

Жедел іш

Хирургиялық бөлім

«Жедел іш» -

Жедел хирургиялық көмекті қажет ететін, құрсақ қуысының жарақатынан және жедел ауруларынан соң туындаған клиникалық симптомкомплекс.

Құрсақ қуысының париетальді бөлігінің қабынуынан соң пайда болатын ең маңызды деген ішті тітіркендіру симптомдар жиынтығы

- Алдыңғы құрсақ қуысының пальпациясынан кейінгі ауырсыну**
- Щеткина-Блюмберг симптомының оң болуы**

Жедел іштің себептері

- Құрсақ қуысы ағзаларының жарақаттары
- Құрсақ қуысы ағзаларының жедел қабыну аурулары (**аппендицит, холецистит, панкреатит және т.б.**), оған қоса перитонит
- Қуысты мүшенің тесілуі (**ойық жаралар және т. б.**).
- Механикалық ішек өтімсіздігі, оған қоса қысылған жарықтар да жатады
- Ішек өтімсіздігі.
- Құрсақ қуысына және асқзан-ішек жолдарына ішкі қан кетулер

Жедел іш кезінде еске алатын ең маңызды жағдайлар

- Науқастың жасы**
- Ауырсынудың локализациясы және орналасуы**
- Анамнезінде қабыну аурулары, жарақаттар, операциялардың болуы**

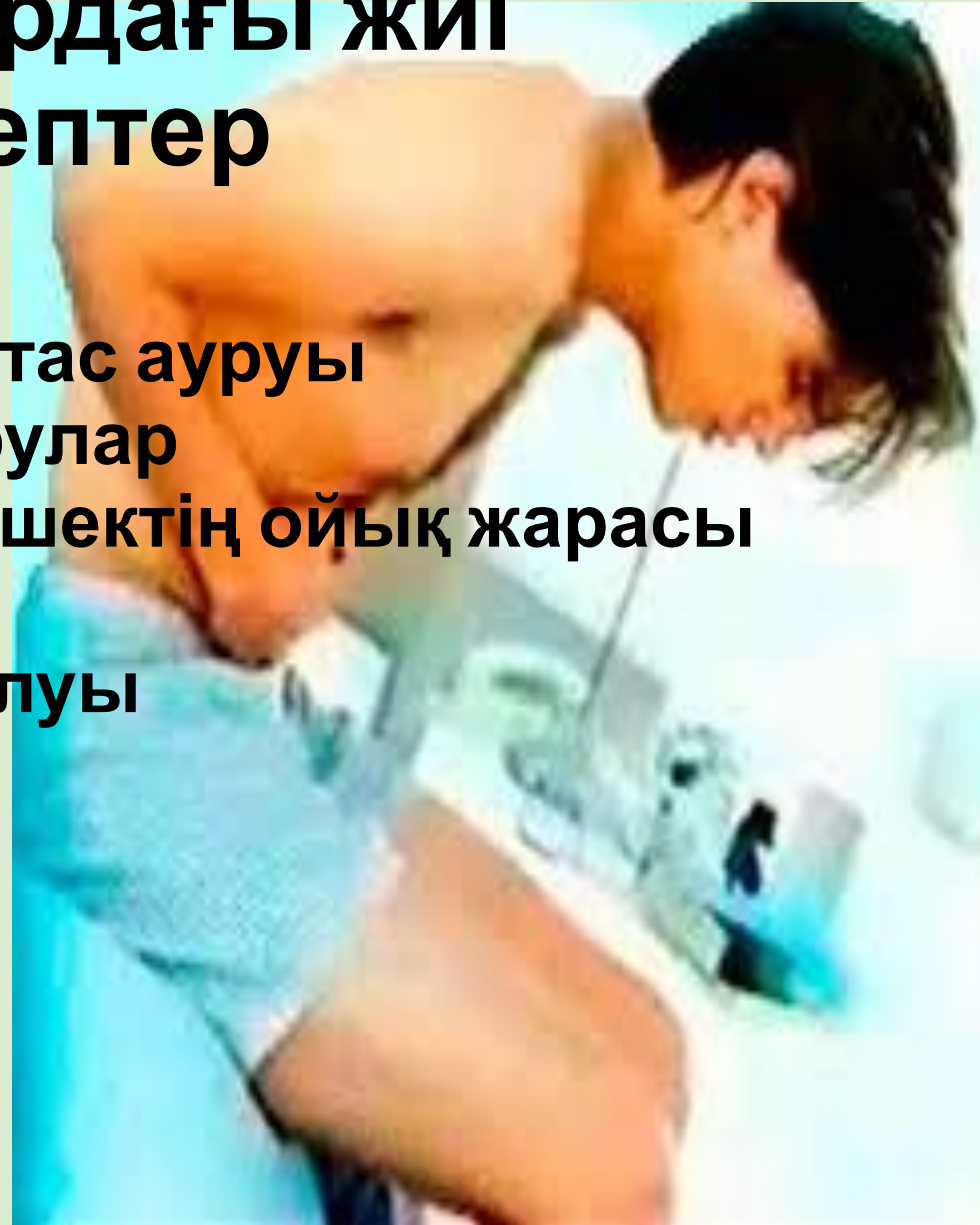
Балалардағы аурудың басым кездесулер жиыны

- Жаңа туылған нәрестелерде аш ішектің атрезиясы, сақина тәрізді ұйқы безі,
- 1-2 жаста – аппендицит, инвагинация, шажырқайлы лимфаденит



Ересек адамдардағы жиі кездесетін себептер

- Аппендицит
- Холецистит және өт-тас ауруы
- Гинекологиялық аурулар
- Асқазан және 12 елі ішектің ойық жарасы
- Қысылған жарық
- Көкбауырдың жарылуы
- Бүйректас ауруы
- Панкреатит
- Ішек өтімсіздігі



Қарт адамдарда жиі кездесетіндер

- Аппендицит
- Дивертикулит
- Тоқ ішек қатерлі ісігі
- Аорта аневризмасының жарылуы
- Ішектердің айналуы
- Ішектердің ишемиясы



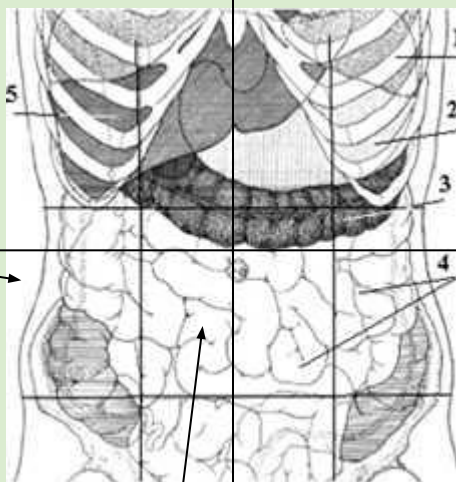
Ауырсыну кезіндегі ТОПИКАЛЫҚ ДИАГНОСТИКА

Өт жолдарының
ауруы және
ойық-жара ауруы

Гепатит,
пиелонефрит

Аппендицит,
жатырдан тыс
жүктілік,
қысылған жарық,
аналық бездің
айналуы,
Меккель
дивертикулиті

Панкреатит,
ойық-жара



Тоқ ішек
өтімсіздігі
шажырқай
ишемиясы,
жіңішке ішектің
айналуы

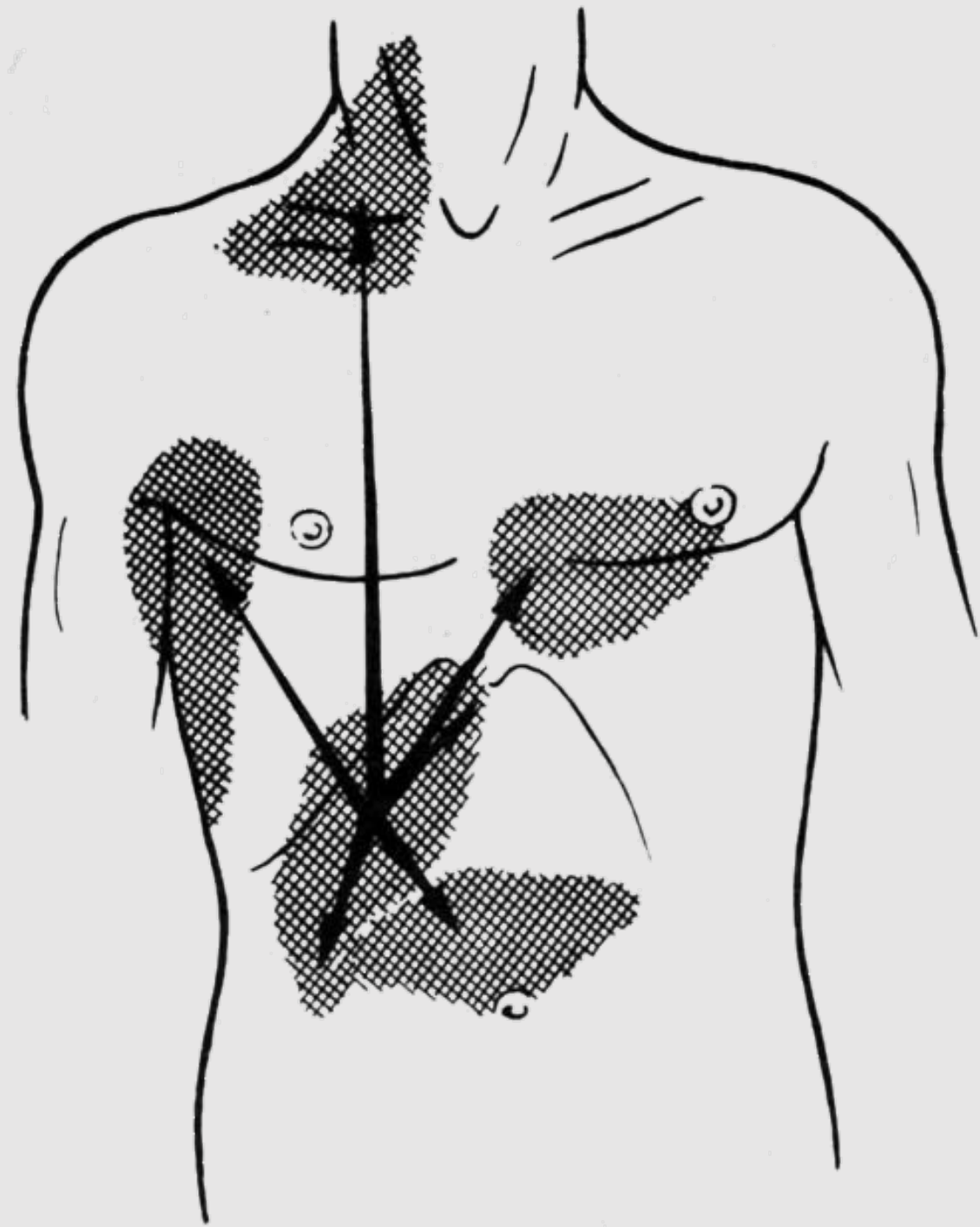
Дивертикулит,
қысылған жарық,
аналық бездің
айналуы, тоқ
ішек және тік
ішектің қатерлі
ісіктерінің
жарылуы

Жедел іш кезіндегі физикалық тексерістердің минимальді көлемі

- Ішті зерттеу: жалпы қарау, пальпация, перкуссия, аускультация, іштің көлемін тексеру**

Жедел іш кезіндегі инструменталды зерттеулер

- **УЗИ**
- **Рентгенография** кеуде қуысы ағзалары
- **Рентгенография** құрсақ қуысы ағзалары.
- **Лапароскопия, лапароцентез ...**



**Жедел
холецистит
кезіндегі
мүмкін
болатын
ауырсынулар
орындары**

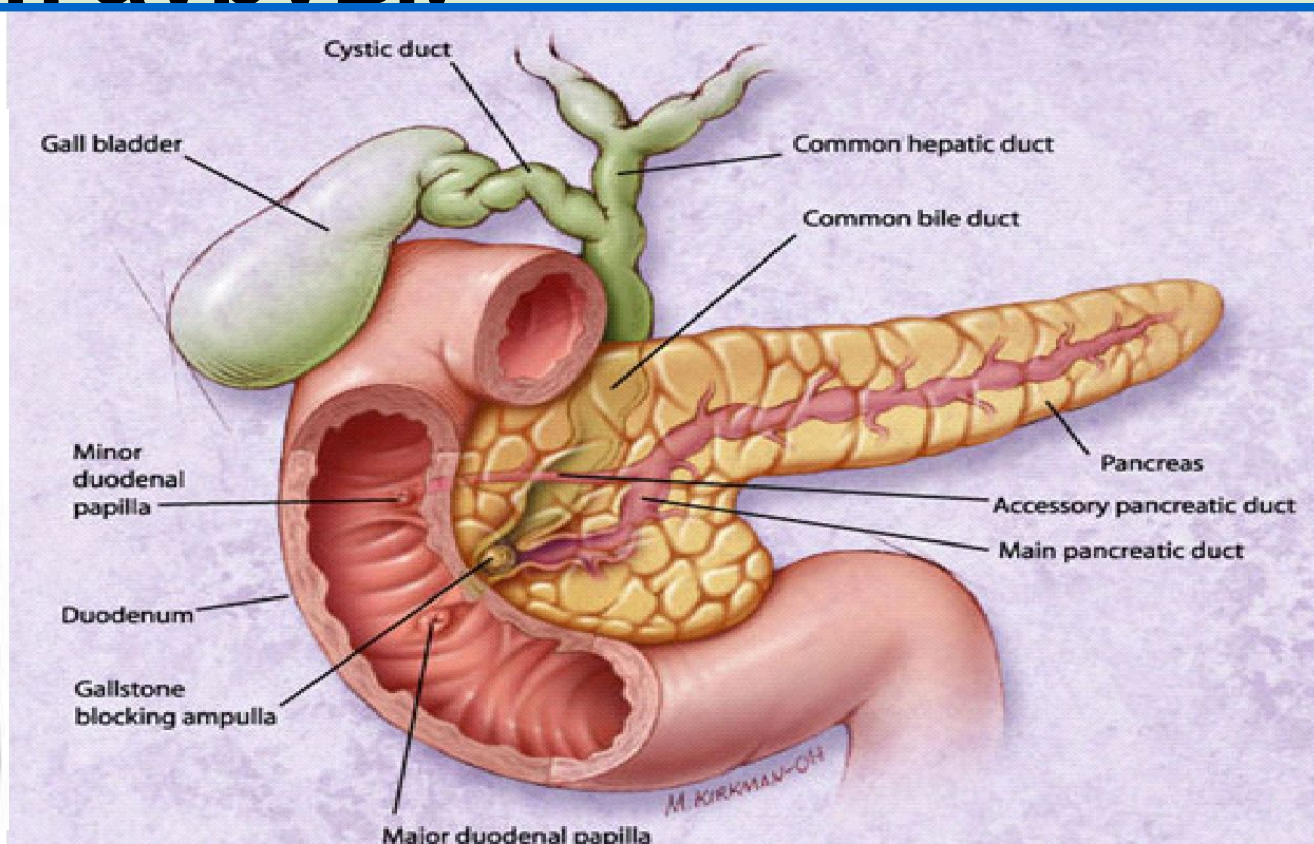
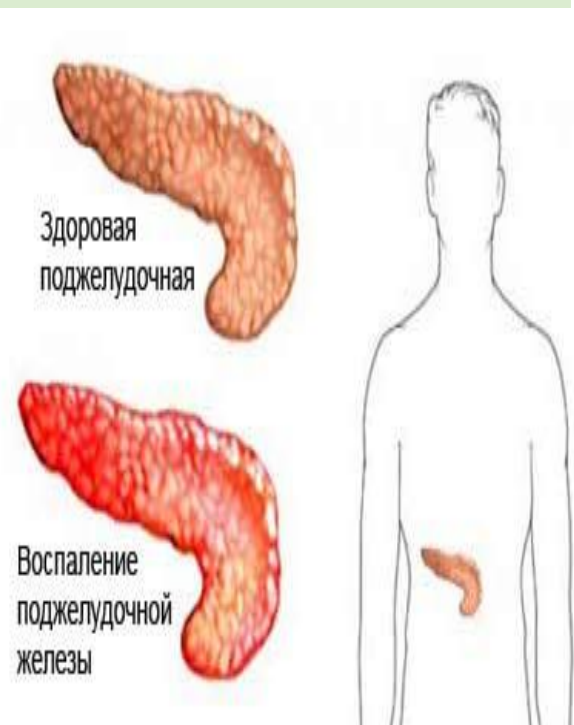
Объективті белгілері

