
Қабылдаған: профессор Сатханбаев А.З.

Орындаған: Жаппарова Ш.Н.

Тобы: ХҚ-701

Іш жарықтары

Іштің қуысының іргелеріндегі тесіктерден (табиғи немесе жасанды) іш пердесімен бірге шыққан органдарды жарық дейді.



□ 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 дефекті арқылы, тері астына шығуы (ол іш пердемен жабылмаған жалған жарықтан ерекшеленеді, мысалы, кіндік жарығы немесе 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 (бұл кезде ішкі мүшелер іш пердемен жабылады).
- 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, спингелиев сызықты (сирек кездеседі) 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
 2. іш қабы ішіндегі қысымның жоғарлауы өндіру факторы болып табылады



ДАМИДЫ:

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



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)

ЭТИОЛОГИЯСЫ

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ:

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

Субъективті белгілері:

- а) интенсивті және иррадиациялы 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 классикалық белгісі болып табылады.
3. Жарық қақпасының болуы.
4. «Жөтел түрткісі» феномені.
5. Перкуссия кезінде жарық қабында ішек болса – тимпанит, ал егер шарбы болса - тұйық дыбыс естіледі.
6. аускультация белгілері – ішекті орнына келтіргенде шұрылдау естіледі.



- Бастапқы кезеңде жарықты анықтау өте қиын. Жөтел түрткі феноменін анықтау және науқастың жатқан күйінде іш қабырғасы босаңсиды, сонда жарық қақпасын және каналын анықтау жалпы зерттеуде өте маңызды болып саналады.
- Профилактика – ерте және жүйелі дене шынықтырумен айналысу, өз уақытында емделу. Балаларды қатты орауға және жылағанда жоғары қарай лақтырып көтеруге болмайды.



ЕЛМІ:

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:

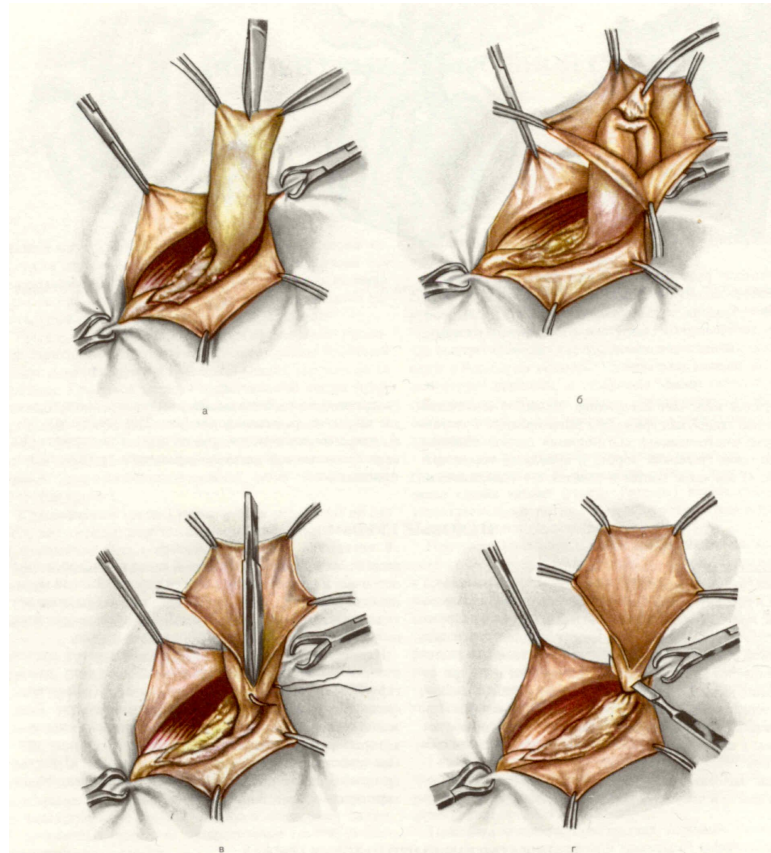
- Ол абсолютті және салыстырмалы болып бөлінеді.
- Абсолютті – жедел инфекция, туберкулез, қатерлі ісіктер, айқын тыныс алу және жүрек жетіспеушілігі кезінде.
- Салыстырмалы - ерте шак, жүктіліктің соңғы 2-3 айы, уретра стриктуралары, простата аденомасы кезінде.



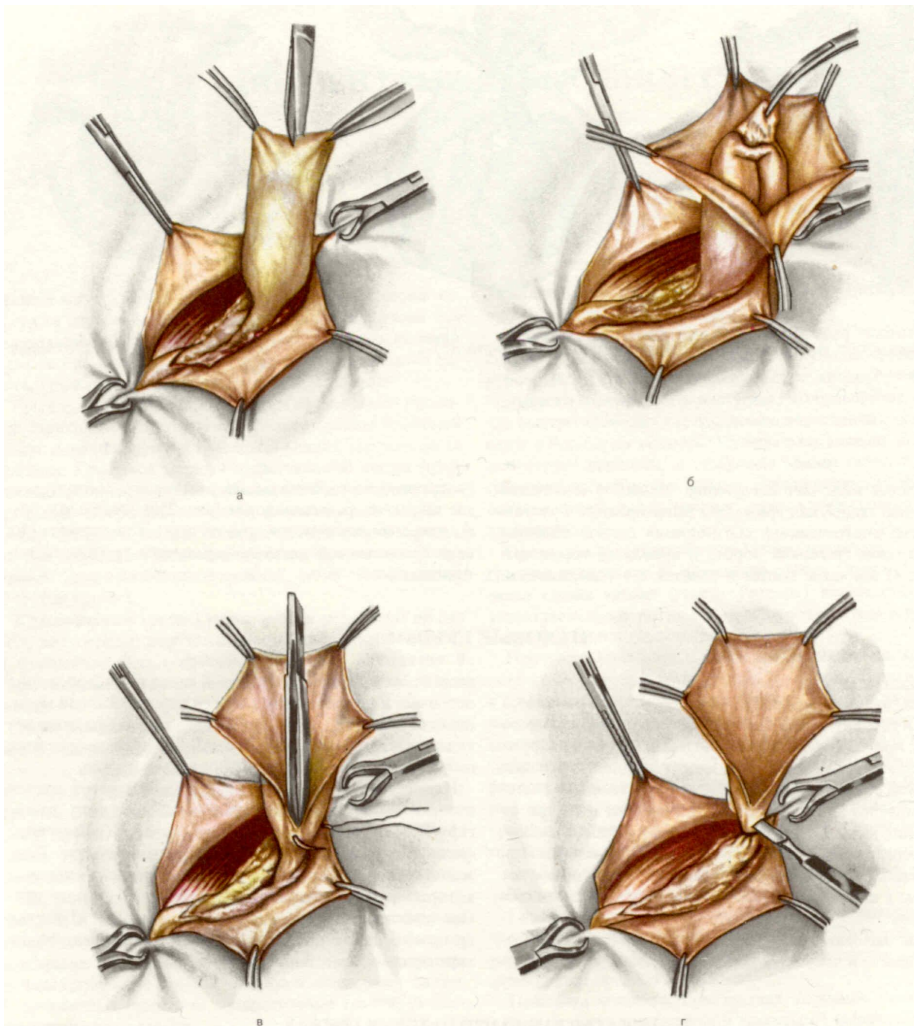
- Операция жасауға болмайтын жағдайда бандаж қолданылады. Бандажды әр адамға жеке түрде таңдау керек және түнде шешіп қояды.
- Бандаждың кемшілігі – тіндердің жарақаты мен атрофиясы, созылмалы экзема тыртықтың түзілуі және тағы да басқа.



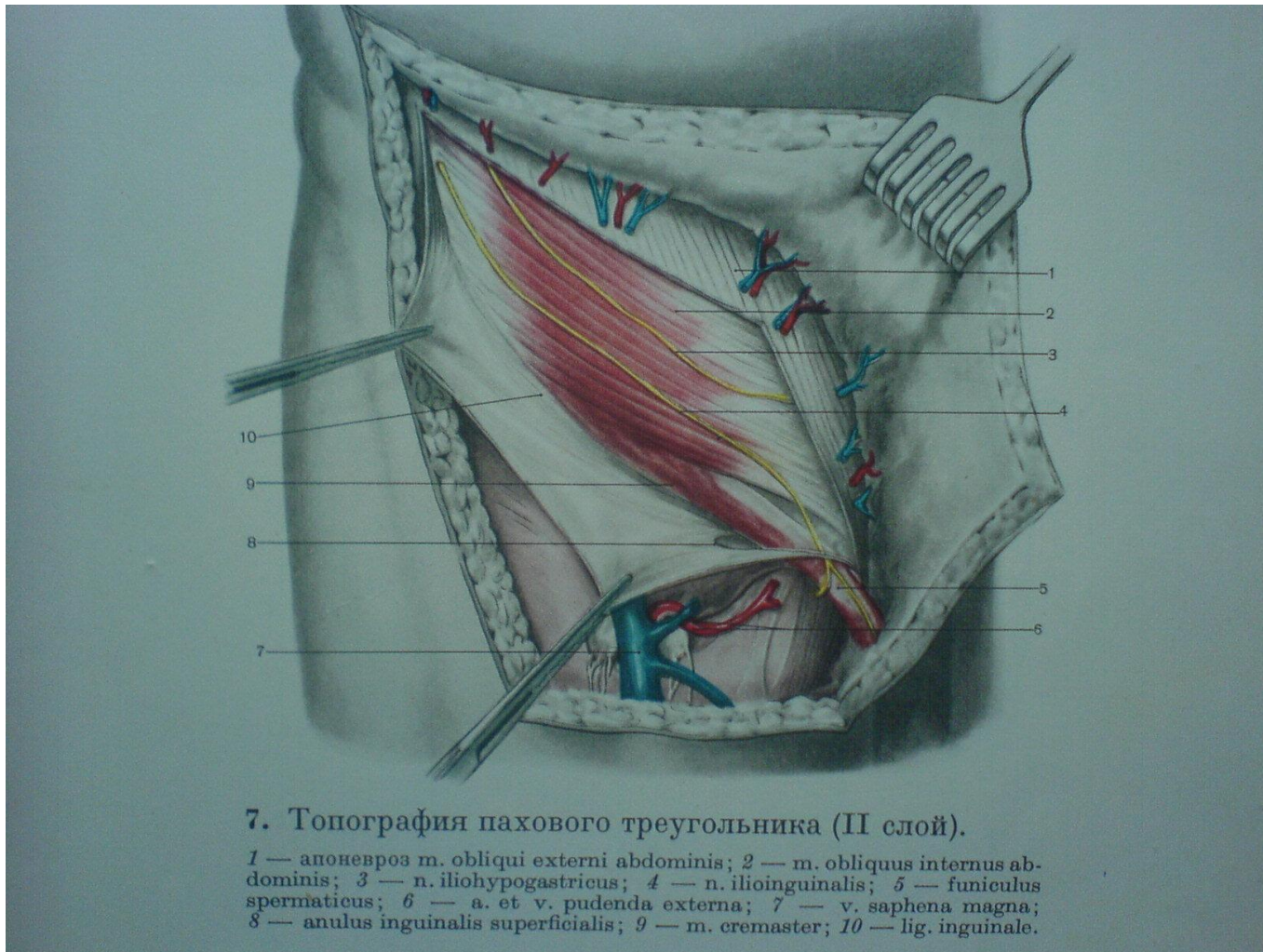
ЖАРЫҚ ҚАБЫН КЕСІП АШУДЫҢ ЖОЛДАРЫ



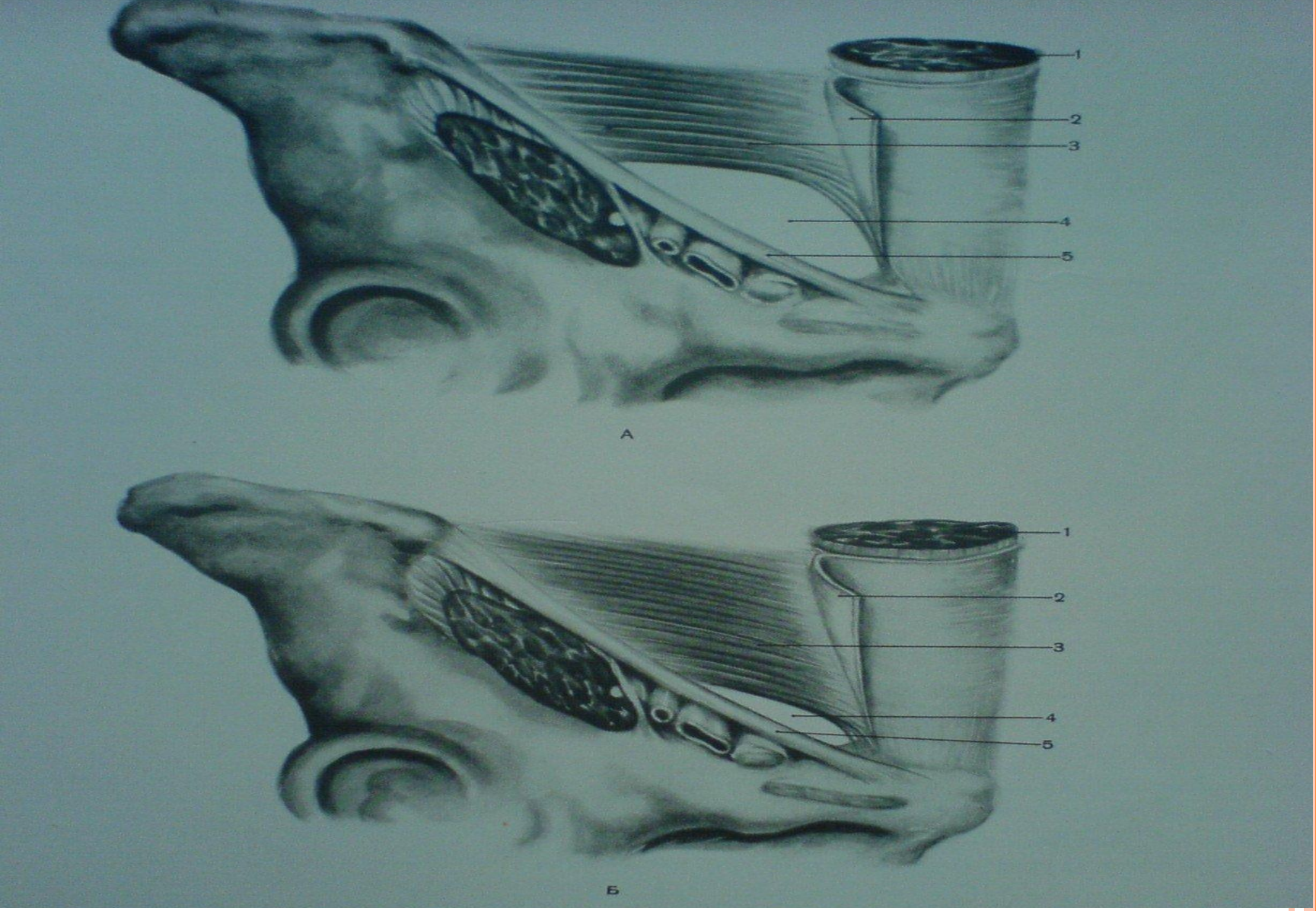
ЖАРЫҚ ҚАБЫНДАТ БІ АТ ЗАНЫ ІШ ҚУЫСЫНА КІРГІЗІП, ТІГІС САЛЫНУЫ:



ШАҒИ ЖАРЫҒЫ БІНДАҒЫ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ТӘСІЛДЕР:



ШАП КАНАЛЫ

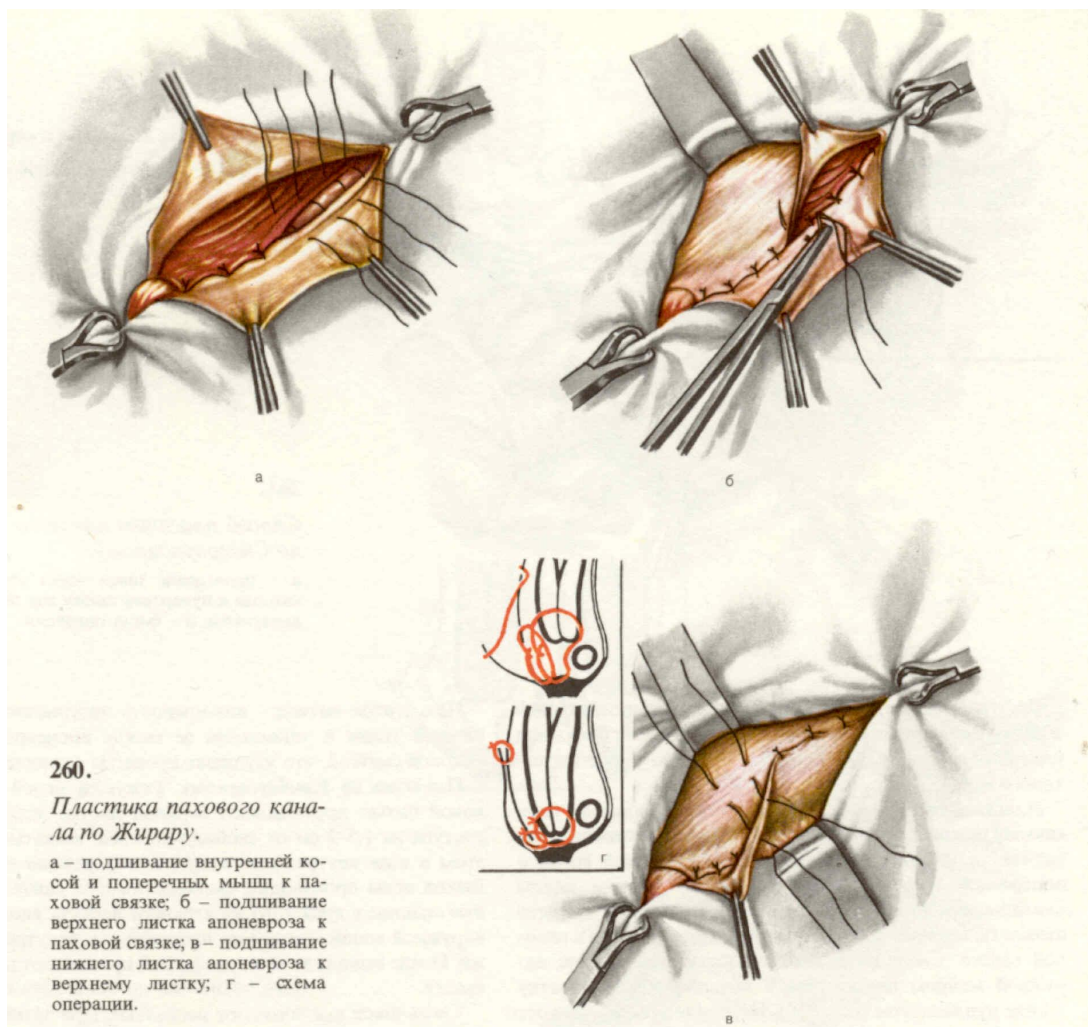


Шап каналы: қабырғалары-

- 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.



ЖИРАР ЭДСІ

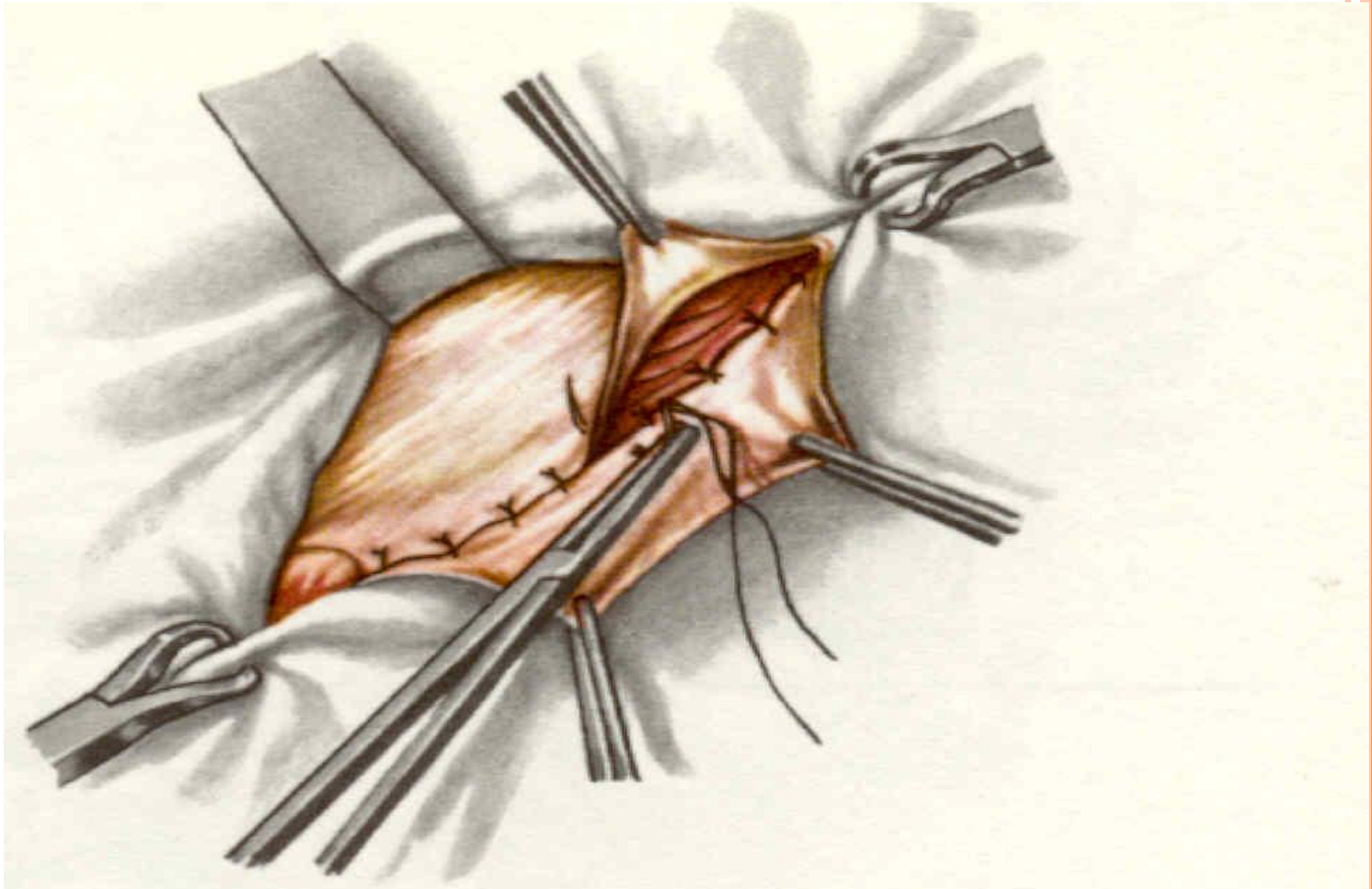


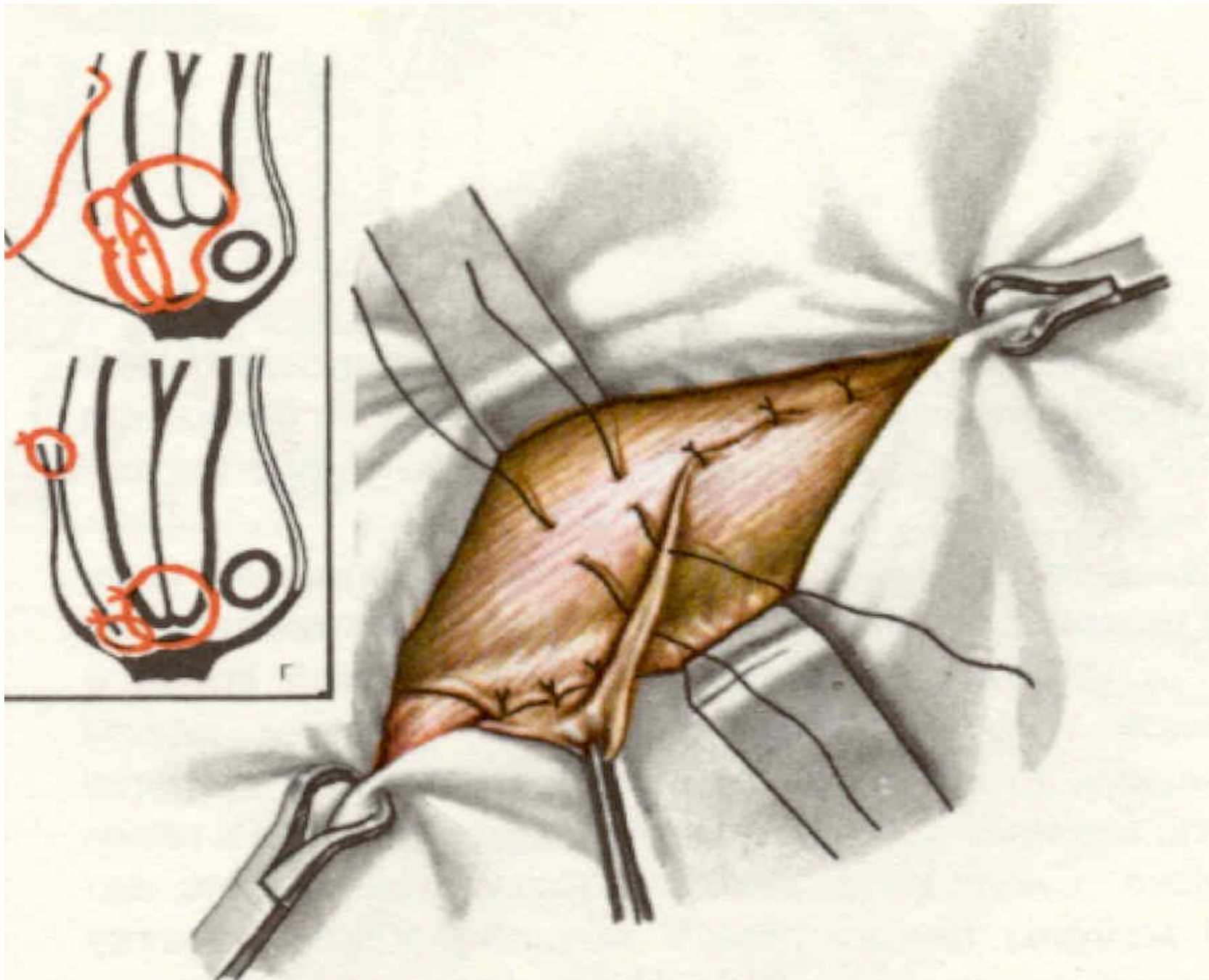
260.

Пластика пахового канала по Жирару.

а – подшивание внутренней косой и поперечных мышц к паховой связке; б – подшивание верхнего листка апоневроза к паховой связке; в – подшивание нижнего листка апоневроза к верхнему листку; г – схема операции.

