

**Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік  
университеті  
Медицина факультеті**

**Тақырыбы: Жабыспалы аурулар**

**Орындаған: Қасымбек.А.С**

**Тобы: ЖМ-410**

**Қабылдаған: Ашурметов.Р.И**

# Жоспар

Кіріспе

Негізгі бөлім

Этиология және патогенезі

Патологиялық анатомиясы

Клиникалық көрінісі

Диагностикасы

Емі

Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер

# Кіріспе

Жабысқақты ішек өткізбеушілік деп, құрсақ ішіндігі жабысқақтың болуына байланысты ішек ішіндегі пассаждың бұзылуы.

# Этиология және патогенезі

Жабысқақтың пайда болу себебі: 1) қабыну үдерістері (аппендикулярлы инфилтрат, жатыр қосалқысының қабынуы, перитонит); 2) механикалық жарақат (жарақаттану, ішектің сірлі қабығын жарақаттау, ішек түйілуі, гениталий ауруы және т.б.); 3) аномалиялар.

Іш қуысындағы әр түрлі қабынулық өзгерістер жабысқақтарға алып келеді. Іш қуысындағы кез келген созылмалы үдеріс жабысқақтар түзілуіне алып келеді. Әрбір ішпердедегі созылмалы қабыну үдерісінің нәтижесі жабысқақтар түзілуі мүмкін.

Механикалық жарақат лапаротомия сірлі қабықтың жеңіл жарақаттануы, тіндермен дөрекі манипуляциялар, іш қуысына қан құйылулар, залалданған қан, дренаж қою жергілікті жабысқақ түзілуіне әкеледі. Бөгде зат — тальктің ішке түсуі хирургтің қолғабы жыртылғанда, құрғақ антибиотик болуы мүмкін. Жедел хирургиялық зақымданулар арасында жедел аппендициттің маңызы зор. Көбінесе осы операция нәтижесінде жабысқақтар көп кездеседі. Жабысқақтың түзілуі ішперденің жабысқақ экссудат бөлу қасиетіне байланысты. Экссудаттың пайда болуына екі жағдай керек: ішперде, сірлі қабық, көкбауыр капсуласының, бауыр зақымдануы және қабыну үдерісі. Ішперде және сірлі қабық зақымданғанда экссудаттың екі шығу көзі бар: зақымдану орны, екіншісі — қан құрамы экссудатқа лимфоцит, лейкоцит, фибробласт жібереді.

Аномалияларда жабысқаққа әкеледі. Лейна жабысқағы, Джексон мембранасы т.б.

# Патологиялық анатомиясы

Іш қуысы жабысқағы бірнеше түрге бөлінеді: жарғақты, жалпақты, жіп тәрізді, шарбылық, тракционды, жалпақты — жалпақ бағытта жайылу. Жарғақты--дәнекер тінді мембрана, қиғаш бағытта өседі, жіп тәрізді--ағза аралығындағы жіңішке созылу, тракционды--жабысқақ жабысқан орны воронка тәрізді, шарбылық жабысқақтар тракционды жабысқақтан пайда болған. Көбінесе жабысқақтар ішек ілмектері, операциядан кейінгі тыртықтар арасында кездеседі.

