

СТУДЕНТТІҢ ӨЗІНДІК ЖҰМЫСЫ

Мамандығы: Жалпы медицина

Дисциплина: Жедел жәрдем

Тақырыбы: Хирургиядағы жіті іш дифференциальды диагностикасы

Орындаған: Өтеш Қ.Ф. 514 Б

Қайсаров Е.514 Б

Ержанов Б. 514 Б

Шойтасов Р.514 А

Тексерген: Кенжалина Г.Ж.

ЖОСПАРЫ:

Кіріспе

Негізгі бөлім

- Жедел іш туралы түсінік
- Жедел іш себептері және клиникасы
- Дифференциальды диагностикасы
- Аппендицит,панкреатит,12 елі ішек пен асқазанның тесілген жарасы,жедел ішек түйілуі,жарықтар

Қорытынды

Пайдаланған әдебиеттер

КІРІСПЕ

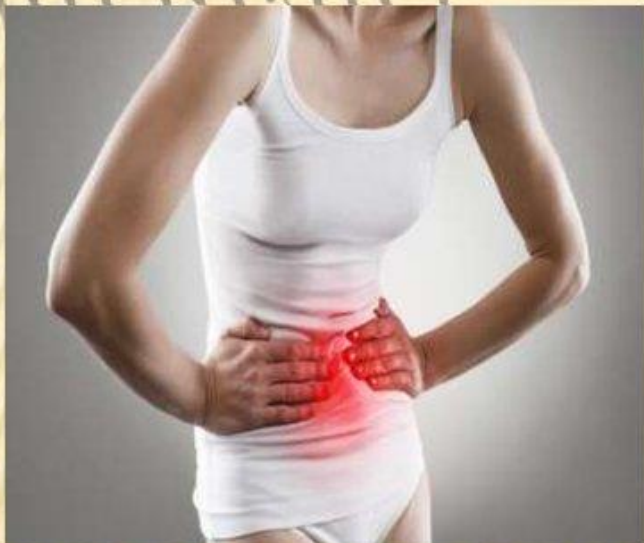
. Жедел іш синдромы - бұл құрсақ қуысы мүшелерінің жедел қабынуы аурулары кезінде болатын науқастың халін сипаттайтын медициналық термин болып табылады. Көбінесе бұл термин науқастың жедел ауырып, тағат таппастан жылдам хирург маманның кеңесінен өтуі қажеттігін білдіреді. Алайда әртүрлі себептерге байланысты нақты диагноз қою қиынға түседі.

«Жедел іш»

Жедел ауырсынуға бірнеше минуттан 7 күнге дейінгі уақытта дамыған іштің ауырсынуын жатқызамыз.



ІШ БҮЛІГІ



Құрсақ қуысының жарақаттары және жіті аурулары кезінде дамитын, шұғыл хирургиялық көмекті қажет ететін немесе қажет болуы мүмкін клиникалық симптомокомплекс. Уақыт өткен сайын іш бүлігі болжамы нашарлайды.

- Тіпті, іш бүлігіне күдік туған жағдайда да науқасты шұғыл түрде хирургиялық стационарға госпитализациялаған жөн.
- Науқасқа жақын арада қажетті диагностикалық және емдік шаралар жүргізілуі қажет.

Іштің жедел ауырсынуының себептері

- **Іш қуысы ағзаларының зақымдануы**
- **Париеталды іш астардың қабынуы**
- **Іш қуысы мүшелерінің деструкциялық немесе жіті қабынуы** (жіті аппендицит, жіті холецистит, жіті панкреатит, панкреонекроз, тесілген жара, аппендикстің, ішектің перфорациясы, жамбас мүшелерінің бактериалық қабынуы, іш қуысының іріндігі, дивертикулит, Крон ауруы, жаралы колит).
- **Іш қуысы мүшелерінің тарылуы** (ішек түйілуі, копростаз, өт шаншымасы, обструкциялық панкреатит, бүйрек шаншымасы).
- **Іш астардың тітіркенуі: эндогенді интоксикация және метаболизм бұзылысы** (диабеттік, алкогольды кетоацидоз, уремия, бүйрек үсті безі жеткіліксіздігі, порфирия).
- **Іш қуысының жарақаты.**

- **Іш қуысы мүшелерінің перфузиялы бұзылысы:** қолқаның және іш астар артериясының эмболиясы, тромбозы, жыртылуы, тарылуы немесе жаншылуының әсерінен пайда болады (жіті ишемиялық колит, ішектің созылмалы ишемиялық ауруының асқынуы, жіті мезентериалды тромбоз, қолқа аневризмасының жыртылуы немесе сылынуы, қосалқы кистасы, жұмыртқа қосалқысы, қысылған жарық, ішек көктамырының инфаркті).
- **Іш қуысы мүше капсуласының созылуы:** паренхималық мүшелердің ісігі немесе жіті қабыну кезінде (жіті алкогольды гепатит, көк бауырдың жіті тромбозы, бауырлық немесе қақпа көк тамырының жіті тромбозы — Бадда-Киари синдромы, жүрек жеткіліксіздігі (бауырлық іркілу), нефролитиаз).
- **Иммунологиялық бұзылыс** (анафилаксиялық шок, ангионевроздық ісік, васкулиттер).
- **Инфекциялық себептер:** гастроэнтерит, гепатит, инфекциялық моноклеоз, герпес, сепсис т.б.
- **Жедел немесе созылмалы экзогенді интоксикация** (сынап және қорғасын мен созылмалы улану, метил спиртімен улану, улы өрмекшілердің шағуы, т.б.).

Жіктемесі

Жедел іш ауырсынуын пайда болу себебіне байланысты ажыратамыз

- Хирургиялық – хирургиялық бөлімшеге жатқызуды қажет етеді.
- Гинекологиялық – гинекологиялық бөлімшеге.
- Урологиялық – урологиялық бөлімшеге.
- Хирургиялық емес – көп салалы ауруханаға.
- Жұқпалы аурулар – жұқпалы аурулар ауруханасына.

ІШ БҮЛІГІНІҢ НЕГІЗГІ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІ

- Іш аймағында ауырсыну, анемия, шок.
- Перитонит және ағзаның қабынуы кезінде висцеросоматикалық ауырсыну.
- Перитонит кезінде септикалық жағдай.
- Қуыс ағза обтурациясында жіті спазматикалық ауырсыну (ішек, өт жолдары).
- АІЖ немесе құрсақ қуысына қан кеткенде анемия.

Жедел хирургиялық аурулар кезінде іштің жедел ауырсынуының орналасуы

- Іштің жоғарғы оң жақ квадранты: жіті холецистит, өт шаншымасы, гепатит, панкреатит, бауырлық және көкет асты іріңдік, миокард инфаркті, пневмония, плеврит, перикардит, ішек түйілуі
- Іштің жоғарғы сол жақ квадранты: панкреатит, көкбауырдың жыртылуы, көкбауырдың инфаркты, гастрит, миокард инфаркты, пневмония, плеврит, ішек түйілуі
- Іштің төменгі оң жақ квадранты: аппендицит, ішек түйілуі, дивертикулит, тесілген жара, қысылған жарық, бауырлық шаншымасы, эктопиялық жүктілік, аналық без ауруы, эндометриоз, аналық без қосалқыларының ауруы
- Іштің төменгі сол жақ квадранты: қолқа аневризмасының жыртылуы, қолқаның сылынуы, ішек түйілуі, дивертикулит, іш астар арты іріңдігі, бүйрек шаншымасы, эктопиялық жүктілік, аналық без ауруы, эндометриоз, аналық без қосалқыларының ауруы

Іштің жедел ауырсынуының орналасуы



Жедел іш ауырсынуы бар науқасты жүргізу алгоритмі (Бабак О.Я., 2006)

Іштің жедел ауырсынуы

Шұғыл госпиталициялау

Ажыратпа диагностикасы

Іш қуысымен
байланысты емес
іш ауырсынуы

Амбулаториялық
жағдайда
терапевтте қаралу
және емделу

Спецификалық
емес іштің
ауырсынуы

Терапиялық
аурухана
жағдайында қаралу
және емделу

«Жедел іш»
синдромы

Хирургиялық
аурухана
жағдайында қаралу
және емделу

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬДЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

