

# ИӨЖ

*Тақырыбы: Өңештің зақымдануы.*

*Клиникасы.Диагностикасы.Емі*

---

**Орындаған:Кемелхан Б.К**

**Қабылдаған: Жаңабаев Н.С**

# *Жоспар:*

*I. Кіріспе бөлім*

*II. Негізгі бөлім*

1. Өңештің зақымдануы

❖ Клиникасы.

❖ Диагностикасы.

2. Өңештегі бөгде заттар.

❖ Клиникасы

❖ Диагностикасы

❖ Емі

*III. Қорытынды бөлім*



# Өңештің зақымдануын анықтау

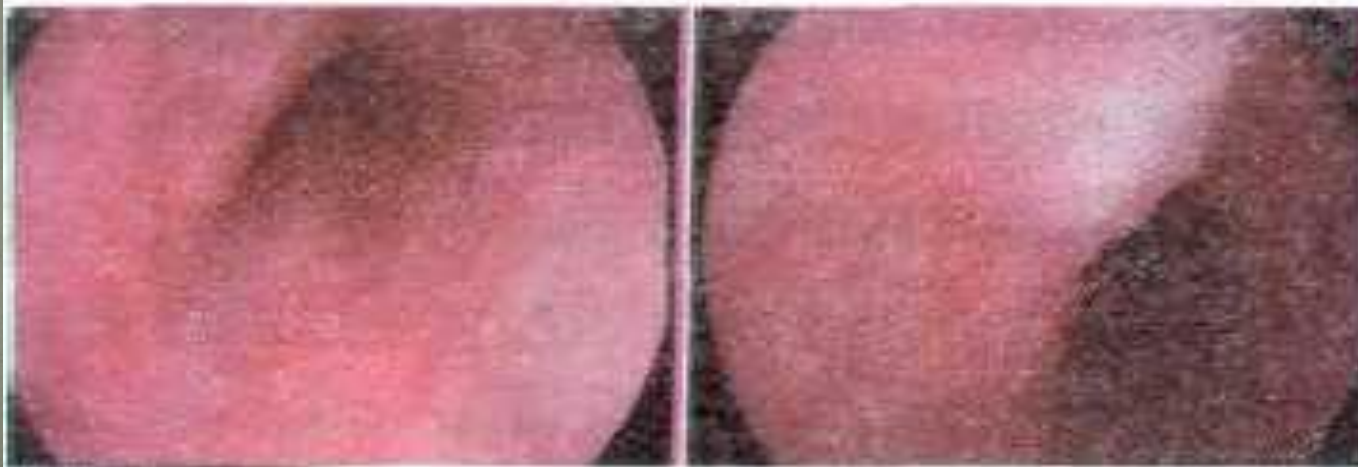
Рентгеноскопия және рентгенография әдістері көмегімен көкірекаралықтың эмфиземасын, гидропневмоторакс жағдайын, мойын төңірегіндегі шелдегі эмфиземаны анықтайды. Көкірекаралықта ауа болмаса, өңешті контрастық зат арқылы зерттейді. Ол үшін науқас біресе етпетінен, біресе шалқасынан, біресе оң жамбасына, біресе сол жамбасына жатады да, осы жағдайларда рентген сәулесімен суретке түсіріледі. Рентген сәулесінің ауруды анық көрсетуі үшін контрастық затты, суда ерітілетін дәрілерді (верографин, кардиотраст) қолданғанда олар жаралы тұсқа тез сіңіп, қабыну процесін тежейді, бұл процестің нәтижесінде алда жүргізілген емге керекті мәліметтерді толық алуға болады. Егер рентген суреттеріндегі өзгеріс дәрігерді қанағаттандырмаса, өңештің шырышты қабығының жыртылған-жыртылмағанын анық айтуға болмаса, науқасқа наркоз беру арқылы қаттылау эзофагоскоп аспабымен эзофагоскопиялық зерттеу жүргізілуі керек.

- **Өңеш зақымданған кезде екі түрлі ем колданылады. Бірі – консервативтік ем, екіншісі – хирургиялық әдістермен жасалатын ем.**  
Консервативтік ем – антибиотиктер тағайындау, тамақты ауыз арқылы ағзаға енгізу, диагнозды біржола анықтағанға дейін, науқас адамды хирургиялық ауруханаға жеткізгенге дейін және алда жасалатын операцияға дайындық ретінде осылай ем жүргізеді





Сигмастың аяғындағы полипоздың (жылды-дисплазиялы) тараптануы



- **Хирургиялық** емді екі түрге бөледі. Бірі – радикалдық, екіншісі – паллиативтік операциялар. Өңеш біршама көлемді зақымданғанда, өңештің тесігі көкірекаралықпен қарым-қатынаста болғанда, кеңірдекпен және бронхтармен немесе кеуде қуысымен байланыста болғанда хирургиялық ем қолданылады.
- Өңеш тіндері жараланғанына бір тәулік болмаса, сол жараны тігу радикалдық емге жатады. Өңештің жарасына салынатын тігіс екі қатар болуы керек. Өңештің тесілген бөліміне қарай тігістің сыртына жамау ретінде не мойындағы бұлшық ет не астарының бөлшегінен, не перикардтың бөлшегінен, не диафрагманың бөлшегінен алып жабады, не болмаса асқазанның бөлшегімен жауып қояды. Көкірекаралық пен кеуде қуыстарына (дәрі енгізу үшін, ішіндегі жарамсыз сұйықтықты сорып алу үшін, протеолитикалық ферменттерді енгізу үшін) резеңке түтік қойылады.