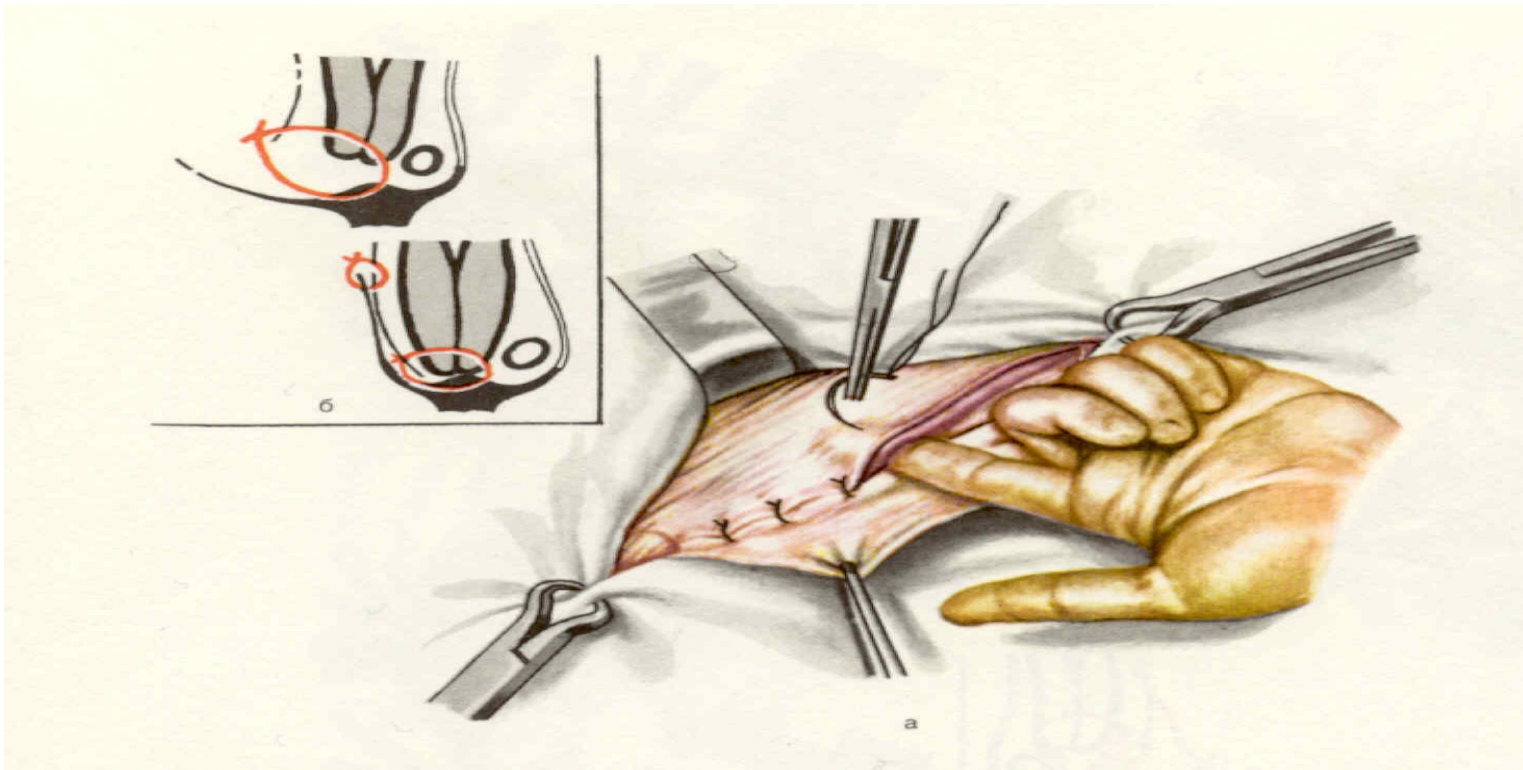






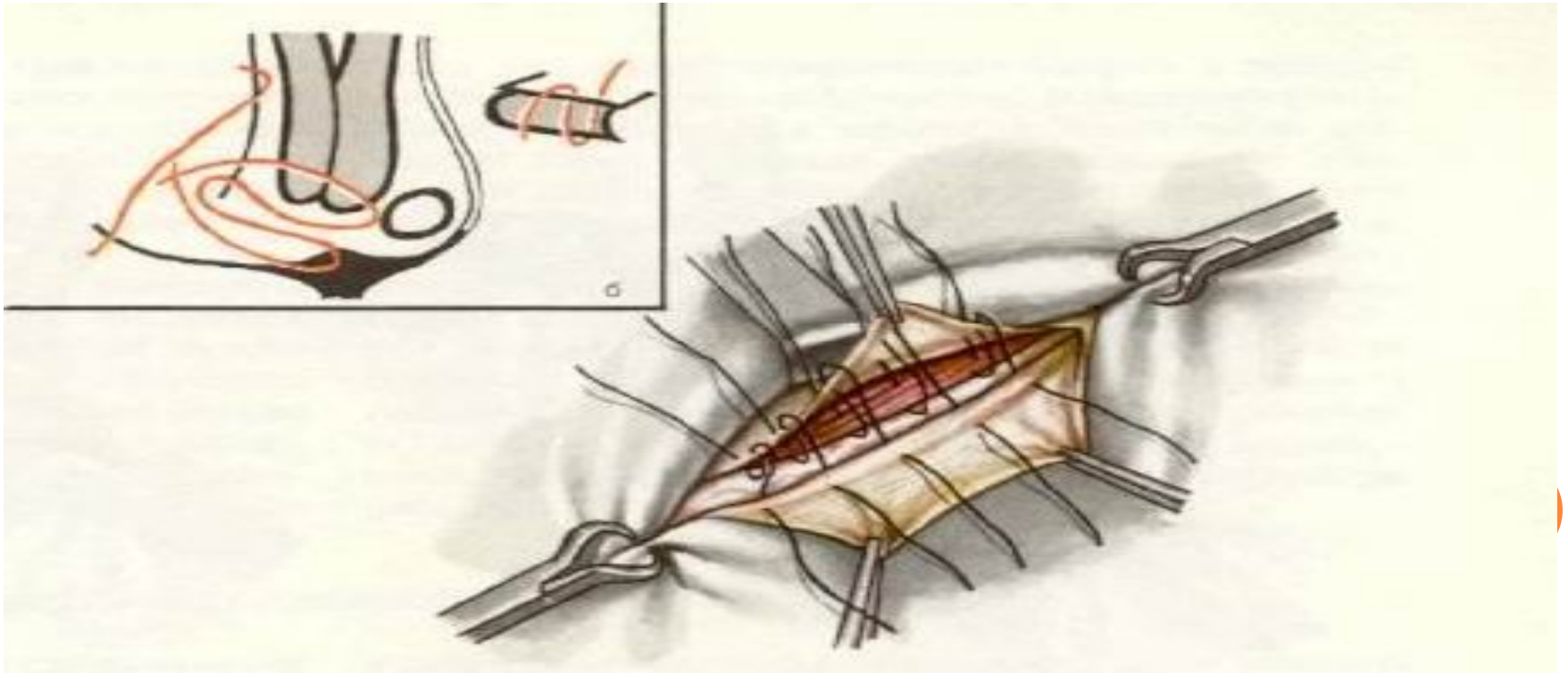
Жирара-Спасокукоцкий әдісі:

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:

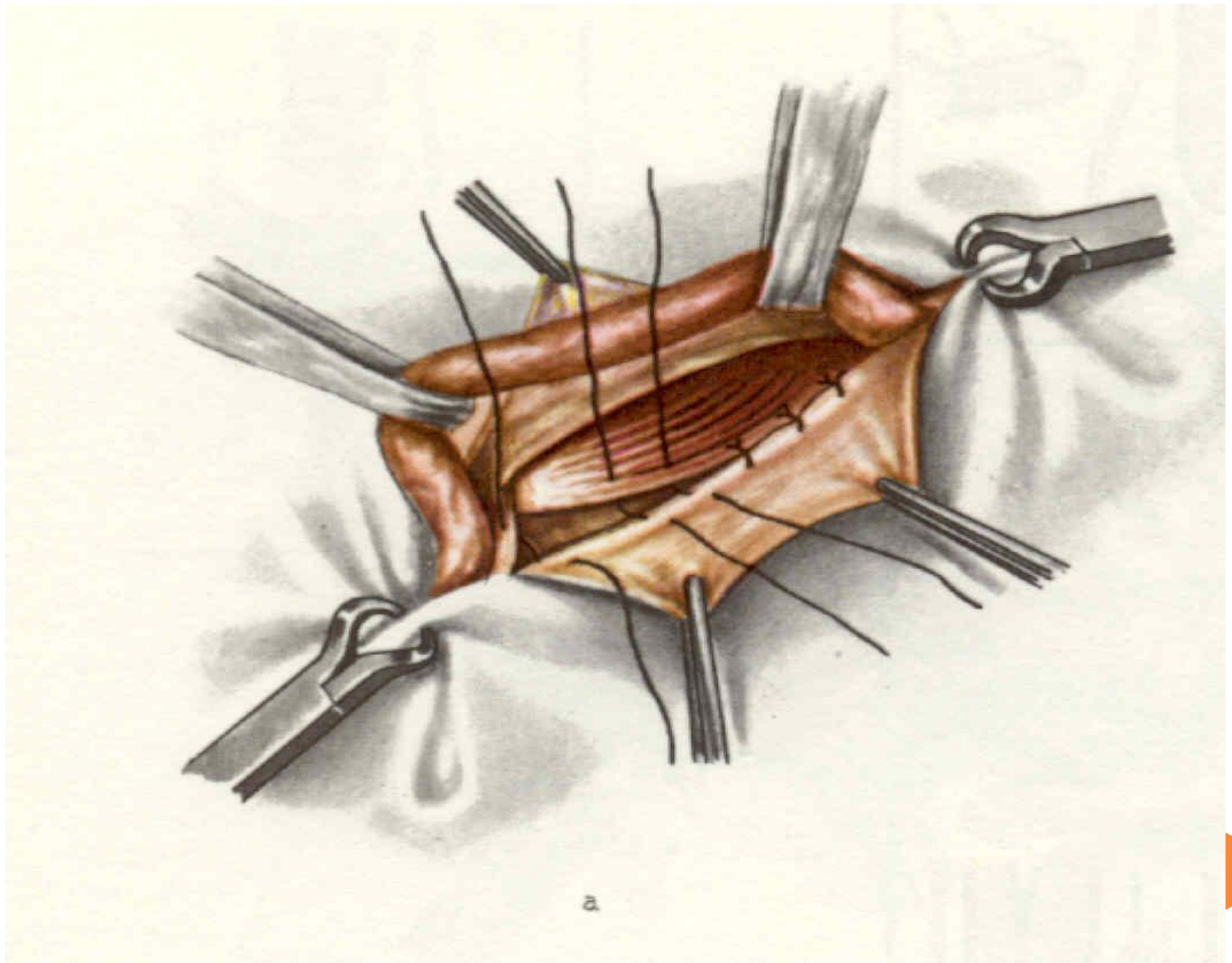
бірдей тканьдерді біріктіру. Инені іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің жоғарғы апоневроз лоскуты шетіне 1 см шеткері енгізеді, одан кейін инені бұлшықет шетінен өткізіп тағы да сыртқы қиғаш бұлшықеті шетінен тігеді. Осы жіппен шап байламын тігеді.

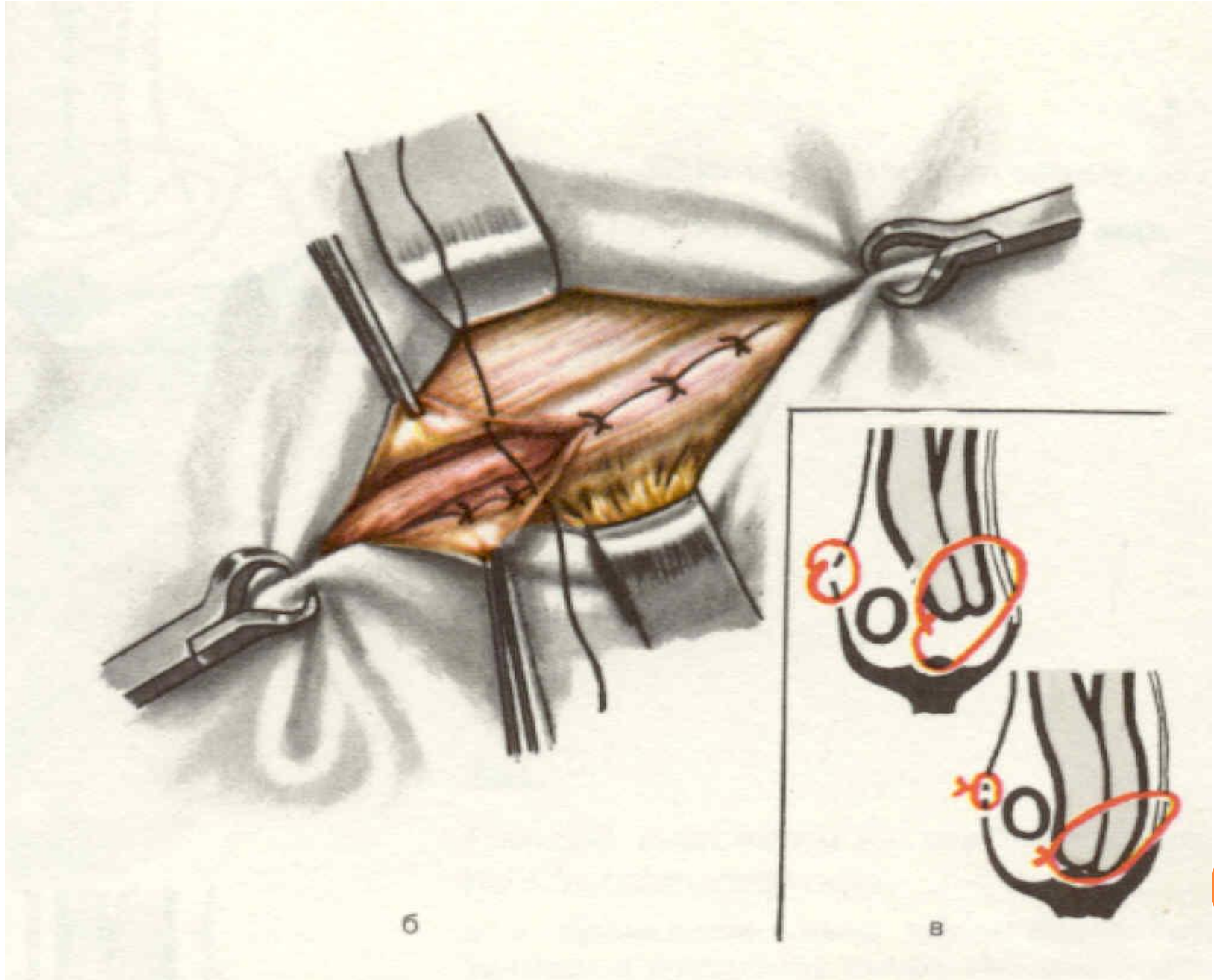


Бассини әдісі:

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



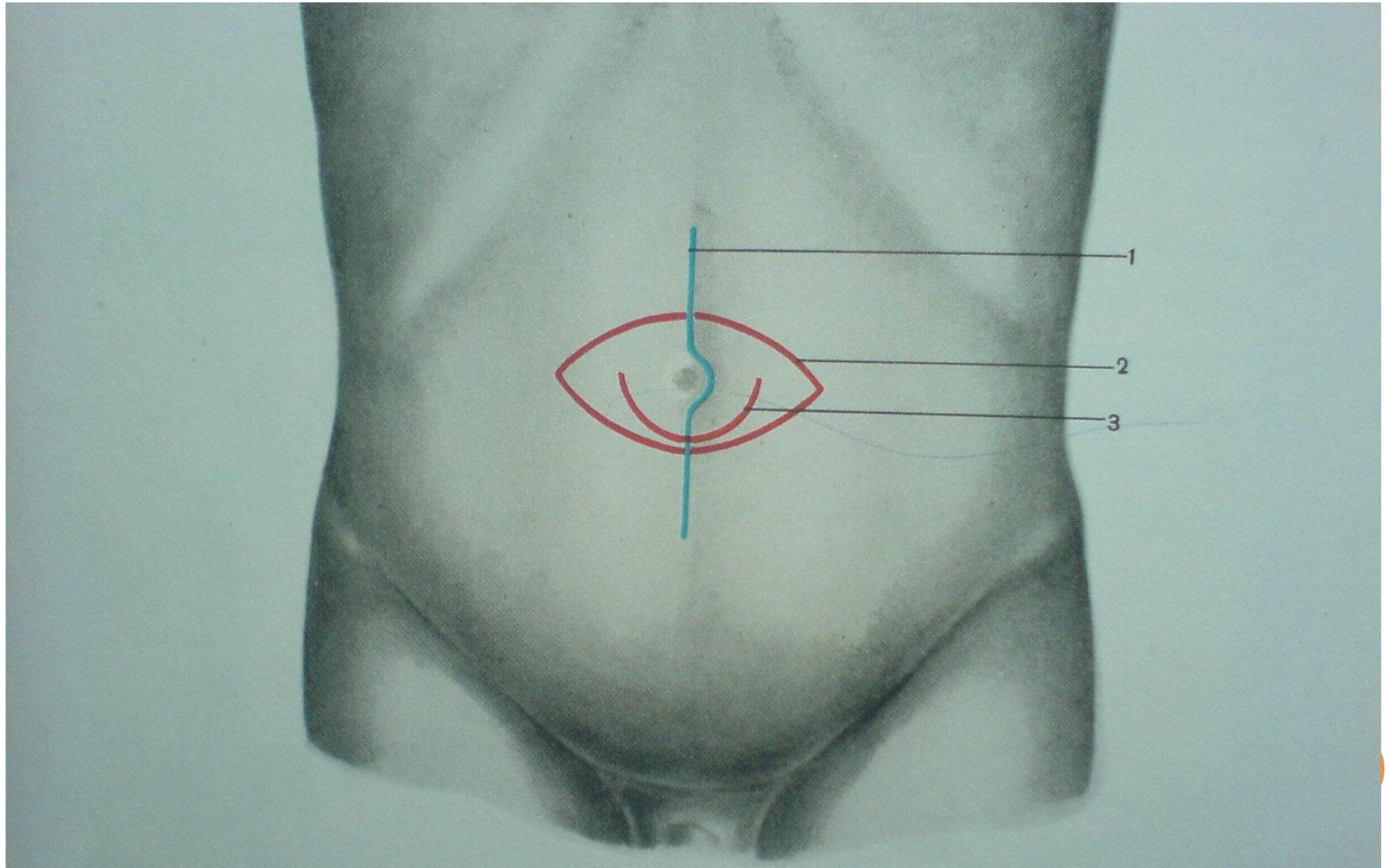




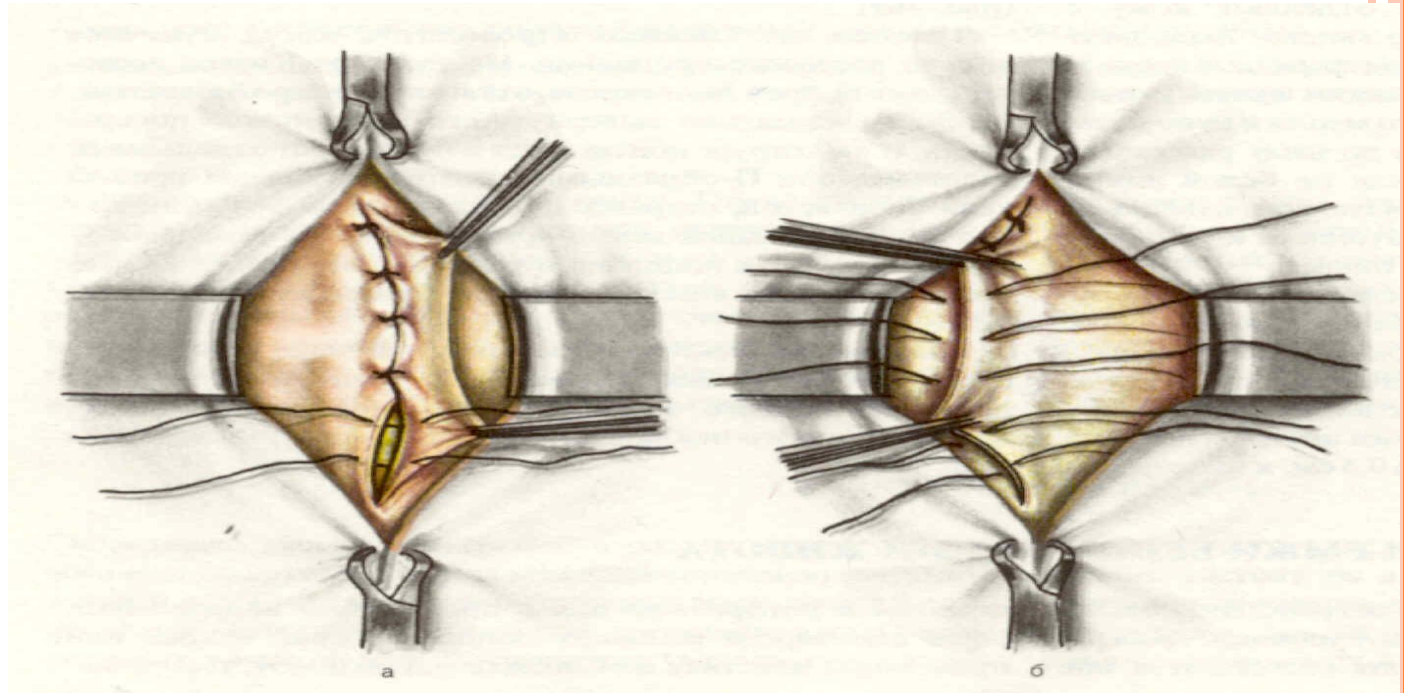
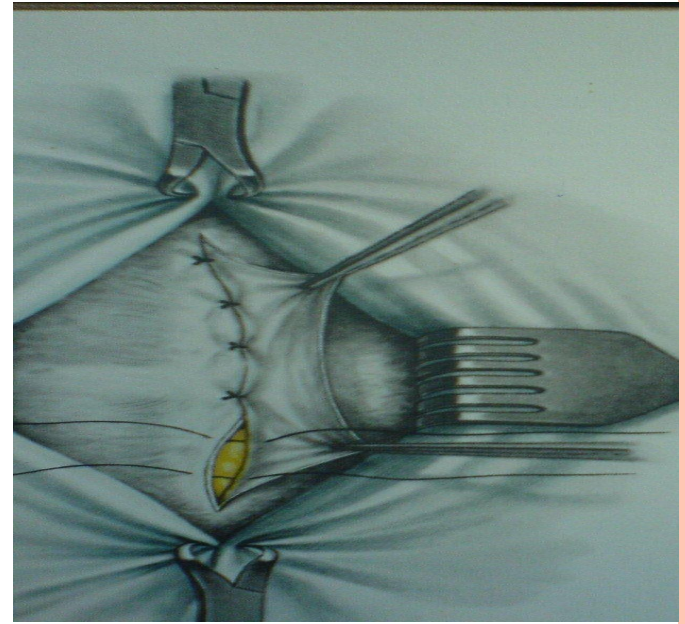
- Кіндік жарығы –деп кіндік аймағынан құрсақ қабырғасының әлсіз жері арқылы құрсақ қуысындағы мүшелердің шығуы.Әйелдерде кіндік жарығы еркектерге қарағанда екі есе жиі кездеседі, себебі жүктілік кезінде кіндік сақинасының керілінуіне байланысты.Жарық қақпасы кіндік сақинасы болып табылады.
- Емі: Ерте мерзімде оперативті түрде дефекті жабу.



ҚОЛДАНЫЛАТЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ТӘСІЛДЕР:



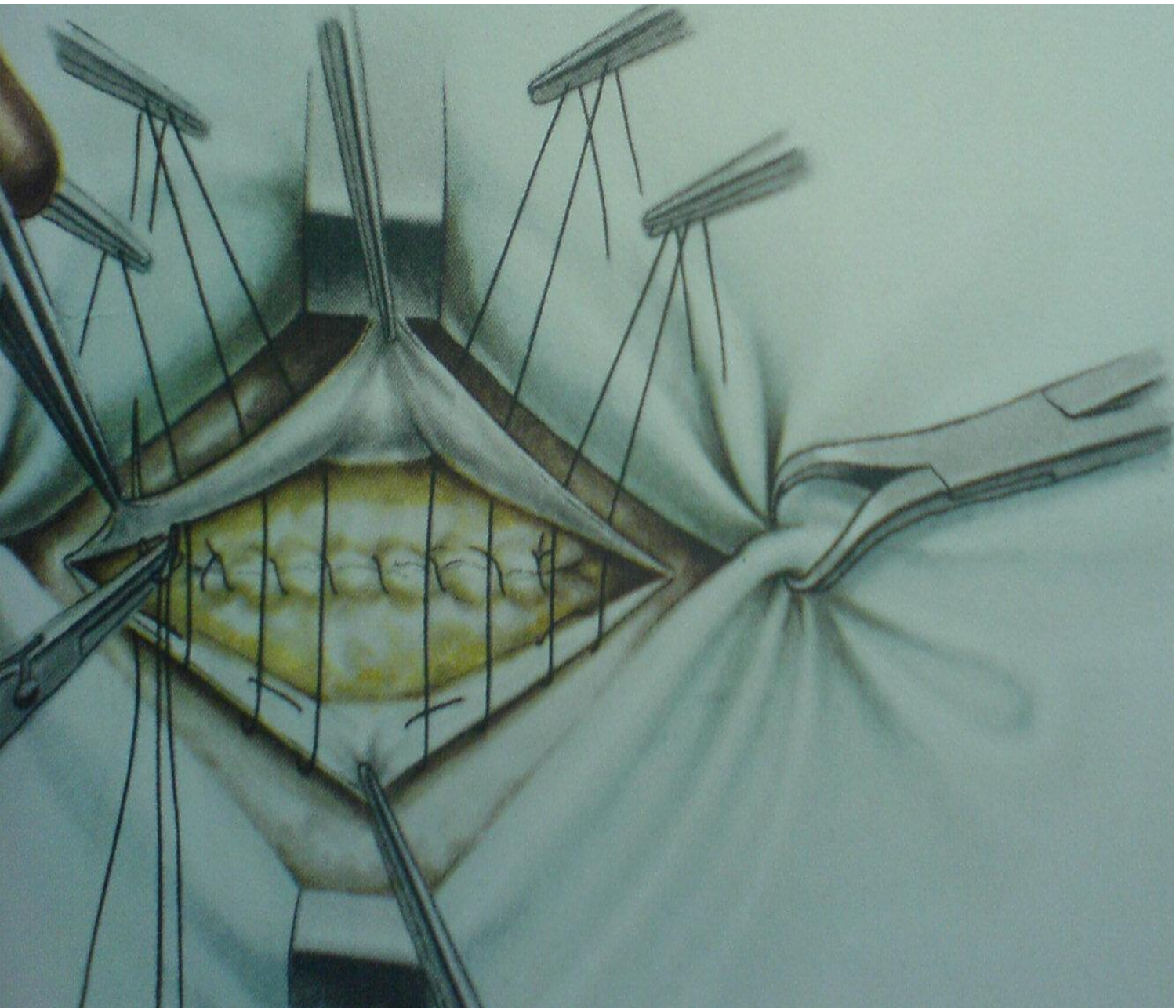
Сапезко әдісі: бір жағынан іштің ақ сызығының апоневрозының бір шетін ала, ал екінші жағымен іштің тік бұлшықетінің қынаптық бөлігінің артқы- медиальді бөлігін ала бөлек тігіс салу.