	<i>Асқазан немесе 12 елі ішек жарасы жарылуы</i>	<i>Жіті панкреатит</i>	<i>Жіті холецистит</i>	<i>Құрсақ аортасы аневризмасының ыдырауы</i>	<i>Ішек ишемиясы (мезентериальды тромбоз және эмболия)</i>
Ауырсынудың пайда болуы	Кенеттен, өте қатты («пышақ сұққандай»)	Біртіндеп күшейетін	Біртіндеп күшейетін	Кенеттен, аневризма жыртылуында естен тану	Кенеттен
Ауырсынудың локализациясы	Эпигастральды аймақ, тез жайылады	Эпигастральды аймақ, оң және сол жақ қабырға асты	Оң қабырға асты басым, эпигастральды аймақ	Іштің орталық бөлімдері	Ауырсынудың нақты орны болмайды
Иррадиациясы	Әдетте жоқ	Арқаға: ағза проекциясында немесе белдемелі	Арқаға, оң иық және жауырын	Арқаға және шап аймағы	Жоқ
Құсу	Тән емес	Көп ретті, жеңілдік әкелмейді	Қайталамалы	Тән емес	Тән емес

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬДЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

	<i>Асқазан немесе 12 елі ішек жарасы жарылуы</i>	<i>Жімі панкреатит</i>	<i>Жімі холецистит</i>	<i>Құрсақ аортасы аневризмасының ыдырауы</i>	<i>Ішек ишемиясы (мезентериалды тромбоз және эмболия)</i>
Алкоголь қабылдауы	Жарылуына түрткі болады	Әдетте ауырсыну ұстамасына алып келеді	Әсер етпейді	Әсер етпейді	Әсер етпейді
Бұрын болған ауырсыну ұстамалары	Анамнезінде жара ауруы (50%)	Жиі өршулер байқалады, ұстамалардың бір-біріне ұқсауы	Жиі өршулер байқалады, ұстамалар күшейе түседі	Жоқ	Жоқ
Шок	Ауырсыну. Аурудың ерте сатысына тән	Эндотоксикалық. Аурудың соңғы сатысына тән.	Тән емес	Ауырсыну. Аурудың ерте сатысына тән. Аневризма жыртылғанда геморрагиялық	Эндотоксикалық. Аурудың соңғы сатысына тән

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬДЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

	<i>Асқазан немесе 12 елі ішек жарасы жарылуы</i>	<i>Жімі панкреатит</i>	<i>Жімі холецистит</i>	<i>Құрсақ аортасы аневризмасының ыдырауы</i>	<i>Ішек ишемиясы (мезентериальды тромбоз және эмболия)</i>
Цеткин-Блумберг симптомы	Ерте, алғаш минуттарда пайда болады	Ферментативті перитонитте	Деструктивті түрлерінде	Жалған оң мәнді	Ауырсыну интенсивтілігі симптомдар айқындылығына сәйкес емес
Пальпациялағанда ауырсыну	Жайылмалы	Эпигастрий аймағында немесе жайылмалы	Оң жақ қабырға асты, эпигастральды аймақта	Іштің орталық бөлімдерінде	Жайылмалы
Іштің алдыңғы қабырғасы бұлшықеттерінің кернелуі	«Тақтай тәрізді» іш	Орташа	Іш бұлшықеттерінің жергілікті кернелуі	Сирек пальпациялағанда анықталған түзіліс аймағында патологиялық пульсация байқалады	Сирек және аурудың кеш сатысында

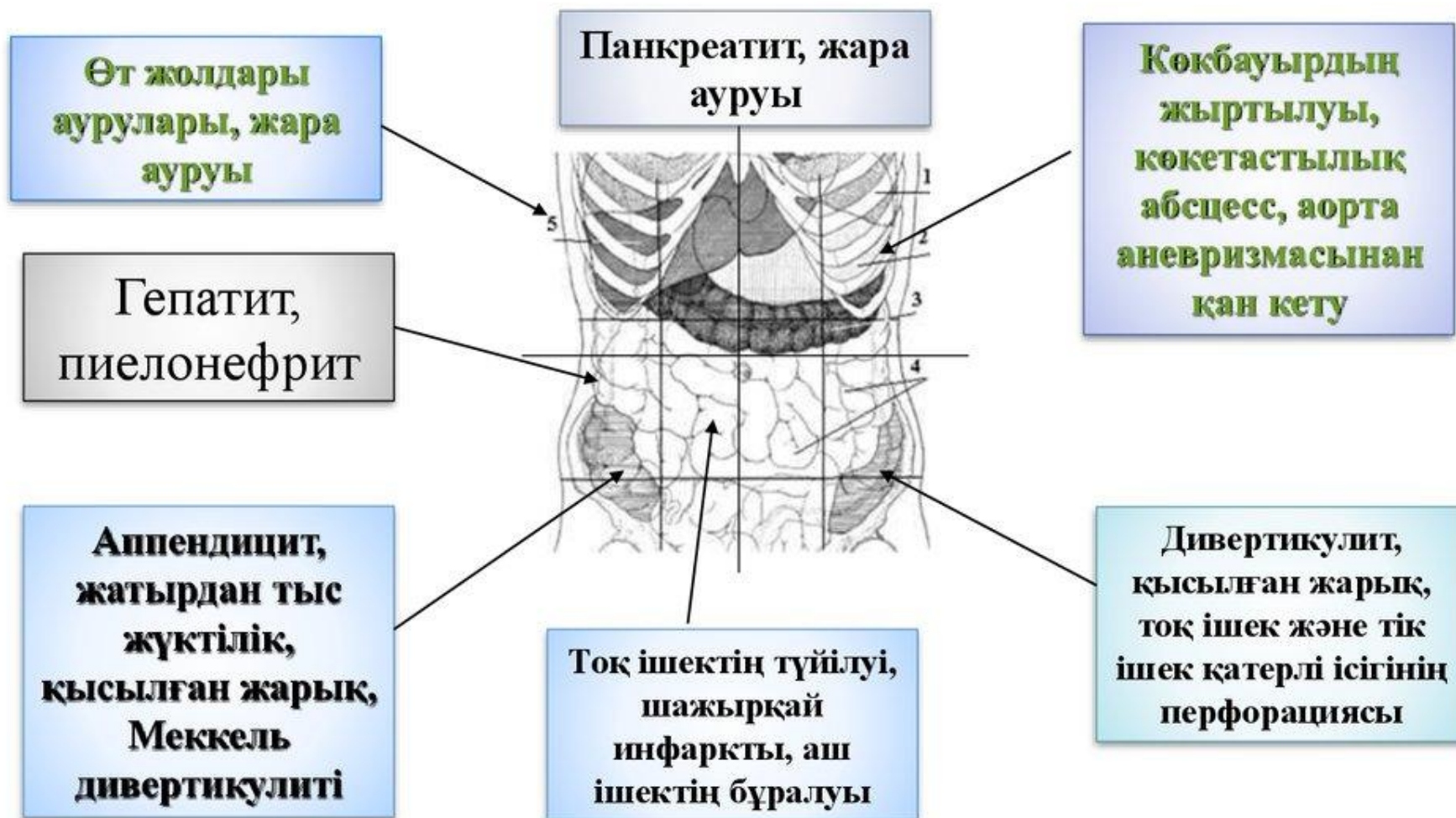
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬДЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

	<i>Асқазан немесе 12 елі ішек жарасы жарылуы</i>	<i>Жімі панкреатит</i>	<i>Жімі холецистит</i>	<i>Құрсақ аортасы аневризмасының ыдырауы</i>	<i>Ішек ишемиясы (мезентериальды тромбоз және эмболия)</i>
Қабырға-омыртқа бұрышында ауырсыну	Жоқ	Аздап екі жағынан (сол жағы көбірек тән)	Жоқ немесе аздап оң жақта	Жоқ немесе екі жағынан да	Жоқ
Науқас қалпы	Бір қырында аятары ішіне қарай бүгілген, қолдары ішінде	Алға қарай немесе артқа қолын тіреп отыруы	Науқас тыныш, қолы оң жақ қабырға астында	Мазасыз	Науқас мазасыз, үнемі қалпын өзгертеді
УДЗ	Құрсақ қуысында бос сұйықтық	Ұйқы безінің ісінуі және контурының тегіс болмауы, кейде ошақты түрде	Диагнозды нақтылайтын негізгі әдіс	Әдіс диагноз қоюға мүмкіндік береді	Әдіс ақпараттылығы төмен

