



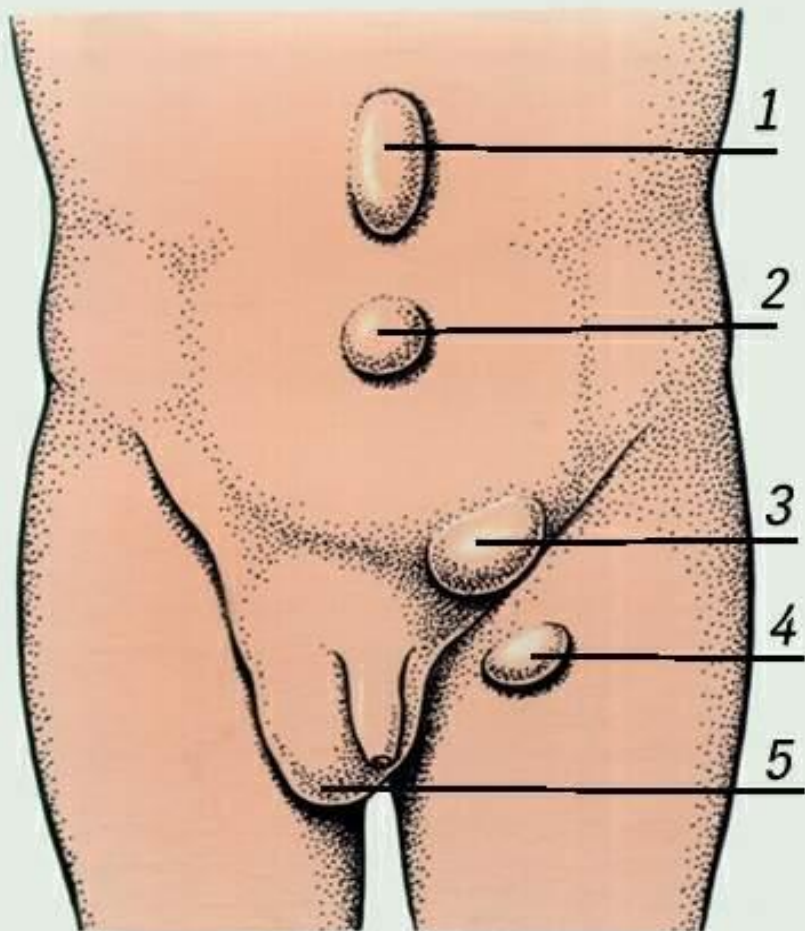
**Тақырыбы: Іш қабырғасының
жарықтары»**

Іш қабырғасының жарықтары

Жарық (herniae) көне заманнан белгілі сырқат. Ол туралы мәліметтер ерте дәуірдің ғалым-дәрігерлері Гиппократ, Аль-Фараби, Цельс, Гален, Авиценна т.б. еңбектерінде кездеседі. Аурудың аты гректің «kele», яғни «өсінді», «тал», «шыбық» деген сөзінен шыққан деп болжанады. Б.э. I ғасырында Цельс бұл сөзді латынша «hernia» деп аударған. Міне осы термин бүгінгі күнге дейін қолданылып келе жатыр.

Жарық ауруы жер шары тұрғындарының арасында кең тараған сырқаттар қатарынан орын алады. Ол адам өмірінің кез келген кезеңінде және ерлер мен әйелдерде бірдей кездесе береді. Жалпы алғанда жарық ауруы барлық хирургиялық аурулардың 3-18% құрайды (Тоскин К.Д. және Жебровский В.В., 1983, Федоров В.Д., 1991, Pratt T., 1972 т.б.).

Кездесу жиілігі. Жарықтың жеке түрлерін қарастырсақ, олардың кездесу жиілігі пациенттердің жасына, жынысына қарай әртүрлі болатыны байқалады. В.Д.Федоров және басқ. (1991) еңбектерінде жарық ауруы жасы 60-тан асқан адамдар арасында 49% кездеседі, ал жасы 35-тен төмен адамдардың 11,1% қамтиды және ер адамдар жарық ауруына жиі шалдығады (10:1) деп көрсетілген. Жарық іш қабырғасының белгілі бір жерлерінде, атап айтқанда іштің ақ сызығы, кіндік, шап, сан аймақтарында жиі орналасады (1- сурет). Жарықтың жеке түрлерінің жиілігі де біркелкі емес. Ең жиі кездесетін жарықтың түрі шап жарығы болып есептеледі, өйткені ол барлық жарықтардың 70-80%-н құрайды. Одан соң сан жарығы (9-11%) мен операциядан соң туатын жарықтар (4–5%) орналасады, ал жарықтың басқа түрлері, аталған жарықтармен салыстырғанда, сиректеу кездеседі. Шап жарығы көбінесе ер адамдарда (10:3), ал сан (1:8) және кіндік (1:10) жарықтары әйелдерде жиі кездеседі (Бобков М.К., 1966, Булынин И.И., 1968). Сонымен жарық дегеніміз не?