# Клиникалық көрінісі

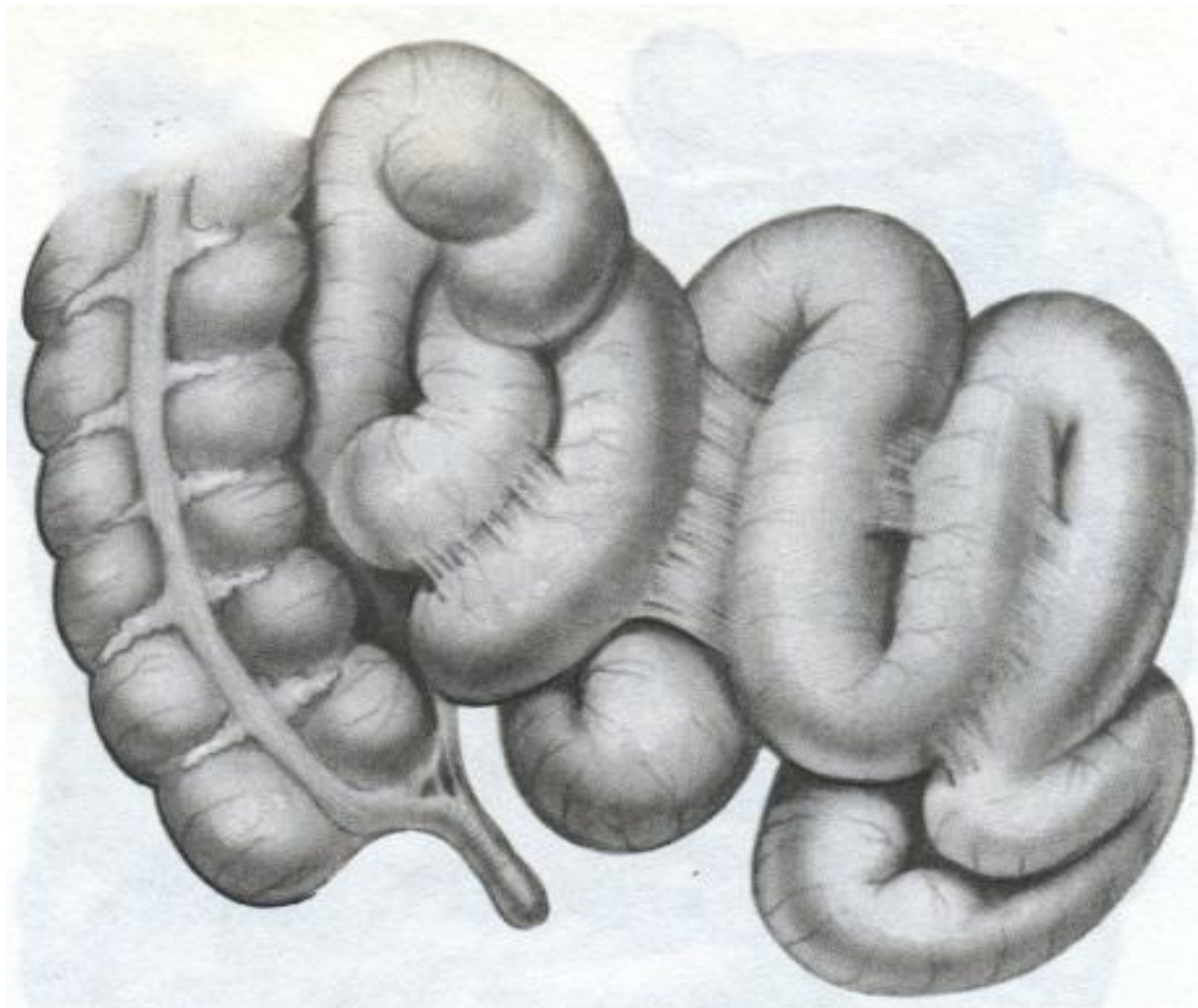
Ауру сезімі барлық науқастарда кездеседі. Жабысқақ ауруы кезінде бір\_мезетте болатын тесіп, сыздап, шаншып ауыратын ауру сезімі мазалайды және олар сипатын тез өзгертіп тұрады. Ауру сезімі тек іш қуысымен ғана шектеліп қалмайды, бел аймағына беріледі, кейде белдемелі ауру сезімі тән. Ауру сезімі ауырған адамдарды мазалайды. Ауру сезімі ауыспалы, ол іш қуысы, бел аймағын қамтиды. Жабысқақтың өзі нерв талшықтарымен жалғанған, сондықтан жабысқақ орналасқан жерде ауру сезімінің күші ерекше болып табылады. Жабысқақтың орналасқан жерінде өзгеше ауру сезімі сезіледі, өйткені, жабысқақтың өзі өріммен қамтамасыз етілген. Ішектің қысылуынан\_асқазан аймағындағы ыңғайсыздық сезімі; асқазан атониясына әкеледі. Тағам массасының асқазан-ішек жолдарына өтуі қиындаған сайын; компенсаторлы жауап жүреді. Науқастың тәбеті төмендейді, тағам қабылдағаннан кейін толу сезімі байқалып, науқас құсуды өзі шақырады. Тәбеттің төмендеуі, дәм сезудің жоғалуымен бірге жүреді.