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬДЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

	<i>Асқазан немесе 12 елі ішек жарасы жарылуы</i>	<i>Жімі панкреатит</i>	<i>Жімі холецистит</i>	<i>Құрсақ аортасы аневризмасының ыдырауы</i>	<i>Ішек ишемиясы (мезентерияльды тромбоз және эмболия)</i>
Лабораторлы зерттеулер	Өзгерістер арнайы емес	Орташа немесе жоғары деңгейдегі лейкоцитоз; Амилаза активтілігінің жоғарылауы; Азотемия; Қан сарысуында кальций және магний деңгейінің төмендеуі	Лейкоцитоз; Амилаза активтілігі әдетте қалыпты (билиарлы панкреатитті есептемегенде)	Өзгерістер арнайы емес	Өзгерістер арнайы емес

Іш ауырсынуы кезіндегі топикалық диагностика



Ажыратпа ДИАГНОСТИКАСЫ

- Жедел хирургиялық аурулардың ажыратпа диагностикасы ЖМК қызметінің мақсатына жатпайды. Ең бастысы науқаста ауруханаға дейінгі сатыда жедел іш ауырсыну себептерін анықтап, кең тараған хирургиялық ауруларды жоққа шығару маңызды

Қоңырау шалушыға кеңес

- Науқасты қалаған қалпында немесе арқасында, аяғын шамалы көтеріп жатқызуға болады.
- Науқасқа су мен тағам беруге болмайды.
- Қызбаға күдік туса дене қызуын анықтау керек.
- Науқас қолданып жүрген дәрілерді тауып ЖМК дәрігеріне немесе фельдшеріне көрсету керек
- Науқасты қараусыз қалдыруға болмайды.

Міндетті түрде қойылатын сұрақтар

- Іштің қай бөлігінде ауырсынуды сезесіз? Ауырсынулар ауысады ма?
- Қанша уақыттан бері ауырады?
- Ауырсынудың сипаты қандай (тұрақты, ұстама тәрізді, қысып, бірден, шыдатпай)?
- Қандай күйде ыңғайлы (ыңғайлы жату, қозғалыста, т.б.)?
- Ауырсынуды немен байланыстырасыз (диета сақтамау, басынан өткерген инфекциялық аурулар, т.б.)?
- Құсық болды ма (неше рет және немен)? Нәжістің сипаты өзгерді ме? Дене қызуы көтерілді ме?
- Бұрын мұндай ұстамалар болды ма (өт тас аурулары кезінде, созылмалы панкреатит және зәр тас аурулары кезінде қайталанады)?
- Толық анамнез жинау (жасалған ота, етеккірі, басқа соматикалық аурулар, зиянды әдеттері, т.б.)

Ауруханаға дейінгі кезеңде емдеу

ЖМК негізгі міндеттері.

- Шұғыл түрде госпитализациялау.
- Әр түрлі этиологиялы жіті іш ауырсынуы бар науқастарда көк тамырға егу мүмкіндігін қамтамасыз ету, өмірге маңызды қызметтерді бір қалыпта ұстау және бақылау (жалпы реанимациялық қағидаларға байланысты).
- Гиповолемия, гипотония белгілерінде: 0,9% NaCl еріт. 400 мл т/і.
- Себебі нақты анықталған шаншыма тәрізді ауырсынуларда миотропты спазмолитиктерді енгізуге болады: дротаверин т/і, баяу, 40-80 мг (2% - 2,0 мл ерітіндісі).
- Нитроглицерин таблеткасын тіл астына салуға (0,25 мг немесе 0.5 таблетка) немесе спрейді (400 мкг немесе 1 доза) қолдануға болады.
- Құсу, лоқсу кезінде: метоклопрамид 10 мг (5% — 2 мл еріт.) т/і (1-3 мин кейін әсер етеді) немесе б/е (10—15 мин кейін әсер етеді).

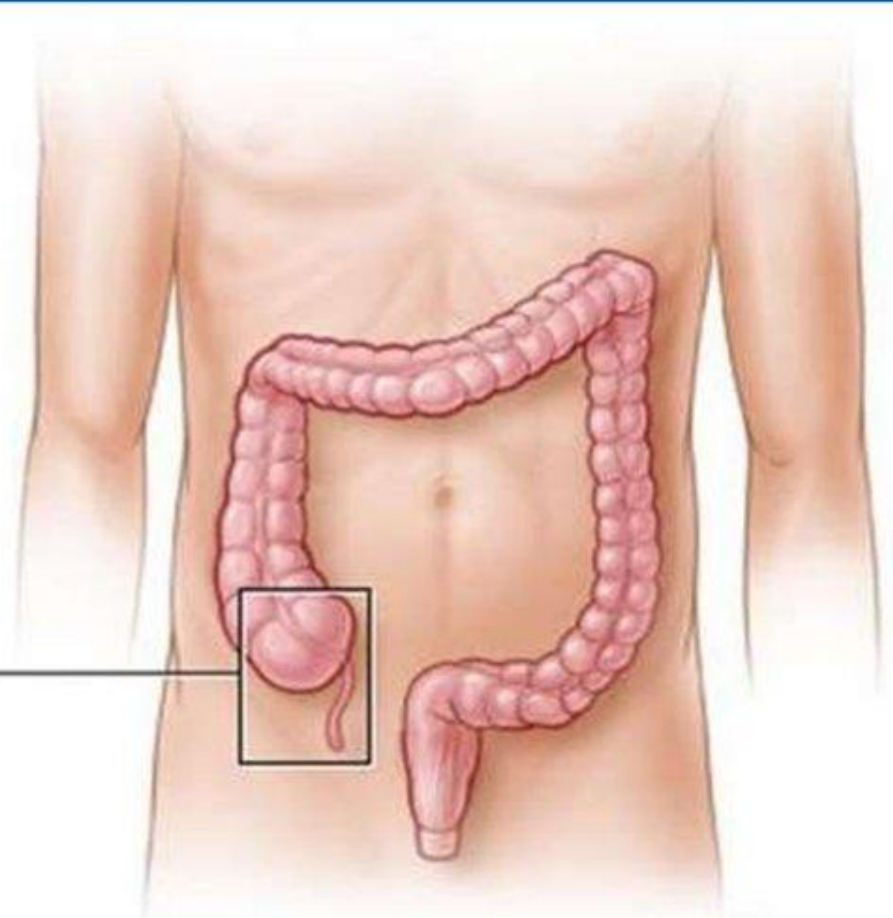
ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ

оқыр ішек құрт тәрізді өсіндінің қабынуы.

ЖІКТЕМЕСІ

Аппендицит ағымына байланысты бөлінеді:

- Қарапайым
- Деструкциялық
- Асқынған



**Гиперестезия + Іш бұлшықеттерінің
керілуі + Ауырсыну =**

**Делафуа триадасы – жедел
аппендициттің классикалық
триадасы**

СИМПТОМАРЫ

- **Кохер симптомы** – алғашқы сағаттарда ауыру сезімінің эпигастрий немесе іштің барлық аймақтарында болып, содан соң оң мықын аймағына ауысуы.
- **Ровзинг симптомы** – дәрігер саусақтарымен сол жақ мықын аймағын әлсіз соққылағанда, оң жақ мықын аймағында ауыру сезімі пайда болады.