1 сурет. Жарық жиі орналасатын аймақтар

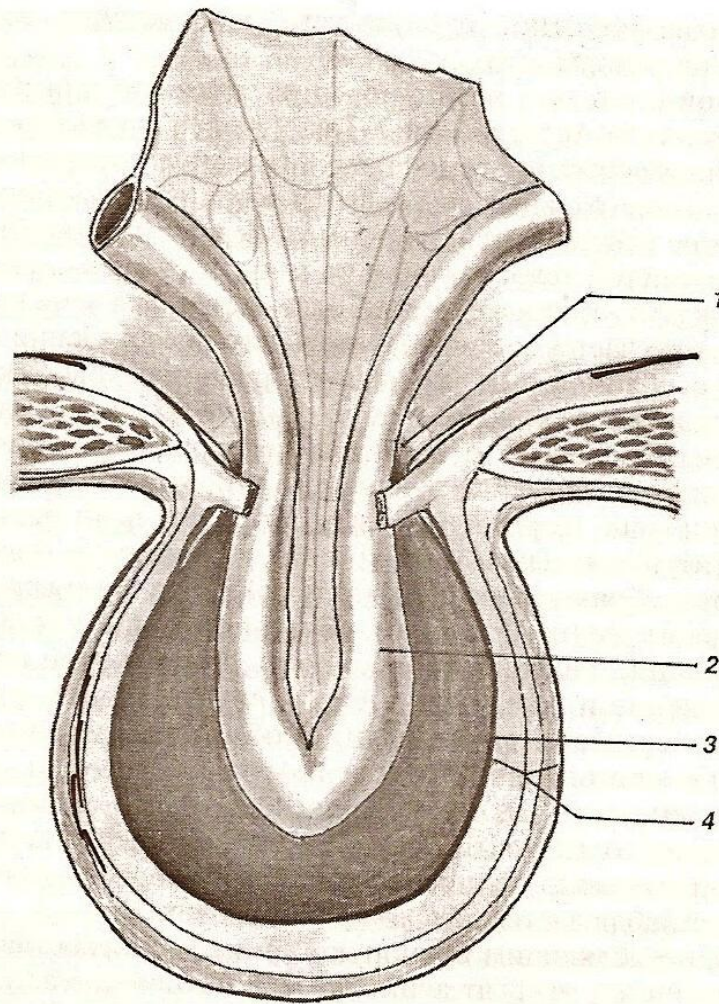
1 – іштің ақ сызығы

2 – кіндік аймағы

3 – шап аймағы

4 – сан аймағы

5 – шап, ұма аймағы



2-сурет.

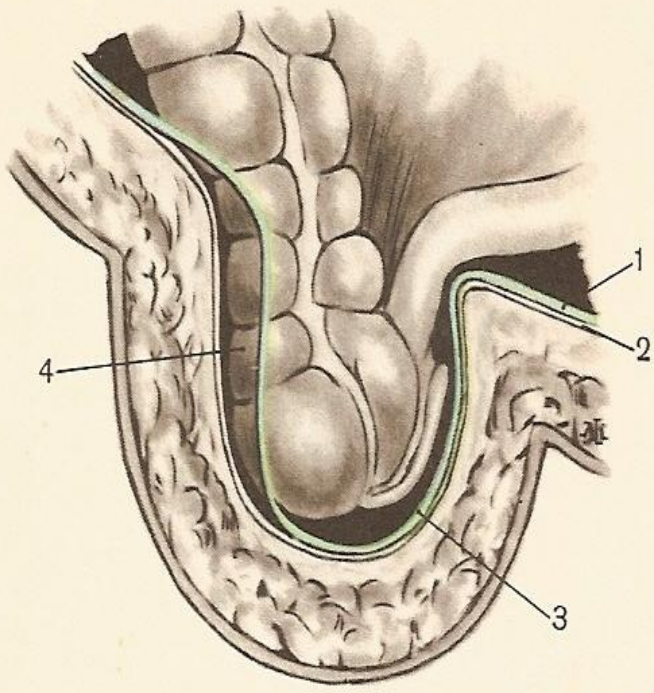
**Жарық
құрамалары**

**1. Жарық
қақпасы.**

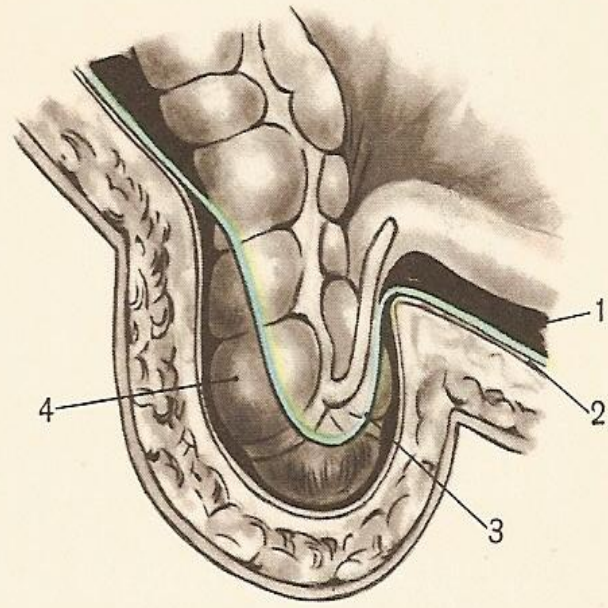
**2. Жарық қабы
ішіндегі заттар.**

3. Жарық қабы

**сыртындағы
қабықтар.**



A



Б

Жарықтарды топтау (классификация).

Әдебиет көздерінде жарық ауруының ерекшеліктеріне қарай бірнеше жіктеу (топтау) жобаларын кездестіруге болады. Біз ІУ курс студенттерінің типтік бағдарламасына орай ересек адамдарда кездесетін жарықтарды топтаудағы клиникамызда өзіміз өңдеп, күнделікті жұмыста қолданылатын жобасын ұсынамыз. Аталмыш жіктеу (топтау) жобасы өте қарапайым және, сонымен қатар, оған ауруды сипаттап, диагнозды құрауға қажетті анық мәліметтер енгізілген.

1. Анатомиялық орналасуына қарай:

- а. Сыртқы (іш қуысынан тыс, тері астында орналасқан) жарықтар (шап, сан, іштің ақ сызық және кіндік т.б. жарықтары) – *Hernia abdominalis externa*
- б. Ішкі (іш қуысында орналасқан) жарықтар (көк еттің өңеш өтетін тесігінің, Трейц байламасы аймағындағы шұңқыршаның, Винслоу тесігінің жарықтары, илеоцекальді бұрыш аймағында орналасқан қалта жарықтары т.б.) – *Hernia abdominalis interna*

2. Пайда болу мерзіміне қарай:

- а. Туа пайда болған жарық – *Hernia congenital*
- б. Жүре пайда болған жарық – *Hernia acquisita*

3. Клиникалық барысына қарай:

- а. Асқынбаған жарық
- б. Асқынған жарық (жарықтың қысылуы, қабынуы, орнына түспеуі, копростаз)