- 1. Склераның, терінің сарғаюы**
- 2. Температура – 38 °С.**
- 3. Тахикардия.**
- 4. Алдыңғы құрсақ қабырғасының бұлшықеттерінің қатаюы, әсіресе оң жақ қабырға астында**
- 5. Пальпация кезінде Кер нүктесінде ауырсынудың болуы.**
- 6. Пальпаторлы-ұлғайған, қатайған өт қабы.**

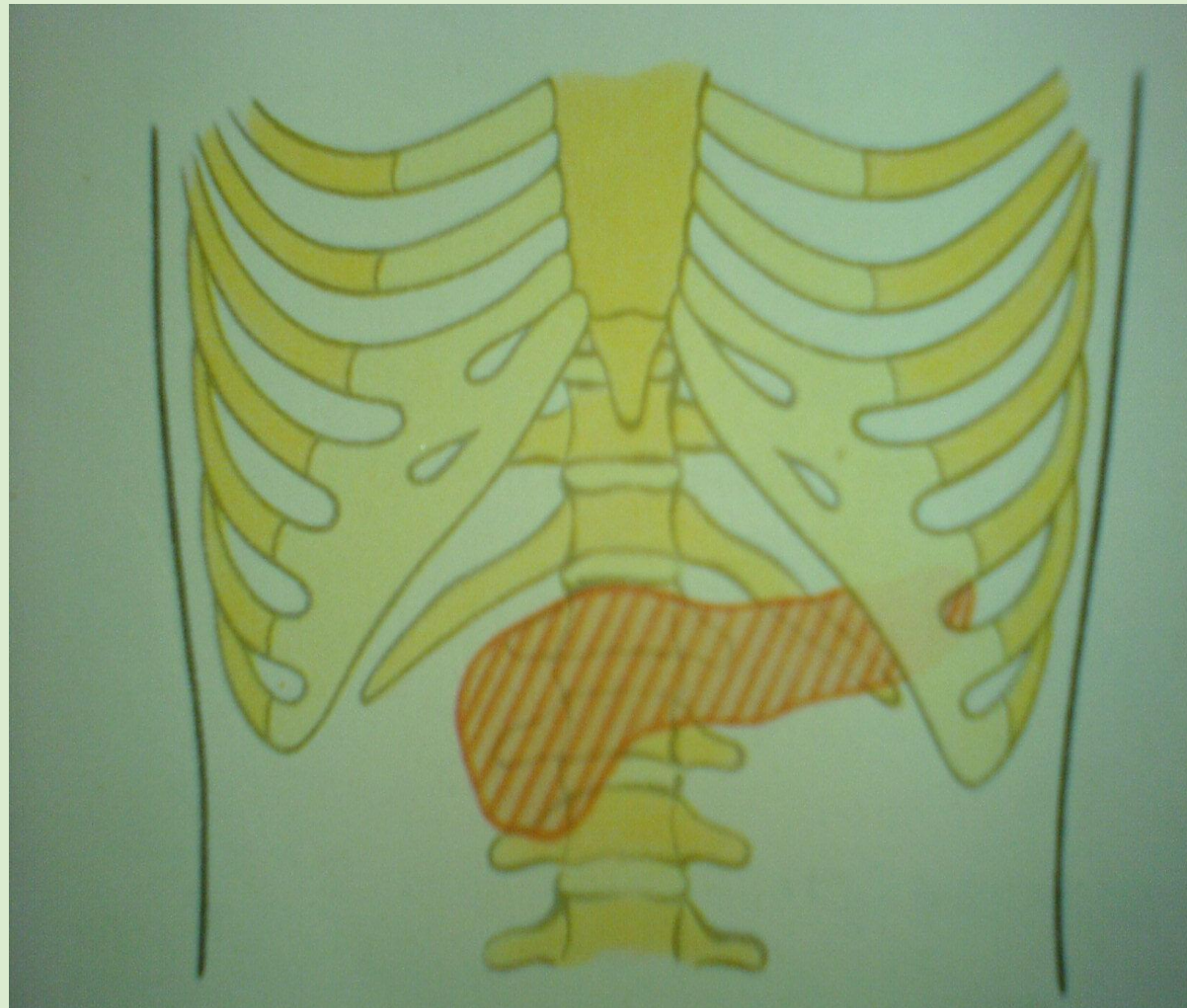
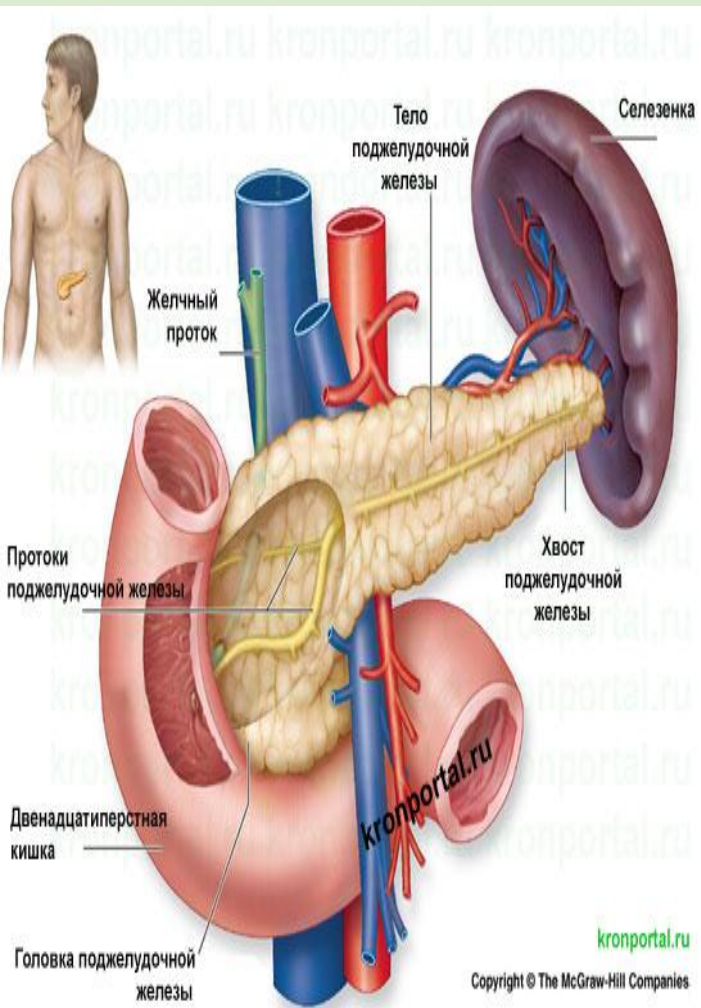
Жедел холецистит кезіндегі негізгі симптомдар

- **Симптом Кера — өт қабы нүктесінің проекциясына пальпация жасағанда ауырсыну.**
- **Симптом Мерфи — дәрігер өт қабы нүктесінің проекциясын басып тұрып, науқастан терең дем алуын сұрайды. Сол кезде ауырсыну пайда болады.**
- **Симптом Ортнера (Грекова) — оң жақ қабырға доғасы бойымен ұрғылау кезінде ауырсынудың пайда болуы.**
- **Симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) — кеудебұғаналықемізік бұлшықеттеріне пальпация жасау барысында ауырсынудың пайда болып, төменге иррадиация беруі.**

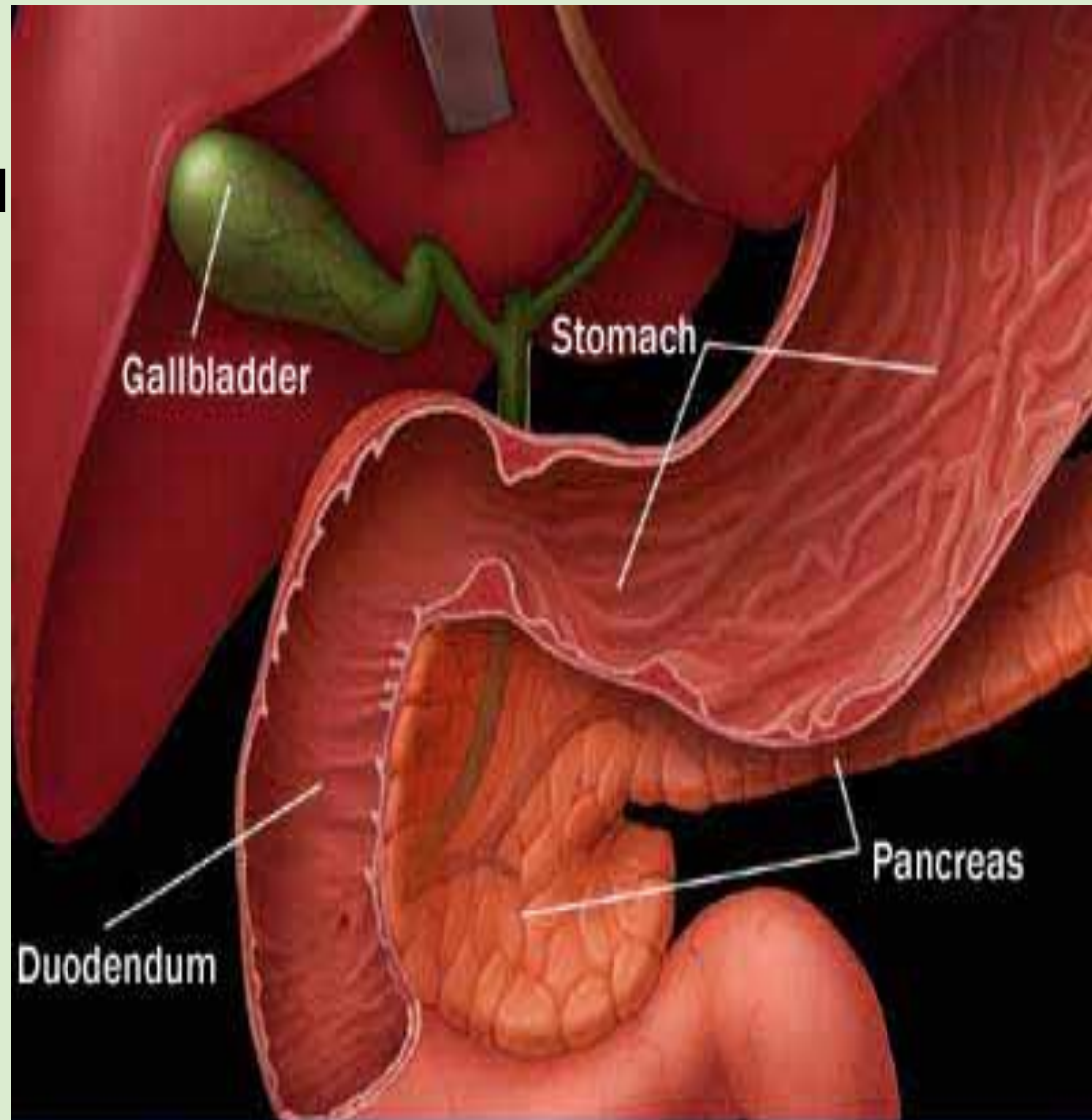
Панкреатит - бұл ұйқы безінің әртүрлі этиологиялық факторлардың әсерінің салдарынан дегенеративті-қабынатын ауруы.