Операция сәтсіздікке ұшырауы да мүмкін. Оның негізгі себебі, өңеш тесігіне салынған тігістің кемшілігінен болады.

Паллиативті операциялар (эзофагостомия, гастростомия, еюностомия, медиастиностомия, мойын төңірегіндегі тіндерге немесе кеуде қуысына дренаждар қою), өңештің екі қабырғасы бірдей жараланғанда, немесе радикалды операция жасау мерзімі өтіп кеткенде, немесе қосымша әр түрлі қиын ауруларының бары анықталғанда жасалады.

Соңғы жылдары өңеш тесілгенде көкірекаралыққа саңылаусыз дренаж салу әдісі кең өріс алып келеді. Өңештің тесілген бөліміне қарай отырып, медиастиностомия операциясы жасалады (жиі мойын төңірегінде) да, тесік бар тұсқа екі ұшты түтіктің ұшын жақындатып қойып, сыртқы ұшын кесілген тұстан алшақтау шығарады. Сонда түтіктің бір ұшына дәрі-дәрмек (антисептикалық ертінділер) енгізілсе, екінші ұшынан осы құйылған дәрілерді жараның (өңеш тесігі) қабыну процесіне ұшыраған сұйықтықтарымен бірге сорып сыртқа шығарып отырады.

# Өңеш өзегіндегі бөтен заттар

Бөтен заттардың өңеш өзегіне түсу себептері көп. Кейбір адамдардың аузына әр түрлі заттарды салып, соны тілімен аунақшытып ойнап отыратын жаман әдеті бар, ал кейбіреулер тамақ ішкенде қалай болса, солай, асығып-аптығып, сасқалақтап тамақтанған кезде, ал есі дұрыс емес (психикалық ауруы бар адам) әдейі әртүрлі заттарды жұтып қояды да, ол зат өңеште тіреліп тұрып қалады. Өңештен өткен бөтен заттардың ұшы болса, ол өңештің жоғарғы бөлімінде тіреліп тұрып қалады. Өңеш өзегінде ешбір қозғалыссыз тұрып қалған бөтен заттар өңештің физиологиялық жіңішке, тарылған бөлімдерінде тіреліп, әрі қарай өтпейді. Мұндай жағдайда тірелген зат өңештің тіндеріне зиянды әсер етіп, оларды әр түрлі өзгерістерге ұшыратады. Соның бірі өңештің шырышты қабатының нервтерін қоздырғандықтан, бұлшық еттер жиырылып, бөтен затты жан-жағынан қысып тастайды.



# Аурудың клиникалық белгілері мен диагностикасы

Аурудың белгілері бөтен заттың сипаттамасына, оның тұрып қалған өңеш бөліміне, өңештің қаншалықты өзгеріске ұшырағанына байланысты. Науқас адамның үрейі ұшып, дегбірі қашып, қорқыныш сезімі пайда болады. Көмекей төңірегінде ауырсыну сезімі, оны қысып, тарылтып тұрғандай сезім науқастың мазасын алады. Мұндай ауырсыну сезімі төс сүйегінің астында да пайда болады. Ауырсыну сезімі, сілекей мен сұйықтықты жұтқанда күшейе түседі. Өңеште бөтен зат тұрып қалғанда жиі кездесетін белгінің бірі – дисфагия. Дисфагия белгісі-өңештің бұлшық еттері жиырылып қалғанда да, қабыну процесі кезінде де пайда болады. Өңештің өзегі біржола, толық жабылып қалса, тамақ тұрмақ сұйық заттың өзі өте алмайды, ондай кезде кекірік, құсу арқылы сұйықтық кері шығады. Науқас адамның сілекейі көп жиналады. Өңештің басталған тұсына көлемі үлкен бөтен зат тіреліп қалса, науқас адам түн шығып өлімге ұшырайды. Бөтен заттың өткір ұштары өңешті жаралап, I тесіп жіберген болса, тері шелінде эмфизема, іріңді медиастенит ауруының белгілері (қалтырау, дене қызуының көтерілуі, хал-жағдайының нашарлауы) пайда болады

