

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра:

Тақырыбы: **Шап жарығы**

Орындаған: Парманқұлов А. П

Курс: 6

Топ:

Факультет:

Қабылдаған:

Алматы 2013

Жарықтарға (іш жарықтарына) жалпы сипаттама

- Іш қабырғасының жарығы дегеніміз-іш қуысындағы ағзалардың немесе олардың бір бөліктерінің іш қабырғасындағы туа біткен немесе жүре пайда болған осал (әлсіз) жерлер арқылы, тері астына, ішастармен бірге шығуы.
- Жарықтың тек өзіне тән құрамалары: **жарық қақпасы, жарық қабы, жарық қабының ішіндегі орналасқан заттар**

Жарықтардың классификациясы:

1.Анатомиялық орналасуына қарай:

- а)Сыртқы – (іш қуысынан тыс,тері астында)Hernia abdominalis externa
- б)Ішкі – (іш қуысында)Hernia abdominalis interna

2.Пайда болу мерзіміне қарай:

- а)Туа пайда болған
- б)Жүре пайда болған

3.Клиникалық барысына қарай:

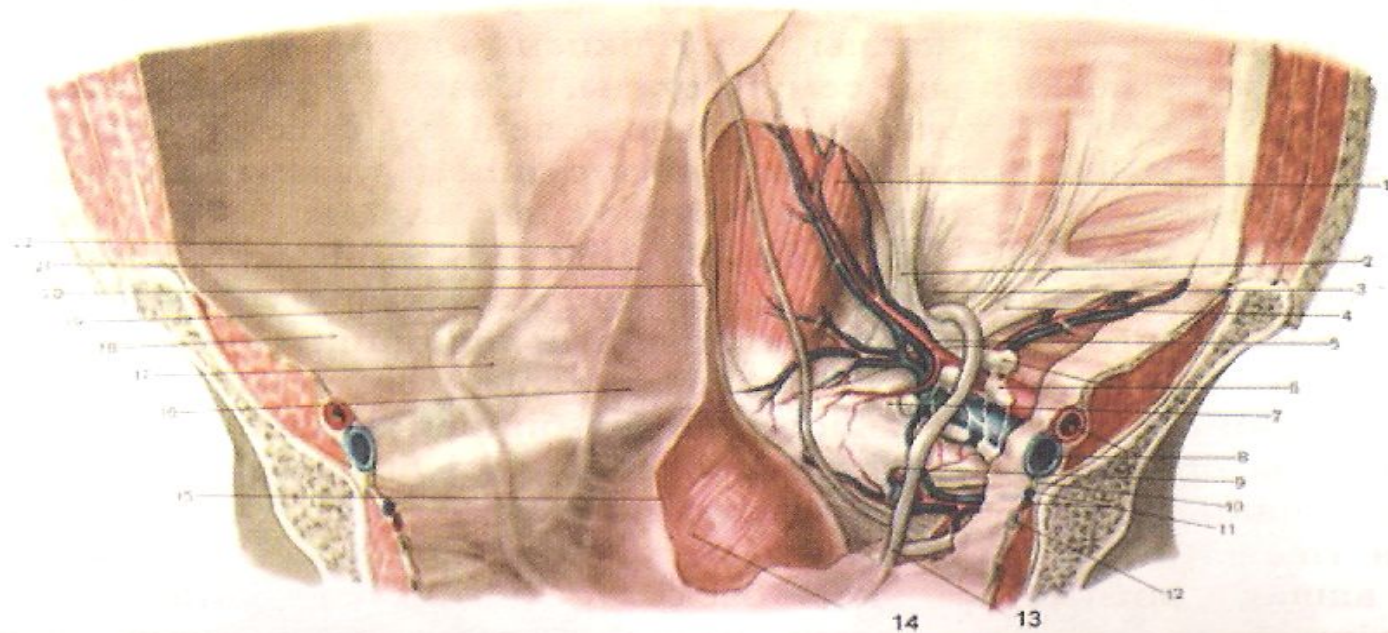
- а)Асқынбаған жарық
- б)Асқынған жарық (жарықтың қысылуы,қабынуы, орнына түспеуі,копростаз)

Шап жарығы (Hernia inguinale) –

Іш қабырғасы жарықтарының арасында ең жиі кездесетін түрі. Сыртқы жарықтардың барлық түрлеріне шаққанда олардың 70-80%-ын құрайды. Ал еркектердің үлесіне шап жарықтарының жалпы санының 90-97%-ы тиеді. Шап жарығы іш қабырғасының төменгі жағындағы шап үшбұрышы (Венгловский үшбұрышы) шеңберінде орналасады.