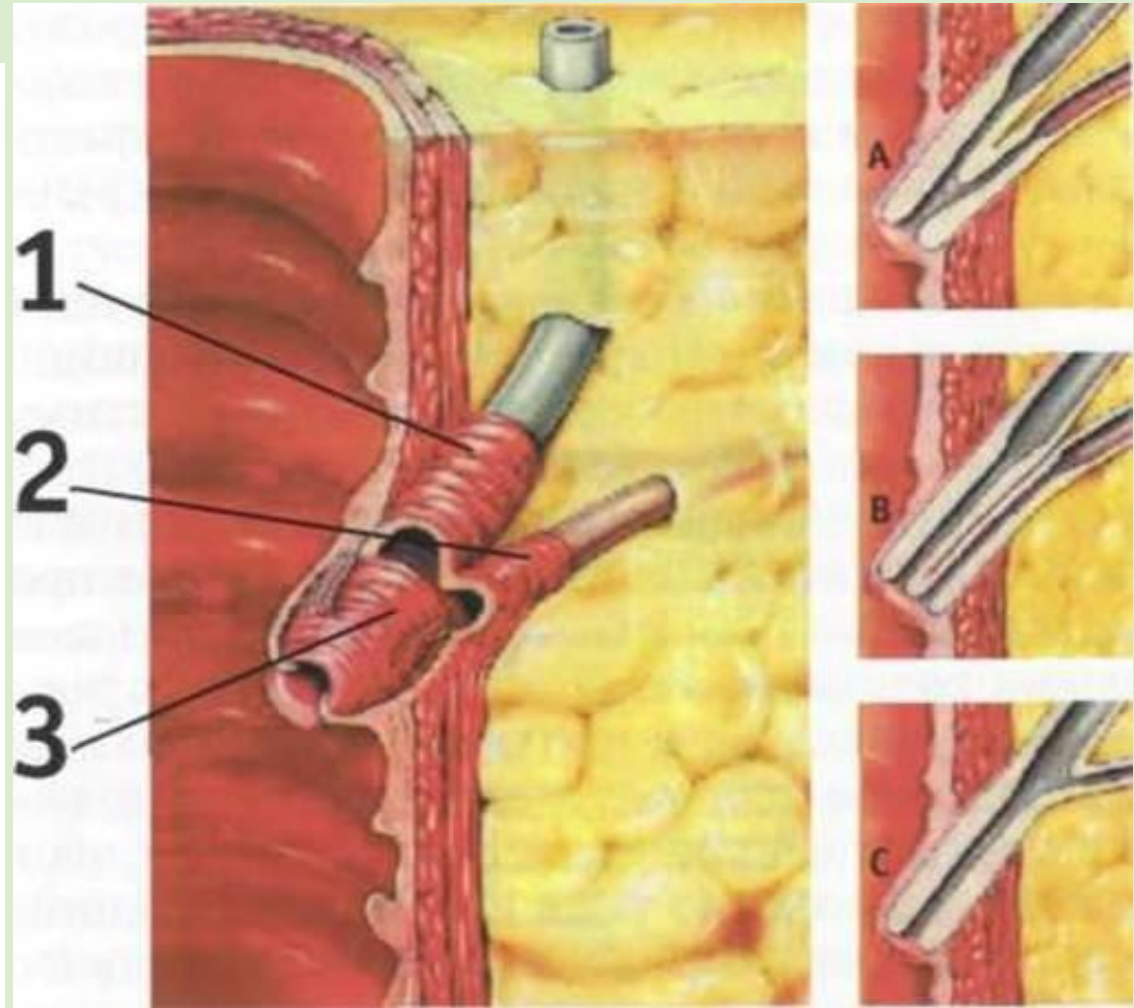
Ұиқы безі ұзынша келген ағза, асқазанның артында орналасқан I, II бел омыртқасының алдында, құйрық жағы X-XI қабырға маңайына барып бітеді.



- **Ұзындығы 15-25см**
басының қалыңдығы
3-7,5см,
денесі 2-5см
құйрығы 2-3,4
салмағы 70-115гр.



•Ұйқы безі өзегі (Вирсунгов өзегі) жалпы өт өзегімен айқасып, Фатеров ампуласын түзеді, яғни он екі елі ішек емізікшесі. 20% жағдайда он екі елі ішекке өзектер бөлек келеді.



Этиологиясы мен патогенезі

Жедел панкреатиттің этиологиясы әр түрлі себептерден болуы мүмкін.

- Өт ауруының себептерінен жедел панкреатиттің пайда болуы.(холецистит, өт тасымен ауырған, Фатер бүршігінің стенозы)**
- Асқазан және ұлтабар ауруының себептері жедел панкреатиттің пайда болуына.(асқазанның, ұлтабардың әртүрлі аурулары: жара аурулары т.б)**

Клиникасы:

•Шағымдары:

1. Үздіксіз, кенеттен пайда болатын, эпигастрий аймағындағы қатты ауырсыну; ауырсыну арқаға белбеу тәрізді беріледі
2. Жүрек айнып, құсу. Құсу – жиі, жеңілдік әкелмейді. Алдымен асқазан, кейін ішек құрамдарымен.
3. Интоксикация белгілері: температура көтерілуі, бас ауыру, әлсіздік т.б.

Панкреатит кезіндегі ауырсыну нүктелері

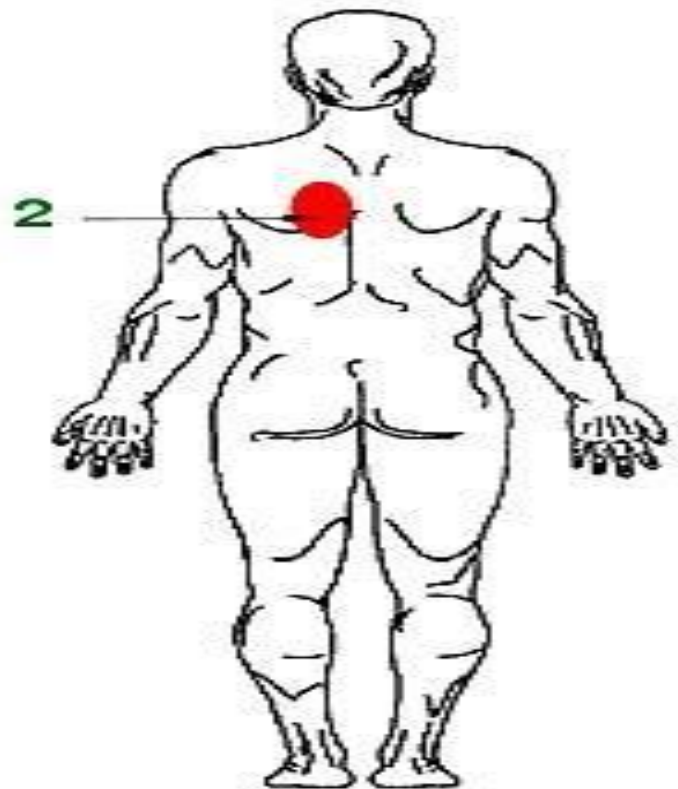
1-эпигастрий аймағы ауырсынуы

2-сол жақ

4-мезогастрий айжауырын ауырсынуы

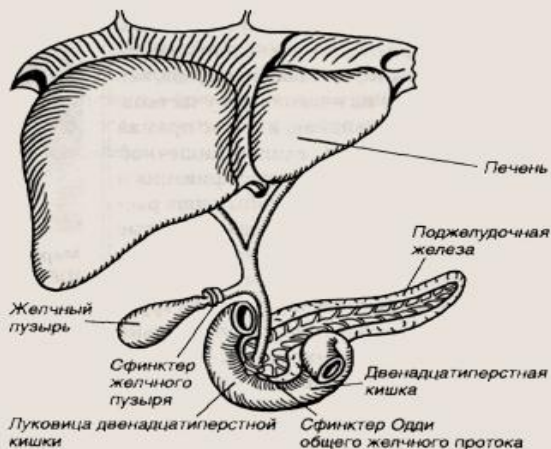
3-эпигастрий аймағымағы

5-сол жақ қабырға асты



Клиникасы:

- Жедел панкреатиттің клиникалық ағымы жеңіл, орташа, ауыр, өте ауыр болуы мүмкін.
- Жеңіл түрінде ауырсыну эпигастрий аймағында, белбеу тәрізді арқаға берілуі болады. Көп науқаста жүрегі айну, құсуы сирек байқалады. Гемодинамика қалыпты, іш пердесінің тітіркену белгіс



- **Жедел панкреатиттің орташа ауырлығында ауырсыну қаттырақ болады, тіпті кейде науқас еңкейіп шынтағын тізесіне дейін жеткізеді; жеңілдік бермейтін көп күсу байқалады.**



•Тері жабындысы ақшыл түсті, рс-90-120, қан қысымы 100/60-90/50с.б.б.. Тілі құрғақ іші кепкен, басқанда ұйқы безі маңайы қатты ауырсынады.Ішек перистальтикасы естілмейді.Іш пердесінің тітіркену белгісі оң. Панкреатиттің осы түрінде дененің әр жерінде ақшыл-көк дақтар пайда болады; олигоурия байқалады, зәр тәулігіне 1000мл-ден аз; 3-4ші тәулікте эпигастрий аймағында инфильтрат байқалады, сарғаю пайда болуы мүмкін.

Орташа ауыр түрі

Клиникасы

- Жедел панкреатиттің **ауыр түрі** тез, бірәз сағаттың ішінде байқалады; науқастың жағдайы ауыр; ауырсынудың қатты болғаны сондай наркотикалық аналгетиктер қысқа уақытқа көмектеседі. Гемодинамика: қ/қ-90/50 мм.б.б., рs-120 және одан жоғары,.



•Тілі құрғақ, іші кепкен, іштің бәр жерінен қатты ауырсыну байқалады, іш пердесінің тітіркену белгісі анық оң; Олигурия зәр тәулігіне 500-600мл және одан кем болуы мүмкін. Жедел панкреатиттің клиникалық ағымының ауыр түрі тұтас панкреонекрозды болады



Ішек өтімсізділігі – асқазан -
ішек ішіндегі тағамдық
заттардың жылжуының
бөлшектеп немесе
толығымен өтпеуімен
сипатталатын ауру.



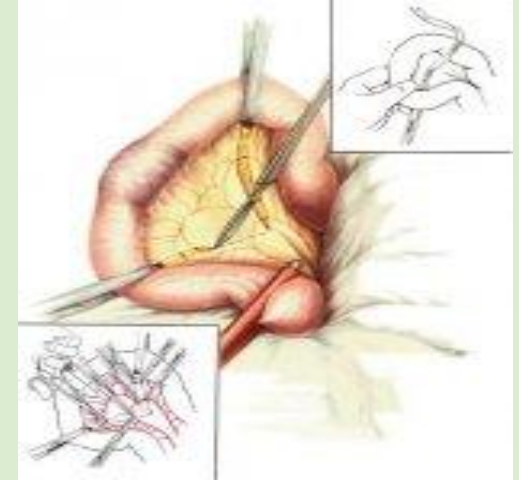


Жіктелуі:





Шығу тегі бойынша



Туа пайда болған
(даму кезіндегі
ақаулар: тоқ ішек
пен жіңішке ішектің
атрезиясы, артқы
тесік атрезиясы)

Жүре пайда болған

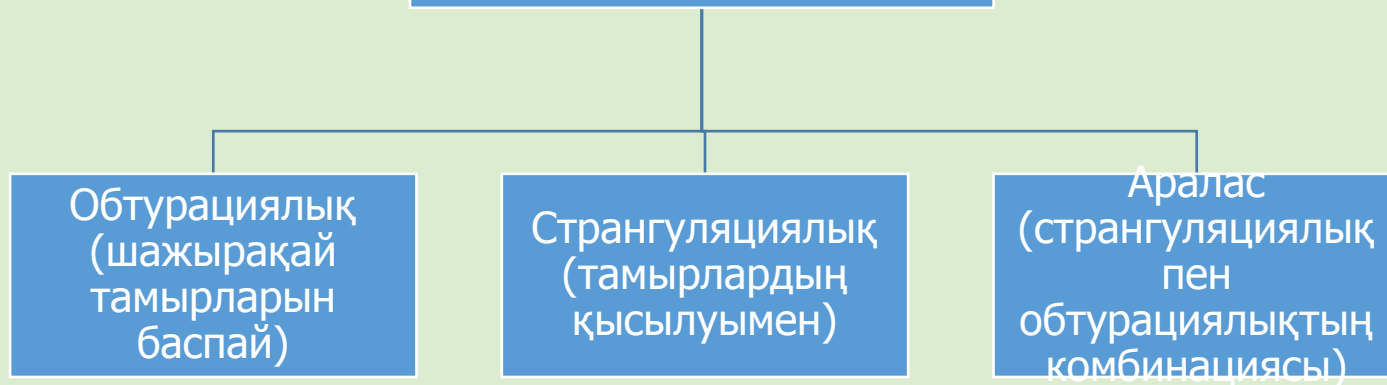
Пайда болу
механизміне
байланысты

```
graph TD; A[Пайда болу механизміне байланысты] --- B[Механикалық]; A --- C[Динамикалық];
```

Механикалық

Динамикалық

Механикалық ішек өтімсізділігі





Өтімсізділік
дәрежесіне
байланысты



Жоғарғы
(жіңішке
ішектік)

Төменгі
(тоқ
ішектік)



• Обтурациялық ішек
өтімсізділігі ішек саңылауы
ісіктерімен, язвамен,
операциядан кейінгі
тыртықтарымен, өттің
тастарымен, копролиттермен,
аскарида түйіндерімен,
жұтылған бөгде заттармен,
ішектердің жабысуымен
сипатталады.

© Клиникалық көрінісі кезінде іштің жоғарғы бөлімінде қатты, шұғыл ауырсыну және өтпен қоса көп мөлшерде құсық. Науқастың жағдайы ол горизонтальды не шынтақ – тізе қалпына тұрғанда жедел жақсарып кетеді. ренгендік тексеріс кезінде асқазан мен 12 елі ішектің көлемінің ұлғаюы, контрастік тексеріс кезінде контрастік заттың 12 елі ішектен ары өтпеуі байқалады.

Негізгі симптомдары

- Валя симптомы-баллон таризді туйін бөлу
- Кивуля-перкуссияда металикалық тимпаникалық дыбыс
- Мондора-урленген доп сияқты іш кебу
- Лоттейсен-тыныс алу жүрек аускультацияда шуылдар естиледң
- Спасокукоцкий-тамшы шуы ішек қабатына жиналған сұйықтық
- Гробоная тишина-аускультацияда перистальтика шуы естілмеу
- Склеров-созылмалы салданудан ішек ішіндеги сұйықтық шайқалу шайқалу шуы

Клиникасы мен диагностикасы

- Әдетте бұл ауру жедел және толғақ тәрізді ауырсыну мен көп рет құсулармен сипатталады. Жалпы рентгендік қарау кезінде жіңішке ішектің газбен үрленген байламдары “спираль тәрізді” болып көрінеді.