- Бөтен заттың өткір ұштары (жалпы ұйқы артериясын, мойын төңірегіндегі көк тамырын, қолқаны) жараласа, онда қатты қансырау басталады. Өңештің қабырғасы тесілсе, кеуде астары, өкпе тіні зақымданып, өңеш пен кеуде астары арасында жыланкөз пайда болуына әкеп соғады. Өңеш өзегінде ұзақ уақыт тіреліп тұрып қалған бөтен заттан жарақаттану эзофагит ауруына шалындырады. Бара-бара өңештің сол бөлімшесінде тесік пайда болады. Бөтен зат жұлып қойған науқастың диагнозын анықтау үшін рентген сәулесімен зерттеу керек. Темір, металдан жасалған бөтен зат рентгеноскопия әдісімен анықталады. Рентген сәулесін, ұстай алмайтын бөтен зат жұтылса, рентгенография, томография, суда еритін контрастпен зерттеу керек. Өңештің тесігі бар болса, контрастық зат өңештің сыртына құйылады, медиастинальды эмфизема жағдайын көрсетеді, жыланкөз пайда болса, контраст кеңірдекпен бронхтардың өзектеріне құйылғаны рентген суретінде анық көрінеді. Эзофагоскопия әдісімен бөтен затты көруге және оның тіреліп тұрған тұсын анықтауға болады.



# Емі.

- Бөтен зат жұтып қойған науқасты жедел түрде хирургиялық бөлімшеге жеткізу керек. Науқас адамға наркоз беріліп, наркозға қосымша миорелаксанттар қосып, қатқылдау эзофагоскоп аспабымен бөтен затты өңештен сыртқа алып шығады. Эзофагоскоп әдісімен бөтен затты өңештен алып шығу әрекеті нәтижесіз болса, сол мезетте науқасты операцияға алып эзофаготомия жасағаннан кейін бөтен затты алып, өңештің жарасын тігеді. Ұзақ уақыт бойы ешбір белгісіз тұрып қалған бөтен затты алып тастау қажеттілігі, осы бөтен заттың әр түрлі асқындыру салдарынан туады.

# Өңештің химиялық күйікке ұшырауы

Өңештің шырышты қабығы жиі күйікке қышқыл, не сілті, негіз (ойып, күйдіріп түсіретін химиялық қоспа) әсерінен ұшырайды. Қышқыл мен сілтілерді адам байқаусызда ішіп қоюы мүмкін. Кейбір кезде өлгісі келген адам осындай химиялық заттарды өз еркімен әдейі ішеді. Сонымен қатар өңештің, асқазанның, ішектердің жұмсақ қабығына зиянды әсерін басқадай химиялық заттар (пергидрол, ацетон, калийдің перманганаты) да тигізеді. Осы химиялық заттардың тіндерге ететін әсері қышқыл мен сілті әсерінен өзгешелеу. Олар тіндерге тотықтандыратын заттар сияқты әсер етеді.

Химиялық заттар өңешке түскенде олар ауыз бен көмекей тіндерін күйдіреді, өкпелерді қарысып ісіну жағдайына (отек легких) және жедел түрде өкпелер қызметтерінің тыныстық жетіспеушілігіне ұшыратады. Осындай жағдайлар жиі сірке қышқылы мен мүсәтірлі спирт қолданғанда, солардың буы мен концентрациясы жоғары болғанда, қышқыл мен сілті ішіп қойғанда, олардың буымен зиянды әсерлері өкпе тіндерін дереу өзгерістерге ұшыратады.

Қышқылдар (сірке қышқылы) органикалық күйігінде түзілген струп әлсіздеу, сондықтан улы зат ағзаларға тез сіңіп кетіп, қан айналымына түсіп, ашытып, гемолизге және гемоглобинуриялық нефрозға, сонымен қатар токсикалық гепатитке әкеледі



- Өңеш тіні күйікке ұшырағанда оның клиникалық белгілері әр кезде әр түрлі өзгерістерге ұшырауына байланысты оны (М.А.Сапожников, 1975, 1976) төрт кезеңге бөледі:
- 1-кезең – екі аптаға созылған уақытты аурудың жедел түрде пайда болған мерзімі деп атайды. Осы мерзім кезінде өңештің тіндері жансыздану (некроз) жағдайына ұшырайды.
- 2-кезең – тағы да 2-3 (1-2 ай) аптаға созылып, жансыз тіндерден өңеш тазарады, тыртықтану басталады. Созылмалы эзофагитпен ерекшеленеді. Осы мерзімді «жалған жақсарған мерзім» деп атайды.
- 3-кезең – зақымданғаннан кейін бір ай өткенде өлі тіннің орнына түйіршік тін пайда болып, ол эпителизацияға ауысып, өңеш өзегі тарыла бастайды, бұл стриктуралардың пайда болуы деп те аталады.
- 4-кезең – 2-6 айға созылады. Осы кезде жара орнында **тыртық** пайда болып, өңештің тарылып, тұсы жіңішкеріп тұрады.

Тыртық кабырғасы 15 мм-ден аса қалындап, коллагенді тінмен нервтері және өңеш б.е. оралып атрофияға ұшырайды да, «соқыр мөшекке» ұқсас супрастеникалық қуыстар кең және бір-бірімен жіңішке өзектермен жалғасады. Оларда жүре-жүре жыланкөздер пайда болып, тіпті асқынудың аса жаман түрі раққа айналуы мүмкін.