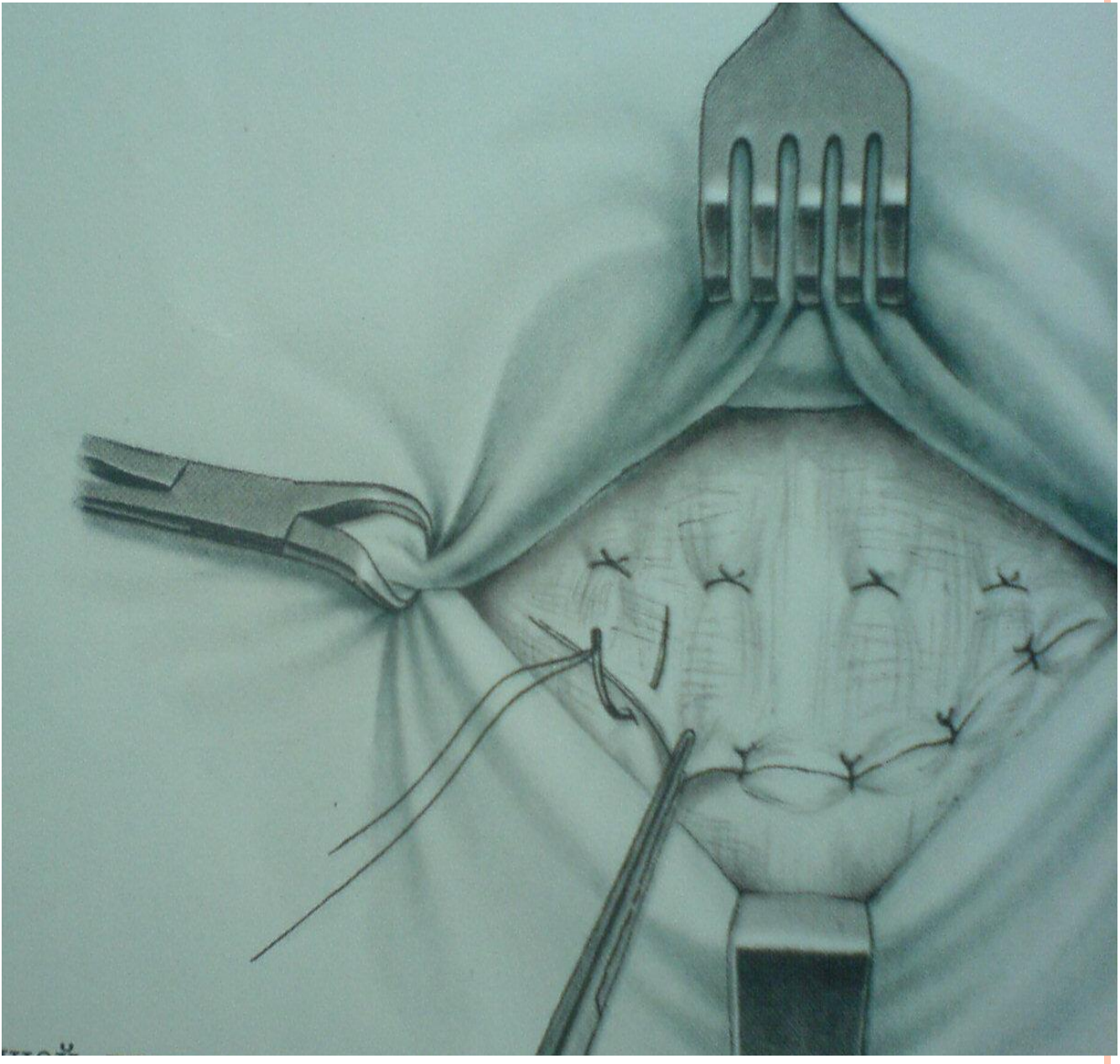
Мейо әдісі: екі көлденең кесу арқылы терімен бірге кіндікті кеседі. Жарық қапшығын алған соң, жарық қақпасын кеңейтеді де, апоневроздың төменгі лоскутын П-тәрізді тігіспен жоғарғы лоскутқа, ал дубликатураны төменгі лоскутқа жеке тігіспен тігеді.



Meiño аджici



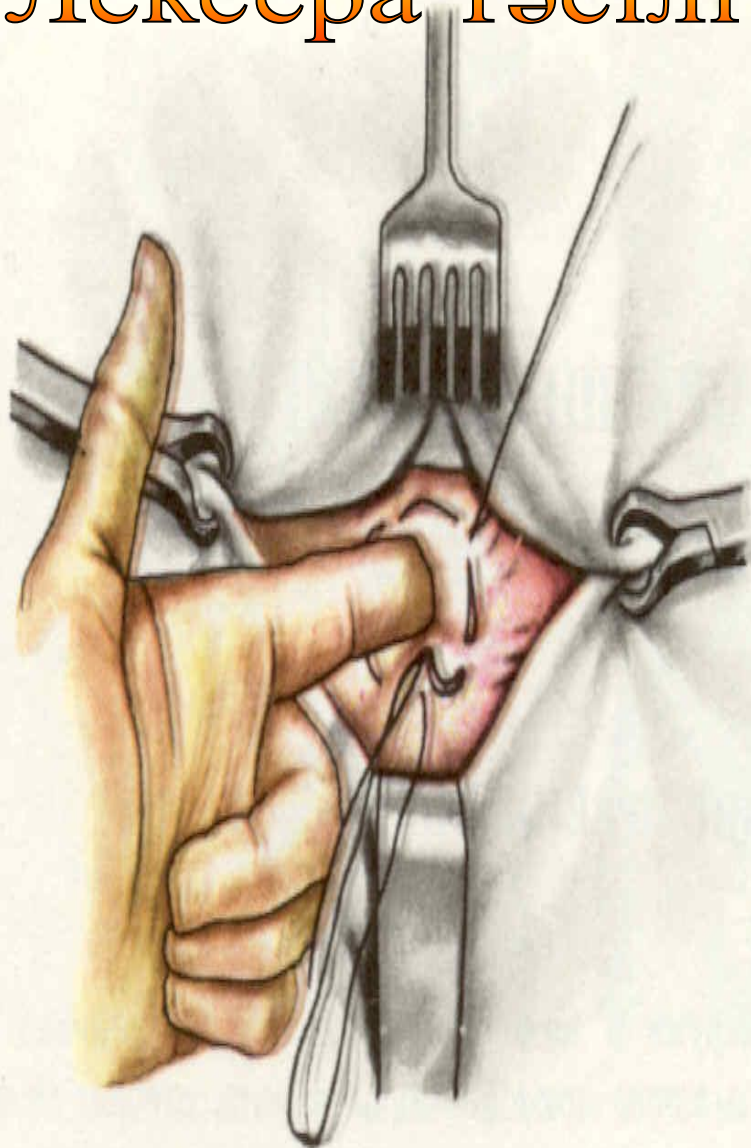
Мейно адісі



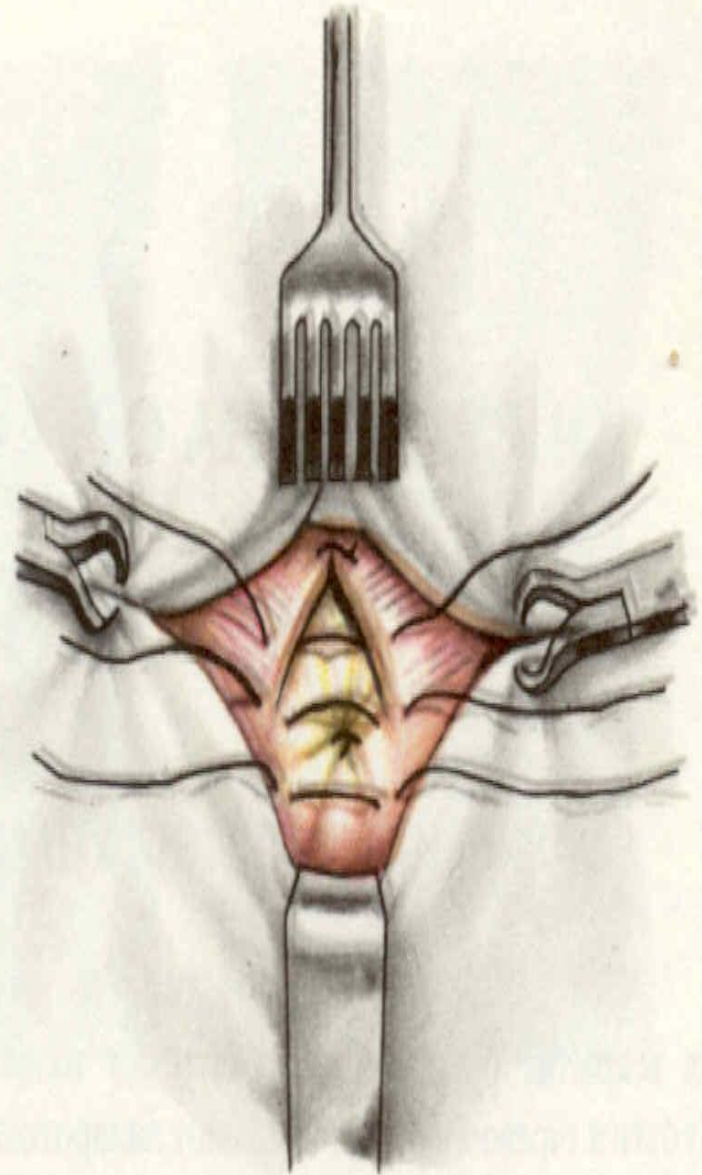
КІНДІК ЖАРЫҒЫНДАҒЫ ЛЕКСЕРА ТӘСІЛІ



Лексера тәсілі

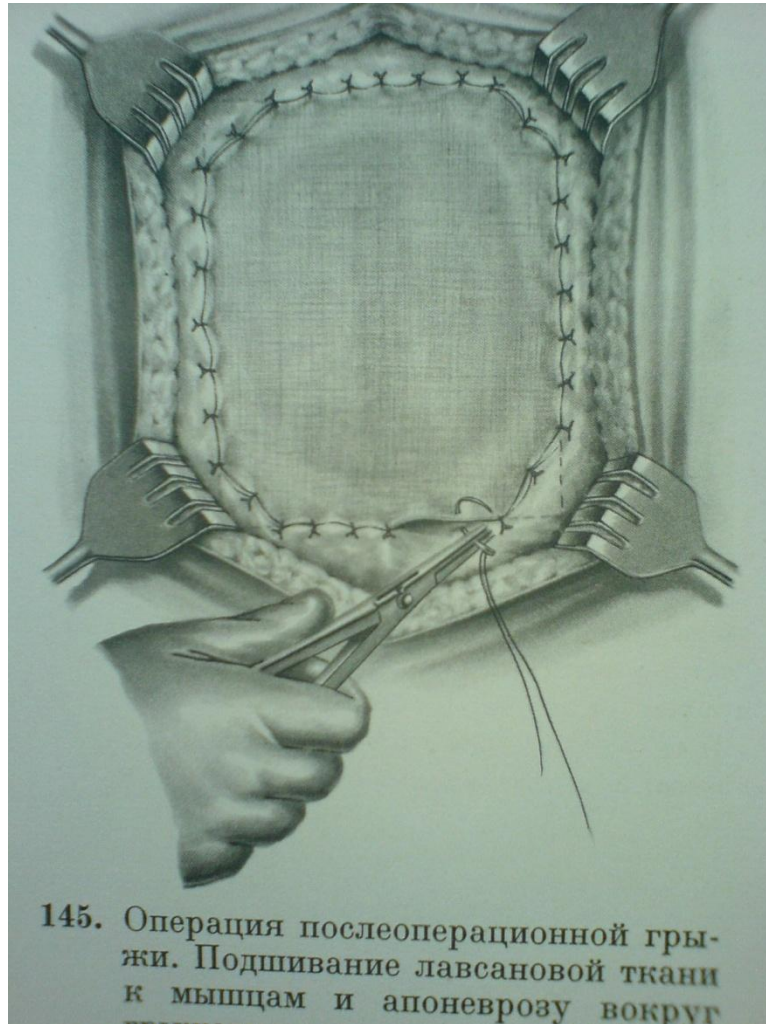


а



б

ОПЕРАЦИЯ ДАН КЕЙІНГІ ЖАРЫҚТЫҢ ОПЕРАЦИЯСЫ. ЛАВСАНДЫ ТКАНЬДІ АПОНЕВРОЗМЕН БҰЛШЫҚЕТКЕ ТІГУ.



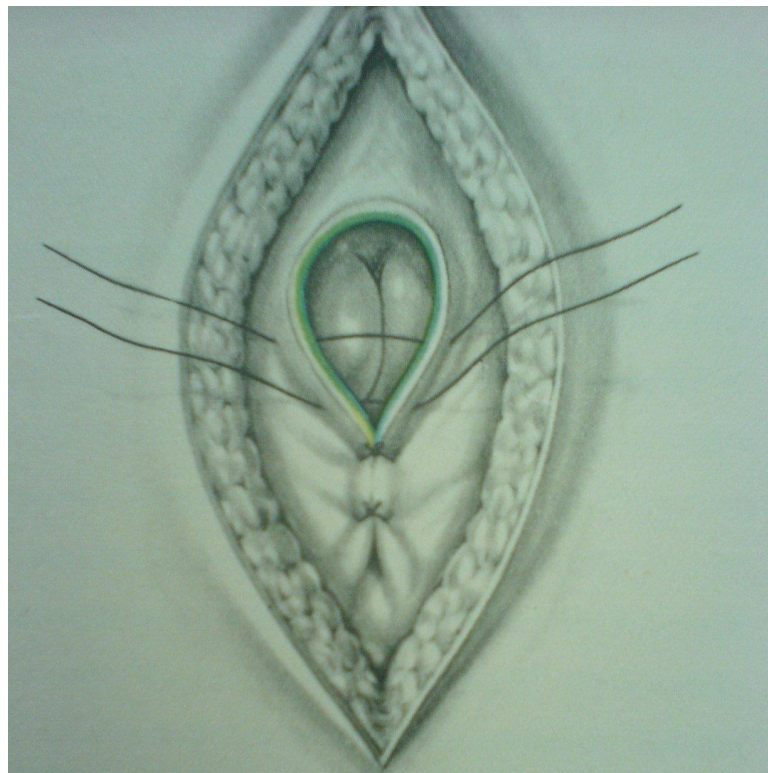
145. Операция послеоперационной грыжи. Подшивание лавсановой ткани к мышцам и апоневрозу вокруг



ОПЕРАЦИЯ ЖАСАУ. ТЕРІДЕГІ ТЫРТЫҚТЫ АЙНАЛДЫРА КЕСУ.



АПОНЕВРОЗЫ МЕН ЖАРЫҚ ҚАБЫНА ТІГІС САЛУ.ШАМПИОНЕР ӘДІСІ.



133. Операция послеоперационной
грыжи. Способ Чемпионера.
Наложение узловых швов на
края апоневроза и грыжевого
мешка.



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, және пупартов байламының беріктігінің аз болуымен байланысты.



