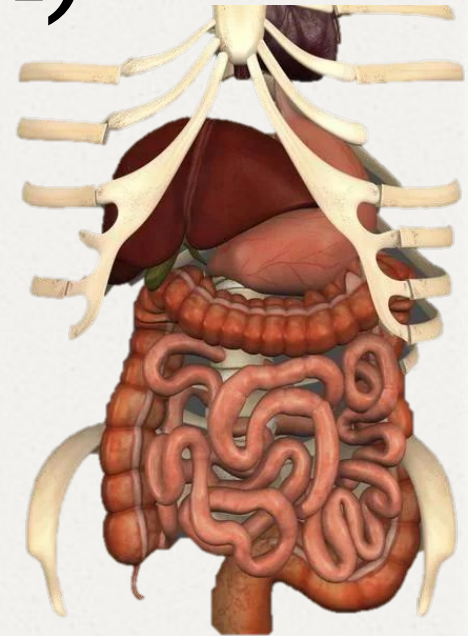


«Жедел іш». (жедел ішек өтімсіздігі).

Нұржанова С
605 топ



Жоспары

- Кіріспе
- II.Негізгі бөлім
- Жедел ішек өтімсіздігі
- Ішек өтімсіздігінің жіктелуі
- Ішек өтімсіздігінің әсер ету факторлары
- Ішек өтімсіздігінің негізгі клиникалық симптомдары
- Ішектің жедел өтімсіздігі диагностикасы
- Хирургиялық көмекті ұйымдастырудың жалпы принциптері

Жіті ішек өтпеушілігі (ЖІӨ)

- 0 Жіті ішек өтімсіздігі (ЖІӨ) - ішектің асқазан-ішек жолы бойынша асқазаннан тік ішекке қарай жылжуының бұзылуымен сипатталатын, этиологиясы бойынша әртүрлі аурулардың асқынған ағымдарын және механикалық кедергі салдарынан немесе ішектің қозғалу функциясының бұзылуы және мезентериалды қанмен жабдықтау нәтижесінде ЖІӨ морфологиялық субстратын қалыптастыратын патологиялық үдерістерді біріктіретін синдромдық санат.

Жіктелуі

Шығу тегі
бойынша:

туа пайда
болған;

Жүре пайда
болған

Ағымы
бойынша:

жедел;

созылмалы.

Механикалық
кедергілердің
локализациясы
бойынша

1) Ащы
ішектік:

2) Тоқ
ішектік.
- жоғары
- төмен

Даму механизмі бойынша:

1) механикалық:

2) динамикалық:

1) механикалық:

обтурациялық (іштен бітеу және сырттан қысу);

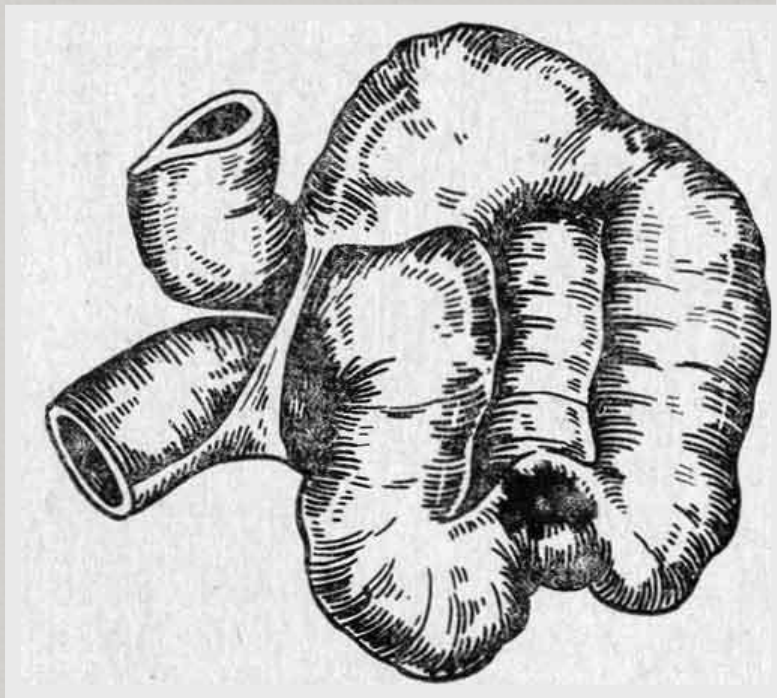
странгуляциялы
аралас (инвагинация, жабысқақ терезе).