Этиологиясы мен патогенезі

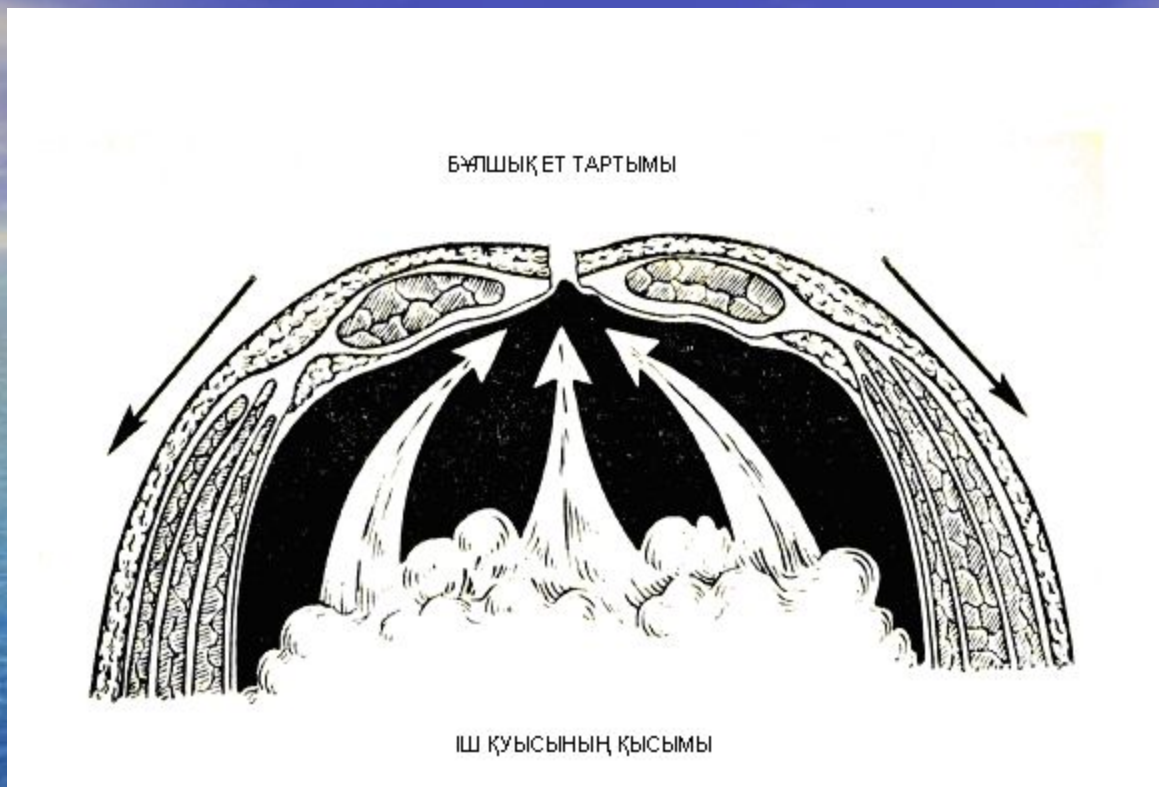
Жарықтың пайда болуына әсер ететін көптеген себептер аталады. Дегенмен, сырқаттың бірнеше ғасырлық тарихына қарамай, бүгінгі таңда оның этиологиясы мен патогенезі толық шешілген мәселе деуге болмайды. Сонымен қатар, жарық ауруы пайда болу үшін негізгі екі жағдайдың болуы шарт екені толық белгілі және бүгінгі таңда ол дәлелденген факт. Олардың біріншісі, іштің алдыңғы қабырғасында дене құрылысының табиғи жаратылысынан, яғни туа біткен немесе өмірдің әр кезеңдерінде небір жағдайлардан (операция, жарақаттану, аурулар т.с.с.) туатын, яғни жүре пайда болған осал, әлсіз аймақтардың болуы, ал екіншісі, іш қуысы қысымының қалыпты деңгейін жоғарылататын факторлердің тууы. Осыған орай, жарықтың пайда болу себептерін жергілікті және жалпы себептер деп ажыратады.

Жергілікті себептер қатарына іш қабырғаларының анатомиялық құрылыс ерекшеліктерімен байланысты туа немесе жүре пайда болатын бұлшық ет-апонероз қабаттарының осалдылығы мен әлсіздігі жатады. Олар, жоғарыда аталғандай, адамның дене құрылысында қалыпты жағдайда болатын анатомиялық құрамалар (мыс. шап каналы, іш қабырғасының ақ сызығы, кіндік және сан аймақтары, Пти үшбұрышы т.б.) және өмірде кездесетін түрлі жағдайлармен (мыс. операциялық, профессионалдық немесе тұрмыстық жарақаттар, қосымша аурулар т.б.) байланысты пайда болатын әлсіз аймақтар.

Ал жалпы себептерге адамдардың конституционалдық сипаты (астениктер, гипостениктер), адамның жалпы физикалық даму дәрежесі, бұлшық ет-апоневроз қабаттарының туа біткен немесе жүре пайда болған даму ақаулықтары, ауру адамның жынысы, жасы, дене құрылысының тұқым қуалау ерекшеліктері және т.б. жағдайлар жатады. Аталған себептер адамның жарық ауруына бейімді болу қасиеттерін сипаттайды және жарық, көбінесе, осы аталған себептердің бірнешеуі бір адамда қатар кездескен жағдайда пайда болады. Сонымен қатар, аурудың пайда болуына осы аталған бейімділік ерекшеліктерімен бірге, оны тікелей тудыратын күштің әсері болу қажет. Ондай күш іш қуысының қысым деңгейін көтеретін факторлермен тікелей байланысты. Іш қуысындағы қысымның қалыпты деңгейден жоғары көтерілуі адамның күнделікті атқаратын жұмысының түрінен, яғни профессионалдық ерекшеліктерінен (ауыр заттарды көтеру, физикалық күш жұмсаумен байланысты жұмыс т.б.), бала туу процесінде іш қуысына әсер ететін күштерден немесе адамның күшенуін қажет ететін сырқаттардың болуынан (іштің қатуы, жиі өтуі, жиі құсу, көп мерзімге созылатын жөтелу, зәр шығуының қиындауы т.б.) туады.

Сонымен, жоғарыда айтылған жағдайларды қорға келе, іштің алдыңғы қабырғаларында орналасатын жарықтардың пайда болуы және даму механизмін мына төмендегі жобамен сипаттауға болады. Іш қуысының қысымы, жоғарыда аталған факторлердің бір сәт немесе ұзақ мерзімді әсерінің салдарынан, өзінің қалыпты деңгейінен жоғарылайды (4- сурет). Осы себептен ішастардың париеталды жапырақшасының бір бөлігі томпайып, жарық қақпасынан тері астына қарай шығады да, одан біртіндеп жарық қабы құралады. Осыдан соң, құралған жарық қабына, іш қуысының қысымын көтеретін күштердің тұрақты немесе бірнеше мәрте қайталану әсерінен, ағзалар (немесе олардың бір бөліктері) шыға бастайды, яғни сол жерде жарық пайда болады. Көптеген уақыт бойы іш қабырғасы жарықтарының пайда болу себептеріне осындай көзқарас болған және бүгінгі таңға дейін осы көзқарас көп өзгерген жоқ.