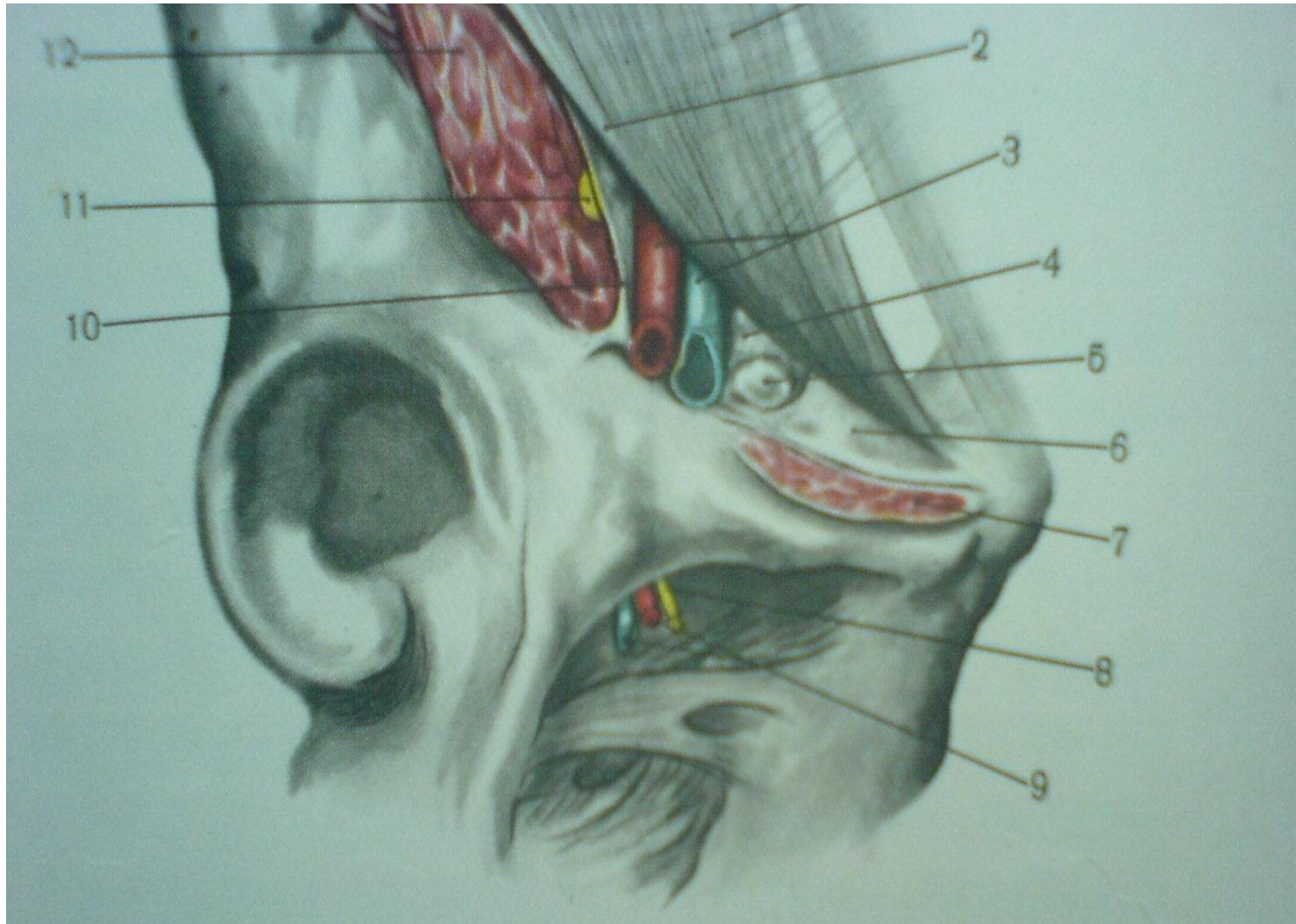
- Сан жарықтары Скарпов үшбұрышында орналасады. Сан жарықтарының клинико-анатомиялық ерекшеліктері-ол пупартов байламынан төмен орналасады. Бұл бөлімнің анатомиялық ерекшелігі хирургтер үшін өте маңызды.
- Пупартов байламы мен жамбас сүйегі арасында кеңістік орналасады, ол мықын қыры байламы арқылы пупартов 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. Ұшы болып екі бұлшық еттің қиылысқан жерін айтады.



LACUNA MUSCULORUM ET LACUNA VASORUM



- Пупартов асты кеңістігінің 2/3 бөлігін құрайтын бұлшықетті лакунада мықын-бел бұлшықеті мен сан нервсі орналасады.
- Тамырлы лакунада сан артериясы мен венасы орналасады. Шап байламынан 3 см-ге төмен сан венасына үлкен тері асты венасы түседі. Бұл лакуна май тінімен жабылған, онда лимфа түйіндері орналасады. Сан жарығының түзілуі кезінде жарық томпаюының қалыптасуы. Сан каналының ішкі сақинасынан басталады. Сан сақинасының диаметрі ер адамдарда - 1,2 см, әйел адамдарда - 1,8 см болады.

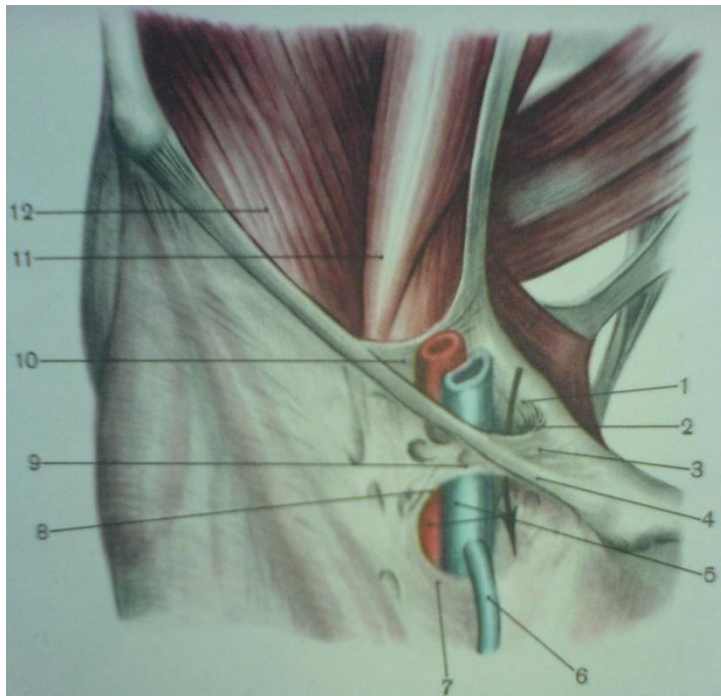


Жарық пайда болуымен түзілетін сан каналының қабырғалары:

- 1. жоғары жағынан-шап (пупартов) байламы.
- 2. төменгі жағынан –қасаға байламы.
- 3. ішкі жағынан - Жембернатов байламы.
- 4. сыртқы жағынан - сан венасының медиальды бөлігі.
- Ер адамдрда лакунарлы байламы қысқа және мықты, әйелдерде ұзынырақ болады.



LIS FEMORALIS.



3. Canalis femoralis.

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



- Сан жарықтары үлкен болмайды немесе сирек кездеседі. Айқын ауырсыну симптомымен, қысылу мен бірігіп өсуіне бейімделуімен 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.

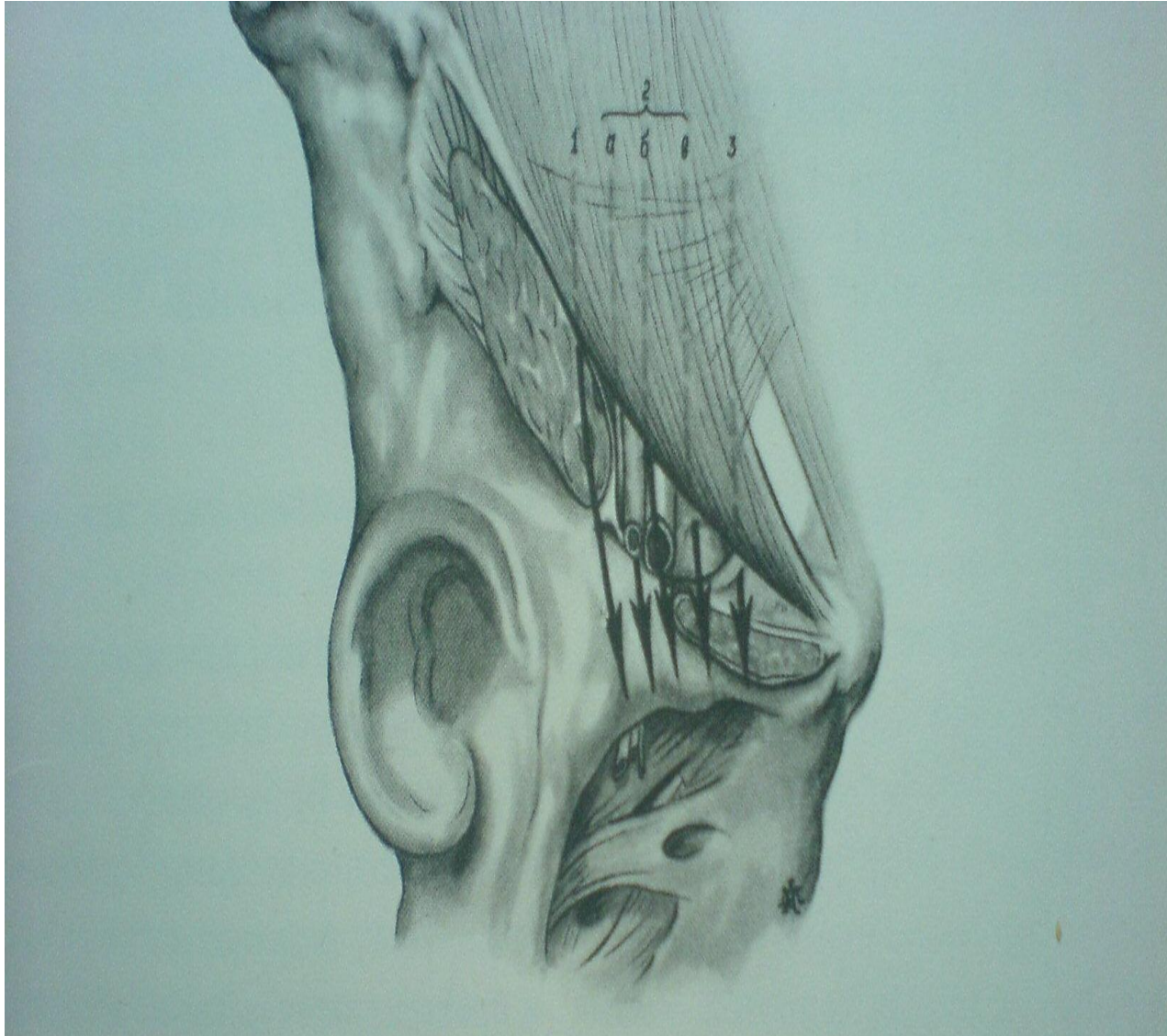


- Жарық қабы пупартов байламы астымен сан артериясы мен венаның үстінде орналасса, онда ол **ортаңғы тамырлы лакунарлы сан жарығы** болады. Атипті жарықтарды операция кезінде анықтайды. Сан жарықтары пупартов асты кеңістігінің кез-келген бөлігінде түзілуі мүмкін:

I. Сан жарықтарының түрлері:

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





II. 3 топқа бөлінеді:

- 1-ші топ- тамырлы лакунада сан каналы арқылы өтетін типті немесе ішкі сан жарықтары түзіледі.
- 2-ші топ - бұлшықетті лакунарлы байламындағы сан жарықтары m.PSOAS алдында, пупартов асты байламында орналасады. Бұлар өте сирек кездеседі.
- 3-ші топ –Лакунарлы байлам жарығы. Хирург практикасында сирек кездеседі. Негізінен қарт жастағы әйелдерде болады.



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.



- Сан каналының қабырғасының икемділігі аз және 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, сан каналының икемділігімен түсіндіріледі. 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. Қиғаш тілік ең қолайлы, тиімді әдіс. 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 тілігіне 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:

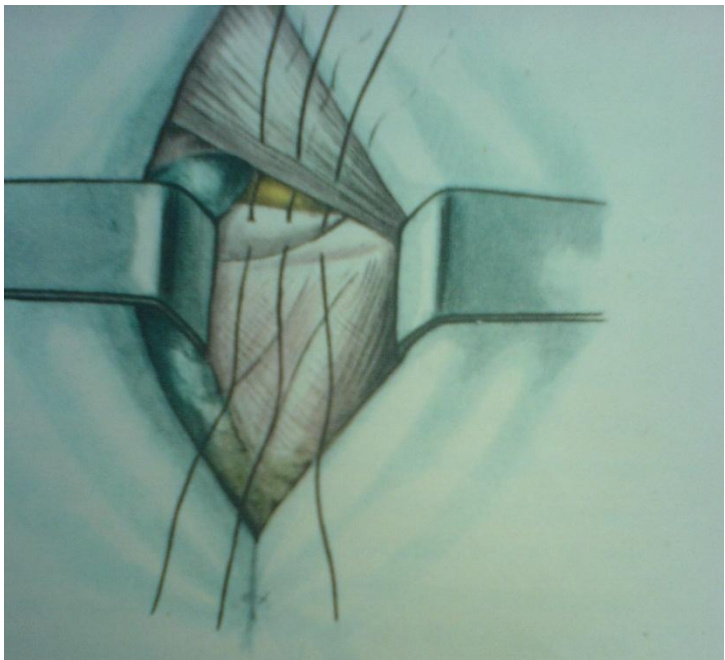
- 1) Пупартов байламын қасаға сүйегінің горизонтальды тармағымен біріктіріп тігеді. (Бассини, Абрагимов әдісі).
- 2) Сан каналының сыртқы сақинасын іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневрозымен, мықын қыры бұлшықетімен жабады. (Герцен, Уотсон-Чейн, Вреден, Прокунин т.б. әдістер)



- 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.



САҢ ЖАРЫҒЫНДАҒЫ ОПЕРАЦИЯ. САҢ КАНАЛЫНА ПЛАСТИКА ЖАСАУ. LIG. INGUINALE-НИ OSSIS PUBIS-КЕ ТІГУ



0. Операция бедренной грыжи.
Способ Локвуда. Пластика бед-
ренного канала. Подшивание
lig. inguinale к надкостнице
ossis pubis.