Шап аймағының анатомиясы

Шап үшбұрышы – төменгі жағынан Пупарт байламы, жоғарғы жағынан жамбас сүйегінің алдыңғы қырларын қосатын сызықпен, ал ішкі жағынан іштің тік бұлшықетінің сыртқы жиегімен шектелген. Осы үшбұрышта **шап өзегі** орналасады. Оның бағыты қалыпты жағдайда жоғарыдан төмен, сырттан ішке қарай қиғаш болады. Шап өзегінде ерлерде – шәует шылбыры (бауы), ал әйелдерде – жатырдың жұмыр байламы орналасады. Шап өзегінің ұзындығы орта есеппен 4-6 см-ге тең. Оның **4 қабырғасы** бар: алдыңғысы - іштің сыртқы қиғаш етінің апоневрозы; артқысы – көлденең фасция; төменгісі - Пупарт байламы; жоғарғысы - ішкі қиғаш және көлденең бұлшықеттердің бос шеттері. Шап өзегінің **2 сақинасы** бар: ішкісі - латеральды шұңқыршаға, ал сыртқысы - сыртқы қиғаш бұлшықет апоневрозының жамбас сүйегі аймағының қасаға аймағында екіге бөлінуінен болған жерге сәйкес келеді. Міне осынжай анатомиялық құрамалардан құрылған өзекті бойлай пайда болған жарық – қиғаш шап жарығы, ал медиальды шұңқыршадан басталып тікелей тері астына шығатын жарық – тік шап жарығы деп аталады.



7- сурет. Іштің алдыңғы қабырғасының іш қуысы жағынан қарағандағы көрініс

(В.Н. Войленко, А.И. Медеян, В.М. Омельченко атласынан).

1 - m. rectus abdominis; 2 - lig. interfoveolare; 3 - anulus inguinalis profundus; 4 - lig. inguinale; 5 - a. et v. epigastrica inferior; 6 - лимфатические узлы; 7 - lig. lacunare; 8 - a. et v. iliaca externa; 9 — foramen obturatorium; 10 — n. obturatorius; 11- a. et v. obturatoria; 12 - ureter dexter; 13 - ductus deferens; 14 - vesica urinaria; 15 - peritoneum; 16 - fossa supravesicalis; 17 - fossa inguinalis medialis; 18 - lig. inguinale; 19 - fossa inguinalis lateralis; 20 - plica umbilicalis media; 21 - plica umbilicalis medialis; 22 - plica umbilicalis lateralis.

Жіктелуі

1.Жарықтың іш қуысынан басталатын жерлеріне және тері астына шығу жолдарына байланысты:

- а)тік
- б)қиғаш

2.Пайда болу мерзіміне қарай:

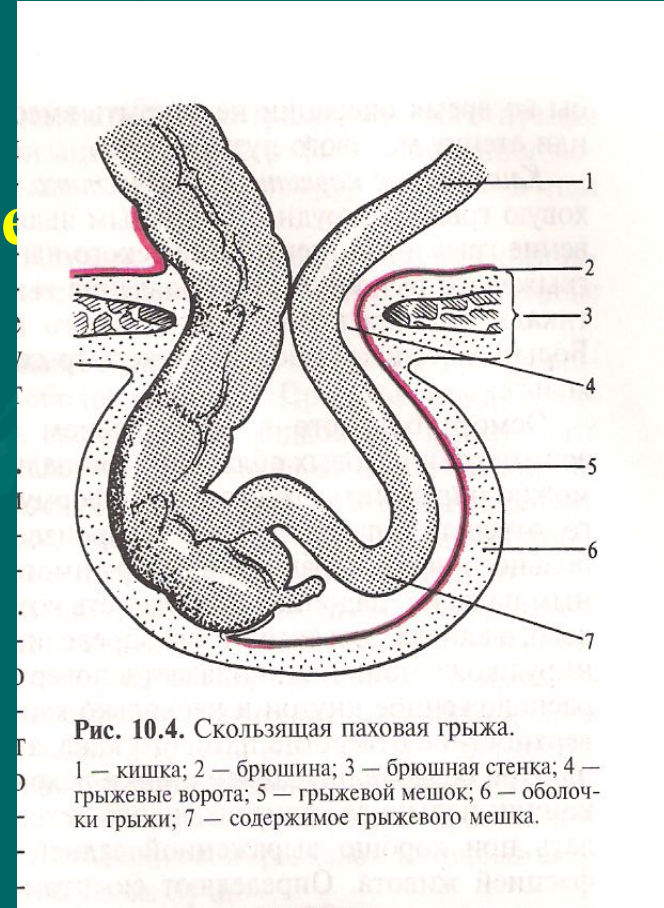
- а)Туа пайда болған (ішастардың қынаптық өсіндісі толық бітіспей,оның қуысы ішастар қуысымен қатынасады.Кейінірек қынаптық өсінді жарық қабы болатын жарық қалыптасады.)
- б)Жүре пайда болған