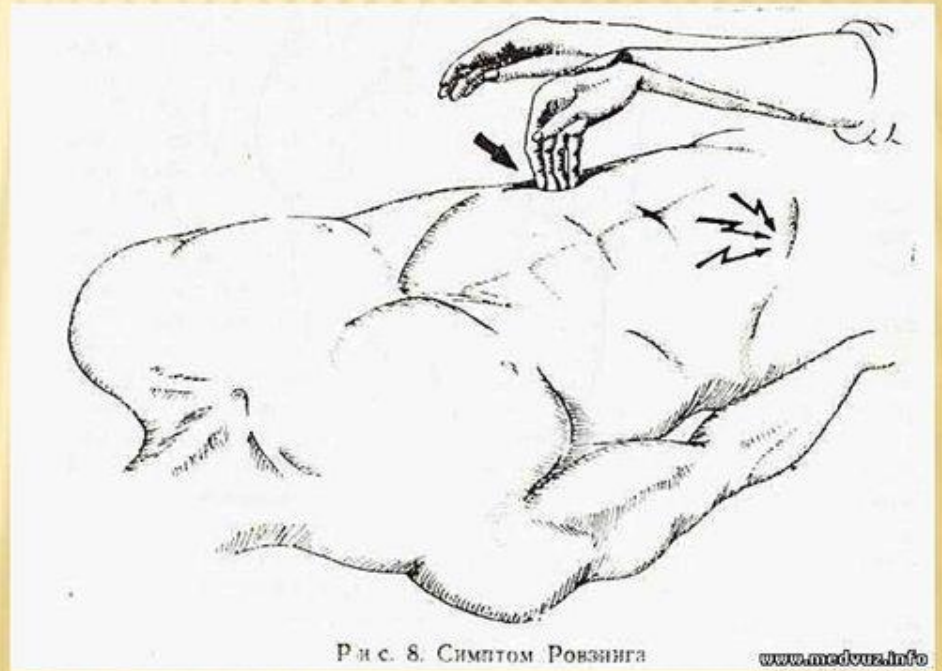
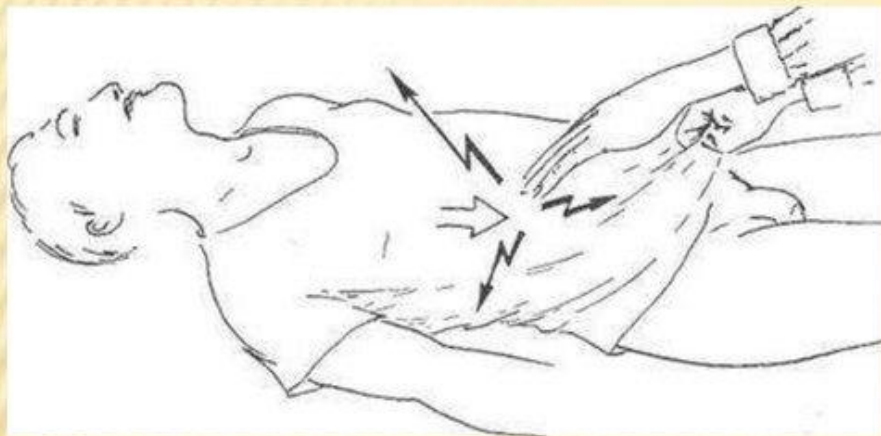


Рис. 8. Симптом Ровзинга

СИМПТОМАРЫ



Воскресенский симптомы – құрсақ үсті аймағынан төмен қарай, оң жақ мықын аймағына дейін, көйлектің сыртынан саусақпен сызған кезде, оң жақ мықын аймағында ауыру сезімі болады.

Ситковский симптомы – науқас сол жақ бүйіріне жатқан кезде, соқыр ішектің салбырауынан, құрт тәрізді өсінді шажырқайының және қабынған құрсақтың кернелуінен оң жақ мықын аймағында ауыру сезімі күшейеді.

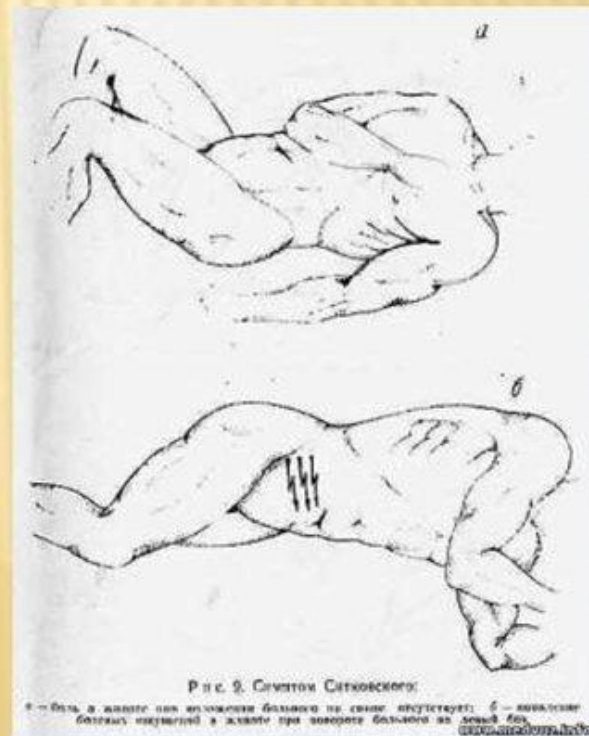


Рис. 9. Симптомы Ситковского:

а – боль в животе при palpации живота на спине; б – palpация живота при palpации в животе при palpации живота на левой стороне.

СИМПТОМДАРЫ



Рис. 10. Симптом Бартомье — Михельсона

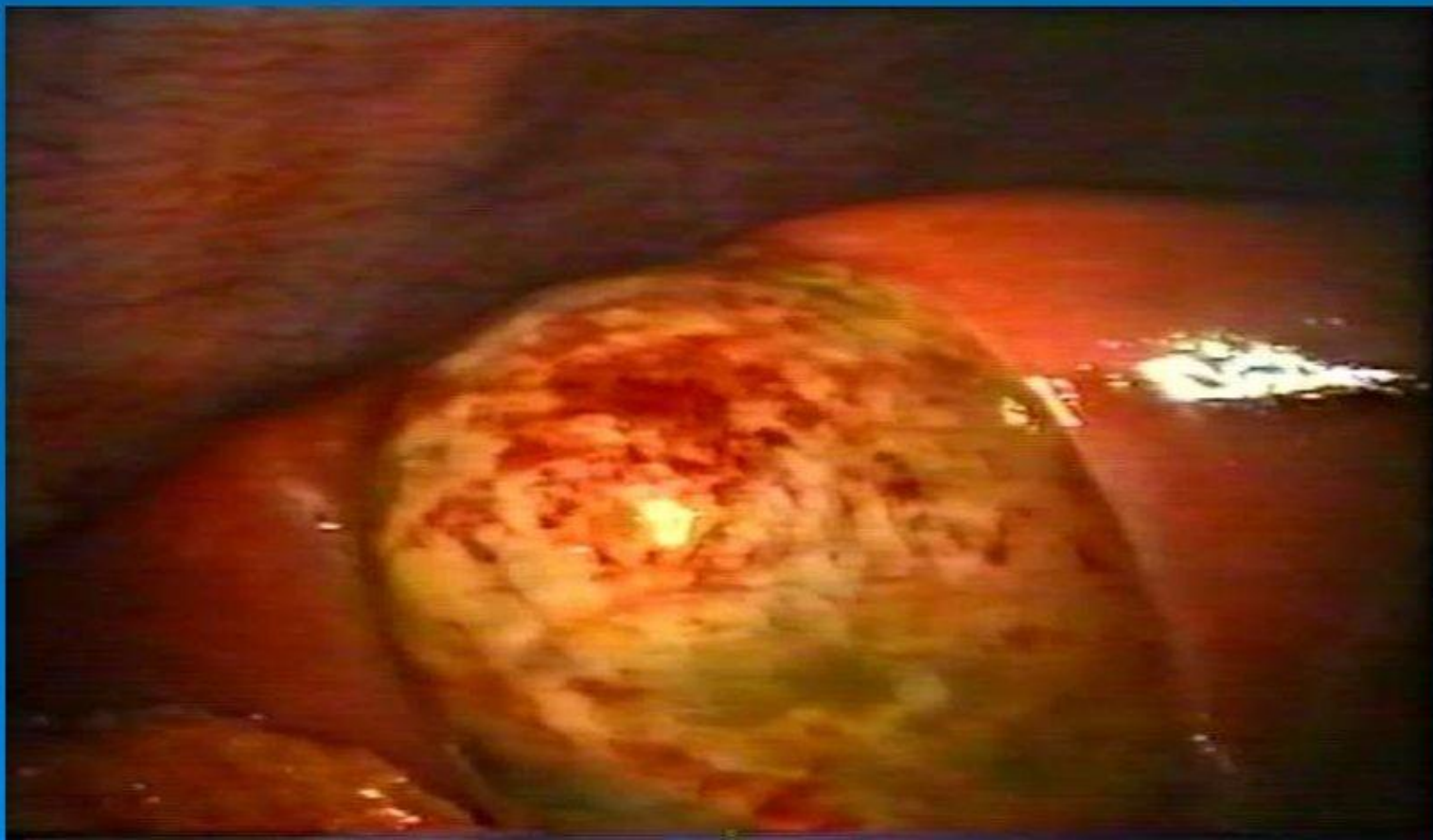
- **Бартомье-Михельсон симптомы** – науқасты сол жақ бүйіріне жатқызып, пальпация жасағанда, оң жақ мықын аймағында ауыру сезімі болады және күшейеді.