2) динамикалық:

спастикалық;

паралитикалық

**Странгуляционная
непроходимость кишечника
Ущемление тяжом**



**Спастическая кишечная
непроходимость**



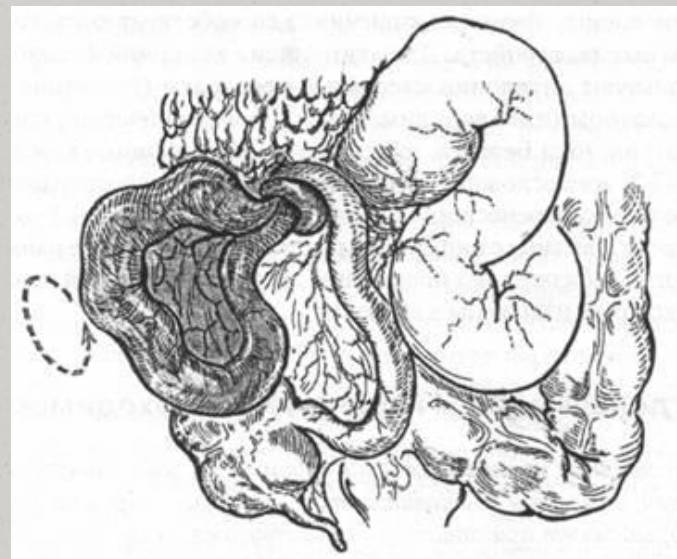
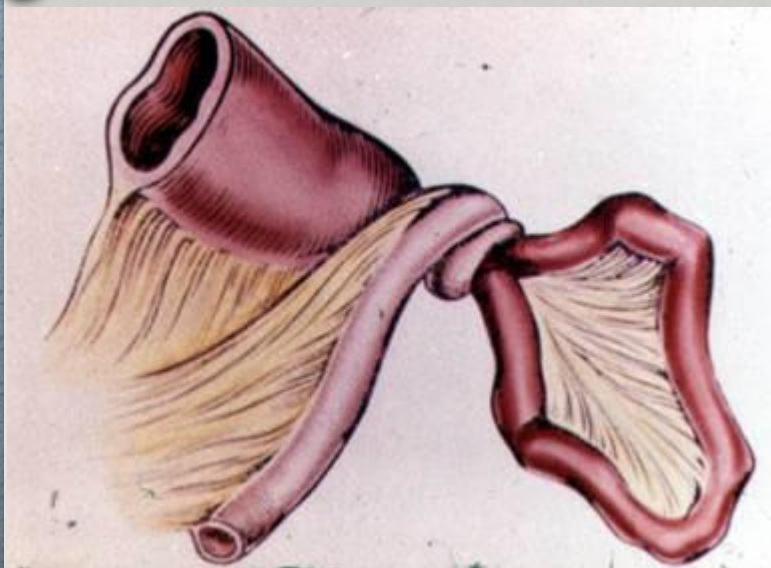
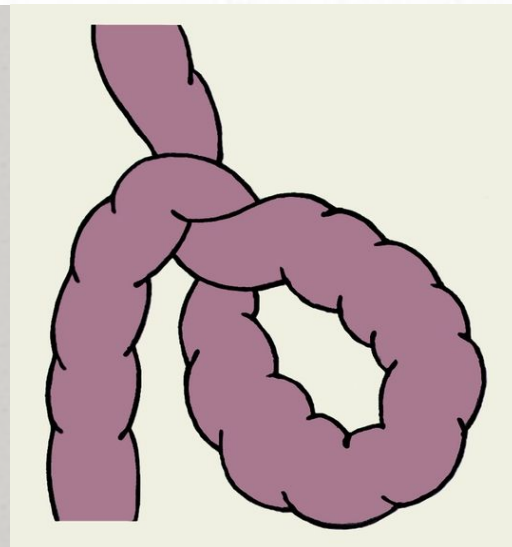
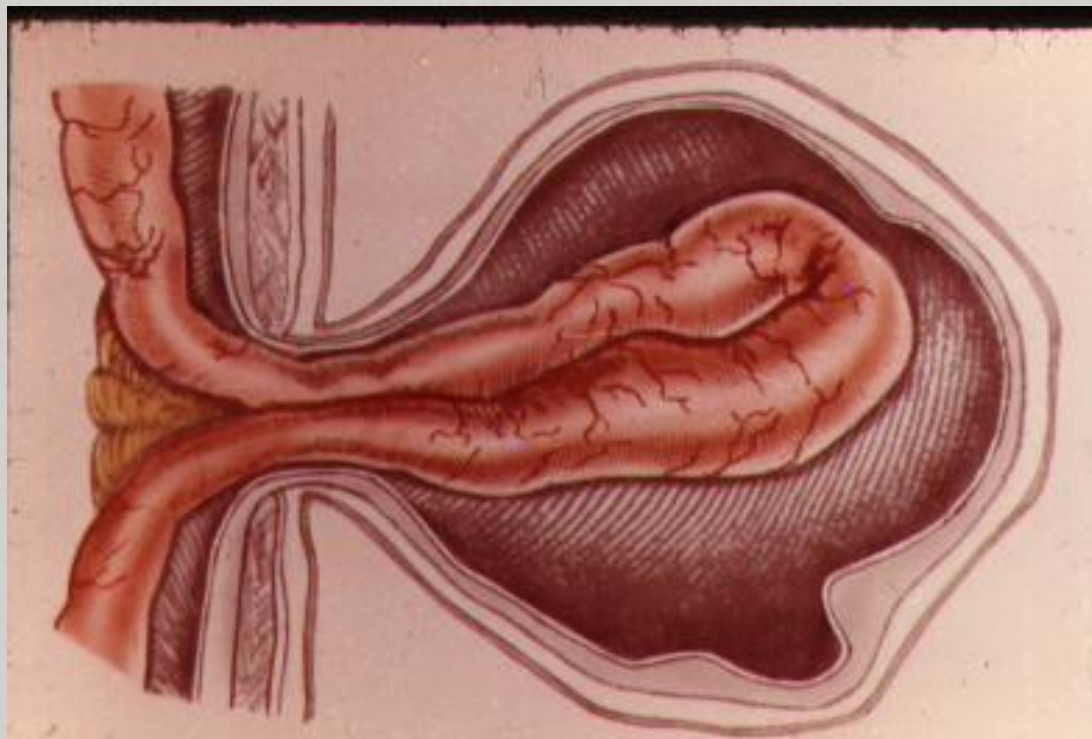