3.Клиникалық барысына қарай:

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

Сырғымалы жарық-

жарық қабының бір қабырғасы ішастармен толық жабылмаған ағзалар (қуық, тоқ ішектің өрлем бөлігі, соқыр ішек) болғанда түзіледі. Олар жарықтардың 1-1,5 %-ын құрап, өз анатомиялық ерекшеліктеріне ие. Сондықтан, операция кезінде жарық қабының орнына ішектің немесе қуық қабырғасын ашып алмау керек.



ЭТИОЛОГИЯСЫ



Жергілікті себептер

Жалпы

себептер

1. Жергілікті:

А) туа пайда болған бұлшықет-апоневроз қабаттарының осалдылығы мен әлсіздігі

Б) операциялық, профессионалдық және тұрмыстық жарақаттар, қосымша аурулар

2. Жалпы:

А) адамның конституциялық ерекшелігі (астениктер)

Б) ауру адамның жынысы

В) жасы

Г) ауыр тұқым қуалаушылық

Патогенезі

- *Қизаш шап жарығының* даму барысы бірнеше кезеңге бөлінеді:

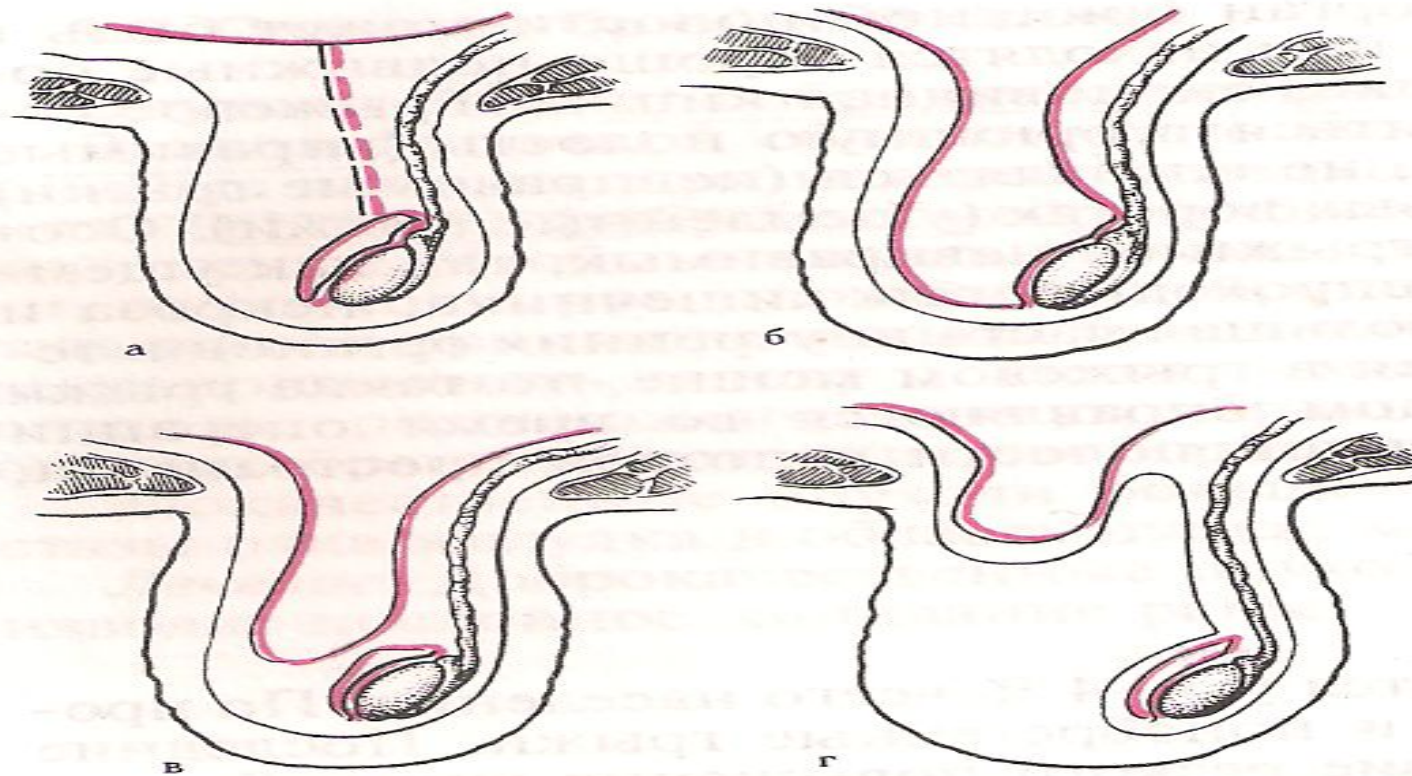
1.Бастапқы кезең

2.Өзектік сатысы

3.Шап жарығының толық құралу сатысы

4.Жарықтың ұмаға түсу кезеңі

- *Тік шап жарығында* мұндай даму сатылары болмайды,оның шығу жолы ұзақ емес жәе ол ұмаға түспейді,



- *Шап жарыгының түзілуі*

Клиникалық көрінісі

Науқаста физикалық жүктеме кезінде кенеттен шап аймағында томпаю пайда болып, сол жері ауырады, жүрген кезде ыңғайсыздық болады. Қысылмаған жарық болса, вертикальды қалыпта күшену кезінде томпайып, горизонтальды қалыпта қайта ішке кіреді.

Диагностика

Диагноз анамнезге, қарап тексеру және пальпация мәліметтеріне сүйеніп қойылады. Вертикальды қалыпта қарап тексеру кезінде шап аймақтарының ассиметриясы, сондай-ақ томпаю көлемі мен пішінін көреміз. Шап өзегінің сыртқы тесігінің пальпациясын