◎ *Ішектің нәжіс тастарымен бітелуі негізінен тоқ ішекте жүреді. Ішек өтімсізділігінің бұл түрі көбінде егде жастағы, созылмалы энтерокалит, жүйелі іш қатулармен ауыратын адамдарда кездеседі. Бұлар ұзақ жылдар бойы ішекте жиналып, еш белгісіз өтуі мүмкін. Копролиттер өз бетімен нәжіспен шығады. Бірқатар жағдайлар кезінде ішек қабырғасында пролижсиндер мен нәжістік перитониттерге асқынуы мүмкін. Хирургиялық емі колотамия, тастарды алып, колостоманы орнықтыру.*

◎ **Ішектің ісікпен обтурациясы барлық ішек өтімсізділігінің 9-10 пайызын құрайды. Әдетте обтурацияны жіңішке немесе тоқ ішекте орналасқан қатерлі ісіктермен шақырылады. Клиникалық белгілері баяу басталып жедел асты өтеді. Әдетте олар қатерлі ісіктің белгілерімен қатар жүреді, яғни бұл кезде науқас қатты жүдеп қан ағу мен интаксикациясы байқалады. Жиі ішек өтімсізділігі доға тәрізді ішектің қатерлі ісігінің бірінші белгісі болып табылады. Емі тек хирургиялық.**



**• Странгуляциялық ішек
өтімсізділігі кезінде
шажырақайлардың қан
тамырлары басылып, ішектің өз
осі бойына оратылып қалу,
ішектің бойында бірнеше
байламдардың пайда болуы,
сыртқы және ішкі жаралар
кезінде ішек байламдарының
жарадардың арасына қысылып
қалуы, ішектердің шажырақай
байламдарына қысылуы.**

© *Ішектің бұралуы (volvulus) ішектің өзінің шажырақайымен көлденең жазықтықта бұралуы. Ішек өтімсізділігінің бұл түрі барлық өтімсізділік арасына 4-5 пайызын құрайды. Ішек бұралулары жіңішке, сигма тәрізді және соқыр ішекте кездеседі. Қалыпты жағдайда ішек байламдары көлеміне байланысты 180 градусқа дейін бұрылады, одан асып кеткен жағдайда ішектің саңылауы жабылып, шажырақайдың тамырларын басып қалады.*

Клиникалық көрінісі мен диагностикасы.

Ішектің бұралуы жедел түрде басталады. Ауру әдетте ауыр жалпы және жергілікті клиникалық симптоммен, жедел странгуляциялық ішек өтімсізділігіне тән түрде өтеді. Негізгі симптомы жедел, қатты ауырсыну. Жиі науқастар ауырсынудан айқайлап, мазасы кетіп, арнайы қалыптарда болады. Басынан бастап құсу көлемді және көп қайталанады. Науқастың жалпы жағдайы өте ауыр, іші аздап ісінген.

Жалпы рентгендік тексеріс кезінде ауру басталғаннан кейін 1-2 сағат өткеннен соң Клойбер тостағаншалары **көрінеді.**

Болжам. Өте ауыр, өлу дәрежесі 30 пайыз.

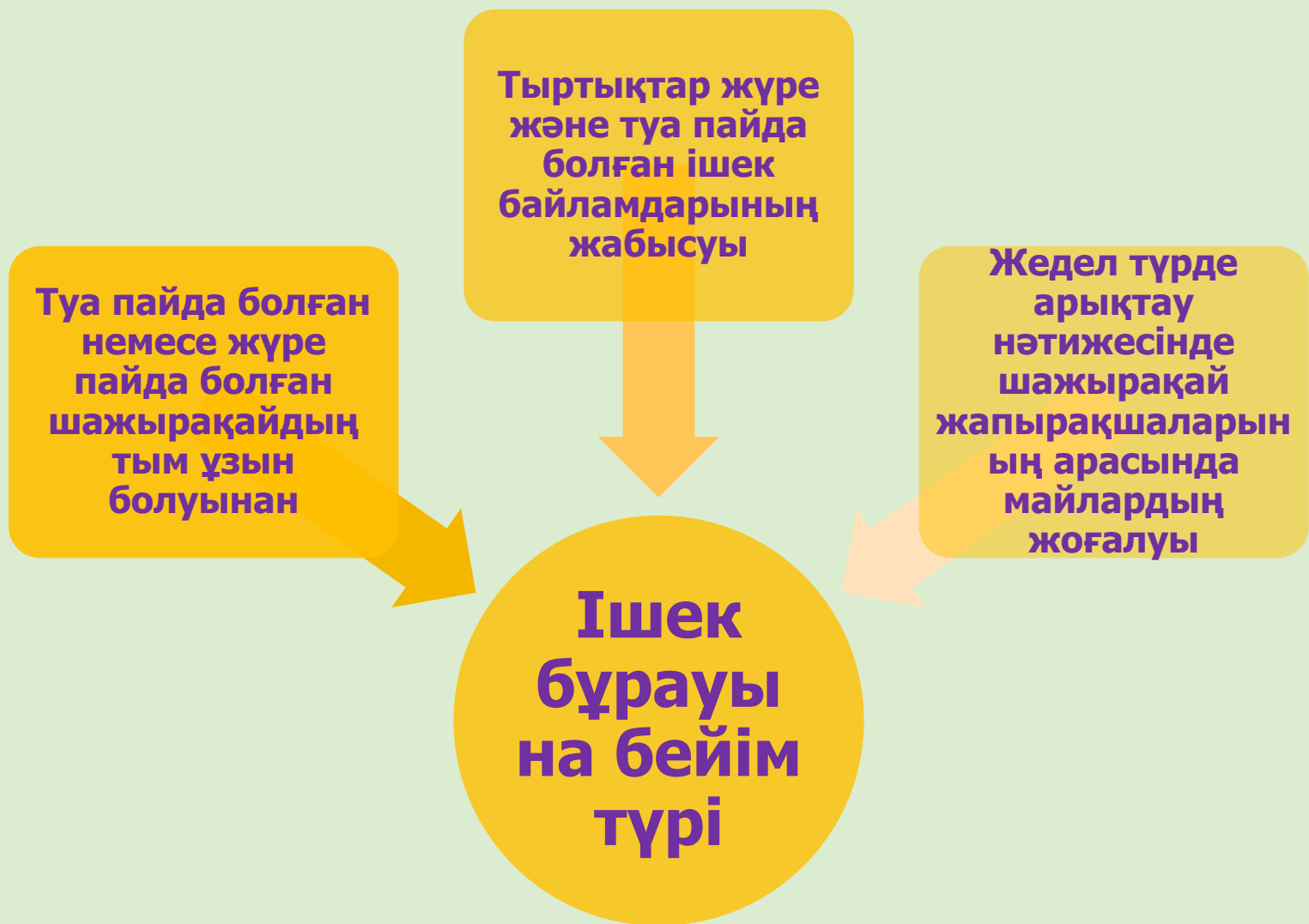
Ішек
бұрауына
бейім
түрі



Жүре
пайда
болған
түрі



Ішек
бұрауының
пайда
болуына
байланысты
түрлері



Жүре пайда болған
түрі



Keудe қуысында
кенеттен қысымның
көтерілуінен ішек
байламдарының
араласуы



Алиментарлық
факторлар (уақытында
тамақтанбау, ұзақ
уақыт аш болып,
құрғақ тамақты көп
жеу.

Ішектердің түйіншектелуі (nodulus intestini)

шажырақайларлар қан тамырларының ауыр бұзылысымен және тоқ ішек пен жіңішке ішектің көп көлемді микросымен сипатталады. Түйіннің пайда болуына аз дегенде ішектің екі ілмегі қатысады. Ішек ілмектерінің бірі двухстволка түрінде өзінің шажырақайымен ось түзіп, екінші ілмек те өз шажырақайымен біріншіні айландыра бір немесе бірнеше орам жасап, бірінші ілмекті қысады, сонымен қоса өзі де странгуляцияға ұшырайды. Әдетте ол жіңішке және мықын ішектер. Көп жағдайларда жіңішке ішек пен сигма тәрізді ішек арасында немесе жіңішке ішек пен соқыр ішек арасында.

Клиникалық көрінісі мен диагностикасы

- ◎ Ішек түйіншектелуі деп болжамдау жіңішке ішектің клиникалық және ренгенологиялық көрінісі тоқ ішектің өтімсізділігімен қатар жүргенде болады.
- ◎ Емі – хирургиялық. Бастапқы сатысында түйіншектерді шешу, кейінгі сатыларында тоқ және жіңішке ішектердің көп көлемдерінің резекциясы.
- ◎ Болжам. Жиі сәтсіз, летальдылық 25 пайыз.

Ішектің инвагинациясы (invaginacio intestini)

◎ *Инвагинация – жоғарғы жатқан ішек бөлімі төменде жатқан бөліміне енуімен сипатталатын ішек өтімсізділігінің түрі (төмен түсуші инвагинация). Ішектің керісінше бағытта енуі (өрмелеуші инвагинация).*

◎ *Этиологиясы. Енуші ішекте қандай да бір патологияның болуы (ісік, гематома, ісікті инфильтрат) олар өз кезегінде перстальтикалық қысқартулар әсерінен ішек саңылауымен дистальді бағытта жылжып өзімен ішектің қабырғасын ертіп, соның салдарынан басқа ішекке енеді.*

Клиникалық көрінісі мен диагностикасы

- Балаларда көбінесе жедел, ал ересектерде жедел асты түрі кездеседі. Аурудың жедел түрінде кенеттен басталып кейде энтеритта немесе іш өткізетін дәрілерді қабылдағаннан кейін басталады. Басты симптомдары – жедел, толғақтық ауырсыну. Олар ішектің перистальтикасы қатты жиырылуымен және оның босаңсуымен қоса бір жиілікте өтеді. Ішті қараған кезде айтарлықтай перистальтиканы байқаймыз.*
- Диагнозы негізінен толғақтық ауырсыну, пальпация кезінде іштің оң жақ бөлімінде шұжық тәрізді түзілімдер, қанды нәжіс триадасымен сипатталады.*
- Емі – операциялық, науқастың стационарға түскеннен кейін алғашқы екі сағат арасында.*

Динамикалық ішек өтімсізділігі

- Ішек өтімсізділігінің бұл түрін ішектің моторикалық функциясын реттейтін нейрогуморальді жүйенің бұзылуы шақырады. Паралитикалық ішек өтімсізділігі перистальтиканың толық болмауы бұлшық еттің қабатының тонусының әлсіреуімен өтеді. Ішек газ тәрізді және сұйықтыққа толы.

Этиологиясы:

- Паралитикалық ішек өтімсізділігі іш қуыс ағзаларының қандай да бір аурулары мен травмалардың асқынуынан дамиды. Перитониттің барлық түрі паралитикалық ішек өтімсізділігінің симптомдарына әкеледі.

Клиникалық көрінісі мен диагностикасы

- ◎ **Негізгі симптомдары ауырсыну, құсу, нәжіс пен газдың шықпауы, іштің кебуі. Ауру негізінен тұйық, керіп тұрғандай болады, нақты иррадиация мен локализация орындары жоқ.**
- ◎ **Емі: комплексті, консервативті. Науқастарға асқазан мен 12 елі ішекті жиі катетордың назогастральді түрімен Миллер-Эббот зонды арқылы декомпрессия жасап отыру қажет.**

Спастикалық ішек өтімсізділігі

- ◎ Бұл ішек өтімсізділігінің сирек кездесетін түрі. Ішектегі заттар бұлшықеттердің спазмына байланысты өтпей қалуы.
- ◎ Этиологиясы: ішек өтімсізділігінің бұл түрі ағзаның ауыр металдармен, никотинмен, уремиямен зақымдалған кезде туындайды. Спазм ұзақтығы бірнеше минуттан сағаттарға дейін созылуы мүмкін.

Клиникасы мен диагностикасы:

- ◎ Спастикалық ішек өтімсіздігі кез-келген жаста дамуы мүмкін. Ауру кенеттен басталады. Негізгі симптомы толғақ тәрізді қатты ауырсыну. Аурудың нақты локализация орны жоқ, іштің барлық аймағына жайылады. Толғақ кезінде науқас тқсекте аунап айқайлайды, диспепсиялық бұзылыстар тән емес. Жалпы ренгендік шолу кезінде ішектің спастико-атоникалық жағдайы байқалады. кей кезде жіңішке ішек бойымен сол жақтан жоғарыдан төмен оңға бағытталған тізбекте орналасқан Клойбер тостағаншалары көрінеді.
- ◎ Емі: консервативті. Науқастарға спазмолитиктер физиотерпевтикалық процедуралар, ішіне жылу қою, негізгі аурумен күресу.



Ойық жара ауруының этиология және патогенезі

Ойық жара ауруының негізгі этиологиясы *Helicobacter pylori*. Жара ауруы полиэтиологиялық және полипатогенді ауруға жатады. Ульцорогендік негізгі себебі қолайсыз эндогенді және экзогенді факторлар. Сонымен қатар алиментарлы факторлардың маңызы зор (тамақтану тәртібінің бұзылуы: ірі тағамдарды ұзақ пайдалану және тағы басқа), нервті - психикалық фактор, асқазан сөлінің секрециясының жоғары болуы және қорғаныс факторы активтілігінің төмендеуі (мукопротеидтер, бикарбонаттар), алкогольді жиі қолдану, тұқым қуалаушылық факторы және тағы басқа.

Клиникасы

Асқазан жарасы ұзақ уақытты, өршу кезеңі мен ремиссиясы кезектесіп жүретін ауру. Өршуі ем-дәмі бұзылып дұрыс тағам ішпеген соң және эмоциялық - нервтік күйзелістерден кейін дамиды. «Мерзімділік» тән - ауру жиі көктемгі және күзгі мезгілде дамиды.

Ауырсыну. Жара ауруының негізгі симптомы ауырсыну, ол тағам қабылдаумен байланысты. Ауырсыну тағам қабылдаған соң бірден сол жақ эпигастрий аймағында дамиды, кардиалды жарада ауырсыну - 40-60 минуттан соң эпигастрий мен іштің ақ сызығында орналасады, пилорикалық бөлімінің жарасында - 2 сағаттан кейін, «он екі елі ішек жарасында «аштық» ауырсыну болады. Ауру себебінің сипаты мен ерекшелігі әртүрлі: ашып, бүріп, ұстамалы, кесіп ауырсынады. Ауырсыну ұстамасы кезінде науқастар өздеріне ыңғайлы қалып іздеп, бүрісіп қалады. Ауырсыну симптомы әсіресе процесс сірілі қабатқа өтсе және пенетрацияланса айқын болады.