- **Болуы мүмкін асқынулар.** Аппендикстің тесілуі, аппендикулярлы абсцесстің дамуы, перитонит, медициналық көмекке кеш жүгінген кезінде аппендикулярлы инфильтраттың түзілуі.
- **Ажыратпа диагностика.** Құрсақ кұысының барлық жедел ауруларымен, әйелдерде – жатыр және оның қосалқыларының ауруларымен жүргізеді.
- **Емі – хирургиялық**
- **Госпитализацияға көрсеткіштер.** Жедел аппендицитке күмән туған кезде жедел түрде науқасты стационардың хирургиялық бөлімшесіне госпитализациялау керек. Зембілге жатқызып тасымалдау керек.

ЖЕДЕЛ ХОЛЕЦИСТИТ

Өт қабының жедел түрде қабынуы.
ЭТИОЛОГИЯ және ПАТОГЕНЕЗИ

- Өт тас аурулары;
- Өт қабының, өт шығару жолдарының және он екі елі ішектің қанмен қамтамасыз етілуінің бұзылысы;
- Өт қабының лимфогенді, гематогенді, контактті инфекциялануы.



ЖІКТЕМЕСІ

Гистологиялық түрлері:

- катаральды;
- флегмоналық;
- гангреналық.

Ауруханаға дейінгі кезеңде науқастарды екі топқа бөледі:

- Жедел асқынған холециститі бар науқастар
- Жедел асқынбаған холециститі бар науқастар

Жедел холециститтің асқыну түрлері:

- Механикалық сарғаю;
- Іріңді холангит
- Перитонит;
- Қап маңы инфильтраты және абсцесі;
- Өт қабының эмпиемасы;
- Перфорация;
- Жедел панкреатитпен қосарлану;
- Өт қабы жыланкөздері.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

- Холециститке тән арнайы симптом — оң жақ қабырғасында қарқынды тұрақты ауырсыну, оң иық, жауырынға, оң жақ бұғана асты аймағына таралады. Ауырсыну жиі науқастың мазасыздығымен қатар жүреді, ол өзіне ыңғайлы, ауырсынуды жеңілдететін қалып іздейді.
- Ұйқы безінің зақымдалуы қатар жүргенде ауырсыну белдемелі түрге ауысады.
- Лоқсу, қайталама құсу, дене қызуының жоғарлауы байқалады.

АЖЫРАТПА ДИАГНОСТИКА

- Он екі елі ішектің тесілген жарасымен, аппендицитпен, панкреатитпен, бүйрек шаншымасымен, миокард инфарктымен жүргізеді.

ЕМІ

- Хирургиялық стационарға госпитализациялау көрсетілген.
- Зембілге жатқызып тасымалдау керек.
- Жиі кездесетін қателіктер. Наркотикалық анальгетиктерді енгізу.

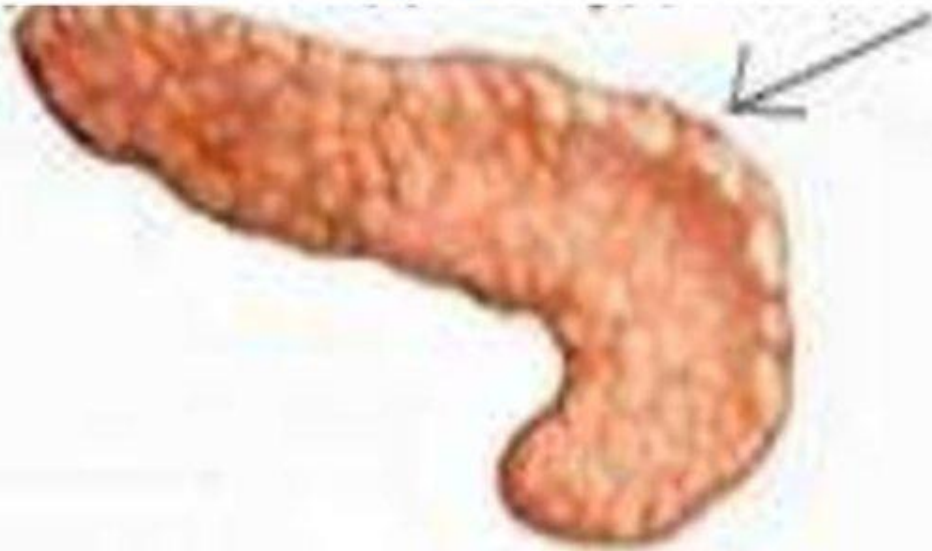
ЖЕДЕЛ ПАНКРЕАТИТ

Ұйқы безінің жедел қабынуы.

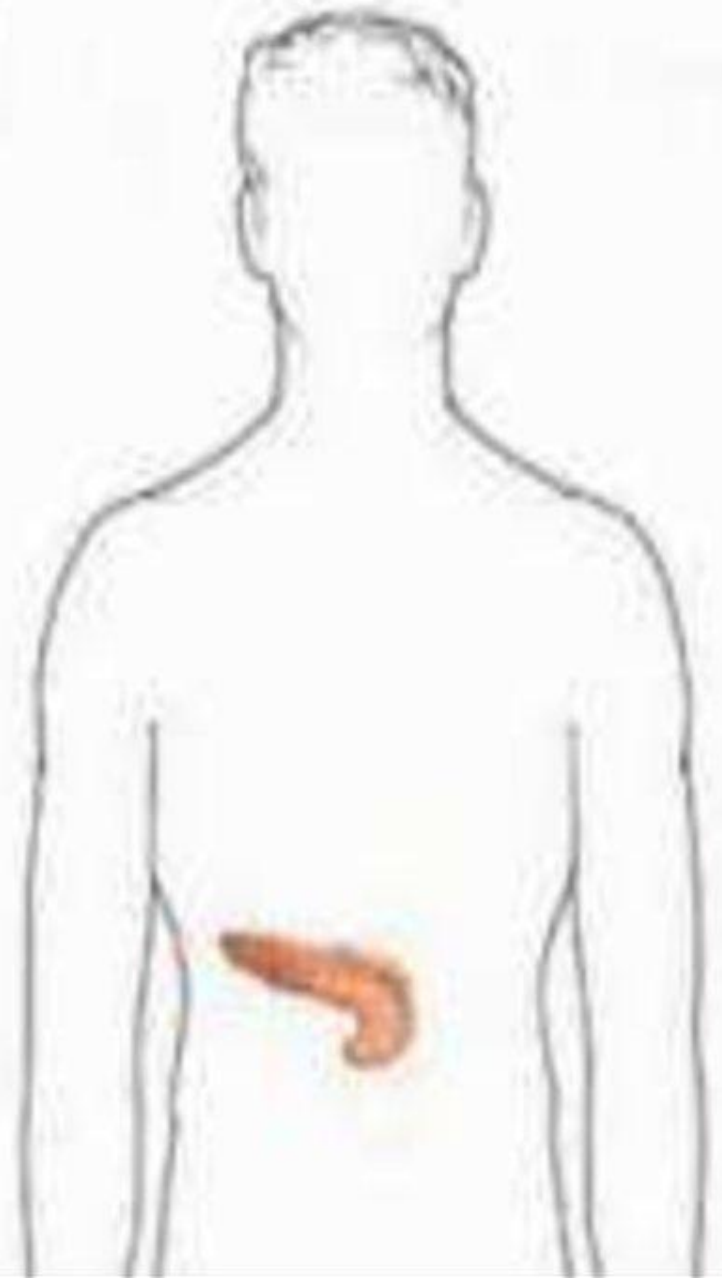
ЭТИОЛОГИЯ және ПАТОГЕНЕЗИ

- Алкогольді ішімдіктерді, майлы және ашы тағамдарды пайдалану;
- Өт тас аурулары;
- Ұйқы без жарақаттары;
- Ұйқы без өзектерінің жарақатсыз стриктурасы
- Он екі елі ішек аурулары (жара, дуоденостаз).