Жедел түрде ауру пайда болған кезеңде зиянды, улы зат ішкеннен кейін шыдатпайтындай ауырсыну сезімі туып, науқасты шок жағдайына (талма, естен тану) ажыратуы мүмкін. Сонымен бірге осы кезеңде құсу, дисфагия белгілері пайда болады. Улы зат жақын тұста орналасқан көмекейді, дыбыс желбезегін зақымдаса, науқас тұншығады. Улы зат өңештің тіндерінің едәуір мөлшерін күйдірсе және оларды өлексе жағдайына ұшыратса, бара-бара іріңді медиастинит ауруы, ал асқазанды тесіп шықса, абдоминальды сепсис (перитонит) ауруы пайда болады. Осы кезеңде өлімге ұшырағандардың саны 4-10% дейін жетеді. Осы кезең ішінде науқас адамға медициналық жедел көмек көрсету керек.

Жедел көмек ретінде дәрігерлер науқас **қышқылмен уланған болса**, соның зардабын жою үшін **натрийдің гидрокарбонатынан 2%** ертіндісін ішкізген жөн. Осындай қабілеті бар антидоттар қатарына **алмагель**, **күйдірген магнезия** жатады



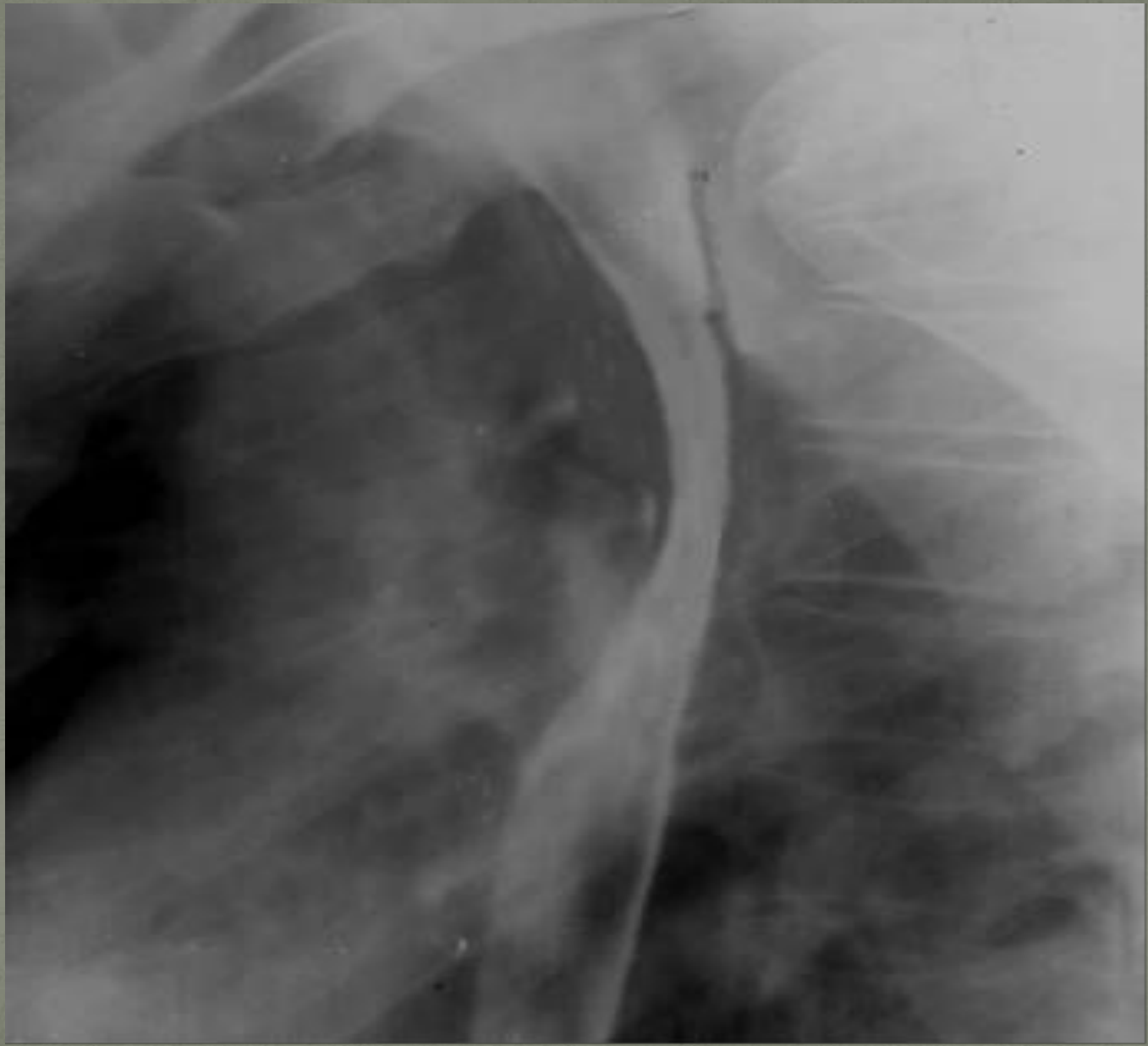


- Егер науқас адамның ішіп алған сұйықтығы **сілті болса**, оның күшін, зардабын азайту үшін **1-1,5% сірке суын** ішкізген жөн. Сонымен қатар науқас адамға сүт беру, жұмыртқаның ағын, активтенген көмір берген дұрыс болады. Сонымен қатар ауырсыну сезімін азайтатын дәрілер тағайындалады. Мұндай науқастарды реанимациялық бөлімшеге орналастырып, шокқа қарсы шаралар жүргізе бастау шарт. Егер осындай зақымданудан өңештің тесіліп кеткені байқалса, жедел түрде трахеостомия операциясын жасау керек. Науқас адамның көк тамыры арқылы ақуызды зат, қан орнына құйылатын сұйықтықтар, электролиттерге бай **сұйықтықтарды** едәуір мөлшерде енгізу керек. Науқас адамды сұйық тамақпен тамақтандыру алдында бір ас қасық балық майын немесе күнбағыс майын берген жөн. Өңеш тіндерінде қабыну процесін болдырмау үшін антибиотиктер, гармоналды заттар тағайындалады. Өңеші күйген адамды 8-10 күн өткенде өңештің тарылуын болдырмау үшін буж енгізіп, кеңіту әдісін қолданып, осы әдісті 1-1,5 ай бойы үздіксіз жасау керек.



# Өңештің тыртықталып тарылуы

- Өңештің тыртықталып тарылуы тек қана химиялық заттардың зиянды әсерінен пайда болып қоймай, сонымен бірге ыстық тамаққа өңешті күйдіріп алғанда да пайда болады. Пептикалық эзофагит ауруы, туберкулез, мерез, актиномикоз ауруларының салдарынан да өңеш өзегі тарылып қалады. Химиялық заттармен улағанда осы заттардың концентрациясы аз болса, өңештің тек жұмсақ қабығына ғана әсер етеді. Яғни жұмсақ қабық төңірегінде өлі (некроз) тін пайда болуы мүмкін