Кейбір науқастарда ауырсыну ұстамалары сілекей ағуымен, құсумен бірге болады.

Құсу — ойық-жара ауруының екінші классикалық симптомы. Құсу жеңілдік алып келеді, құсық массасы құрамында қышқыл асқазан сөлі құрамы, қорытылмаған тағам массасы, кілегей, қан ұстамдары кездеседі.

- **Қыжылдау** - төс артының күйдіріп ауру сезімі 70-80% науқастарда кездеседі. Ол гиперсекреция мен асқазан сөлі қышқылдарының жоғарылағанын білдіреді. Қыжылдау тамаққа дейін, тамақтан кейін немесе еш нәрсеге байланыссыз болуы мүмкін. Науқастар сода ішуге мәжбүр болады.
- **Кекіру** - өңештің кардиальді сфинктерінің жетіспеушілігі мен асқазанның антиперистальтикасы нәтижесінде дамиды. Кекіру ауамен немесе аз мөлшерде қышқыл тағамнан болады, иіссіз. Сасық иісті кекіру —ахилия мен асқазанда шірікті процесс кезінде болады.
- **Жүрек айну мен құсу** асқорытудың шыңында спастикалық және реффлекторлы сипатта қатты ауырсыну кезінде болады. Сонымен қатар жаңа құсулар жедел жара ауруында болады. Құсқаннан кейін науқастар жеңілдік сезінеді. Құсық массасы құрамында жаңа қабылданған тағамдар, қышқыл асқазан сөлі кездеседі.
- Жара ауруы кезінде науқастардың асқа тәбеті төмендейді, бірақ олар аз мөлшерде қабылдауға тырысады. Қайталанып ауырсыну ұстамалары, сілекей ағу, құсу нервті-психикалық бұзылысқа алып келеді. Көптеген науқастарда невротения клиникасы және психостения дамуы мүмкін. Науқастар қозғыш, ашуланшақ, қоршаған ортаға адекватты емес, ұйқысы бұзылады.
- Клиникалық көрінісін ішек функциясының бұзылысы толықтырады: іш қату, көбісінде «құмалақ» тәрізді үлкен дәрет, кейде іш өту болады. Үлкен деретте қан араласуы мүмкін, қара май тәрізді. Ішті пальпациялағанда эпигастрий аймағында ауырсыну (Мендель симптомы).

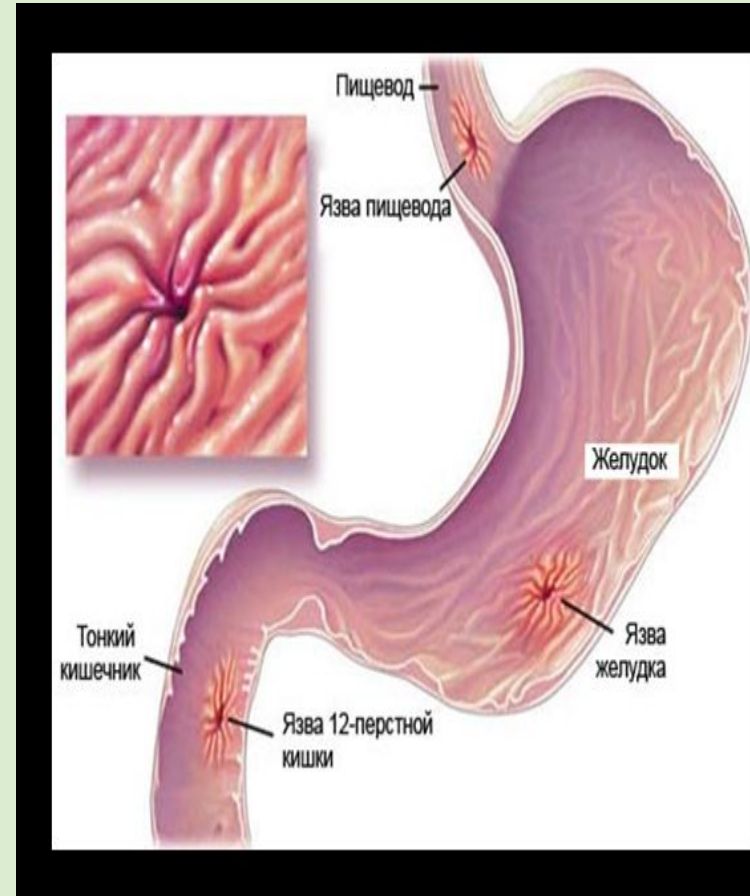


Диагностика

- **Зертханалық зерттеуге жалпы қан анализі, несеп анализі, нәжіс анализі, асқазан сөлін, қышқылдығын зерттеу, тәуліктік несеп мөлшерін, электролиттерді, бауыр функциясын, қан құю қызметін тексеру керек. Жара он екі елі ішекте орналасса — қышқылдылық жоғары, ал асқазанда - қалыпты немесе кішкене төмендеген немесе жоғарылаған болады. Асқазан сөліне сипаттама беру үшін базалды секрецияны анықтайды (асқорыту кезінде бездердің жағдайын анықтайды), инсулинді сынама жасайды (вагусты секреторлы аппараттың сезімталдығын көрсетеді) және гистаминді сынама (функциялаушы жасушалардың мелшерін көрсетеді) жасалынады.**

Он екі елі ішек жара ауруы

Дуоденалды жара жиі бұлтық (бадана), сирек постбульбарлы ішектің бөлігінде орналасады. Жиі ер адамдарда, астениялық конституциялы жас және орта жаста кездеседі. Дуоденалды жара қатерлі емес. Жара көлемі 1-1,5 см көлемінде болады. Он екі елі ішек жарасы кезінде екі жара бірге кездесуі мүмкін, біреуі он екі елі ішектің алдыңғы, ал біреуі артқы қабырғасында орналасқан. Гигантты жара дұрыс емес овалды түрлі, түбі терең емес, жара дефекті айналасында кілегей қабаты ісінген, гиперемияланған, фибрин шөккен, майда эрозиялар болады. Өзгерістер Н.РуІогі мен шақырылған қабынуымен байланысты.



Клиникасы

Асқынбаған он екі елі ішектің негізгі симптомдары

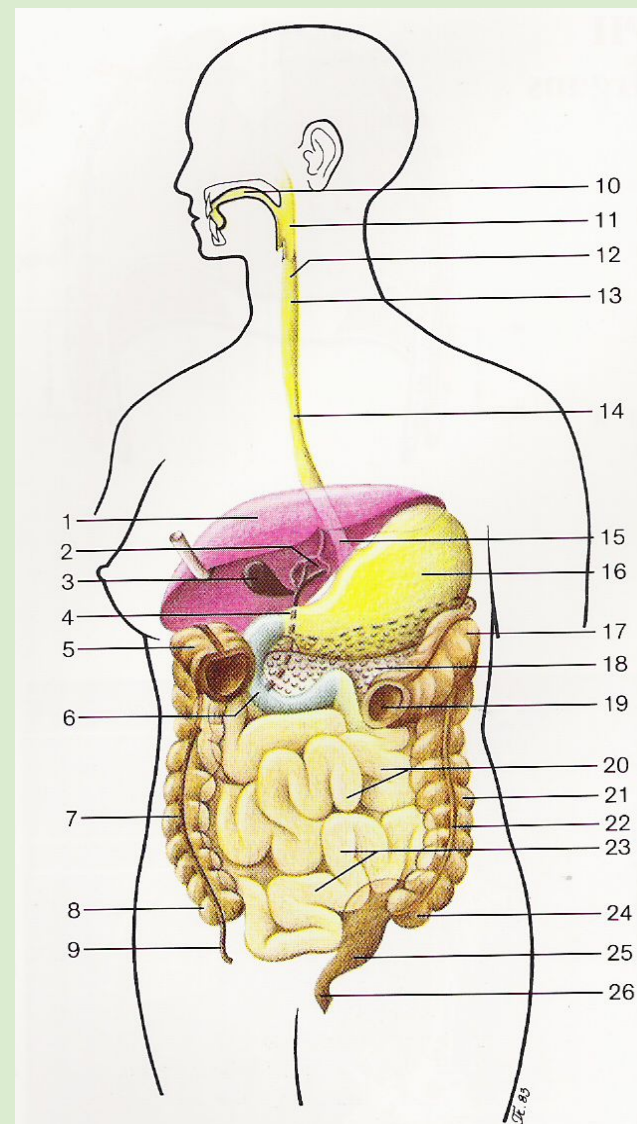
- ✓ ауырсыну,
- ✓ кекіру,
- ✓ жүрек айну,
- ✓ құсу,
- ✓ қыжылдау,
- ✓ арықтау,
- ✓ ішектің дисфункциясы төн белгілер - аш қарынға, кеш және түнгі эпигастральді ауырсыну. Ауырсыну интенсивтігінің шыңы күннің екінші жартысында, ал түнде бір уақытта болады. Ауырсыну күрсақ қуысының жоғарғы қабатының сызықтан оңға қабырға астында орналасады. Сипаты бойынша висцералды типке (пептикалық, спастикалық) жатады. Пептикалық ауырсыну тағам қабылдауға байланысты. Ол холинолитиктерді, спазмолитиктерді қабылдаған соң ауру сезімі азаяды немесе басылады. Висцералды ауырсынудың пайда болуы жара түбі бұлшық ет, субсерозды және серозды қабаттарға жеткенде пайда болады. Ол қабаттар сезімтал сиптоматикалық нерв талшықтарымен иннервацияланған. Пальпацияда локалды ауырсыну пилородуоденалды аймақта орналасады, жергілікті бұлшық еттің кернеуі мен Мендель симптомы оң мәнді болады.

Асқазан мен он екі елі ішек
жара ауруларының
асқынулары:

- Жарадан қан кетудің негізгі симптомы -қан аралас құсу, кейін қара көмір түсті болған нәжіс. Қан аралас қан кетудің мөлшеріне байланысты, науқаста жедел қаназдықтың көрінісі дамиды. Ауру адамда жедел әлсіздік, бас айналу, тері жамылғысы мен кілегей қабаттарының бозаруы, пульсінің жиілеуі 100-120 рет минутына дамиды. Кейбір жағдайларда ауру талып қалады. Науқастардың тері жамылғысы бозарып, суық тер басады, пульсі жиілейді, қарашығы кеңейеді, құсығы қара түсті («кофе тәрізді») болады. Көп реттік құсу мен мелена болса массивті қан кетіп жатқанын айтуға болады. Құсу жиілесе, қанның тоқтамағанынан, қан араласқан құсық біраз уақыттан соң қайталанса, ол қан кетудің қайталанғанын көрсетеді. Қан кетер алдында ауырсыну күшейеді, ал қан кете бастағанда асқазанға ауырсыну басылады немесе жоғалады (Бергман симптомы). Қан тұз қышқылын нейтралдайды.

ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ

- Жедел аппендицит- соқыр ішек (бүйен) өскінінің қабынуы – іш ағзаларының арасында аса жиі кездеседі. Жедел аппендицит бұл полиэтиологиялы жедел хирургиялық ауру.
- Жиілігі 40 -10000 адамнан

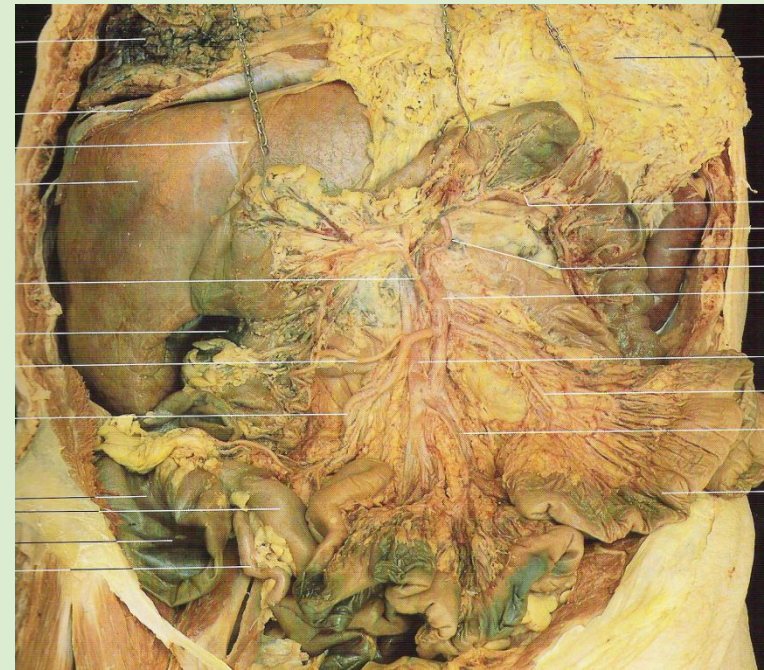


Статистика:

- жиілігі 150-200 адамның біреуі;
- соңғы 10 жыл ішінде ауру 2-3 есеге жиіледі;
- ет тағамдарын көп пайдаланатын адамдар жиі ауырады;
- қала тұрғындарында жиі кездеседі;
- 20-40 жас аралығында жиі;
- әйел адамдар арасында жиі (1:1,5есе);
- хирургиялық науқастардың 25-30% құрайды;
- соңғы кезде ауыр формалары жиі кездеседі.
- 1млн. аурудан 3000 еңбекке жарайтын адам қайтыс болады

•Этиологиясы мен патогенезі:

- 1.Рефлекторлы (нервтік-гумор.)
- 2.Гематогенді жолмен аппендициттің тромбозы
- 3.Лимфогенді
- 4.иммунологиялық
- 5.алиментарлы
- 6.паразитарлы
- 7.баугиноспазм
- 8.Бөгде заттар (түйме, шемішке)