Сау ұйқы безі



**Қабынған
ұйқы безі**



ЖІКТЕМЕСІ

клиникалық ағымы бойынша:

- Жеңіл
- орташа
- Ауыр

Жедел деструкциялық панкреатит (панкреонекроз) кезеңдік ағымда жүреді:

- Ферменттік кезең (алғашқы 5 тәулік) панкреонекроздың түзілуімен, эндотоксикоздың дамуымен сипатталады.
- Реактивті кезең (арудың 2-ші аптасы) ағзаның түзілген панкреонекрозға жауап ретінде ұйқы безі маңылық инфильтрат дамиды.
- Секвестрация кезеңі (3-ші аптадан астам) секвестрдің түзілуі және некроздық ұлпаның ажырауымен сипатталады.
 - асептикалық секвестрация (инфекцияланбаған) — ұйқы безі кистасының түзілуімен жүреді.
 - септикалық секвестрация (инфекцияланған) — ірінді асқынулардың түзілуімен жүреді.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

- Іштің жоғарғы бөлігінде, эпигастрий аймағында тұрақты, қатты, арқаға берілетін немесе белдемелі симпатта ауырсыну пайда болады. Жедел панкреатитпен ауыратын науқастар ауырсынуды басу үшін мәжбүрлі қалыпта (ұрық қалпы) болады.
- Жиі тоқтаусыз құсу, тахикардия, гипотония, ішек парезі, ересектердің жедел респираторлы дистресс синдромы дамуы мүмкін.
- Жедел панкреатит кезіндегі қан айналым бұзылыстары өте ауыр болуы мүмкін, тіпті шоктың дамуы мүмкін.
- Жедел панкреатит белгілерінің айқындылығы оның ауырлық дәрежесімен тығыз байланысты және оның болжамын анықтайды.

ЖЕДЕЛ ПАНКРЕАТИТ БЕЛГІЛЕРІ

- **Кёрте** —көлденең тоқ ішектің жергілікті кебуі және құрсақ қуысы алдыңғы қабырғасы білшықетінің керілуі;
- **Мейо-Робсон**— ауырсынудың сол жақ қабырға омыртқа бұрышында орналасуы;
- **Воскресенский**— құрсақ аортасында пульсацияның болмауы;
- **Щёткин-Блюмберг** (перитонит) —қолмен басып бірден тарптып алған кезде ауырсынудың күшеюі.
- **Ассоциацияланған белгілердің болуы**: құсұ, гипотония, метеоризм, анурия.

Жедел панкреатит ауырлығын болжайтын факторлар:

- Жасы 55 жастан жоғары;
- Перитонит белгісі;
- Олигурия;
- Систолалық АҚ 100 мм с.б. төмен;
- Лейкоцитоз 14×10^9 /л-дан жоғары;
- Гемоглобин 160 г/л-ден жоғары;
- Гипергликемия 11 мкмоль/л-дан жоғары;
- Мочевина 12 ммоль/л-ден жоғары.

МҮМКІН БОЛАТЫН АСҚЫНУЛАР

- Эндотоксиндік шок;
- Перитонит (ферменттік те болуы мүкін);
- Жедел бүйрек жеткіліксіздігі;
- Жедел тыныс жеткіліксіздігі.

АЖЫРАТПА ДИАГНОСТИКАСЫ

- Он екі елі ішектің жара ауруы, жедел холециститпен, ішек түйілуі, алкогольді ішімдектерді аса көп пайдаланытын адамдарда токсикалық гепатитпен жүргізеді.
- Жедел панкреатиті бар науқастар мамандандырылған ауруханаға тасымалдауды қажет етеді (қабылдау бөлімшесі).

АУРУХАНАҒА ДЕЙІНГІ САТЫДА КӨМЕК

- Көк тамырға егу мүмкіндігін қамтамасыз ету, өмірге маңызды қызметтерді бір қалыпта ұстау және бақылау (жалпы реанимациялық қағидаларға байланысты).
- Инфузиялық терапия (800 мл-ден аса) т/і тамшылатып: натрий хлориді ерітіндісі 0,9% — 400 мл, глюкоза ерітіндісі 5% — 400 мл.
- Жансыздандыру (АҚ төмендеуі мүмкін болуына байланысты инфузиялық терапия аяқталғаннан соң)
- Орташа интенсивті ауырсынуда спазмолитиктерді қолданады: дротаверин т/і, баяу 40—80 мг (2% — 2-4 мл). Нитроглицерин таблеткасын тіл астына (0,25 мг немесе 0,5 табл.) немесе спрей түрінде (400 мкг немесе 1 мөлшерде) қолдануға болады.
- Айқын ауырсыну синдромы кезінде наркотикалық емес анальгетиктерді қолданамыз: кеторолак 30 мг (1 мл), т/і немесе б/е (т/і әсері 15 с ішінде, б/е енгізгенде – 30 минуттан кейін болады).

ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕК ЖӘНЕ АСҚАЗАННЫҢ ТЕСІЛГЕН ЖАРАСЫ

12-елі ішек немесе асқазанның тесілген (перфорациялық) жарасы— асқазан немесе 12-елі ішек қабырғасында бұрын болған жара ақауында тесіктің пайда болуы және асқазан-ішек сұйықтығының іш қуысына түсуі.

ЭТИОЛОГИЯСЫ МЕН ПАТОГЕНЕЗИ

Тесілген жара, жедел жараның немесе жара ауруының
асқынуы

Перфорацияның себептері:

- Алкоголді қабылдау;
- Асқазанның тамаққа шамадан тыс толуы;
- Шамадан тыс физикалық жүктеме.

ЖІКТЕМЕСІ

- себебі бойынша :