- Ал улы заттардың концентрациясы жоғары болса, ол өңештің жұмсақ қабығынан өтіп, оның сыртындағы бұлшық еттерді де жансыздандыруға әкеп соғады, тіпті өңеш пен асқазан тесіліп қалуы да ықтимал. Егер тесілмесе, өлі тіннің орнына қабыршық (струп) тін пайда болып, фиброздық тіндермен өңеш өзегі тарылады. Тарылу (стриктура) әу баста өңештің физиологиялық жіңішке тұстарында пайда болады. Физиологиялық немесе қалыпты жағдайда өңештің жіңішкерген тұстарына өңештің төңіректері де жатады. Улы заттарды ішкен адамның өңешінің бірнеше тұста тарылып қалуы мүмкін.
- Өңеш күйіктерінің арасында **ең қиыны** – **сілтіден болған күйік**. Өңештің тарылуы толық және жартылай болып кездеседі. Тартылған тұстан өңештің жоғарғы бөлімі кеңіген. Тарылған тұстың ұзындығы қысқа (3 см) болса, кейбір кезде ұзындығы едәуір болады, кейде тотальды өзгерістерге ұшырайды.

- Тыртық болып бітіп, тарылған өңештің тарылғандығын білдіретін негізгі белгі ол – дисфагия. Дисфагия белгісінің үдеуі күйгеннен кейін 3-4 апта өткенде анық білінеді. Осы кезде қажетті шара қолданылмаса, өңеш бір жола толық тарылып қалады. Дисфагия кезінде ішкен ас кері құсылып, сілекейдің көп мөлшерде бөлінуі байқалады. Науқас адам күннен-күнге жүдей түседі де, кахексия жағдайында дейін жетеді. Егер осыған тоқырау эзофагиті қосылса, төс сүйегінің астында ұдайы болатын ауырсыну сезімі науқастың мазасын алады. Диагнозды қою үшін науқастың жағдайына көңіл бөледі. Рентген сәулесімен және эндоскопия әдісімен жүргізілетін зерттеулер өңештің тарылу дәрежесін, тарылу көлемін анық көрсетеді.



- **Ратнер Г.Л., Белоконев В.И. (1982) өңештің өтімсіздігін бес сатымен сипаттайды:**

**I саты** – «талғалмалы өтімсіздік», асығыс тамақтанған кезде ғана қатты тағамдардың өтуі (картоп, нан, көкіністер) нашарлайды;

**II саты** – «компенсирленген өтімсіздік», аса мұқият ұнтақталған механикалық өңдеуден өткен тағамдардың өтуі;

**III сатысы** – «субкомпенсирленген» тек сұйық тағамдар ғана өтуі;

**IV сатысы** – «толық өтімсіздік» сілекейде өтпей қалғанмен қабынуға қарсы әрекеттер жүргізгеннен соң сұйық тағамдар өте салады;