Классификация Колесов бойынша

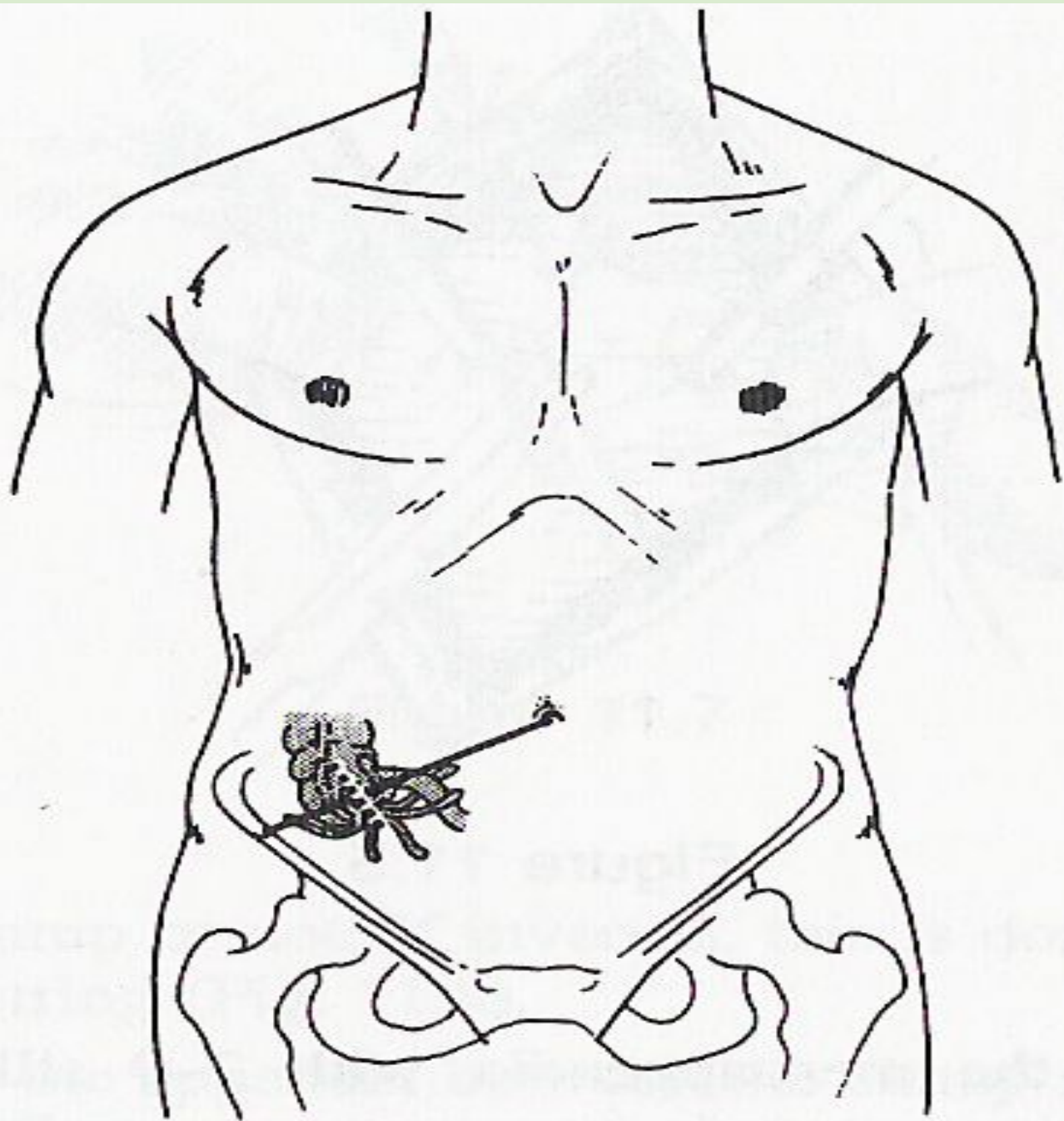
- 1. Аппендикулярлы шаншу
- 2. Жедел жәй беткей (катаральды) аппендицит
- 3. Деструктивты жедел аппендицит
 - а) флегмонозды
 - б) гангренозды
 - в) перфоративты
- 4. Жедел аппендициттің асқынуы
 - а) аппендикулярлы инфильтрат
 - б) аппендикулярлы абцесс
 - в) пилефлебит
 - г) перитонит

Классификация Абрикосов бойынша (морфол.)

- I. Беткей және катаральды (6-12 сағ. дамиды)
- II. Флегмонозды (12-24 сағ.)
 - А) жәй
 - Б) флегмонозды-жаралы
 - В) апостемозды- ірің қабырғаларына толады.
 - Г) Эмпиема (қуысына ірің толады)
 - Д) Флегмонозды-перфоративті
- III. Гангренозды (24-48 сағат)
 - 1-лік-гангренозды- а) тесілулі, б) тесілусіз
 - 2-лік гангренозды -а) тесілулі, б) тесілусіз

Құрт тәрізді өскіннің орналасуы

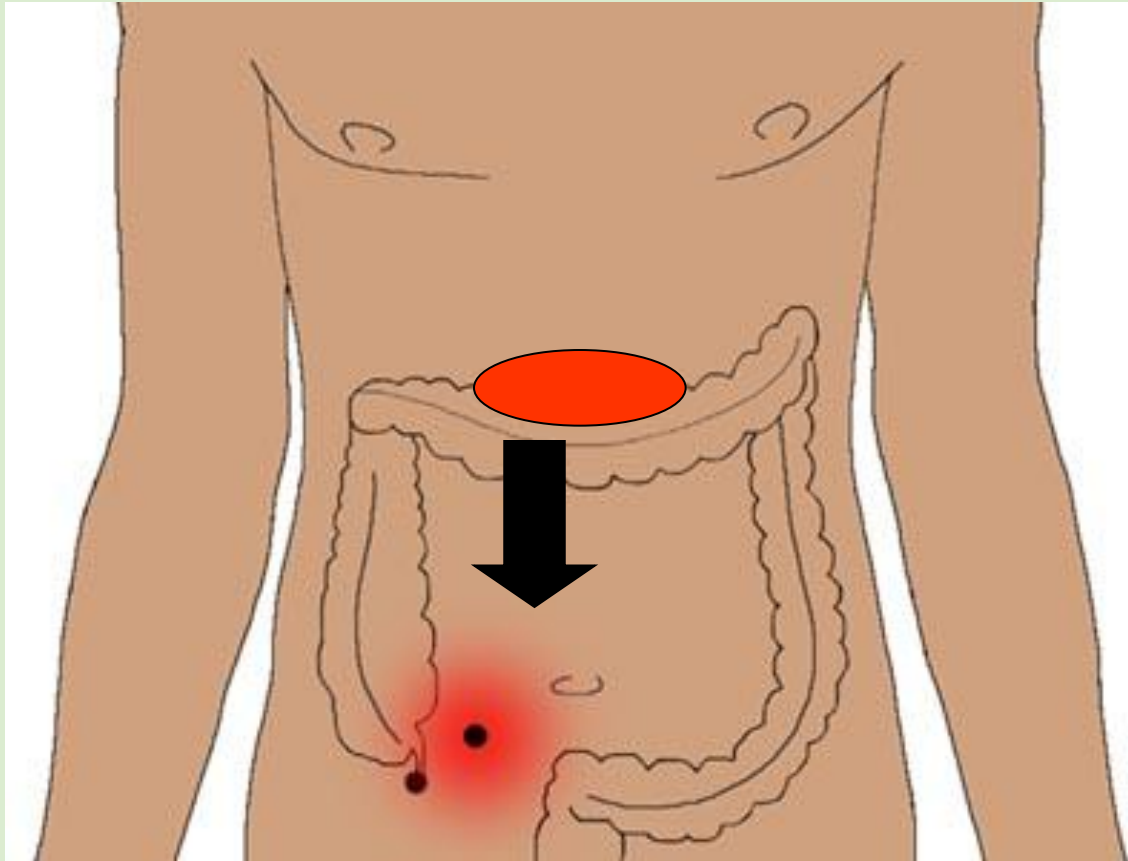
- 1.төмен қарай 40-50%
- 2.латеральды 25%
- 3.медиальды 17-20%
- 4.алдында 5-7%
- 5.артынан 9-13%



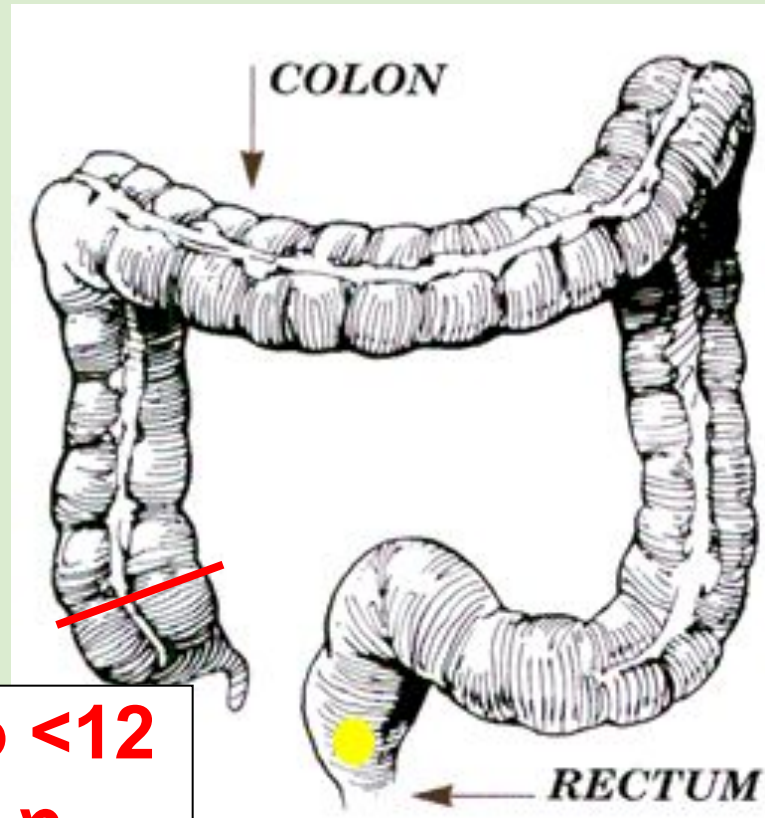
Клиникасы

- Ауырсыну эпигастрийда басталады -40% - бірт. Бүкіл іш қуыс, 2-6 сағаттан соң оң жақ мықын тұсында жиналақталады. Орташа, 1-2 рет құсу, лоқсу.
- Жалпы жағдайы қанағаттанарлық, дене қызуы субфебрильді, пульс-90, ҚҚ- өзгермейді.
- Пальпация: ОЖМ аймағында ауырсыну. Бұлшық-ет дефансы ширығуы Щеткин-Блюмберг симптомы оң.

Acute appendicitis



Ровзинга белгісі



"o <12
п

Синдромдар:

1. Диспепсиялық

- жүрек айну, 1-2 рет құсу, нәжіс шығару бұзылысы

2. Ауырсыну

- эпигастрий аймағында басталып 5-6 сағаттан оң жақ мықын аймағына ауысады –қатты емес, төзуге тұрарлық, сирек периодты, қозғалғанда күшейеді

3. Қабыну синдромы

- температура (38-39)
- лейкоцитоз, нейтрофилез, солға жылжу, ЭТЖ жоғарлауы

4. Перитонеальды синдром

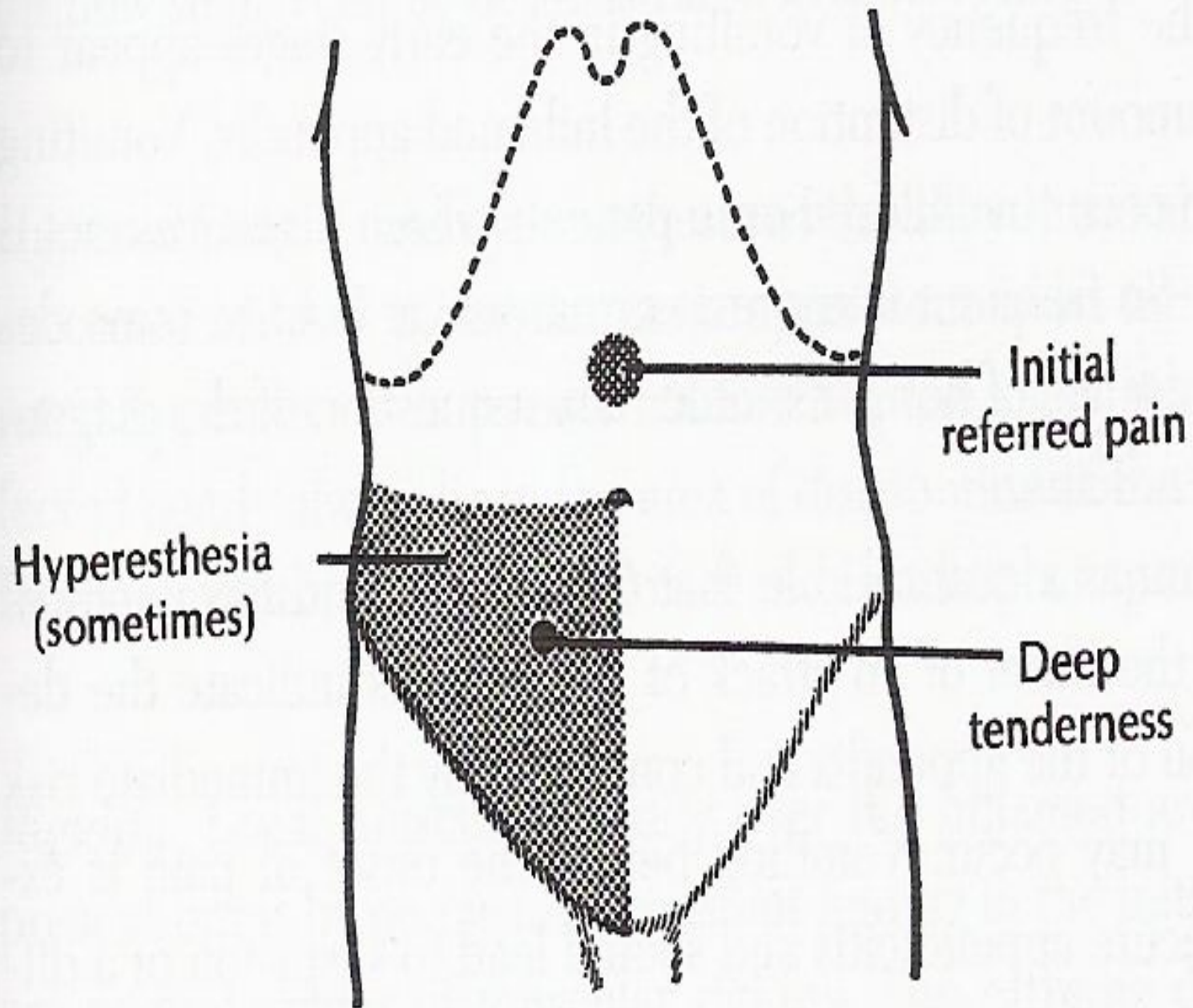
- интоксикация
- Гиппократ беті
- Тілі жабындымен жабылған, іші желденген, тыныс алу актісіне қатыспайды (Винтер синдромы)
- құрттәрізді өсінді проекциясында ауырсыну аңықталады
- перистальтикасының нашарлауы + Щеткин-Блюмберг, Мендель, Крымов белгілері
- оң жақ аймағында бұлшық еттері қатаю

