

МАРАТ ОСПАНОВ АТЫНДАҒЫ БАТЫС
ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ

ИНТЕРННІҢ ӨЗІНДІК ЖҰМЫСЫ

Факультет: Жалпы медицина

Бағыты: Хирургия

Дисциплина: Торакальды хирургия

Курс: VII

Тобы: 752

Тақырыбы: Өңештің химиялық күйігі кезіндегі
науқастарды емдеу әдісі

Орындаған: Абдикеров Е.

- Өңеш (esophagus) – жұтқыншақ пен асқазанды қосатын бұлшық етті түтікше .

Өңеш қабырғасы 4 қабаттан тұрады :

- Шырышты-көп қабатты жалпақ эпителиден тұрады
- Шырыш асты-дәнекер тіннен және эластикалық талшықтан
- Бұлшық етті-ішкі айналмалы, сыртқы көлденен талшықтан тұрады, арасынан қан тамырлар мен нервтер өтеді
- Дәнекер тінді

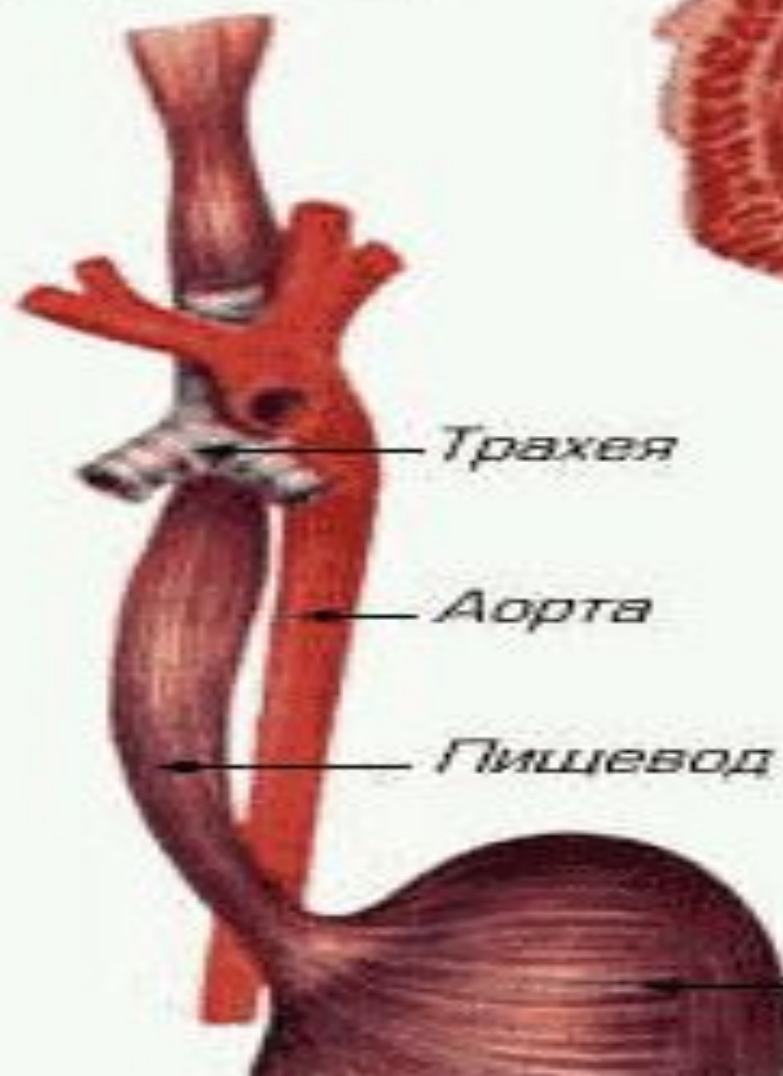
Өңештің абдоминальді бөлімі ғана серозды қатпармен жабылған.