Созылмалы іш қату аурудың басында болмайды. Көптеген науқастар нәжістің болмауына шағымданады. Іш қату тоқ ішектің перистальтикасының төмендеуінен болады. Периодты түрде іштің кебуі жіңішке ішек өткізбеушілігімен байланысты. Егер науқаста жалған шақырулар болса, ол аурудың ауыр ағымын көрсетеді. Жіңішке ішектің түйілуі іштің кебуіне әкеледі. Іш перденің алдыңғы қабырғасы жұқа болса, антиперистальтикалық толқынды көруге болады. Бұл кезде іш перде бұлшықеті қатаймайды. Ішек шулары, шалпылы естіледі.



*Жедел түрінде* ауру сезімінен басталады. Іш кебу, газдың шықпауы, іш қату, ішек қалдықтарымен құсу жүреді. Науқас мазасыз, тілі құрғақ, пульсі жиі болады. Бірнеше сағат ішінде интоксикация белгілері, әлсіздік, ұйқышылдық, көп ретті құсу байқалады. Науқас ішкенін қайта құсады, соның нәтижесінде қалдық азоттың 60—70% өсуі болады. Жабысқақтың түріне байланысты операция жасалынады. Егер жедел жабысқақты ауру болса, онда консервативті ем жүргізіледі. Гипертониялық ерітінді глюкозаның (40%), натрий хлоридінің (10%) ерітіндісін вена ішіне енгізеді. Сонымен қатар, тері астына 1 мл 0.001% атропин және 1% 1 мл промедол енгізіледі. Содан 20 мин кейін температурасы 16—17°C сифонды клизма жасайды. Дұрыс жасалған клизма 80%-ға дейін жақсы нәтиже беруі мүмкін. Егер консервативті ем нәтижесіз болса, операция жасалынады. Операция алдында дайындық жүргізіледі, ауыру сезімін басу үшін промедол немесе морфин береді. Интоксикацияны басу үшін парентаралды нәруыз препараттарын, витамин В6, В12, глюкоза ерітіндісін, физиологиялық ерітінділер, қан плазмасын енгізеді.

Құрсақ ішіндегі жабысқақты үдеріс.  
Жалпы көрініс



# Диагностика

Аурудың анамнезін сұрағанда, операция жасалғанын немесе гениталий ауруы, тағы басқа аурулар болғанын айтады.