Симптомдар

- **Кохер-эпиг.-оң жақ мықынаймағына көшуі**
- **Ситковский науқас сол жаққа жатқанда-ауырсыну.**
- **Ровзинг-сол жақтан төменгі тоқ ішекті басқанда, оң жақ мықын аймағы ауырсынуы**
- **Крымов –шап сақ-сы арқылы бармақпен тексергенде – ауырсыну**
- **Воскресенский (көйлек симптомы)**

- **Раздольский – оң жақ мықын аймағында тері гиперестезиясы, саусақпен ұрғылау**
- **Образцов-оң аяғын бүкпей көтергенде оң жақ мықын аймағында ауырсыну күшейеді**
- **Коупа – оң аяғын көтеріп жамбас-сан буынын ротациялы қозғалғанда ауырсырудың күшеюі немесе пайда болуы.**
- **Бартомье – Михелсон- сол жаққа жатқызып, оң жақ мықын аймағын басқанда ауырсырудың күшеюі**
- **Ректальды тексереді – жамбас пердесінің ауырсынуы**

- **Кушнеренко – жөтел симптомы**
- **Ленандер – қолтықасты мен тік ішектегі температурасындағы айырмашылық ($N < 1C$)**
- **Cremasterica – оң жақ жұмыртқаның тартылуы**
- **Иванов – сол жақ мықын аймағының бұлшықетінің атрофиясы**
- **Щеткин-Блюмберг перитонит симптомы**
- **Филатов – баланы ұйықтап жатқан кезінде пальпациялау**
- **Брендо – сол жақ қабырғаны басқанда оң жақ мықын аймағында ауырсыну болады (жүктілерде)**



Дифференциальды диагноз

- **Бүйрек ауруы. Бүйрек тас ауруы, ОАМ-эритр., ауырсыну ерекшелігі, дизурия.**
- **Жатырдан тыс жүктілік –етеккір келмейді немесе оның сипаты өзгереді ж/е қынаптан сары су шығады, жатыр мойнының артқы іргесінен пункция жасау керек.**

- **Жедел панкреатит – құсық үсті-үстіне қайталай береді, улану белгілері тез дамиды, ауырсыну белдемеленіп тарайды, қанда ж/е зәрде амилазаның жағарылағаны байқалады.**
- **Асқазанның ж/е ұлтабардың тесілген жарасы-көшеттен эпигастрида пышақ тәрізді ауырсыну, рентгенде оң жақ диафрагма астында ауа болуы. Анамнезінде бұрын науқастың асқазаны ауырғаны анықталады, іштің ауруы ж/е бұлшық еттің қатаюы көбінесе кіндіктен жоғарыда болады.**

Балаларда ж.аппендицит клиникасы

- Ішастардың әлсіз пластикалық қабілеті
- Іш шарбылары кішкене
- Қиын зерттеледі
- Барлық симптомға басымдылық көрсетеді
- Жиі токсикалық формалар
- Пневмониядан қиын ажыратылыды
- Екі жасқа дейін сирек кездеседі

Жүктілікте:

- Құрт терізді өсіндінің орналасуының өзгеруі
- Бұлшық ет тонусының қиын байқалуы
- Перитонтке айналуы мүмкін
- Туу кезінде диагноз қою қиын
- Жатыр түтігін құрт тәрізді өсіндімен алып тасталуы
- Операциядан кейін түсік тастауы мүмкін

Кәрілерде

- Клиникасы морфологиясынан озады
- Бұлшық еттің қатаю мен Щеткин-Блюмберг симптомы теріс болуы мүмкін
- Барлық симптомы аралас, симптомдар өшірілген түрде болуы мүмкін
- Жиі деструкция
- Аппендикулярлы инфильтрат рақтан айыру өте қиын
- Операциядан кейін өте жиі өкпе аурулары дамиды

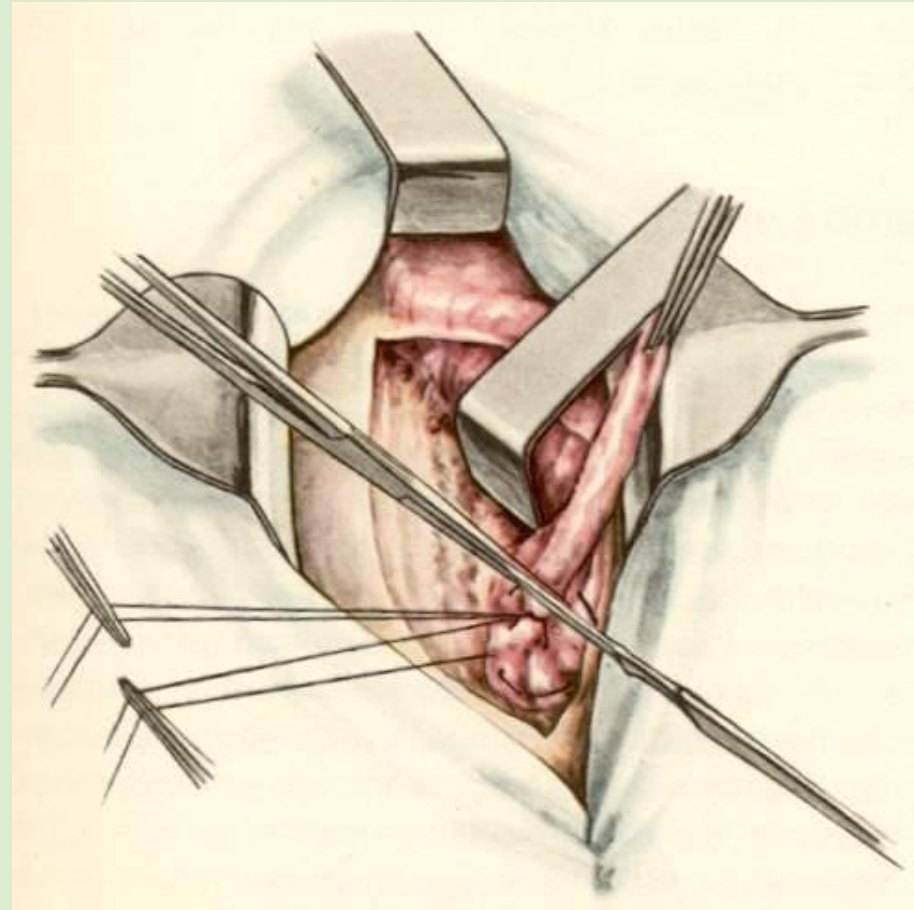
**Жедел аппендициттің емі:
аппендикулярлы инфилтраттан
басқа шұғыл операция.**

Неге:

- басқа әдістердің болмауы
- клиникаға анатомиялық өзгерістің сәйкес келмеуі
- тосу қаупты
- асқынуды емдеу қиын
- құрт тәрізді өсіндінің алып тастаудың 5 әдісі бар

Аппендэктомия:

- **Антеградты**
- **Ретроградты**
- **Инвагинациялык**
- **Бөлшектеп**
- **Лигатурлы**



Аппендициттің асқынуы

- 1) аппендикулярлы инфильтрат
- 2) аппендикулярлы абсцесс
- 3) перитонит
- 4) іш қуысы абсцесі
- 5) Пилефлебит

Диагноз қиындылығы:

- **3 айға дейінгі балалық шақ**
- **Егде және толық адамдар**
- **Жүктіліктің 2-ші жартысы**
- **Құрт тәрізді өсіндінің атиптік орналасуы**
- **Жедел аппендициттің әртүрлі клиникалық формалары**
- **Қосымша аурулардың болуы**
- **Асқынудың дамуы**
- **Науқасты толық емес тексеру**
- **Алынған мәліметтерді дұрыс емес тіркеу**

Тұрғындар арасында аппендициттің санитарлық ағарту жұмысысын жүргізу

- Медициналық көмекті ертерек сұрау басталғанда
- Өзін-өзі емдеумен айналыспау
- Іш айдайтын дәрілерді қолданбау. Клизма жасамау
- Іште интенсивтілігі әлсіз ауру жедел аппендицитті жоққа шығармайды
- Ауру локализациясы жедел аппендицитті жоққа шығармайды
- Қатерлі өткен аппендицит өмірге қаупты

Жалғыз емі – операция жүргізу.

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

Қысылған жарықтар:

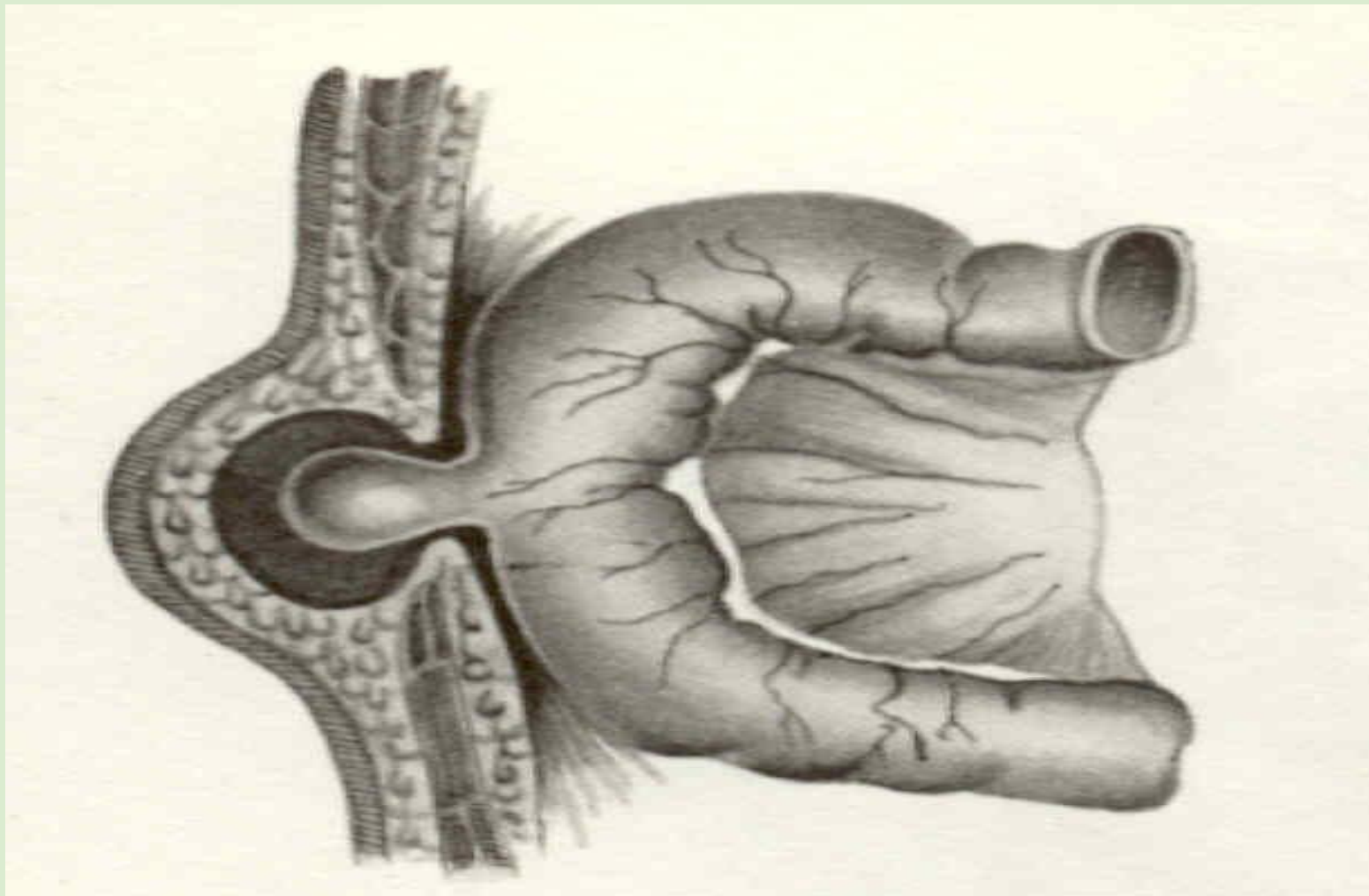
Қысылу – жарықтың ең ауыр асқынуы болып табылады.