Үлкен адамдарда өңеш ұзындығы орташа есеппен 24-25см, қалыңдығы 3-4 мм

Поперечный разрез

Соединительнотканная оболочка (адвентиция)

Вид спереди



Мышечная оболочка

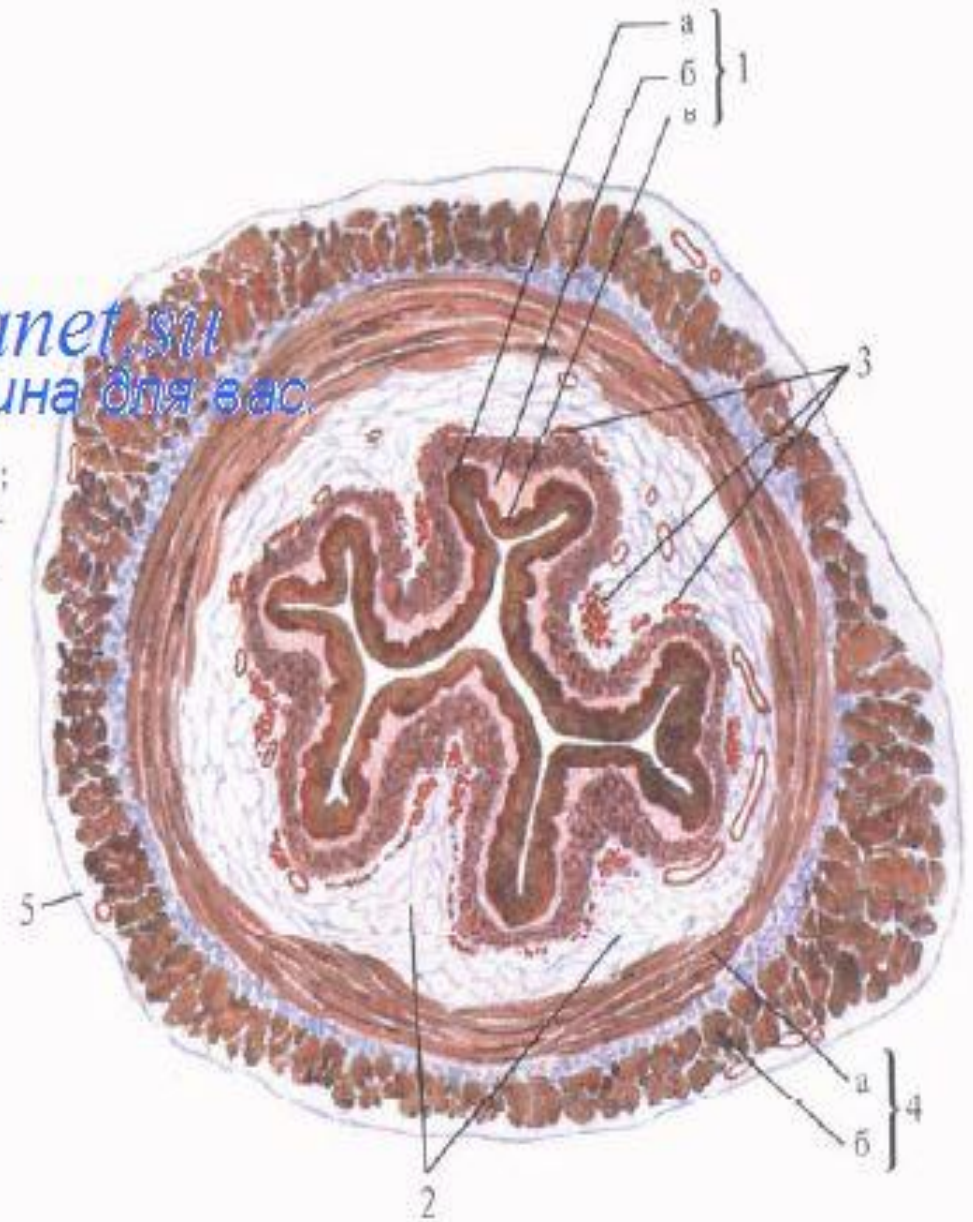
Подслизистая основа

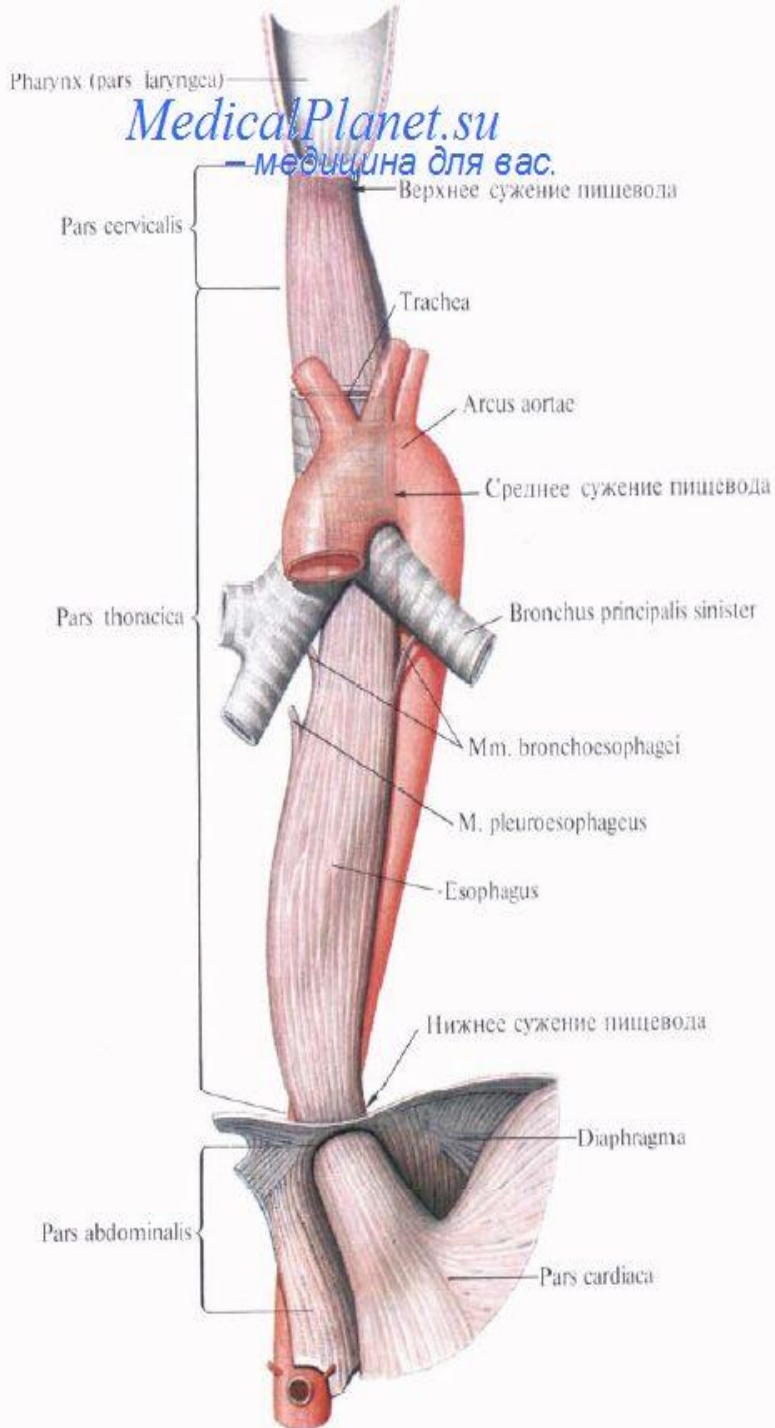
Слизистая оболочка

MedicalPlanet.ru

Поперечный срез пищевода — медицина для вас.

- 1 – tunica mucosa (a – epithelium, б – lamina muscularis mucosae, в – lamina propria mucosae);
- 2 – tela submucosa; 3 – glandulae esophageae; 4 – tunica muscularis (a – stratum circulare tunicae muscularis, б – stratum longitudinale tunica muscularis); 5 – tunica adventitia.





Анатомиялық
тұрғыдан өңешті үш
бөлікке бөледі:
Мойын —(5-6 см)
Кеуде - (16-18см)
Абдоминальді — (1-4
см)

3- физиологиялық тарылу аймағы бар:

- Өңеш кіре берісі сақина тәрәзді шеміршек деңгейінен басталады. Осы өңештің **бірінші тарылған** жері.диаметрі 14 мм
- **Екінші тарылу** трахея бифуркациясы деңгейінде, біріншілік тарылудан шамамен 25 см төмен.диаметрз 16 мм
- **Үшінші тарылу** өңештің асқазанға өтетін бөліміне сәйкес келеді7диаметр 16-19 мм



- Өңеш күйіктері себебін байланысты термиялық және химиялық болып бөлінеді. Термиялық күйіктер ыстық сұйықтық қолданғанда және абайсыз жағдайларда – пармен, газбен күйгенде кездеседі.
- Химиялық күйіктер әдейі немесе абайсыз әр түрлі каррозивті химиялық заттарды жұтқанда дамиды, жиірек концентрирленген қышқылдар (сірке, күкірт, тұз) және сілтілер (нашатыр спирті, паустикалық сода, едкий натр, едкий)калий.