**V сатысы** – «толық қайтарылмайтын өтімсіздік» тіндері морфологиялық өзгерістермен облитерация түзілуімен ерекшеленеді

# Өңештің тыртықталып тарылуын емдеу әдістері

**Буждау әдісімен емдеу, тарылған өңештің кеңіту, осы ауруға ұшырағандардың 90-95% ағуына септігін тигізеді. Ауруға шалынғанан 8-10 күн өткенде осы әдіспен емдеу тарылтуды болдырмаса, осы әдіспен кеш бастаған ем әрекеті тарылған тұсты кеңіту үшін буж бейімделеді. Күйіктен кейін өңеш өзегі тарылған болса, осы әдісті барлық науқастарға қолдануға болады. Дегенмен стриктура көлемі, түзілу уақыты және науқастың жалпы жағдайына байланысты.**

**Буждаудың қарсы көрсеткіштеріне:** медиастенит, өңеш пен бронхаралықтары жыланкөзбен біріккен жағдайда, V сатыдағы өтімсіздік (перфорация, қан ағу) осы әдісті қолдануға болмайды. Науқас адамның аурудан біржола айығуы үшін буж өткізу әдісімен кейде бірнеше ай бойы емдеуді тоқтатпайды. Бужды өңештің тарылған тұсынан өткізу үшін дәрігерлер соңғы жылдары ең оңды әдісті қолданып келеді. Синтетикадан жасалған іші қуыс буж рентген сәулесімен зерттегенде анық көрінетін қасиеті бар. Рентген сәулесімен зерттегенде түтіктің тұрған тұсы, тарылған тесіктен өткен бөлімі анық көрінеді. Осындай әдіспен өңештің тарылған тұсын кеңіту күнделікті не бір күн демалыс беріп қайта қолданғанда, әрбір келесі күні түтіктің диаметрі жақындай түседі.



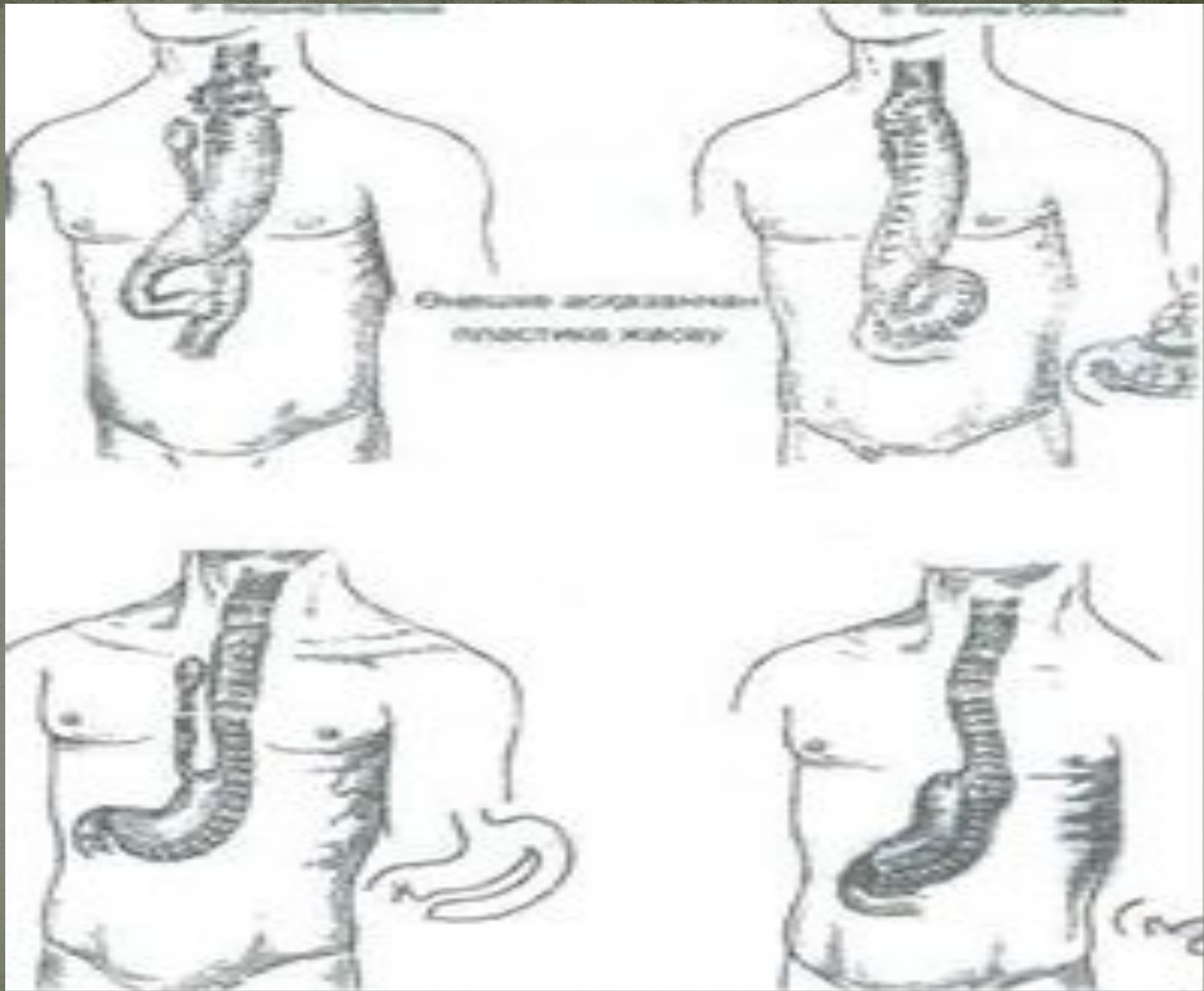
Өңештің тарылған тұсы тыртық болып бітіп қатайып кетсе, оны кеңейту үшін наркоз беріп, бужды күштеп, зорлықпен өткізеді. Ол үшін профессор Т.К.Ткаченко ұсынған іші қуыс түтікті өңешке енгізіп, оны 1-1,5 ай қозғамайды. Сонда науқас адам сұйық тамақ ішкенде осы түтік арқылы тамақтанып, түтік арқылы асқазанға жетеді. Мерзімі келгенде түтікті алып тастап, өңешке өзегі тарылмас үшін буж өткізіп отырады.