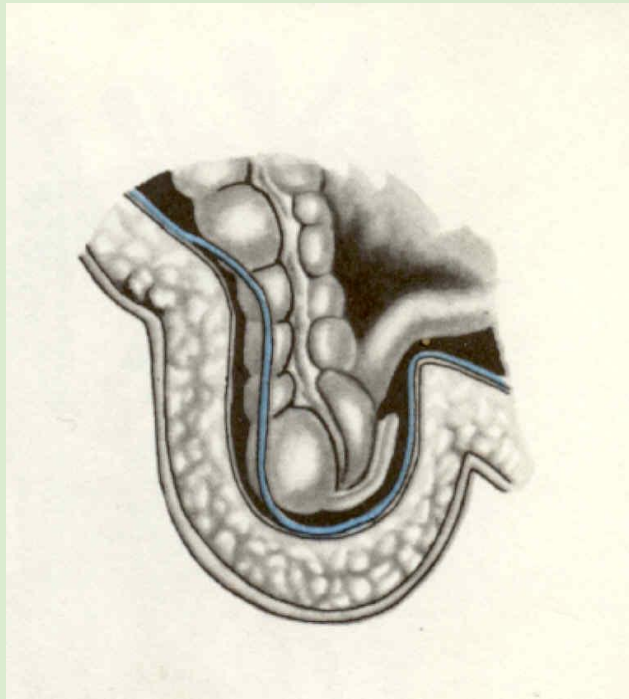
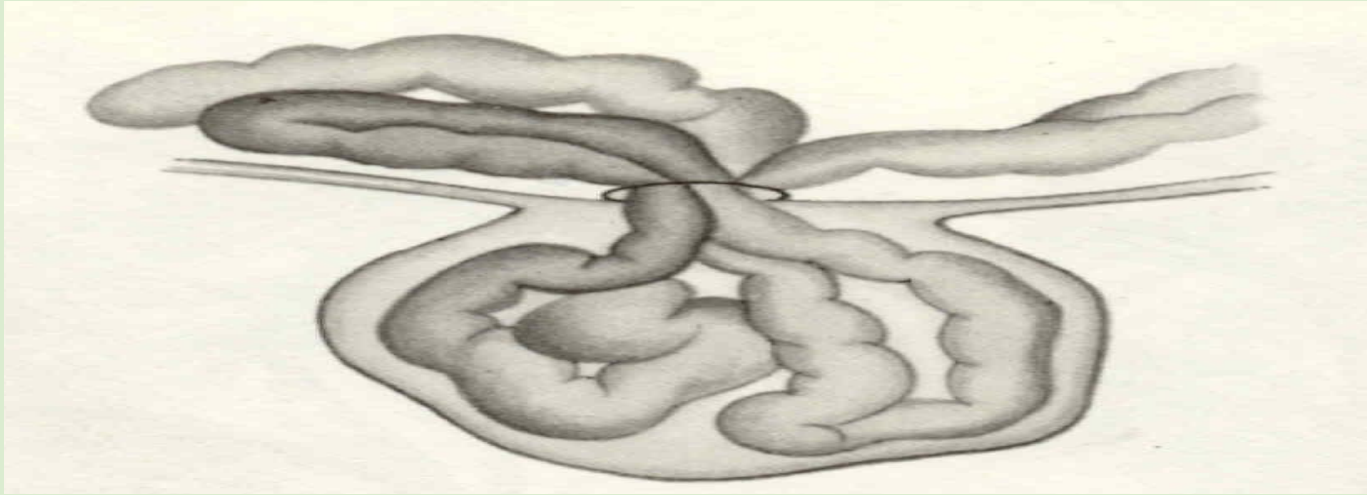
Барлық аурудың 3-15% - ын құрайды. Қысылған жарық дегеніміз: қысылған мүшенің қоректенуінің бұзылуымен өтетін, жарық құрамындағы заттың жарық қақпасында немесе жарық қабының тыртықты өзгерген мойнында кездейсоқ қысылуы.

- 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.



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:

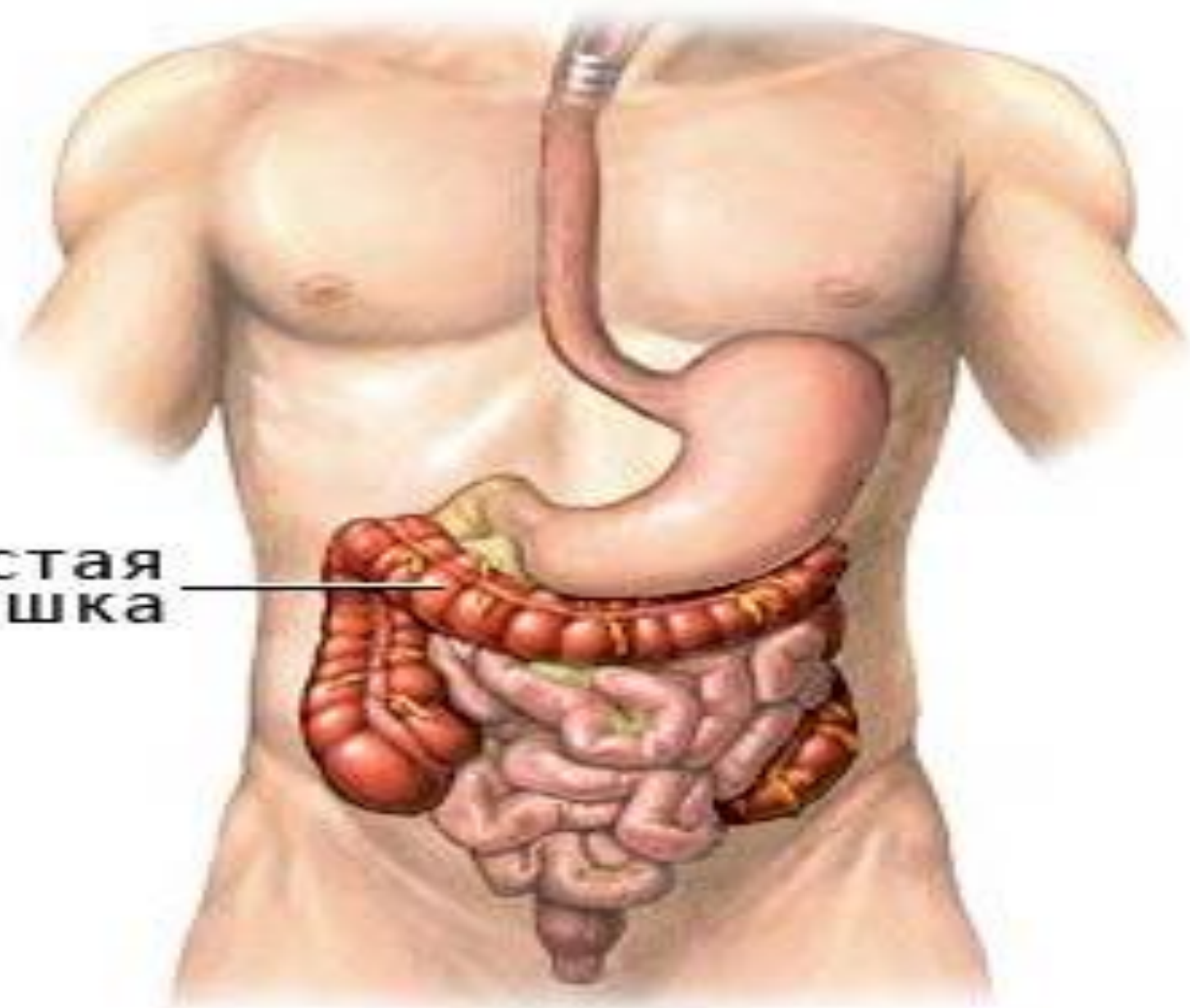
Жарықтың орнына келмеуімен, жарықтың қабынуымен, копростазбен, жарықты аппендицитпен, шапты лимфаденитпен, жедел орхоэпидидимитпен, басқа генезді ішектің өтімсіздігімен, перитонитпен, панкреонекрозбен жүргізіледі.

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.

Толстая
кишка



Тоқ ішек рагі клиникалық белгілері:

1. Ішектің ауруы-өте жиі кездесеін белгі, аурулардың 80 % болады. Бұл белгі тоқ ішектің оң жақ бөлшегінде 2-3 есе жиі кездеседі. Ауру сыздап шаншып, ұстамалы болып сезіледі.
- 2 . Нәжіспен бірге шырыш, ірің сияқты патологиялық заттар шығады. Бұл жағдай көбінесе ішектің оң жақ бөлгігінде пайда болған ісікке тән. Ісік ішектің сол жақ бөлігінде пайда болғанда нәжіспен арлас ұйып қарайған қан пайда болады.
3. Ішектің қызметі бұзылып іш қатуы немесе іш өтуі пайда болады. Немесе бұл бұзылыстар алмасып отыруы мүмкін. Іштің қорылдауы жиілейді. Қабыну қосылуына байланысты ішектің жиырылуы күшейіп, секрециясы жоғарлап іштің өтуіне әкеп соғады.
4. Асқа тәбеттің төмендеуі, диспепсия белгілері.
5. Науқастың көңіл күйі бұзылып, халы нашарлайды, дене қызуы көтеріледі, жүдей бастайды.
6. Бүйенде , өрме және көлденең ішекте пайда болған ісіктерді пальпация әдісімен анықтауға болады.

Тоқ ішек рагының түрлері:

2 түрге бөлінеді: оң жақ және сол жақ бөлігі рагының белгілері. Бүйен ішекте, өрме тоқ ішекте және ішектің бауыр бұрышында ісіктер ішектің оң жақ бөлігіндегі ісіктерге, сол жақ бөлігіне көкбауыр бұрышындағы, төмендеген ішектердегі ісіктер жатады. Көлдненең және сигма тәріздес тоқ ішектегі ісіктер өз алдына жеке.

Тоқ ішектің оң жағындағы экзофитті рак

көп уақытқа дейін ішектің саңылауына қарай өседі де, ішектің түйілуі ерте білінбейді. Ісіктің көлемі үлкен болғанда да ішектің шеңберінің едәуір бөлігі ісіктен бс болғандықтан нәжістің жылжуы бұзылмайды. Рақтың бұл түріне байланысты ауру денесінде жалпылама өзгешеліктер (улану белгісі, дене қызуының аздап көтерілуі, әлсіздік, арықтау және анемия белгілері) пайда болады. Қанның азаюына байланысты пайда болағн әлсіздік, бас айналу, бас ауруы болады.

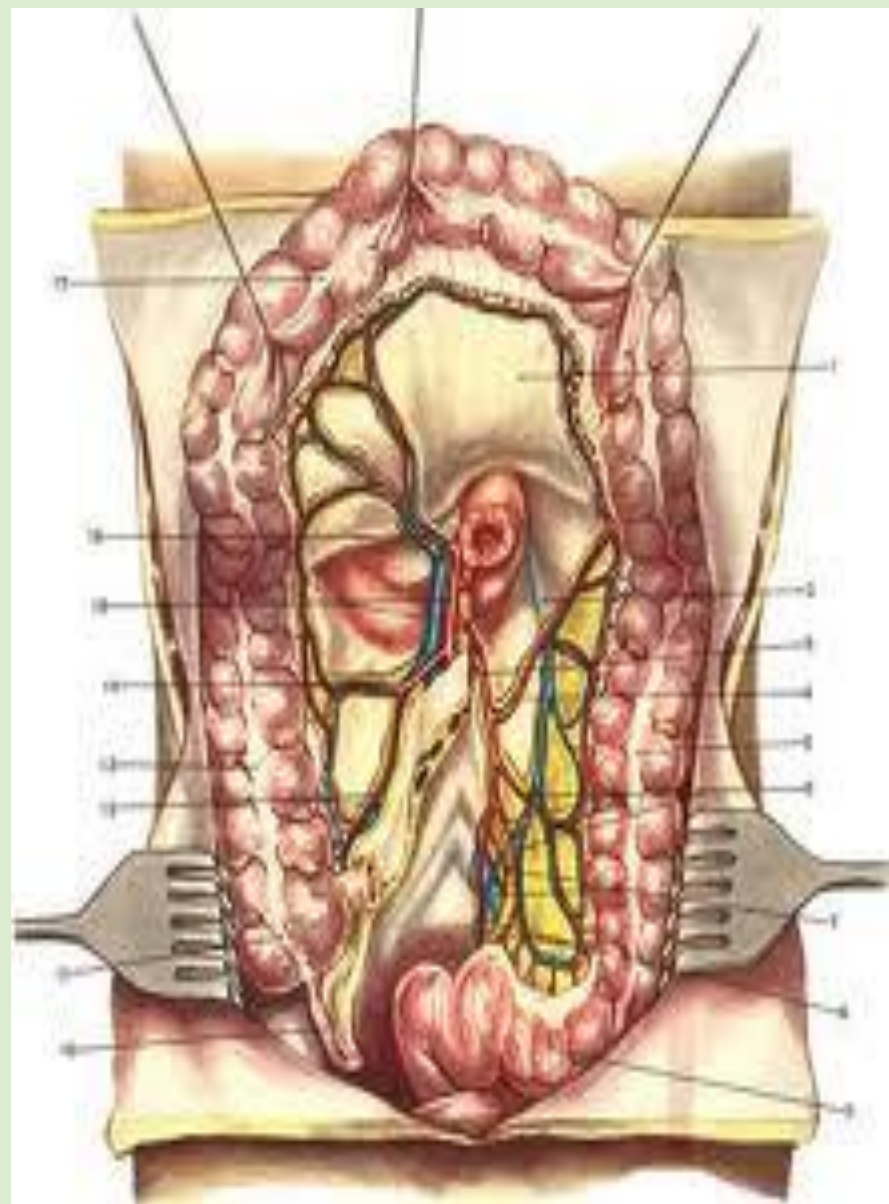


- **Тоқ ішектің сол жақ бөлігінде рак.**

Бұл жерде көбіне фиброздық рак болады, ол айнала жайылып өсіп, жіңішке ішектің саңылауын тарылтады. Өйткені онда нәжіс болады, ішекті тарылтатын ауру сезім болады. Науқас іш жүрмейтініне, қан аралас лента тәрізді нәжіс келетініне шағымданады. Қан аралас сұйық бөлініп шығады. Іштің өтуі байқалады.



Тоқ ішек рагының клиникасының түрлі-түсті болуы ішектің әр бөлігінің функционалдык қызметінің , анатомиялық құрылысының өзгешеліктеріне, іш қуысындағы басқа ағзалармен тығыз байланыстылығына , ісіктің өсу түріне байланысты болады.



Рақалды аурулар.

- Тоқ ішек рагі көбінесе полиптерден пайда болады. Полиптер аденоматозды және қабыну әсерінен пайда болған, гиперпластикалық (тіннің шамадан тыс өсуі) болып бөлінеді. Аденоматозды полиптерге қарағанда гиперпластикалық полиптер жиі кездеседі де және оның қатерлі ісікке ауысуы болады.
- Аденоматозды полиптер рақалды ауруға жатады. Бұл полиптер түсі қызғылт , дөңгелек, жұмсақ, беті барқыт түстес, жіңішке немесе жалпақ негізде орналасқан. Жиі тік ішекте азаюға қарай ретімен сигма , бүйен, төмендеген тоқ ішекте кездеседі.

- Полиптердің көлемі үлкейген сайын раққа айналуы жиілейді. Егер көлемі 1 см-дей полип раққа сирек ауысса, көлемі 2 см-ден үлкен полиптер 40-50 пайызда раққа айналуы мүмкін. Бүртіктелген полиптер майда полипке қарағанда раққа жиі айналады.
- Полиптер жеке, көп және диффузды болып бөлінеді.
- Диффузды полипоз 100 пайызда раққа айналатын облигатты рақалды ауруға жатады. Бұл ауру тұқым қуалайды.
- Ем – операциялық жолмен.
- Бүртіктелген жеке және көп полиптер, жай жаралы полип, Крон ауруы факультативті рақалды ауруға жатады.

Рахмет.