Әрине, аталған себептердің жарық ауруының пайда болуындағы маңызы ерекше екені күмән туғызбайды. Екінші жағынан, кейінгі кездердегі ғылыми еңбектерде жарықтың пайда болуы үшін аталған себептермен қатар, іш қуысы қабырғаларын құрайтын бұлшық ет, апоневроздардың сол қысымға қарсы тұру қасиетінің (биомеханикалық қасиет) әлсізденуі маңызды орын алатыны айтылып келеді.



4- сурет. Жарық пайда болу механизмі
(жоба)

Басқаша айтқанда, жарық пайда болу үшін жарықты тудыратын күш пен оған қарсы тұратын күштің бір-біріне сәйкес келмеуі (диспропорциясы) ерекше орын алады. Бұл пікірмен келісуге болады, өйткені осы айтылған қағиданың дәлелі ретінде іш қуысы қабырғаларының бұлшық ет–апоневроздық қабаттары мен басқа да жұмсақ тіндері жақсы дамыған, шыныққан адамдарда жарық ауруының (мыс. спортшыларда т.б.) сирек пайда болуын атауға болады. Оның себебі оларда бұлшық ет, апоневроз тіндерінің биомеханикалық қасиеттерінің даму дәрежесі, жәй адамдармен салыстырғанда, әлдеқайда басым болады, яғни олар іш қуысы қысымының әсеріне қарсы төтеп бере алады.



Жарық ауруында орындалатын операциялар, көбінесе, жергілікті жансыздандыру тәсілімен іске асырылады. Бірақ, жансыздандырудың нақты тәсілін таңдау жарықтың түріне (рецидивті немесе үлкен көлемді вентральді жарықтар т.с.с.) немесе ауру адамның жеке (индивидуальдік) қасиеттерінен тәуелді. Сондықтан, егер зерттеу барысында жергілікті жансыздандыруды қолдануға болмайтын көрсеткіштер анықталса, онда жалпы жансыздандыру (наркоз) қолданылады.

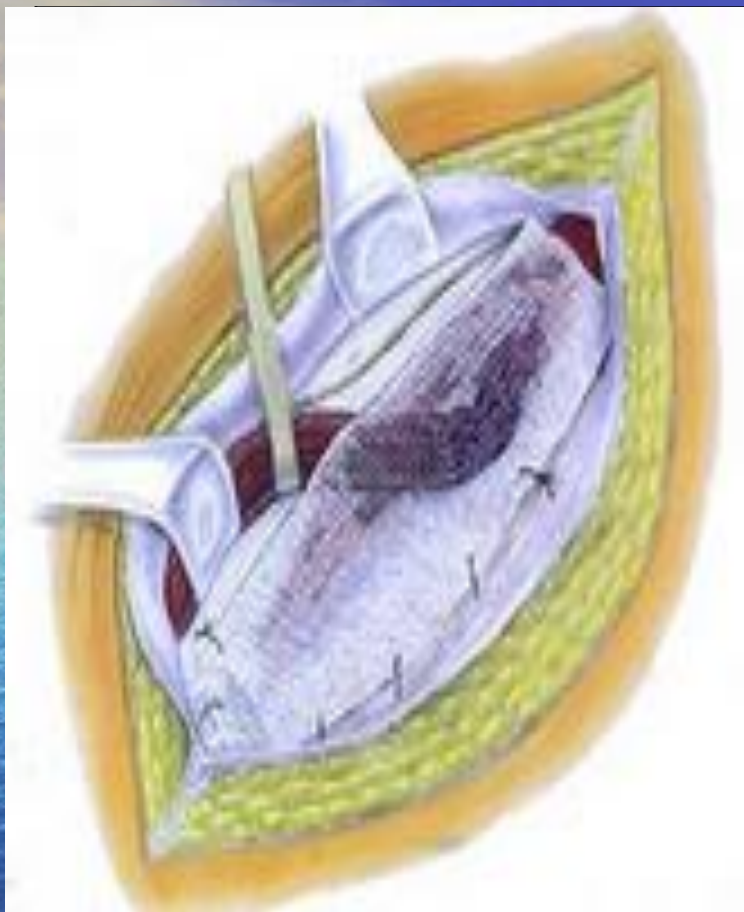
Жарық ауруында жасалатын операция барысын бірнеше кезеңдерге (этаптарға) бөлуге болады.

- 1. Жарыққа жету үшін іш қабырғасының тері және тері асты қабаттарын жарық томпашығының үстінен немесе соған жақын маңайдан кесу.**
- 2. Жарық қабын оның мойын бөлігіне дейін жарық қабықтарынан бөліп, жеке шығару.**
- 3. Жарық қабын ашып, ішіндегі құралымдарды (ағзаларды немесе олардың бөліктерін) іш қуысына қарай ығыстырып, іш қуысындағы орнына орналастыру.**
- 4. Жарық қабының мойын бөлігі аймағында (саға тұсынан) тігіп байлаған соң оны кесіп алып тастау;**
- 5. Жарық қақпасын физиологиялық қалыпты мөлшерге келтіру (шап жарығында) немесе басқа жарықтарда оны бітеп тігу әдістерін қолданып, сол жерді нығайту (герниопластика).**