Науқастың психикасы нашар болған жағдайда бужды өткізу үшін эзофагоскоп аспабын қолданып, тесікті көзбен көріп, осы тесіктен буж өткізеді. Осындай әдіспен емделіп жүрген науқасқа ащы және ыстық тамақ беруге болмайды. Эзофагит ауруымен асқынған кезде тамақты ауыздан беруді 2-3 күнге дейін тоқтатып, парентеральды тамақтандыруға көшеді. Эзофагитті емдеу үшін күнбағыс майы мен балық майын тағайындайды. Эзофагит белгілері әлсірегенде өңештің тарылған тұсын түтік, буж арқылы кеңіту емі әрі қарай жалғастырылады.

- Өңештің тарылғанын қалпына келтіру үшін хирургиялық әдіс те қолданылады. Науқас адамды операцияға мынандай жағдайларда дайындайды: өңештің өзегі бір жола толық тарылып, қыл өтпейтін жағдайда; өңештің тарылған тесігінен буж өткізу әрекеттері сәтсіздікке ұшырағанда; кеңітілген өңештің өзегі қайта-қайта тарыла берсе; өңештің тарылған бөлімі ұзын болса; өңеш өзегі жыланкөзбен, кеңірдекпен және бронхтармен жалғанған жағдайда оперативті ем алады. Тарылған тұстың ұзындығы 1-1,5 см-ден аспаса, жергілікті реконструкция операциясы жасалады. Ол үш түрлі болады:
  - 1) өңешті бойлап кесіп көлденең тігу;
  - 2) өңештің тарылған бөліміндегі бұлшық еттер астындағы тіндерді тіліп алып, жұмсақ қабықтың ұштарын өзара бөлек тігіп, содан кейін бұлшық еттердің кесілген тұсында бөлек тігіс салу;
  - 3) өңештің тарылған бөліміне соқтықпай, оның үстіндегі және төмендегі бөлімдерін айналып (обходной) анастомозы арқылы жалғастыру. Осы әдістердің біршама кемшіліктері бар. Операциядан кейін де өңештің тарылуы қайта басталады.