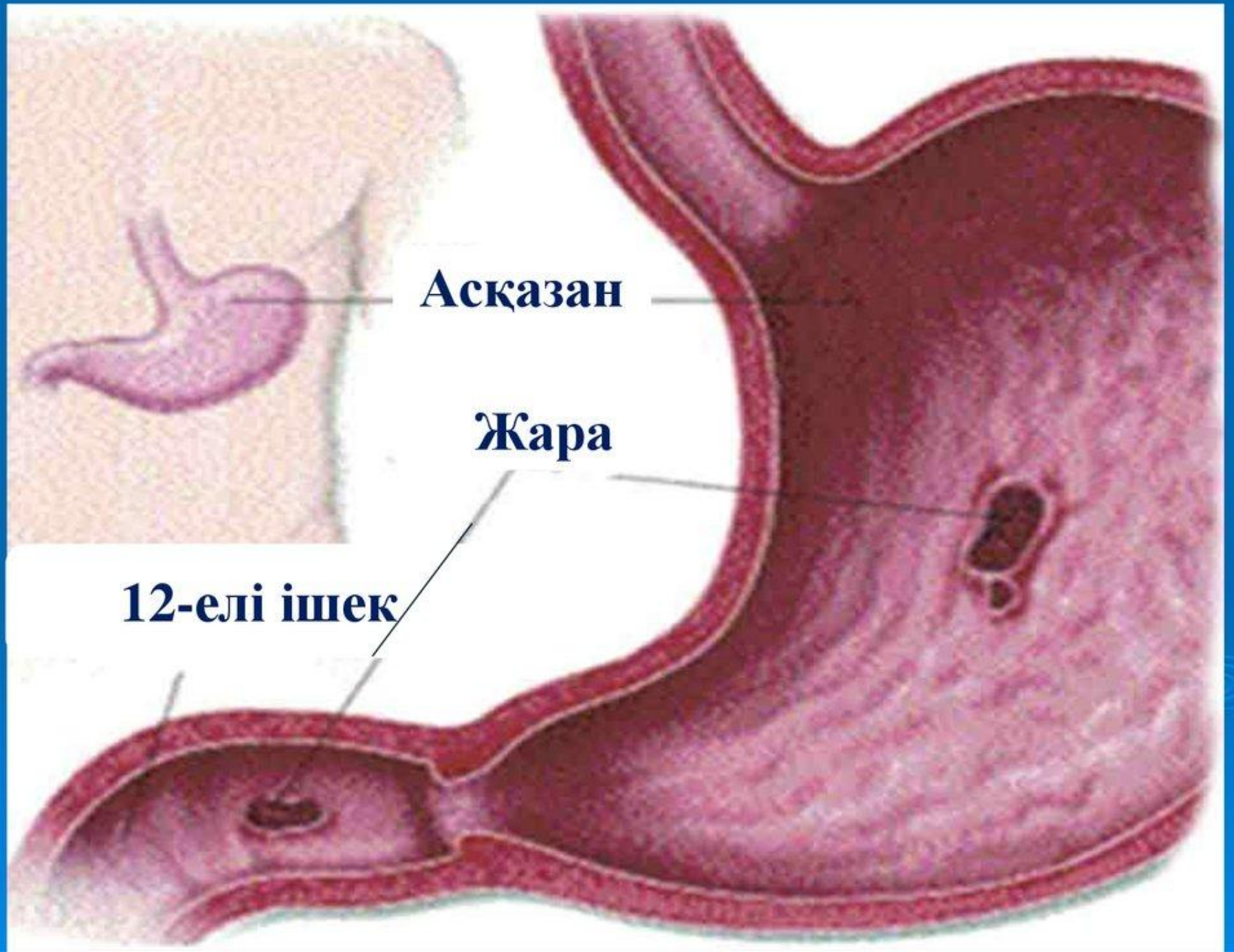
- Созылмалы жараның перфорациясы;
- Жедел жараның перфорациясы (сонымен бірге. дәрілік, стрестік, уремиялық);

- орналасуы бойынша:

- Асқазанда;
- 12-елі ішекте;

- клиникалық ағымы бойынша:

- Бос іш қуысына тесілу (сонымен қатар жабылған);
- Атипиялық тесілу;
- Асқазан-ішектік қан кетумен бірге;
- Асқазан шыға беріс бөлігінің тарылуымен.



Асқазан

Жара

12-елі ішек

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

- Эпигастрий аймағы немесе оң жақ қабырға астында кенеттен және тұрақты қанжарлы ауырсыну, тез арада іштің барлық аймағына, жиі іштің оң жақ бөлігінде таралуы.
- Іштің алдыңғы қабырғасының керілуі — тақтай тәрізді іш. Науқастар мәжбүр қалыпта арқасында немесе аяғын ішіне тартып оң бүйірінде жатады.
- Анамнезінде жара ауруы.

Аурудың ағымы бөлінеді:

- Шок кезеңі (аурудың басталуынан 6 сағ дейін);
- Жалған жақсару кезеңі (перфорациядан кейін 6-12 сағ);
- Перитониттің өршу кезеңі (перфорациядан кейін 12-14 сағ).

Мүмкін болатын асқынулар:

- Ең кең тараған асқыну—перитонит.
- Жабылған тесілу кезінде іш қуысында іріндік дамуы мүмкін.

- **Ажыратпа диагностикасы** іш қуысының барлық жедел ауруларымен, сонымен қатар миокард инфаркты, оң жақ төменгі бөлікті пневмониямен жүргізеді.
- **Тасмалдауға көрсеткіш.** Тесілген жарасы бар науқастар шұғыл түрде аурухананың хирургия бөлімшесіне тасмалдауды қажет етеді.
- Науқастар зембілде тасмалданады, жоғары дәрежелі тыныштықты қамтамасыз ету үшін

ЖИІ КЕЗДЕТЕТІН ҚАТЕЛІКТЕР

- Наркотикалық анальгетиктерді тағайындау.
- Асқазанды жууға әрекет жасау.

ЖЕДЕЛ ІШЕК ТҮЙІЛУІ

ЖЕДЕЛ ІШЕК ТҮЙІЛУІ (ЖІТ) — Асқазан ішек жолында асқортудың бұзылысы.

ЭТИОЛОГИЯСЫ МЕН ПАТОГЕНЕЗИ

- Іш қуысына жасалған отадан кейінгі жабысу процестері;
- Странгуляция, ішектің айналуы, инвагинациялар;
- Ішек саңылауының бітелуі (ісіктер, нәжіс немесе өт тастары, бөгде зат, аскариданың жиналуымен);
- Ішектің бұралуы (стриктура, тарылуы);
- Ішектің сырттан жаншылуы (басқа ағзалардың ісіктерімен);
- Қысылған жарық кезінде;
- Ішек моторикасының эндогенді себептен (нейрогенді, тамырлы немесе метаболизмдік) миокард инфаркты, жіті панкреатит, бүйрек шаншымасы, т.б. бар науқастарда, сонымен қатар экзогенді себептен (дәрілік немесе тағамдық интоксикация, іштің жарақаты) бұзылысы.

ЖІКТЕМЕСІ

➤ Аурудың ұзақтығы бойынша:

- жіті;
- созылмалы.

➤ Даму механизміне байланысты:

- механикалық (странгуляциялық және обтурациялық);
- динамикалық (салдану және спастикалық);
- аралас (жабысқак, инвагинациялық).

➤ Орналасуы бойынша:

- Ащыішекті (жоғары, төмен);
- Тоқішекті.

➤ Клиникалық ағымы бойынша шартты түрде 3 кезеңге бөлінеді:

- Айқын клиникалық белгілер кезеңі;
- Жалған жеңілдік кезеңі;
- Асқынудың даму кезеңі (перитонит, шок).

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

Клиникалық көрінісі әртүрлі және ішек түйілуінің түрі мен патологиялық процестің кезеңіне байланысты.

Кез-келген ЖІТ тән белгілер:

- Аурудың кенеттен басталуы;
- Іштің толғақ тәрізді ауырсынуы, кейін жайылған болып, тұрақты сипат алады;
- Іштің кебуі және нәжіс пен газдың шықпауы;
- Ішек перистальтикасының болмауы;
- Жеңілдік әкелмейтін көпретті лоқсу және құсу.

ЖІТ симптомдарын анықтау:

- **Вааль** — бұралудың әсерінен ішек ілмегінің жергілікті кебуі және ішек үстінде жоғарғы тимпанит;
- **Скляр** – іш қуысы алдыңғы қабырғасын беткей қозғағанда ашiшекте жиналған сұйықтың қозғалыс шуы;
- Тiк iшекті сауксақпен қарау:
- - **Обухов ауруханасының белгісі** – кеңейген және бос тік ішек төменгі тоқішектік түйілудің белгісі.

- **Мүмкін болатын асқынулар.** Ағзаның сусыздануы, токсикоз, перитонит.
- **Ажыратпа диагностика.** Іш қуысы мүшелерінің барлық жедел ауруларымен жүргізіледі.
- **Ем**
- **ЖІТ** науқасты шұғыл түрде аурухананың хирургиялық бөліміне тасымалдайды.
- Іштің ауырсыну күшін азайту үшін максималды тыныштық қамтамасыз етіліп, науқас зембілде тасымалданады.

ЖИІ КЕЗДЕСЕТІН ҚАТЕЛІКТЕР

- Кез-келген анальгетиктерді тағайындау
- Асқазанды жуу

ҚЫСЫЛҒАН ЖАРЫҚ

Қысылған жарық— іш пердемен қапталған ішкі мүшелерден тұратын (шарбы, аш ішек, қуық) жарық қапшығының кенеттен қысылуы, нәтижесінде қан айналымның бұзылуына және некрозға алып келеді.