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



Қысылған жарықтар:

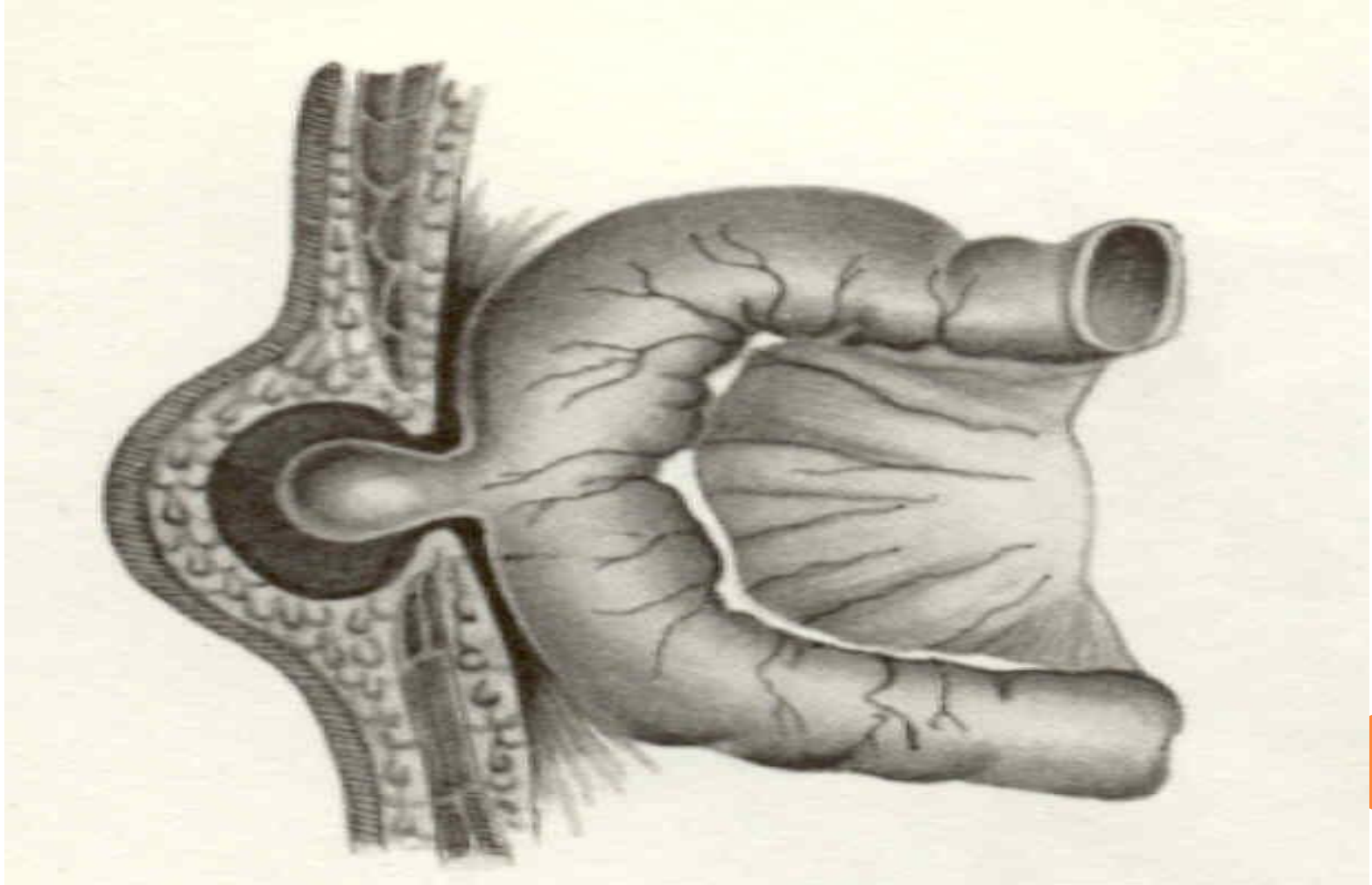
Қысылу – жарықтың ең ауыр асқынуы болып табылады. Барлық аурудың 3-15% - ын құрайды. Қысылған жарық дегеніміз: қысылған мүшенің қоректенуінің бұзылуымен өтетін, жарық құрамындағы заттың жарық қақпасында немесе жарық қабының тыртықты өзгерген мойнында кездейсоқ қысылуы.

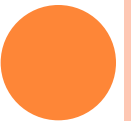
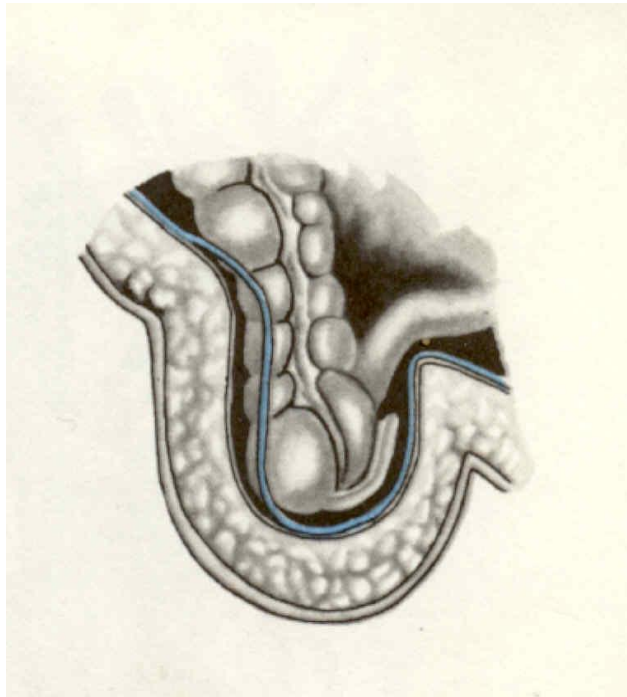
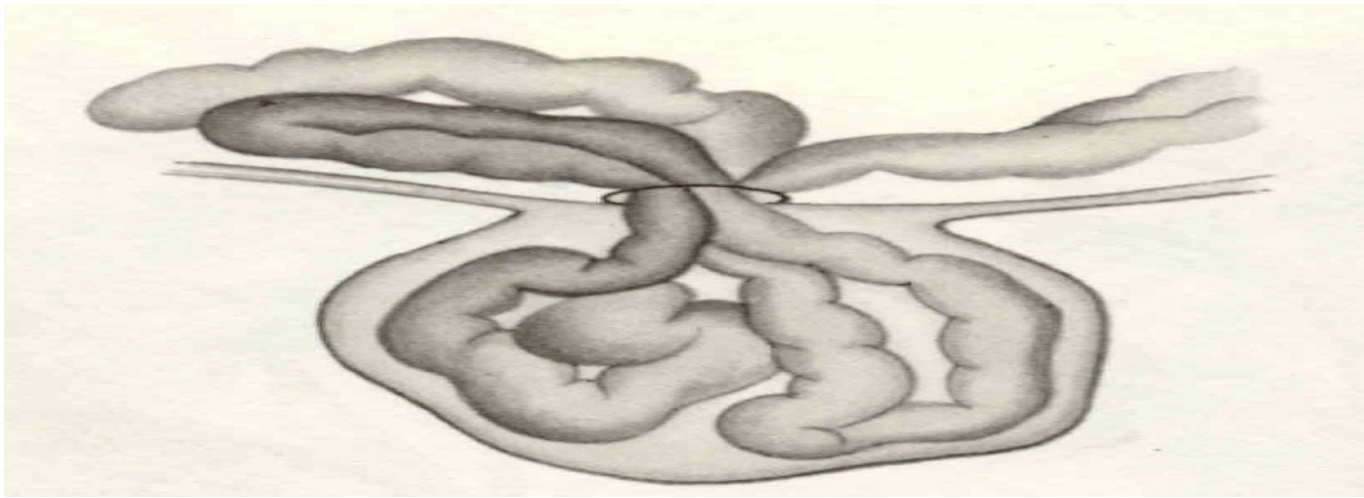


- Эластикалық қысылу іш бұлшықеттерінің жиырылуы мен жарық қабында жататын ілмекке ішек құрамының көп мөлшерде түсуі нәтижесінде дамиды.



- Қабырғалық қысылуы (Рихтерлік) кезінде ішектің тек бір қабырғасы ғана қысылады. Ол – ішек шажырқайына қарама-қарсы орналасқан ішек қабырғасы.



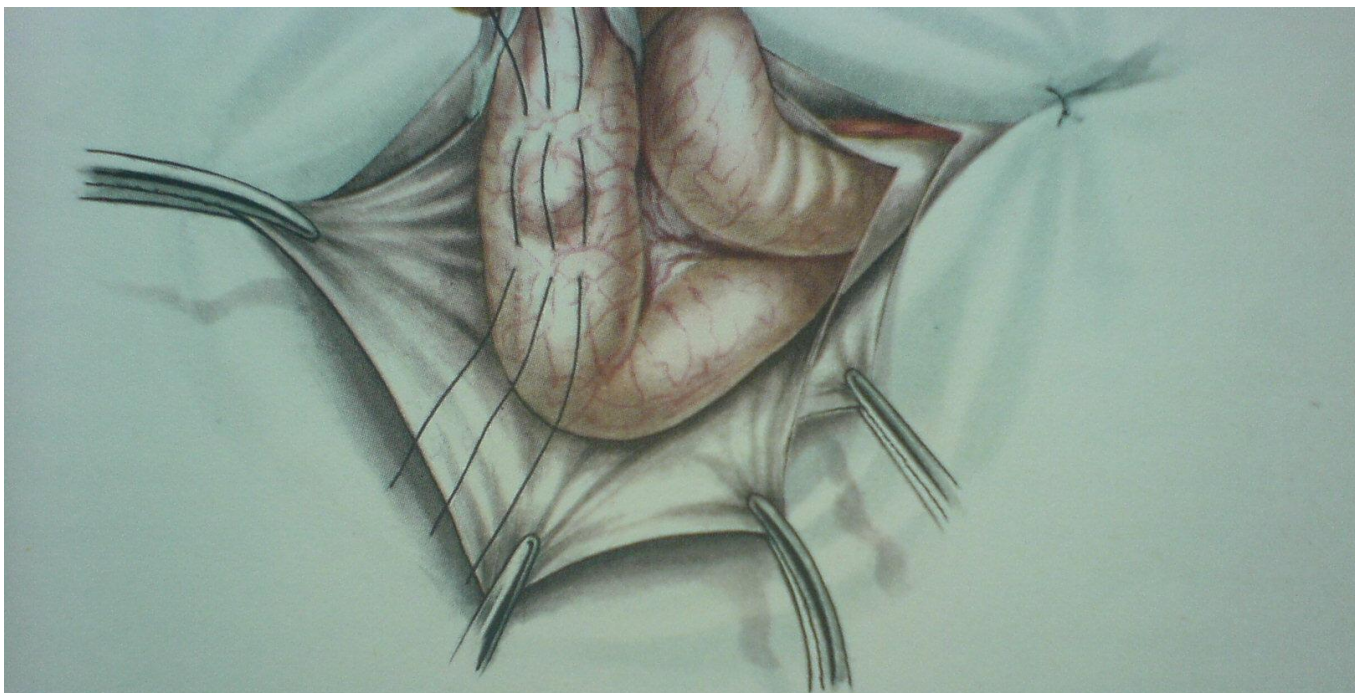


□ Ретроградты қысылуында ащы ішек қысылады, бұл кезде жарық қапшығында екі ішек ілмегі болады, ал аралық ішек ілмегі құрсақ қуысы ішінде орналасады. Ішек некрозы алдымен жарық сақинасынан тыс құрсақ қуысы ішіндегі ішекте дамиды, ал жарық ішіндегі ішек ілмектерінің бұл кезде әлі өмірге қабілеттілігі сақталады.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



ІШЕКТІҢ ҚАБЫРҒАСЫНА СЕРОЗДЫ-ЕТТІ ТІГІС САЛУ ОПЕРАЦИЯСЫ

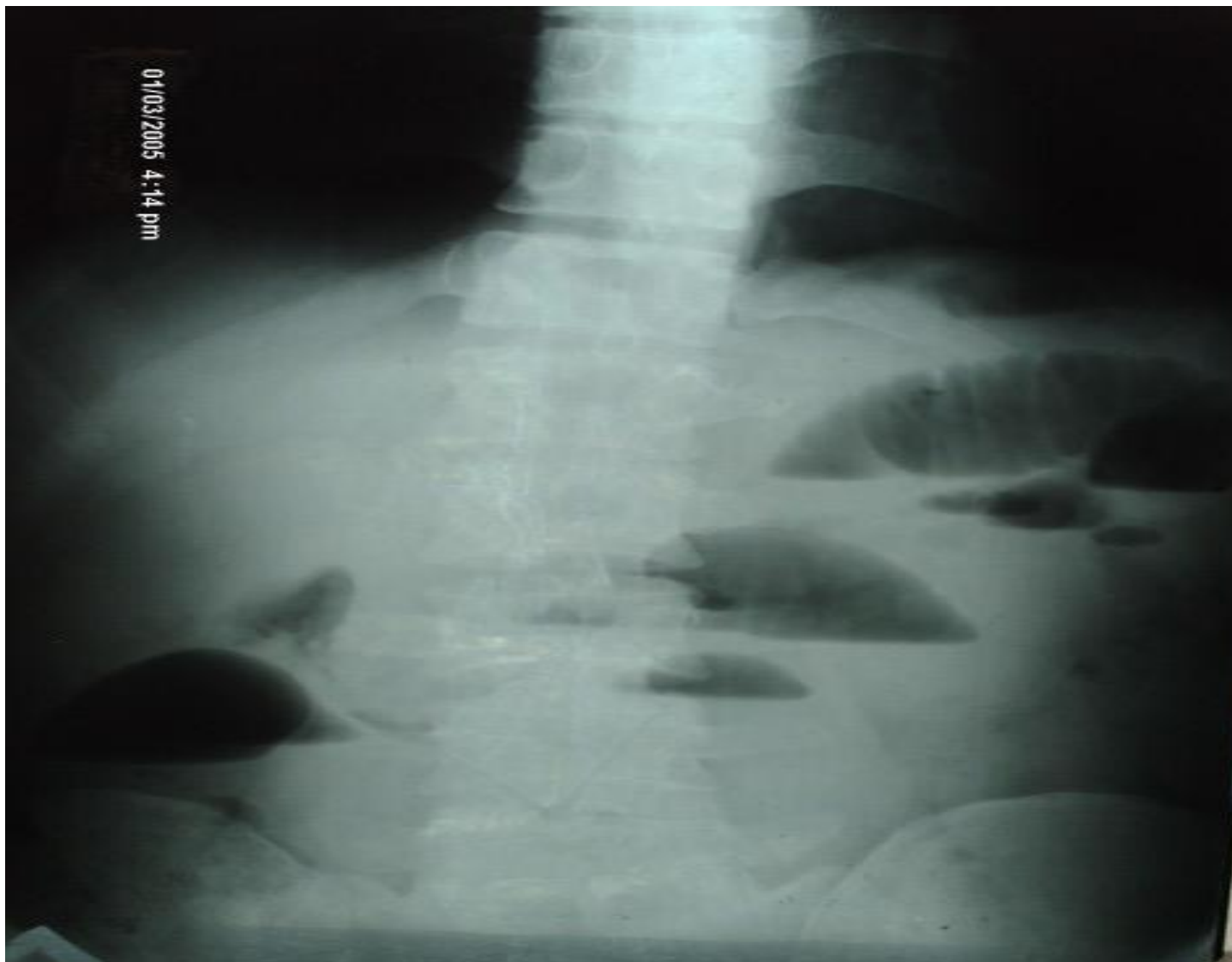
Рихтер жарығында



126. Операция ущемленной пристеночной грыжи (грыжа Рихтера—Литтре). Наложение ряда узловых серозно-мышечных швов на стенку кишки.