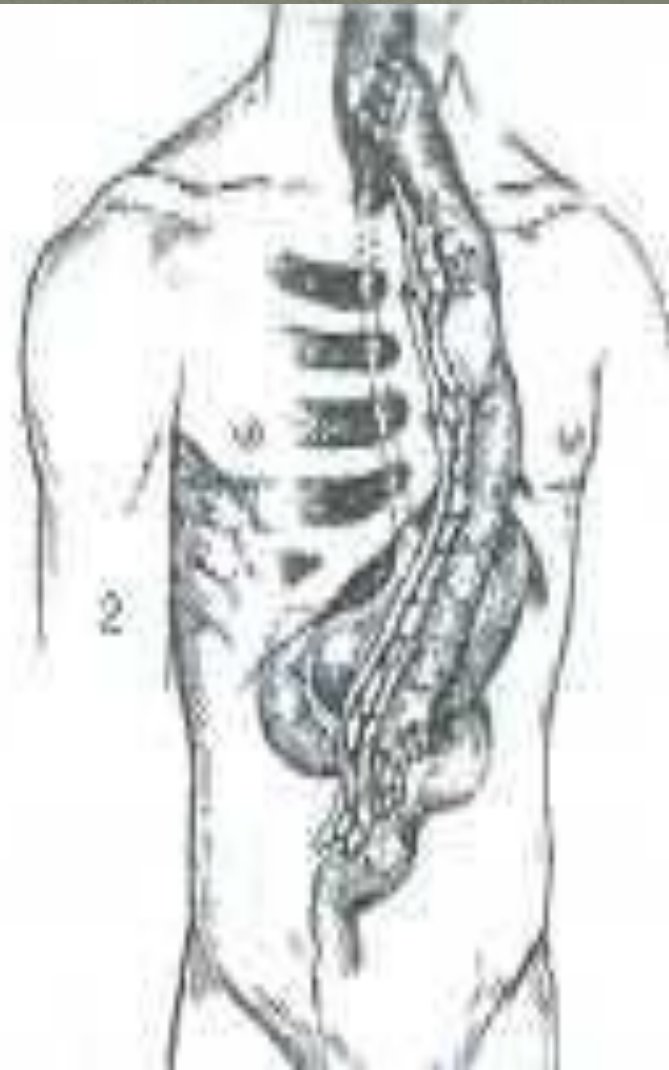
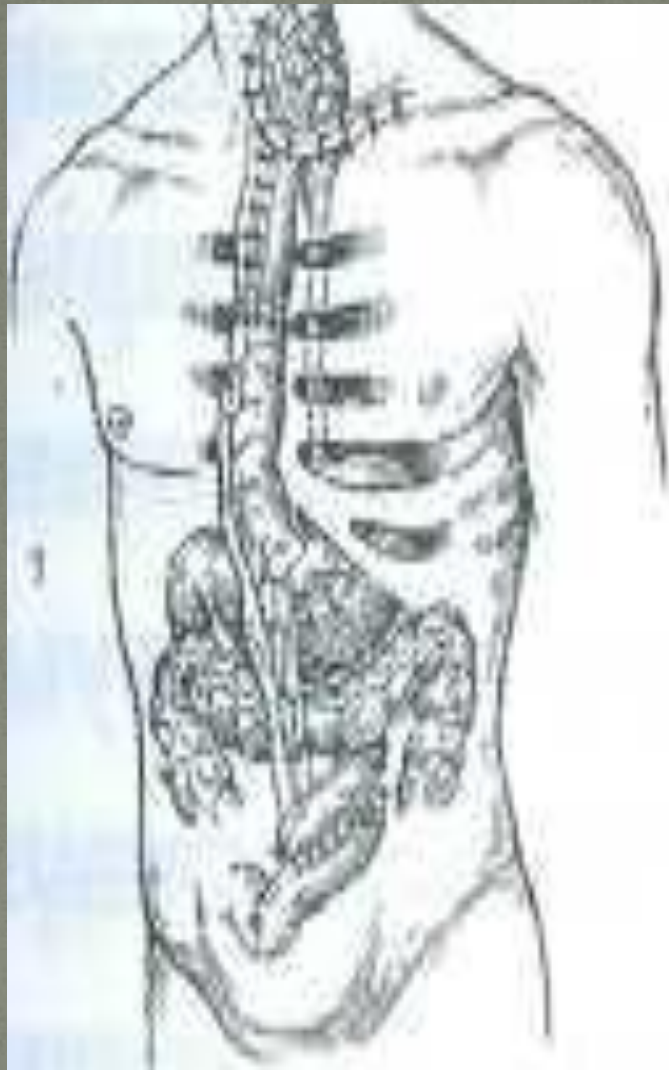


- Пластикалық операциялар жасау үшін асқазан, ащы ішек, тоқ ішектерді пайдаланады. Осындай мүшелерден алынған трансплантатты тері астына, төс сүйегінің астына, кеуде қуысына, көкірекаралықтың арт жағына орналастырады. Асқазанның бөлімінен жасалған эзофагопластикасы.
- Пышақпен тілініп алынған өңештің орнына асқазанды жамау ретінде пайдалану пікірін ұсынып, ол эксперимент арқылы дәлелденді. Кеуде қуысын ашып, өңешті тіліп алып (резекция) кеуде қуысының ішінде өңештің қалдығымен асқазанды жалғаған хирург Б.В.Петровский болатын. Осындай операция тұңғыш рет КСРО көлемінде 1946 жылы жасалған. Операция жолымен алынған өңеш орнына асқазанды түгелдей салу операциясының (жасанды өңеш) көптеген ұтымды жерлері бар. Бірақ кейбір кезде асқазанның ұзындығы өңеш ұзындығынан қысқалау болғандықтан, дәрігер анастомоз салуға мәжбүр болып, осындай қиындықтарды бастан өткізеді. Өңеш орнына жамау ретінде тінді алу үшін 1912 жылы Я.О.Гальперин асқазанның үлкен құрышынан изоперистальтикалық тін кесіп алып, одан өңешке ұқсас түтік жасаған





- Осы трансплантат оң жақтағы асқазан-шажырқай артериясы арқылы қанмен қамтамасыз етіледі. Гаврилл деген хирург 1959 жылы Гальперин әдісін өзгертіп, асқазанның үлкен құрышынан антиперистальтикалық трансплантат алғанда, ол көкбауыр артериясынан қанмен қамтамасыз етіледі. Асқазанның үлкен құрышынан кесіп алынған тінінен қандай да болмасын ұзын жасанды өңеш жасау ыңғайлы да, қауіптілігі де аз. Себебі, қан тамырының қызметі бұзылмайды. Сол себептен анастомоз салып тіккен түс өлексе жағдайына ұшырамайды (көрсетілген суреттер).





# *Қолданылған әдебиеттер*

- Хирургические болезни М.И.Кузин
- Хирургиялық аурулар
- [google/.kz](http://google.kz)