науқастың горизонтальды қалпында жасаймыз. Сұқ саусақпен шап өзегінің артқы қабырғасының жағдайын анықтаймыз. Жөтелдіріп тексереміз. Екі шап өзегінде пальпация жасап тексереміз. Міндетті түрде ерлерде ұма ағзаларын, аталық без және қосалқыларын тексереміз.

Ажыратпа диагностикасы

Алдымен қиғаш және тік шап жарығын өзара ажыратып алу керек.

Қиғаш және тік шап жарықтарының айырмашылықтары

Белгілер	Шап жарығының түрлері	
	Қиғаш	Тік
Ауру адамның жасы	18-40 жас аралығында	60-тан жоғары жаста
Орналасуы	көбінесе бір жақты, ұмаға түседі	көбінесе екі жақты, ұмаға түспейді
Пайда болуы	туа пайда болуы мүмкін	туа пайда болмайды
Сыртқы пішіні	сопақша, овал пішінді	домалақ, шар тәрізді
Шәует шылбырының орналасуы	Медиалды	Латералды

Шап жарығын гидроцеледен, варикоцеледен, сан жарығынан ажырату керек.

Орнына түспейтін шап жарығы кезінде ұма үлкейіп гидроцелеге ұқсауы мүмкін, бірақ гидроцеледе томпаю пішіні алмұрт тәрізді емес, домалақ немсе сопақ, қонсистенциясы тығыз эластикалы, беті тегіс болады. гидроцеле кезінде перкуторлы дыбыс-тұйық, ал шап жарығында тимпанит болуы мүмкін. Ең негізгісі-диафаноскопия.

Варикоцеледен айырмашылығы-пальпация кезінде шәует шылбырының веналарының жылан тәріздес кеңеюі болып, кеңейген веналар басқанда және ұманы жоғары көтергенде оңай босайды.

Сан жарығы кезінде жарықтық томпаю шап байламынан төмен орналасады.

Емі

Негізгі ем –хирургиялық.Консервативті ем тәсілі тек 3-5 жас аралығындағы балаларға, аса кәрі пациенттердежәне операция жасауға уақытша немесе тұрақты қарсы көрсеткіштер болғанда пайдаланылады. Оларға ем түрінде түрлі таңғыштар (бандаждар) қолданылады.