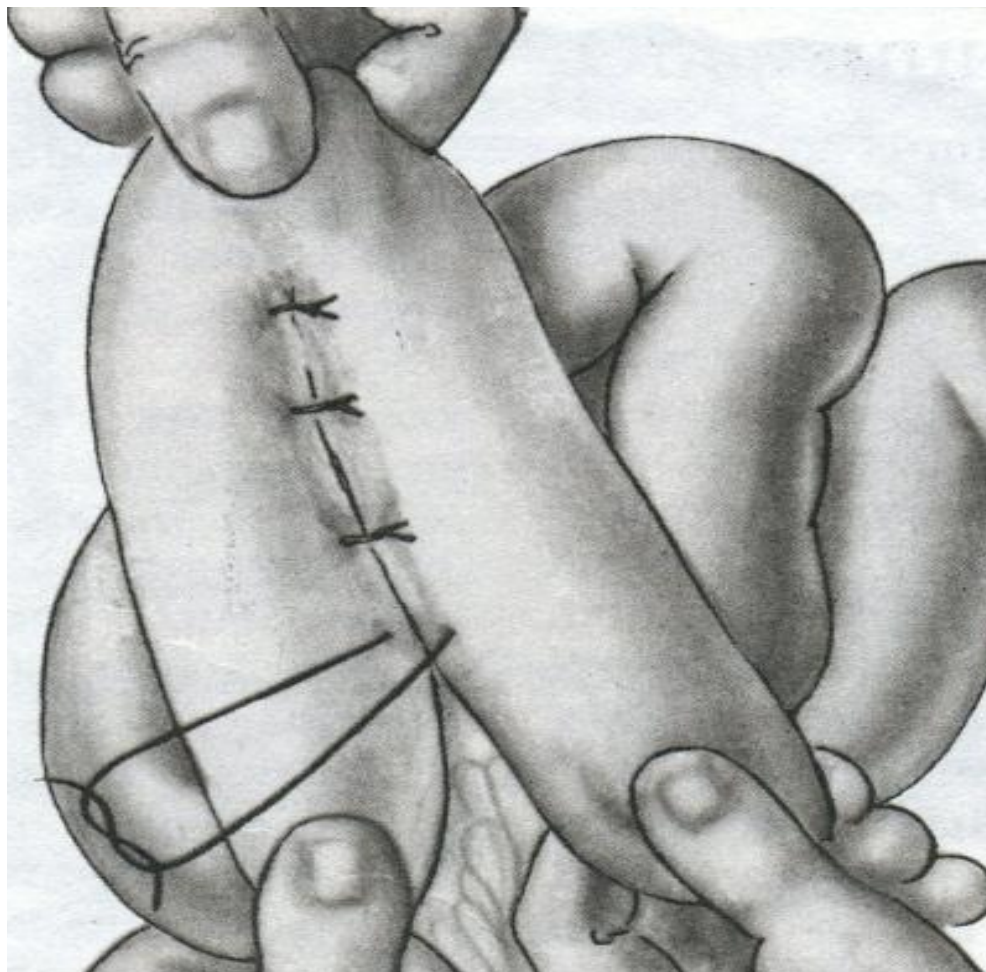
*Рентгенограммада Клойбер табақшалары, жіңішке ішекті аркалар, Керкринг қатпарларының қалыңдауы, ішек ілмектерінің созылуы болады. Клойбер табақшалары ішек саңылауын жапқанда, бірен-саран аркадалар іштің төменгі бөлігінде қарауыту көрінеді. Барий сульфатының пассажын жасағанда, мынандай жабысқақты ішек түйілу көріністері байқалады: арка жоқ болса, горизонталды деңгейлі сұйықтық (горизонталды деңгей симптомы), тартылған сым темір симптомы, барийдің ұсталуы; (ішек ілмегінің салбырау симптомы), бұл мықын ішек ілмегінің іш қуысының төменгі бөлігіне түсуінен білінеді. Негізгі симптом барий сульфатының жіңішке ішекте 4–5 сағаттан артық ұсталуы.*