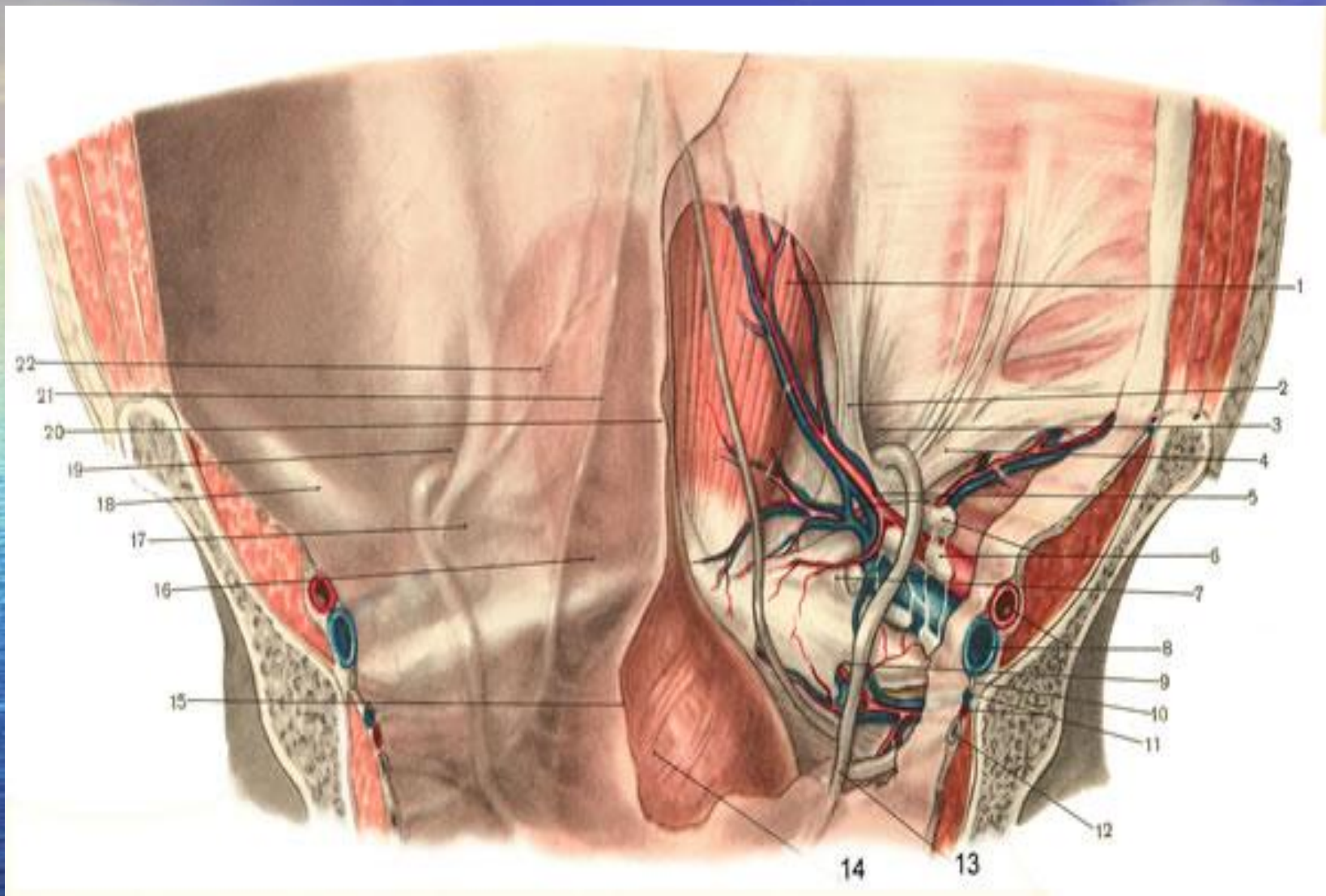
Операция үстінде көзделетін негізгі мақсат, ол жарықты жойған соң, оның шығатын жерін, яғни жарық қақпасын бітеу тігіп жабу немесе көлемін кішірейту (жарық қақпасының пластикасы) болып табылады.

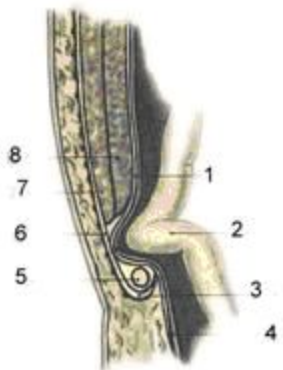
Герниопластика ауру адамның өз тіндерін (аутопластика), немесе синтетикалық заттарды (синтетикалық тор, 6-сурет) пайдалану арқылы іске асырылады (аллопластика).

Кейінгі кездерде жарық ауруын хирургиялық жолмен емдеуде, операцияны эндоскопиялық аспаптарды қолдану (эндовидеохирургия технологиясы) арқылы іске асыру орын алып келеді (лапараскопиялық герниопластика).