- Өңештің күйігін ауыр металл тұздары да (сумма, медный купорос), калий перманганатының күшті ерітіндісі, фенол және басқа химиялық заттар шақырады. Сілті ерітінділері полликвациялық некрозды, қышқылдар коагуляциялық некрозды шақырады.
- Концентрацияленген сілтімен шақырған күйіктер ауыр болады, олар белокты еріту және майларды қасиетіне ие, осыған байланысты сілтілер қышқылдарға қарағанда тінге терең енеді. Өңештің химиялық күйуінің үш дәрежесін ажыратады:

- I- жеңіл дәреже. Шырышты эпителидің беткей қабаттары ғана зақымданады. Күйік себебінен десквамативті эзофагит дамиды, ол толық жазылумен аяқталады.
- II-орташа дәреже. Шырышты қабық толығымен зақымдалады, процесс шырышастыңғы қабатқа тарайды, некрозды жаралы эзофагит дамиды, жазылғанда тыртықты стриктура қалыптасады.
- III-ауыр дәреже. Өңеш қабырғасы барлық тереңдікте зақымдалады, процеске периэзофагеальды клетчаткамен көрші құрылымдар (плевра, перикард) қосылады. Кейде концентрирленген қышқыл мен сілтінің тікелей әсерінен өңештің перфорациясы дамуы мүмкін.

Өңештің химиялық күйігінің клиникалық ағымында төрт кезенді ажыратады:

- жедел кезен – 2 апта болады, айқын қабыну және өңеш қабырғасында дегенеративті дистрофиялық өзгерістер болады.
- жалған жақсару кезені. 2-3 апта, некроздық тіндер түсіп, грануляция түзіледі, дисфагия жоғалады.
- Тыртықты стриктуралық қалыптасуы (3-4 аптадан) эпителизация жүреді және грануляция біртіндеп тығыз фиброзды дәнекер тiнiмен алмасады, қайтадан дисфагия қалыптасады. (2-3 жылға дейін).
- Кеш асқынулар кезені (қуыстың облитерациясы, өңеш қабырғасы перфорациясы, рақтың дамуы).

- Высокие: выше уровня бифуркации трахеи
- и Низкие: ниже уровня бифуркации трахеи
- и Короткие: до 1,5 –2 см
- и Продленные: более 10-12 см
- и Одиночные и множественные
- Облитерация просвета- крайняя степень
- стриктуры на протяжении с развитием резкого
- супрастенотического расширения

● Клиникасы. Жедел кезенде өте айқын. Химиялық затты жұтқаннан кейін ауыз қуысында, жұтқыншақта, өңеш бойымен және эпигастриде қатты ауырсыну пайда болады. көмегі мен дауыс байламдары бірге күйсе асфексия дамуы мүмкін. көп рет өте ауырсынатын құсық болады, бұл кезде өңеш паррозивті затпен қайта жанасады. Толық дисфагия дамиды: ауырсынуға байланысты бір тамшы суды да жұта алмайды, бозарған, қобалжулы, қозғыш болады. бозарған қалпы цианозға ауысады, ендігу пайда болады, тахикардия, гипотония, ауруды шөл қинайды. Құсық массаларында шырыш пен қан пайда болады. құсу ұстамалары кезінде аспирация дамып, ауыр пневмонияға әкеледі. Бірінші тәулік соңында гипертермия күшейіп, олиго-анурия дамиды. Өңеш қабырғасының терең некроздарында іріңді медиастинит дамуы мүмкін, ал асқазан перфорациясында - перитонит. Болжам қиындайды. Ауыр жағдайларда интоксикацияның өте айқын болуынан зақымданушы жақын сағаттар мен күндерде полиорганды жетіспеушіліктен өледі (жедел кезенде летальділік 3-10%).

● Өңештің химиялық күйігі диагнозы анамнездік және клиникалық белгілері бойынша қойылады. Зақымданушының аузынан сірке қышқылы мен нашатарлы спирттің иісі шығып тұрады. Зақымдаған заттың қасиетін білу үшін құсық массаларын химиялық тексеру керек. бұл кезенде рентгенологиялық зерттеу күйіктің дәрежесін анықтайды. Өңештің перфорациясы қаупіне байланысты эндоскопия жүргізбейді.