Шап жарығы кезіндегі операцияның негізгі кезеңдері:

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 құрылымдарды іш қуысына қарай ығыстырып, іш қуысындағы орнына орналастыру
4. Жарық қабының мойын бөлігі аймағында тігіп байлаған соң оны кесіп алып тастау.
5. Жарық қақпасын физиологиялық қалыпты мөлшерге келтіру және герниопластика

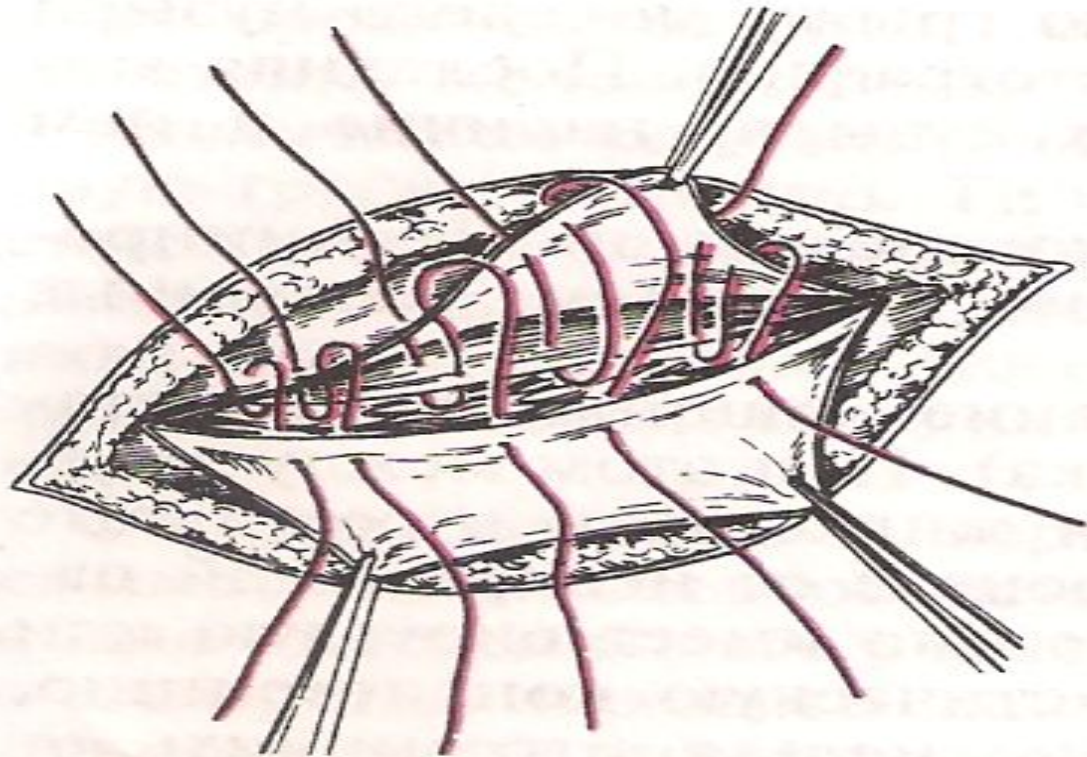
Шап жарықтарындағы шап өзегі пластикасын 2 топқа бөлуге

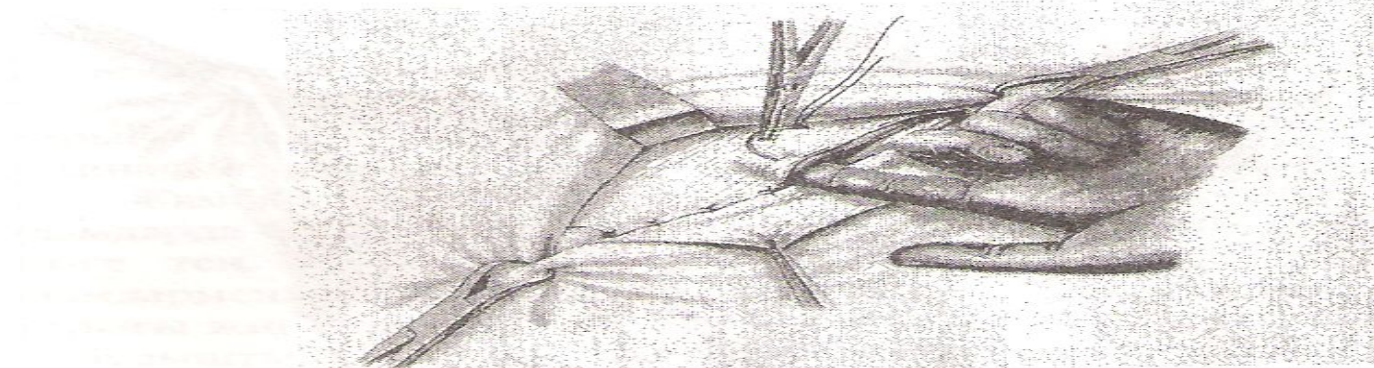
болады:

1. Шап өзегінің алдыңғы қабырғасының пластикасы (Мартынов, Бобров, Жирар, Спасокукоцкий, Кимбаровский әдістері);
2. Артқы қабырғасының пластикасы (Бассини)

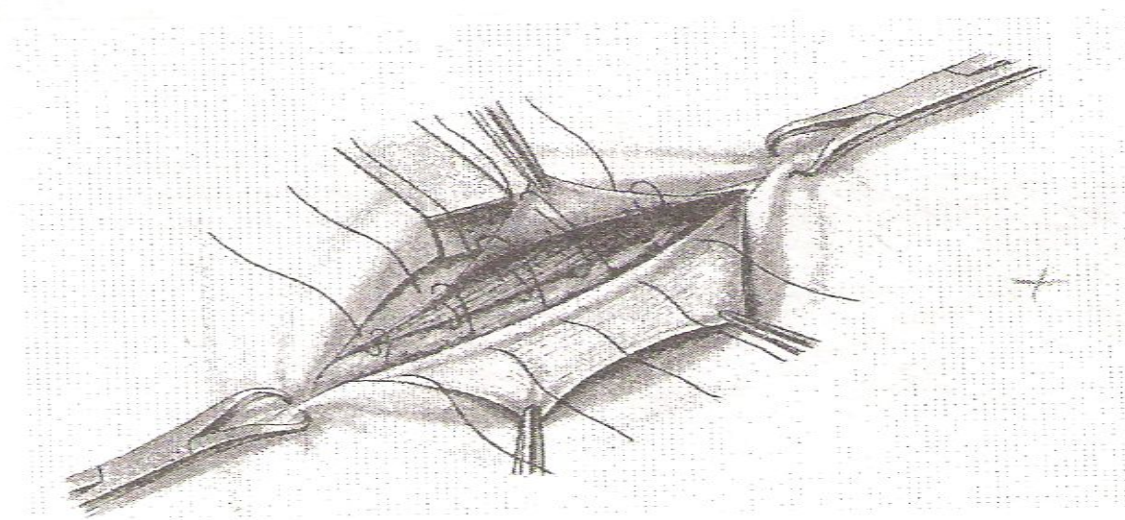
Қиғаш жарықта шап өзегінің алдыңғы, ал тік жарықта артқы қабырғасын нығайтып декіту керек.