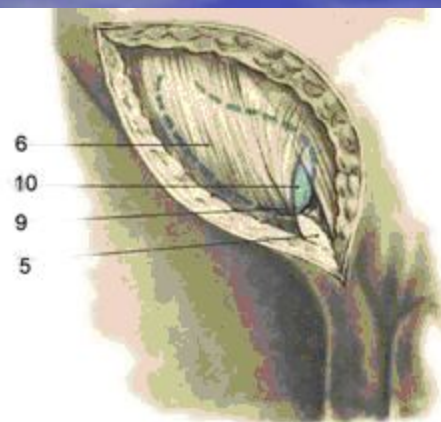


**6-сурет. Жарық
қақпағын синтетикалық
тормен жабу.**

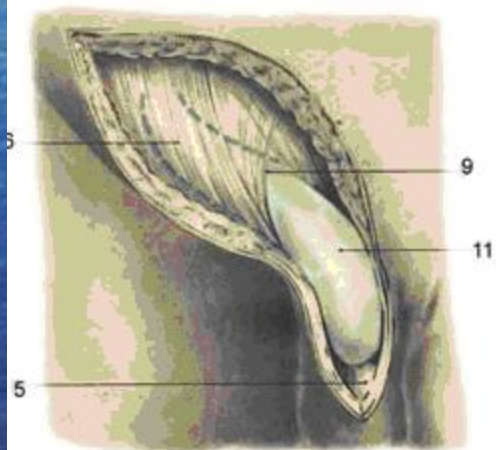




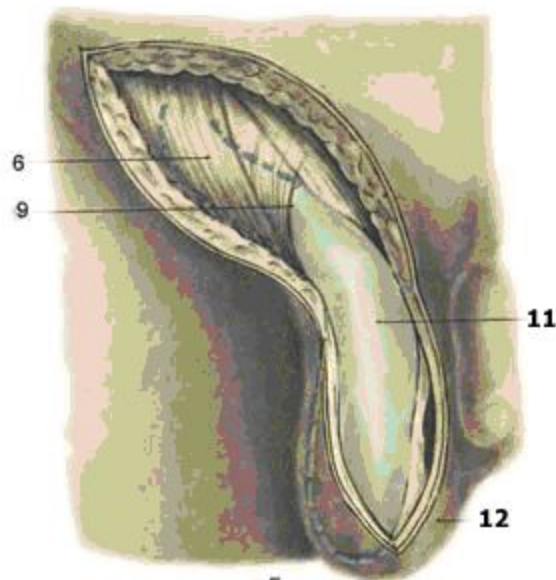
A



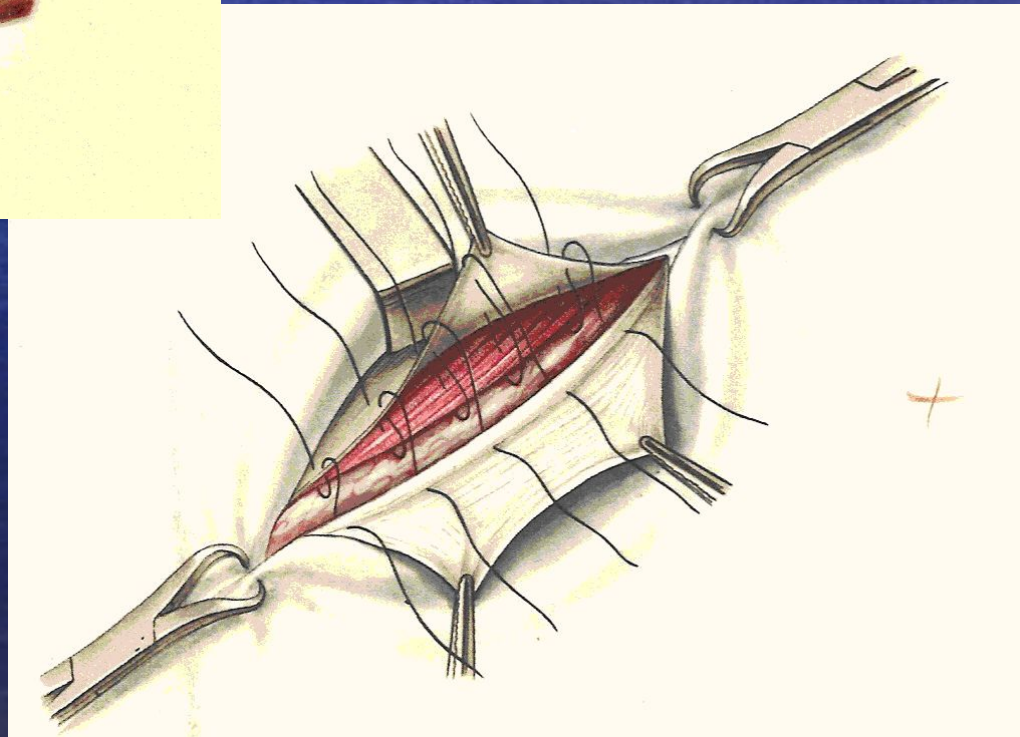
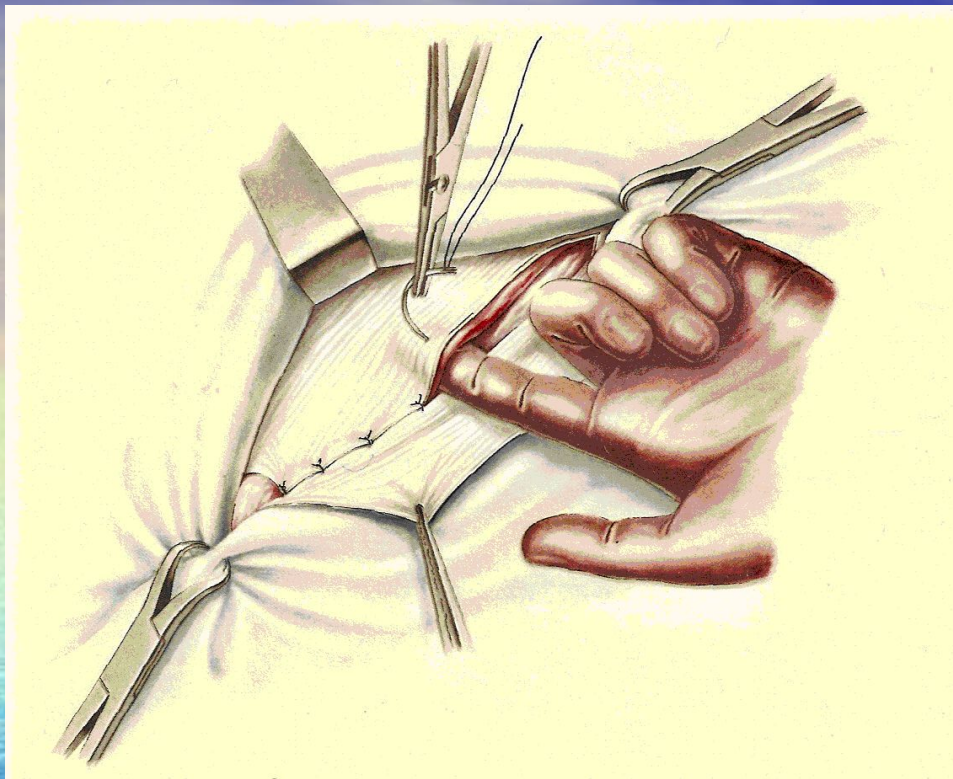
Б