ҚЫСЫЛҒАН ЖАРЫҚ КЕЗІНДЕГІ ІШЕК ӨТІМСІЗДІГІНІҢ БЕЛГІСІ



▣ Патанатомиясы:

Ішектің жарық қақпасымен қысылу жерінде странгуляциялық жүлгелер түзіледі. Олар ішек қабырғасының $3/4$ бөлігін алады. Мұнда алдымен ішек қабырғасы зақымдалады, содан кейін қан айналымының бұзылуының дәрежесі бойынша ішектің орталық бөлімі әкелуші, әкетуші ілмектер зақымдалады. Ішек қабырғасының қысылуы – ішек қабырғасының қоректенуінің бұзылуы және венозды іркіліс нәтижесінде дамиды.



- Жарық суы алдымен стерильді, содан кейін геморрагиялық сипатта болып, содан соң инфицирленеді. 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. Шарбы қысылуының қауіптілігі аз, бірақ ол тамырлардың тромбозы мен эмболиясы және некрозбен асқынады.



Клиникалық көрінісі:

Ішектің жарық қақпасымен қысылу жерінде странгуляциялық жүлгелер түзіледі. Олар ішек қабырғасының 3/4 бөлігін алады. Мұнда алдымен ішек қабырғасы зақымдалады, содан кейін қан айналымының бұзылуының дәрежесі бойынша ішектің орталық бөлімі әкелуші, әкетуші ілмектер зақымдалады. Ішек қабырғасының қысылуы – ішек қабырғасының қоректенуінің бұзылуы және венозды іркіліс нәтижесінде дамиды.



- Жарық суы алдымен стерильді, содан кейін геморрагиялық сипатта болып, содан соң инфицирленеді. 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.
 1. Жарық томпаюы бөлімінде қатты ауырсыну болады.
 2. Кездейсоқ орнына келмейді.



- 3. Жарық томпаюының мөлшері ұлғаяды және жарық суына байланысты ол тез қатаяды (рихтерлік қысылуда болмайды).
- 4. «Жөтел түрткісі» симптомы жоғалады.
- 5. Ішек өтімсіздігі симптомы – құсу, іш қату, іштің кебуі, желдің шықпауы. (Рихтерлік және шарбы қысылуы кезінде болмайды).
- 6. Жалпы симптомдар – бозару, цианоз, аяқ-қолдың сууы, тілі құрғақ, кіші жай пульстің болуы.
- 7. Жергілікті белгілері – асқынған жағдайда қабыну, жарық флегмонасы.



Дифференциальды диагноз:

Жарықтың орнына келмеуімен, жарықтың қабынуымен, копростазбен, жарықты аппендицитпен, шапты лимфаденитпен, жедел орхоэпидидимитпен, 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 ішекті резекциялайды.



Операция ерекшеліктері:

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



- 3.«Жарық суы» инфицирленгенде салфетка салады, содан соң оны сорып алып, себу жасайды.
- 4.Ішек ілмегін орнына келтіргенде абай болу керек. Бұл әдіс шажырқайға новокаинді енгізгеннен кейін жасалынады.
5. Егер ішекте өзгерістер болса, онда жылы физиологиялық ерітіндіге малынған салфетканы 5-10 минутқа салып қояды.

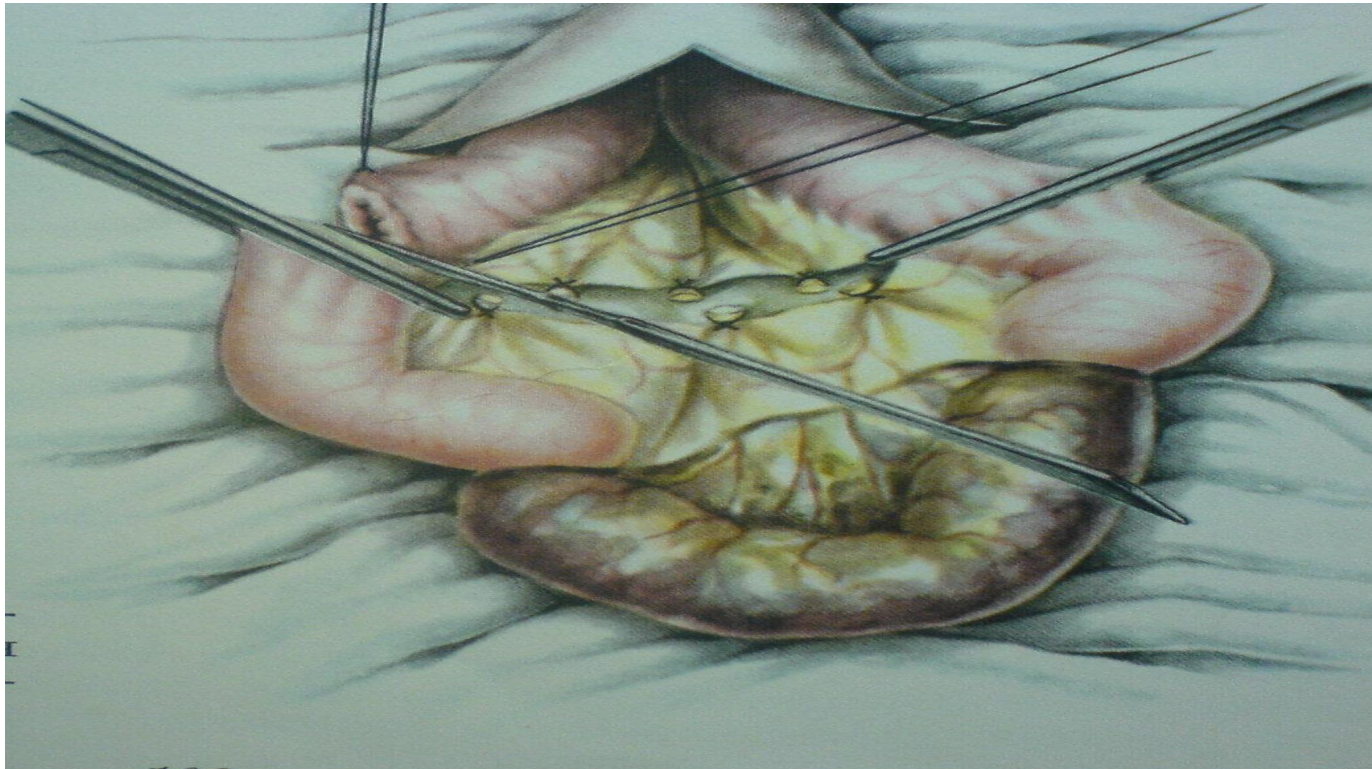


Ішектің өмірге қабілеттілігінің белгілері:

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



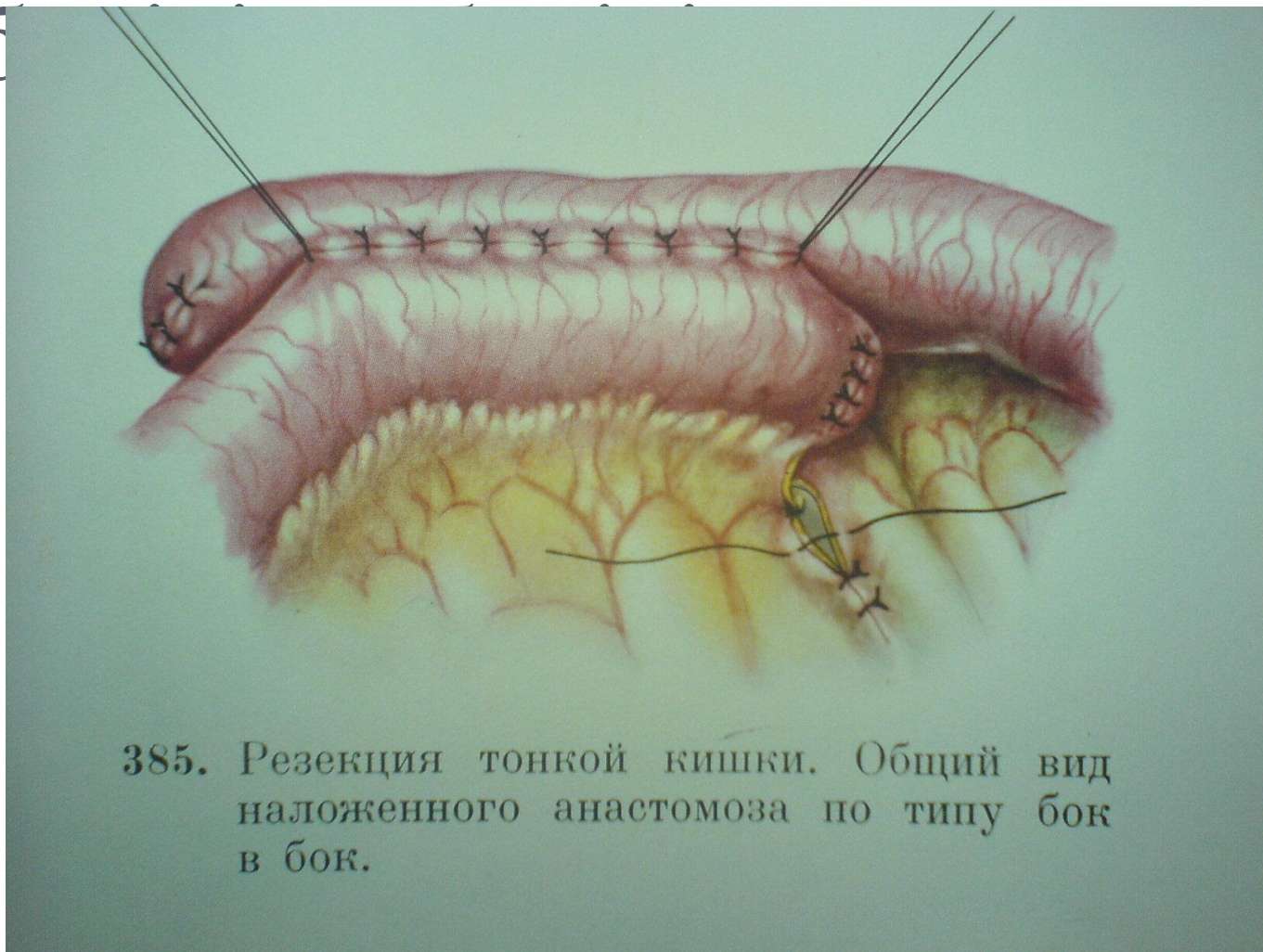
- Жарық қабында бірнеше ілмектер болса (ретроградты қысылу болуы мүмкін)
- Ішек резекциясы сау тін деңгейінде жасалады, яғни ішектің жоғары жағынан 35-40 см, төменгі жағынан 15-20 см кесіп алып тастайды.



Анастомоз 2 жолмен жасалынады:

1. «соңын соңына»

2. «бок



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



□ 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 кіреді:
- Қуық пен ішекті босату
- Жылы ванна, жылытқыш
- Жамбасты кішкене көтеріңкі жағдайда ұстау
- атропин инъекциясы
- тазарту клизмалары
- хлорэтил себу



- терең дем алдыру
- 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 бар адамдарда, 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 аздаған өзгеріске ұшырайды.

- **Емі:** орнына келтіріп, клизмалар мен мұздатқышты қолданады. Ішекті босататын дәрілерді қолдануға болмайды. Операцияны негізінен копростазды жойғаннан бірнеше күн өткен соң жасау керек. Егер консервативті ем нәтиже бермесе, жедел операция жүргізіледі.

III. Қабыну


- Қабыну көбінесе жарық құрамынан басталады: жедел аппендициті, жатыр қосалқыларының қабынуы және т.б. Жарық қабы мен терінің қабынуы сирек кездеседі.
- Қабыну серозды, серозды – фибринозды, кейде іріңді немесе шірікті, туберкулез кезінде созылмалы болып бөлінеді.

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

- **Емі:** оперативті.



Оперативті емнің ерекшеліктері:

- Жарық қабын шығарғанда абай болу керек. Жалпы қарағанда – жарық қабырғасы қалың, мөлдір емес, қуық қабырғасы венамен жабылған Жарық қабынның жіңішке бөлігінен ашады.
- Жарық қабынның 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.
- Қуыққа ұзақ уақытқа катетеризация жасалынады. 

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.