Бобров-Жирар-Спасокукоцкий- Кимбаровский бойынша алдыңғы кабырғасы пластикасы





а. Спасокукоцкий эдісі



б. Кимбаровский эдісі

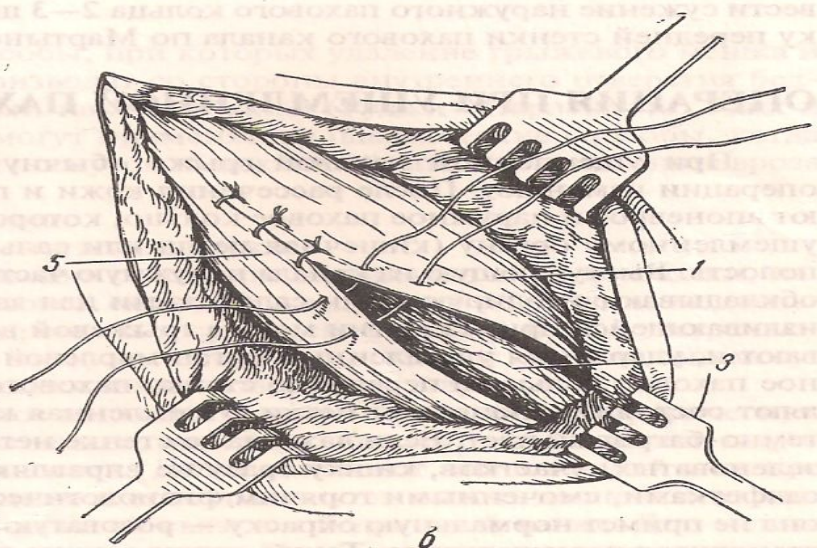
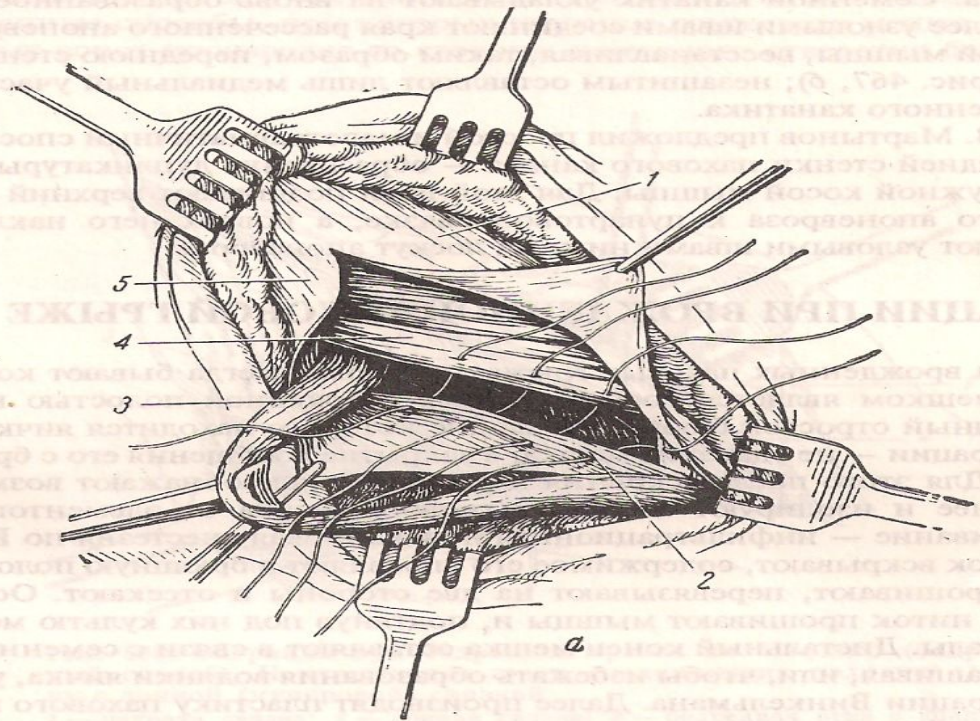
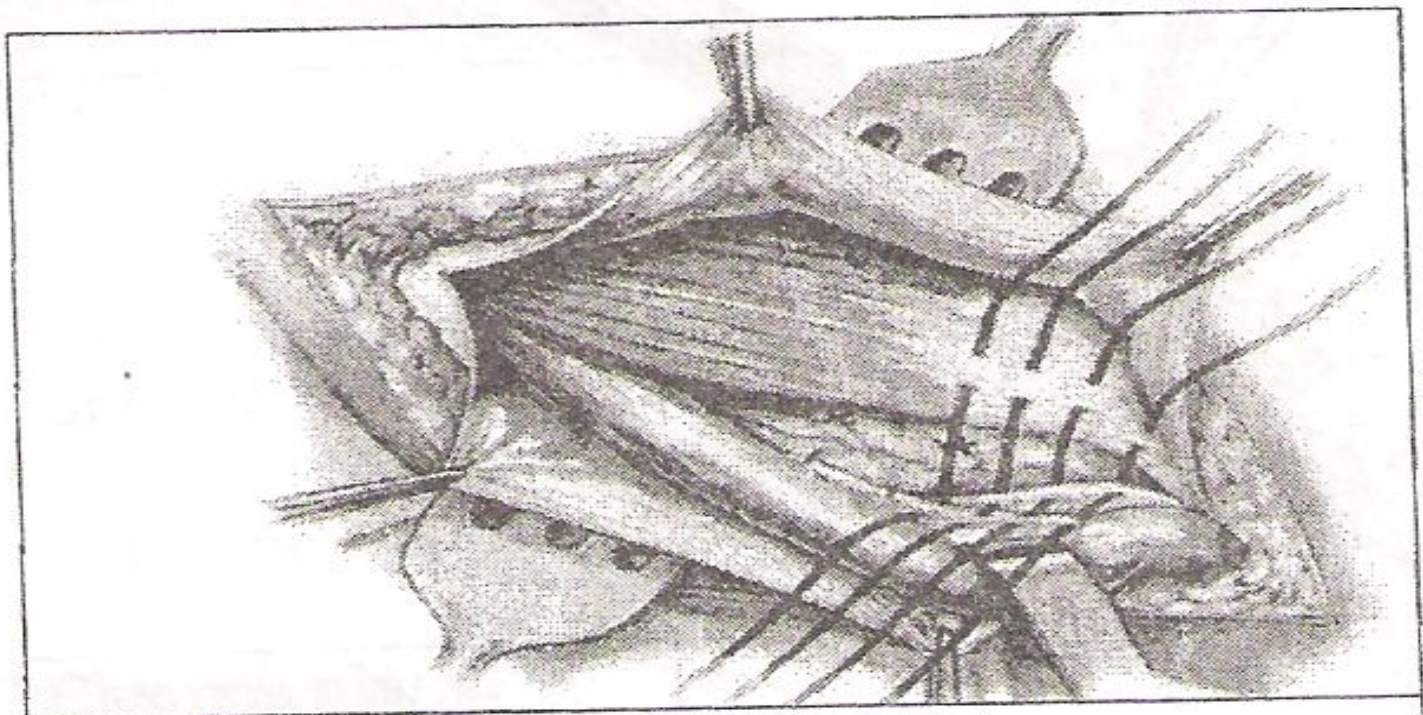
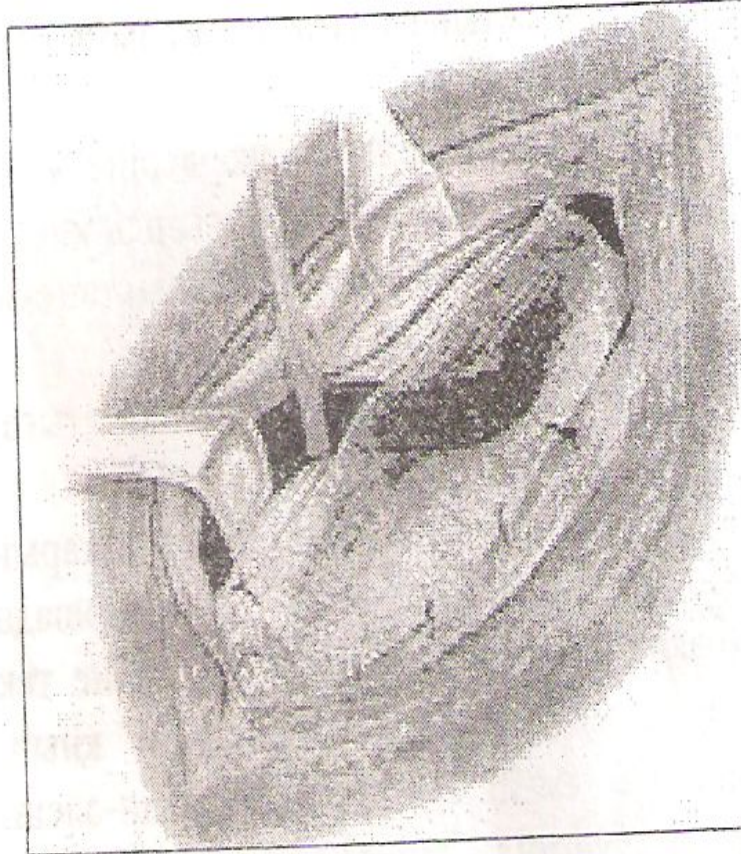


Рис. 467. Операция при паховой грыже по Бассини.
 а — накладывание глубоких (мышечно-апоневротических) швов (образование задней стенки пахового канала); б — сшивание верхнего и нижнего лоскутов апоневроза наружной косой мышцы (образование передней стенки пахового канала). 1 и 5 — лоскуты апоневроза; 2 — паховая связка; 3 — семенной канатик; 4 — внутренняя косая мышца.



г. Кукуджанов әдісі.



6-сурет.
Жарық
қақпағын
синтетикалық
тормен жабу.

Қазіргі таңда *лапароскопиялық*
герниопластика кең қолданылуда.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Хирургические болезни Под ред. М.И. Кузина: Москва, Медицина, 2005 249-259 беттер
2. Хирургия А. Нұрмақов : Алматы, Эверо, 2009 7-26 беттер
3. Оперативная хирургия и топографическая анатомия Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.В. : Москва, Литера, 1996 555-559 беттер