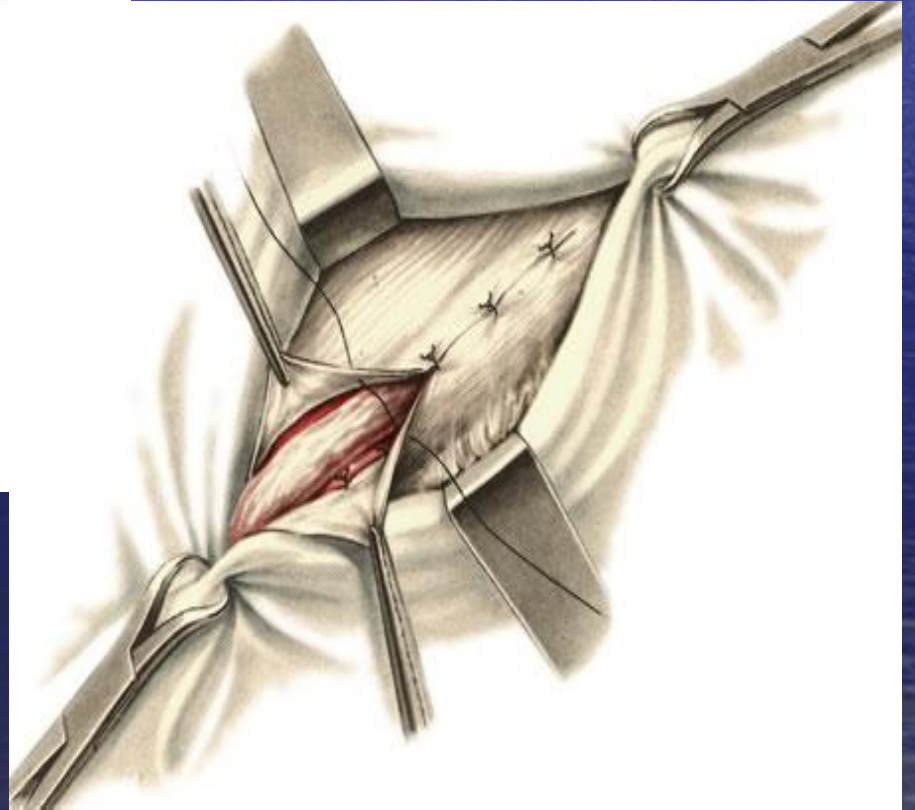
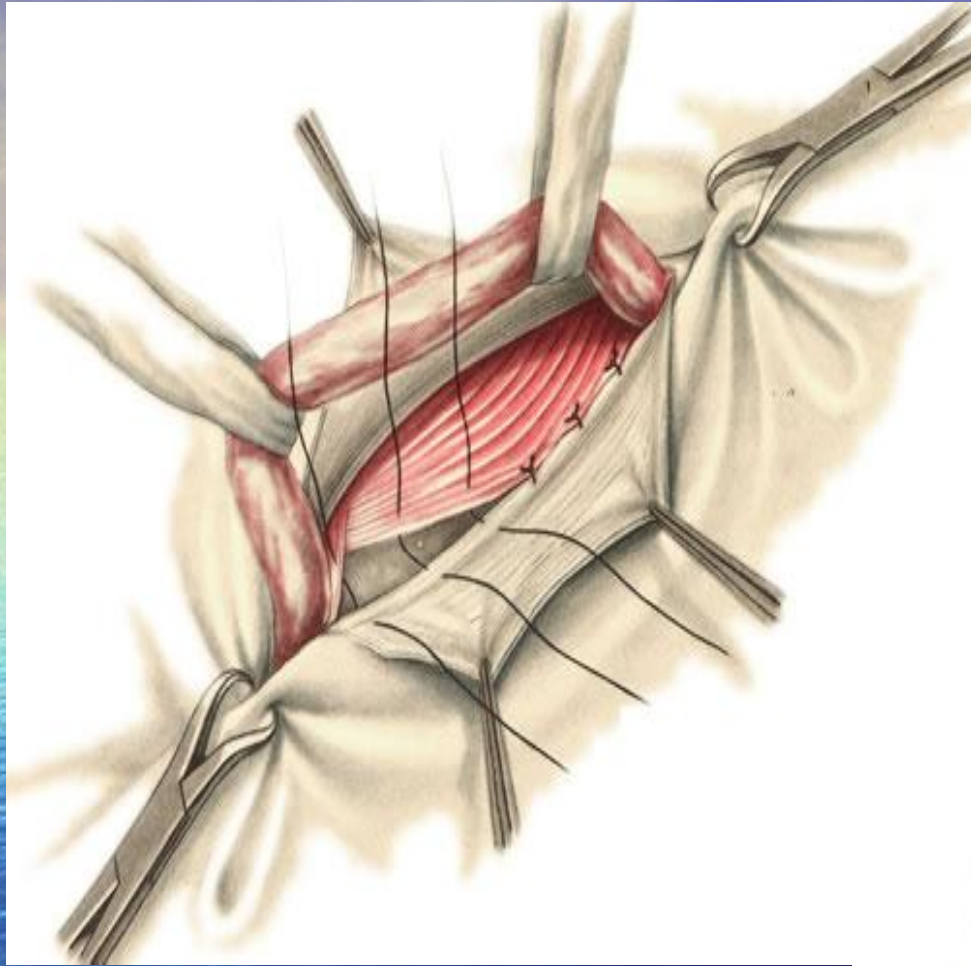