● Шұғыл көмек және емдеуді өңештің күйігінің жедел кезеңінде шокқа қарсы шаралардан бастайды. Наркотикалық аналгетиктер, жүрек препараттары, зақымданушыны жылыту. Науқасты реанимациялық бөлімге жатқызады, хирургтің бақылауында үнемі болады. дезинтоксикациялық терапия жүргізеді. Гомеостаздың негізгі көрсеткіштерін бақылаумен көктамырға глюкоза және электролиттер ерітінділерін, гемодез, плазма және оның препараттарын енгізеді. Сонымен қатар жұтқан химиялық затты шығару мен оны нейтралдау керек. Күйіктен кейін алғашқы сағаттарда зонд арқылы көп мөлшерде жылы сумен асқазанды жуу керек. егер еоррозивті удың химиялық құрамы белгісі болса (қышқыл немесе сілті), асқазанды 2% натрий гидрокарбонаты ерітіндісімен немесе 0,1% тұз қышқылы ерітіндісімен жуу керек. сірке эссенциясымен уланғанда тек таза су қолданады. Сонымен қатар жылы қышқыл немесе сілтілі сұйықтық ішу, алмагель, активтенген уголь, сүт, жұмыртқа белоктары, өсімдік немесе сары май тағайындалады.

- Тыныс жолдары күйсе кеңірдек пен трахеядан шырышты аспирациялау керек. Егер стридор басылмаса, трахеостомия жасау қажет. Науқастың тамақтануы толық болуы керек, сұйық тағамдар – сүт, қаймақ, шырындар, шикі жұмыртқа, балмұздақ, сары май. әрбір тағам қабылдаудың алдында бір қасық өсімдік майы немесе балық майын жұту керек. толық дисфагия кезінде орталық венозды катетер арқылы парентеральды тамақтандыру керек.

- Іріңді септикалық асқынулардың алдын алу үшін антибиотиктер тағайындайды. Күйіктен кейінбірінші тәуліктерде гормональды терапия жүргізу керек (гидрокортизон, преднизалон), диурезді бақылау күн сайын қанның биохимиялық анализін жасау керек. Егер 5-7 күннен кейін науқас сұйық тағамдарды да жұта алмаса және ұзақ уақыт парентеральды тамақтандыруға жағдай болмаса гастростома салу қажет. Операция кезінде асқазанды мұқият тексеру керек.

Хирургиялық емге көрсеткіштер

- : өңештің толық тыртықты стриктурасы, тығыз тыртықтардың себебінен №28-30 үлкен бұждауды өткізу мүмкін болмаса, диафрагманың өңештің тесігінен екіншілік кардиалды жарығы дамидын қысқа өңеш және рефлюкс – эзофагит, бұждаудың курстарынан кейін стриктуралардың рецидивы тез дамыса (3-6 айдан соң), өңештің күйікік стриктурасы жұтқыншақ пен асқазанның стриктурасымен, өңеш жыланкөздерімен қатар келсе. Бұждау қарсы көрсетілген кезде хирургиялық емдейді.

- Өңеш пластикасын 2 жылдан кейін жасайды. Өңештің тарылуы үлкен болмаса жергілікті пластика қолданады, жіңішке немесе тоқ ішек сегменті немесе асқазанның үлкен иілімі сегментімен пластика. Өңештің пластикасына науқастың терісін де қолдануға болады.

- **Емі.** Өңештің күйіктен кейінгі тыртықты стриктураларында негізгі емдеу түрі – бұждау, 70-80% науқастарды толық жазылуға әкеледі. Ерте бұждау 90% жағдайда сауығуға әкеледі. Бұждаудың бірнеше әдістері бар:
- Бұждардың диаметрі 5-тен 20 мм (№15 тен №40 Шарьер шкаласы бойынша), ұзындығы 70см. Өңештің бұждауда емдеу курсынын №40 бұж өткенше жалғастыру керек. соңғы кездегі виброұждау немесе эндоскопиялық балондық гидростатикалық дилатация қолданады.

- өңешті «соқыр» бұждау;
- 2) Эзофагоскоп бақылауымен өңешті бұждау;
- 3) «жіп бойынша» бұждау;
- 4) «жіп * » бұждау;
- 5) «соңысыз» бұждау;
- 6) Металл өткізгіш арқылы қуыс бұждаумен бұждау;
- 7) Ретроградты бұждау.

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Медиа сфера.2003ж
2. Пульмонологиядағы шұғыл көмек. И.Г.Фомина, В.Ф. Маринин
3. Тыныс алу ағзалары ауруларының рациональды фармакотерапиясы А.Г.Чучалина. Мәскеу,2004
4. Қазақстан денсаулық сақтау министрлігінің бұйрығы 22 желтоқсан 2004ж №883 “бекітілуі негізгі (өмірлік маңызды) дәрілік заттар тізімі”.