ЭТИОЛОГИЯ ЖӘНЕ ПАТОГЕНЕЗИ

Көбінесе шап жарығы, сирек жағдайда сан және кіндік жарықтары қысылады.

Жарықтың қысылу себептері:

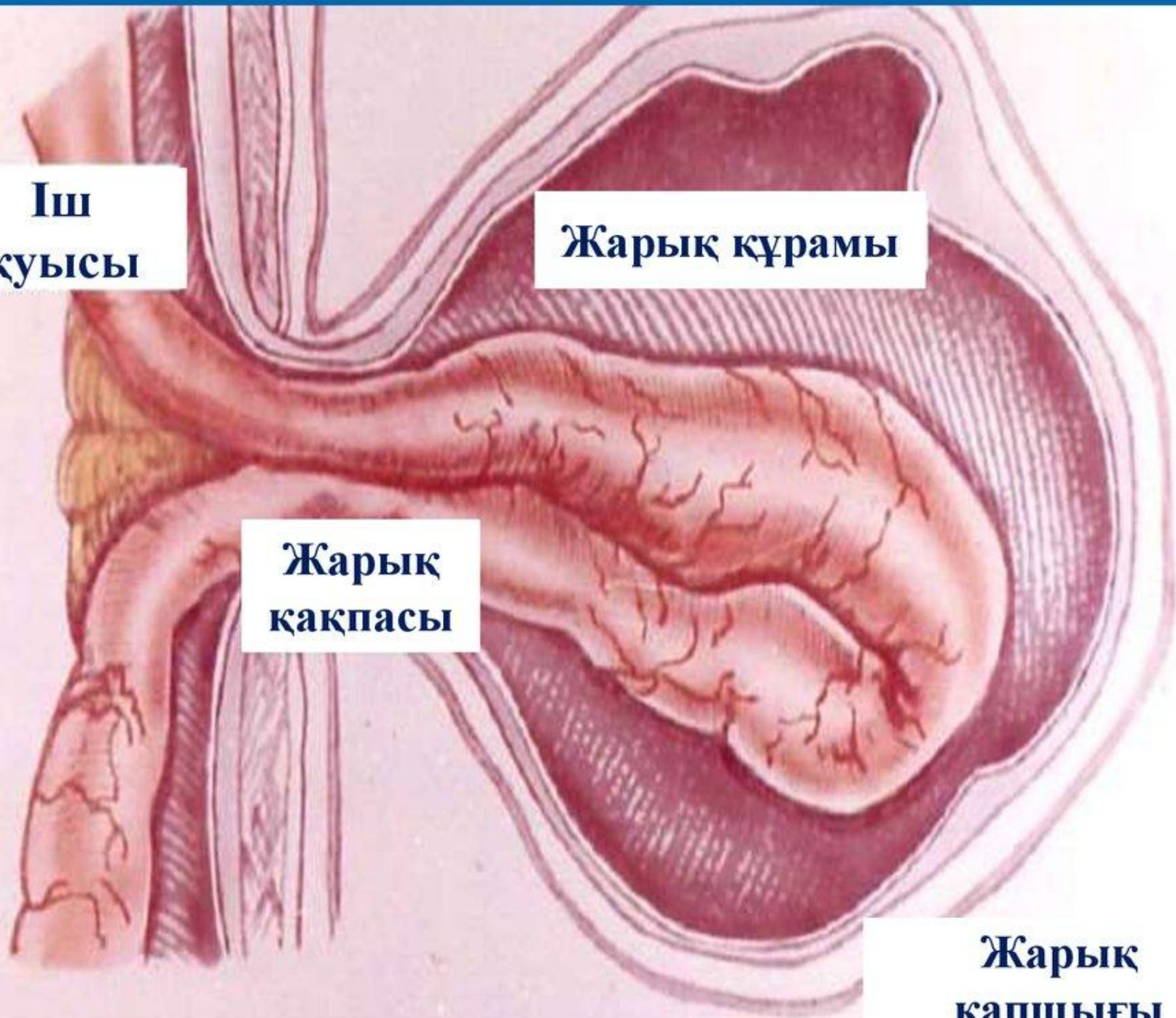
- Ішкі құрсақтық қысымның бірден жоғарылауы;
- Жарық құрамының қысылуы.

**Іш
қуысы**

Жарық құрамы

**Жарық
қақпасы**

**Жарық
қапшығы**



Клиникалық көріністер

Жарықтың қысылуы жедел және кенеттен пайда болады.

Жарық қысылуының жергілікті көріністеріне тән:

- Жарық аймағында бірден ауырсына немесе іш аймағында ауырсыну;
- Жарықтың қайта қайтпауы;
- Жарықтық томпаудың ауырсынуы және керілуі;
- Жарыққа жөтелді ырғақтың берілмеуі;
- Ауырсыну максимальді жарық аймағында болуы;
- Бірнеше сағаттан соң қысылған мүшенің некрозы басталады, содан ауырсыну күші бәсеңдейді, науқастың жағдайы жақсарғандай жалған көрініс болады. Аурудың осы кезеңінде бірінші орынға жарық қапшығында орналасқан мүшелер қызметінің бұзылыстар белгілері шығады;
- Аурудың кеш кезеңінде перитонит дамыған кезде ауырсыну қайтадан басталып, жедел іш көрінісі байқалады. Қарт адамдарға нәжістік қысылу тән және ауырсыну бірте-бірте үдеп, жарық көлемі ұлғайып, тығыздана түседі.

➤ **Мүмкін болатын асқынулар.** Ішек түйілуі және перитониттің дамуы.

➤ **Ажыратпа диагностика.** Шаптық және сандық жарықтарды санның үлкен тері асты тамырының тромбозымен және лимфоаденитпен, қалпына келмейтін жарықпен жүргіземіз.

Қарау және физикалық тексеру.

➤ Жалпы жағдайы және өмірге маңызды қызметтерді бағалау: есі, тынысы, қан айналымы.

➤ Пульсті және ЖЖЖ санау, АҚ өлшеу.

➤ Визуальді қарау: жарықтың болуы.

➤ Пальпация: жарық аймағында керілу және ауырсынудың болуы

➤ Қысылған жарықтың симптомдарын анықтау:

- Бұрын қалпына келетін жарық ішке кірмейді;

- Жөтел ырғағы теріс болады;

➤ Құрсақтың тітіркену белгілерін бағалау (бұлшықеттердің керілуі және Щеткин-Блюмберг симптомы оң – басқан қолды бірден алған кезде ауырсынудың үдеуі).

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯҒА КӨРСЕТКІШ

Жарықтың қысылуына күдіктенетін болсақ тез арада науқасты аурухананың хирургиялық бөліміне госпитализациялаймыз.

- Максимальды тыныштық және минимальды ауырсыну қамтамасыз ету үшін зембілмен тасымалдаймыз.
- Жарығы өз бетімен ішке қайта кірген науқастар да, жарықтың қайта кіру уақытына қарамай, жедел госпитализацияға алынады (ЖМЖ бригада келгенге дейін, қарау кезінде немесе ауруханаға тасымалдауда).

Жиі кездесетін қателіктер.

- Кез келген анальгетиктер және спазмолитиктерді тағайындау.
- Қысылған жарықты өз бетімен түзетуге болмайды!
- Жарық аймағына жылу қолданбайды.

Гостализацияға дейінгі кезеңде емдеу

Қысылған жарықта **ЖМЖ** негізгі міндеті – науқасты аурухананың хирургиялық бөліміне шұғыл жеткізу. Сонымен қатар өмірге қажетті қызметтерді ұстап тұру және бақылау маңызды.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Қ.М.Тұрланов, С.А.Қалқабаева. «Жедел медициналық жәрдем». 2-ші басылым, толықтырылған және өңделген. – Алматы: ТОО «Эверо» 2010ж. 444 бет.
2. Сумин С.А. Неотложные состояния: Учебное пособие. – 7-е изд., перераб. И доп. – М: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. – 960с.
3. Бондаренко В.А., Лупальцев В.И. Острый аппендицит - К.: Здоровья, 1993.
4. Синенченко Г. И. Хирургия острого живота. М., 2007. 512 с.
5. Интернет желісі.