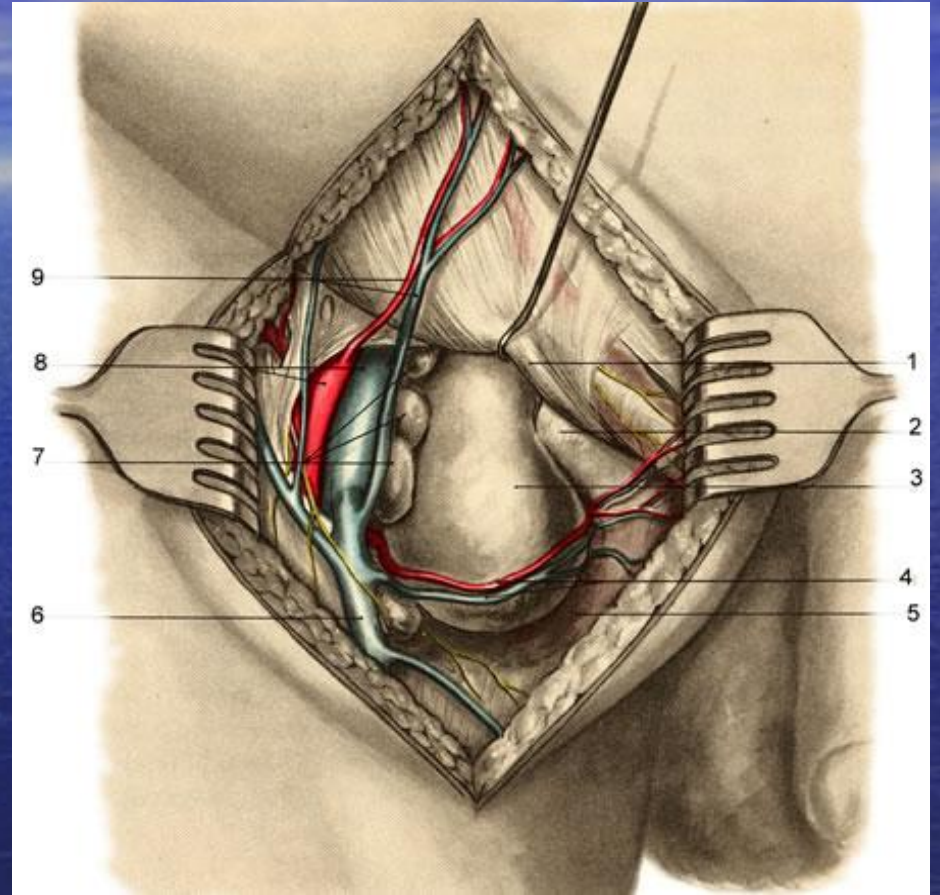
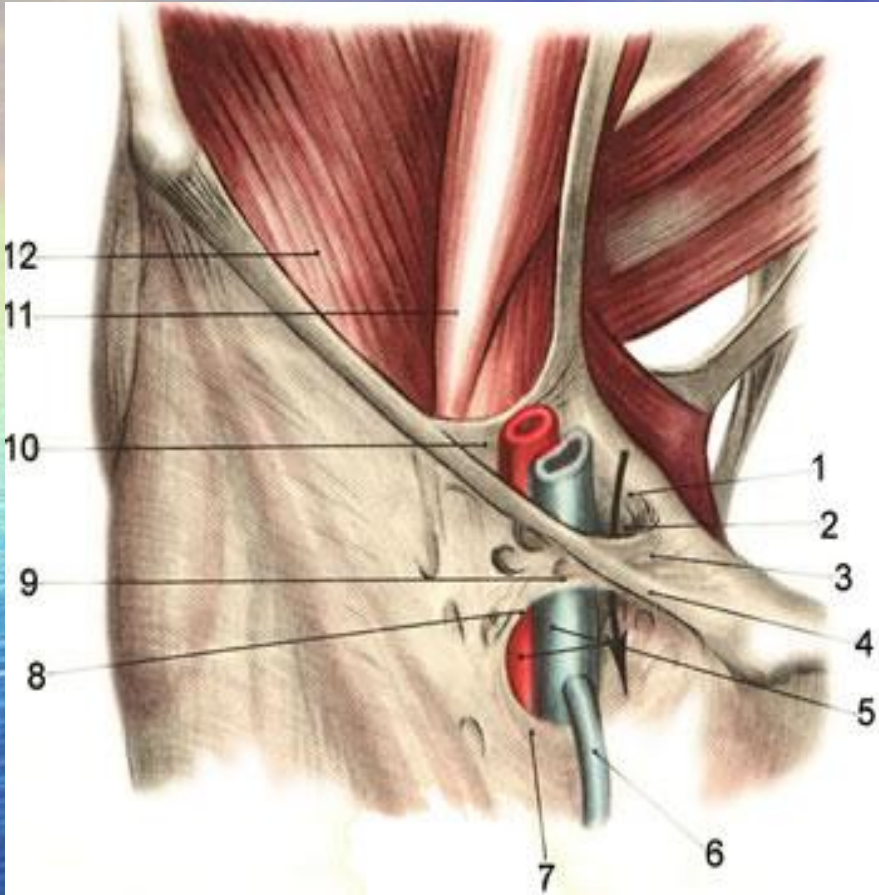
Б

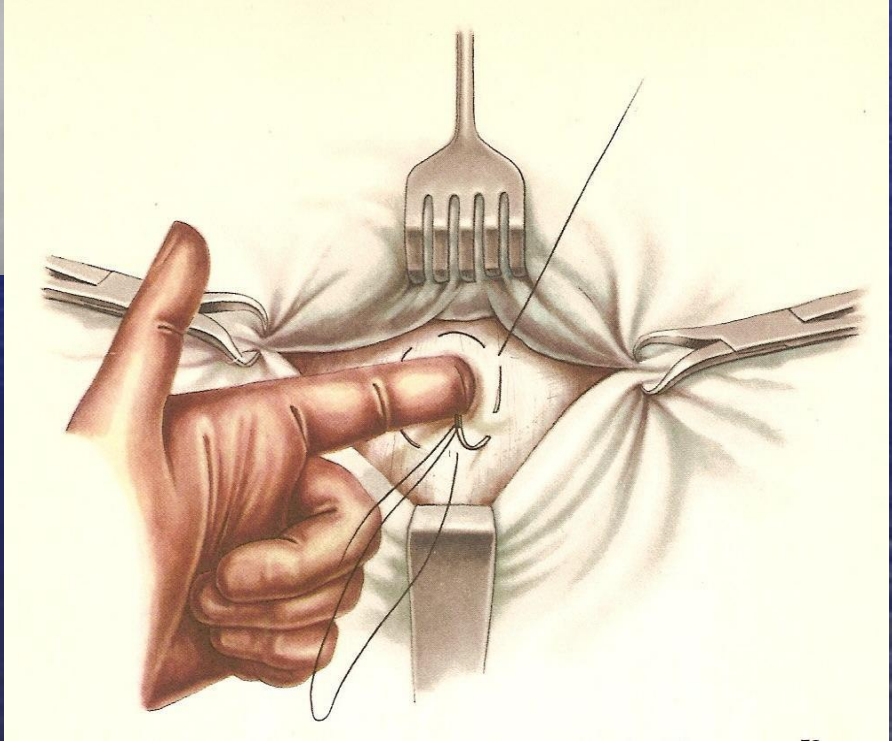


Г









Жарықтың асқынулары

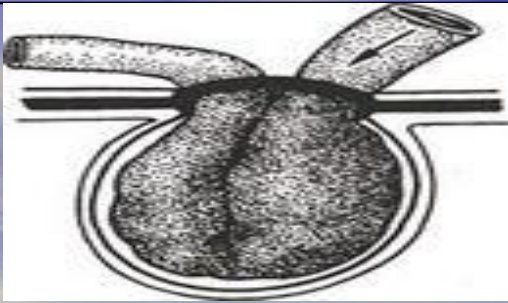
Жарық ауруының бірнеше асқынуларын ажыратады. Олар:

а. Жарықтың қысылуы (*hernia incarcerated*);

б. Жарықтың қабынуы (*hernia inflamatio*);

в. Жарықтың орнына түспеуі;

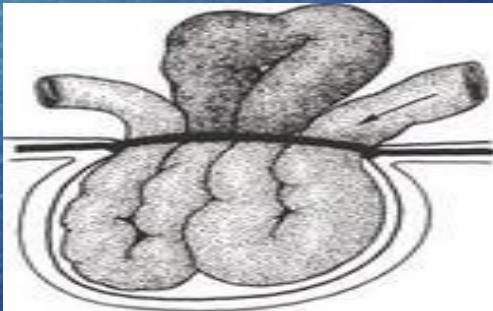
г. Нәжістің шоғырылуы (*coprostasis*);



а. Эластикалық



б. Нәжістік



в. Ретроградты
(W-тәрізді)



г. Қабырғалық
(Рихтер
жарығы).