# Емі

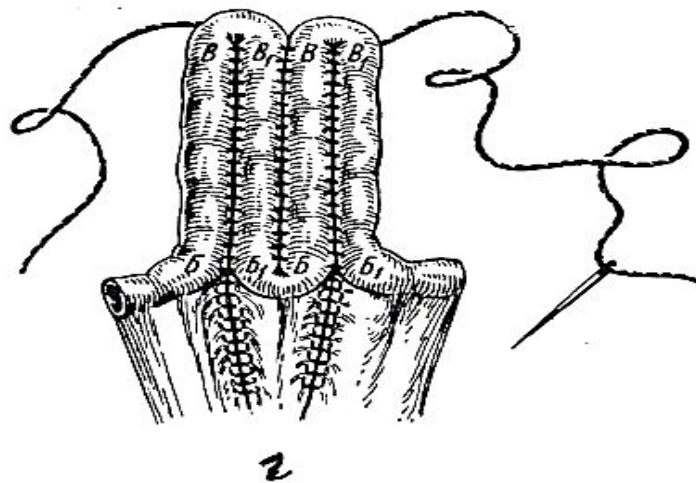
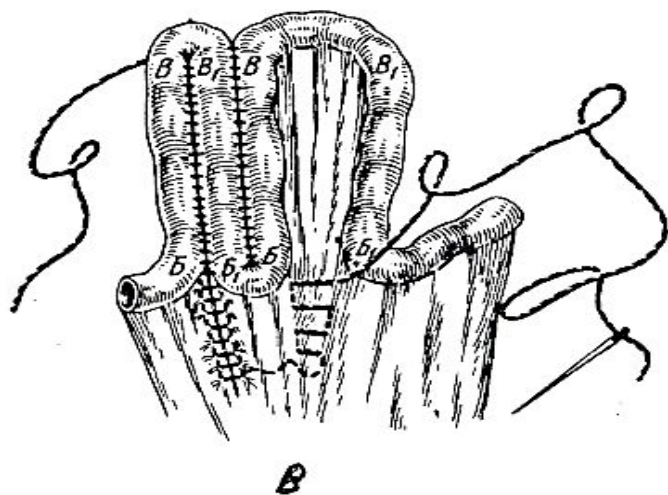
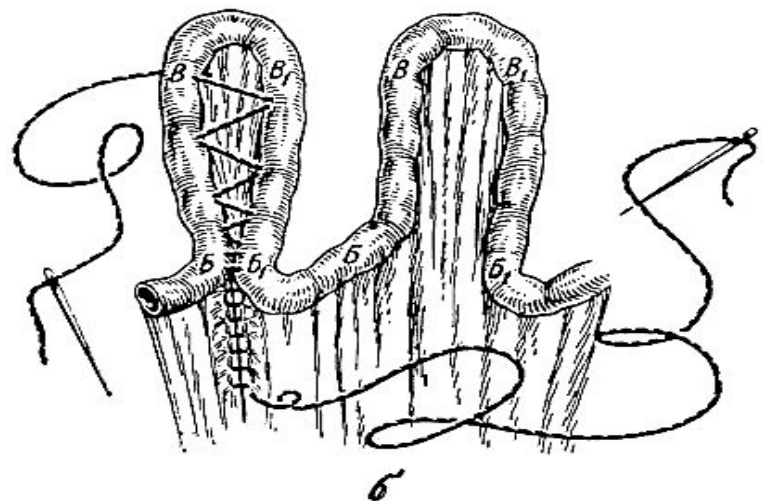
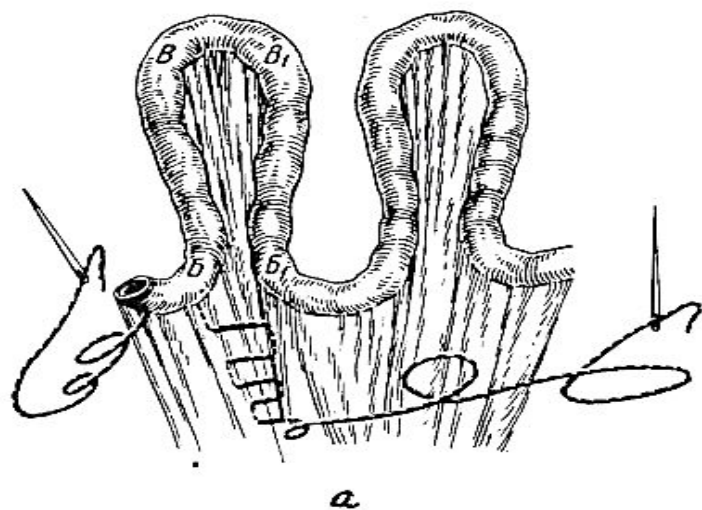
Перитонит белгілері болмаса, бастапқы 1,5–2 сағатта консервативті ем тағайындалады. Егер нәтиже болмаса, операция жасалынады.

*Оперативті кірісулер.* Кең таралған операциялардың бірі жабысқақты бір–бірінен босату. Бұл операцияда жабысқақтың қайта пайда болуы мүмкін, сондықтан толығымен ауру жазылмауы, ішек түйілуіне әкелуі мүмкін. Ішек ішіндегі затты босату үшін энтеротомия, энтеростомия қолданылады.

Энтеропексия. Нобль тәсілі. Жіңішке ішек ілмегіне илиоцекалды бұрышында сірлі-бұлшықетті түйінді тігіс салу.



# Нобль бойынша жіңішке ішекке апликациялық тігіс салу сызбасы



Тағы бір ұсыныс - жабысқақ болған жерге, жабысқақты кеспей ішектің ішіндегі затты босату үшін екі ішекті шет-шетін қосып анастомоз қою, бұл операция да кейін ішек стазына алып келеді. Хирургтар жиі ішек ілмектеріне резекция жасайтын, бірақ жабысқақ үдерісі одан да өршігені аңғарылды. 1937 жылы Noble пликацияны ұсынған. Бұл операцияда қабынуға қатысқан ішек ілмектерін бір-біріне тігіп, жайылған пликация жасайтын. Бірақ бұл ұсынысқа басында ғалымдар қарсылық білдірген. 1956 жылы Noble\_аш ішекке 1000 пликация жасап, осы операциядан кейін науқастардың жағдайы жақсарғаны байқалған. Қазіргі уақытта көп хирургтар осы операцияны қолданады.



Трансмезентериалды интестинопликация (Чайлдс Филлипс операциясы) жіңішке ішектің вертикалды шажырқайына тамыр жоқ жеріне 4—5 п--тәрізді тігіс салады. Пликацияланған ішек ілмегін жоғарғы жақтан жіңішке ішектің бастапқы бөлімі, төменгі жақтан мықын ішегінің терминалды бөлімі қоршайды. Ішек ілмектерін қоршалған ішек аймағына сірлі бұлшықетті тігіс салады. Содан фибрин жабыспау үшін (қайтадан жабысқақ болмас үшін алдын-ала емдеу) полиглюкин, новокаин, гидрокортизон (100\_мл 0,25% новокаин, 125\_мг гидрокортизон, 0,2% новокаин 1\_кг дене массасына 4—5 мл-ден), фибринолизин ерітіндісін (10—20 мың Б поливинилпирролидон, 100\_мл полиглюкин, 75—100\_мг гидрокортизон) полиглюкин қоспасы 100\_мл гепарин 5000 Б, гидрокортизон 50\_мг, диоксидин 100—200\_мг, 100\_мл новокаин ерітінділерімен ішпердені шаяды.



Операциядан кейінгі кезеңде жабысқақты процесүдерістің алдын алу үшін емді жалғастырады. Оның ішіне кіреді:

Ұдайы назогастралды дренаждау, асқазаннан фракционды аспирация, сифонды клизма көмегімен жиектоқ ішекті босату және жуу.

Асқазан-ішек жолының моторикасын жақсарту, ол үшін ерте стимуляция жасалады (прозерин, церукал, мотилиум және т.б.; бел сегменті бойына көп уақытты эпидуралық кеңістікке блокада.

Іш қуысына операция кезінде микроирригатор қою, сол арқылы медикаментозды қоспа жіберу жабысқақты болдырмау үшін.

Операциядан кейін 4—6 күнінен бастап, одан соң 6—7 күн преднизолонотерапия (10 мг тәулігіне) жасау.

3-4 тәуліктен бастап пирогенал препаратын бұлшықет ішіне 25—30 МПД дозада енгізіп, организмде реакция болмаса 300—500 МПД дозаға көтереді.

Физиотерапиялық ем (8—10 күн бойы іш аймағына озокерит немесе парафин аппликациясы, 10% демексид ерітінділерімен, лидазамен электрофорез қолданылады және гидрокортизонмен ультрадыбыстық емдеу).

Динамикалық іш түйілу ішектің моторлы функциясының және нейрогуморалды регуляциясының бұзылуы нәтижесінде, ішек қабырғасының қимыл-қозғалысы бұзылады немесе болмайды (паралич). Науқастардың 4—10% кездеседі.

Қорытынды

# Пайдаланылған әдебиеттер