Рис. 7.7. Узлообразование (схема).

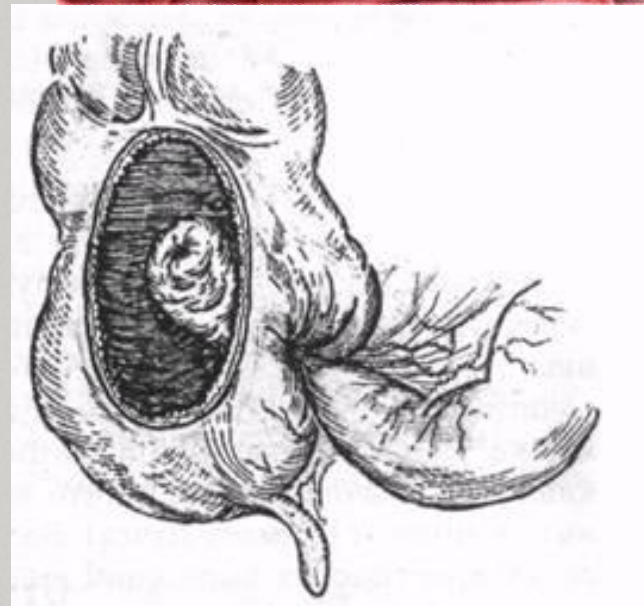
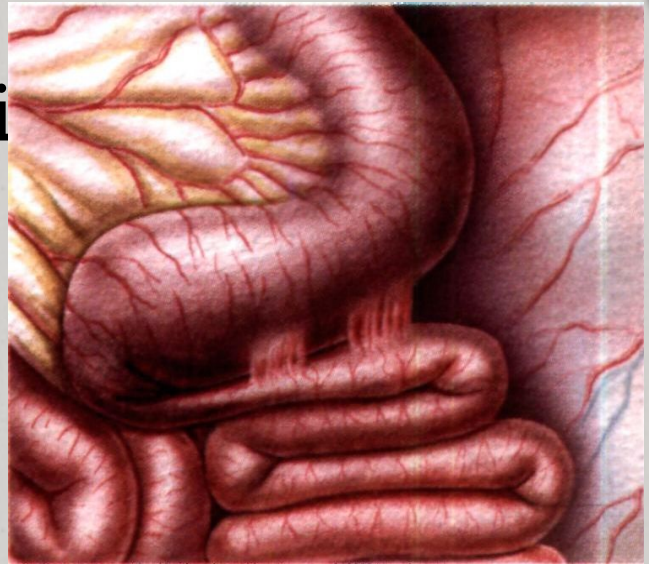


Странгуляциялық ішек өтімсіздігі

Обтурациялық ішек өтімсіздігі



Аралас ішек өтімсіздігі



Клиникалық ажыратылады:

Бастапқы кезең

2-12 сағат. Бұл уақытта шок, рефлексорлық құсу, нәжіс пен газдардың кешігуін байқауға болады.

Екінші кезең:

12-24 сағат ішекте қан айналымының бұзылуымен, оның моторикасы мен зат алмасуының бұзылуымен сипатталады.

Үшінші кезең:

декомпенсация кезеңі және асқынулар-перитонит және ауыр уыттану кезеңі.

Ішек өтімсіздігінің этиологиясы (пайда болу себебі):

0 Жедел ішек өтімсіздігінің дамуында мына факторлар ерекше ету факторларды айырамыз.

1 – топ бейім болу факторы:

- (Мерккель дивертикуласы, мальротация, ішек атрезиясы, мықын және соқыр ішектің жалпы шажырқайы, әртүрлі қуыстар, құрсақ қуысына енуі, осының салдарынан ішек түйілуінің қысылуы болады.)

- ішектердің түйілуі, күш түсуі, жабысуы, қайырылуы, деформациясы, ішектің басылуы.

- ішек қуысында әртүрлі бөгде заттардың болуы (өт тастары, нәжіс тастары, аскаридалар және т.б.). Сонымен қатар ішек қабырғасында (ісінулер тыртықтар) немесе көрші мүшелерде кисталар, жүктілік жатыр және т.б.)

- мүшелердің артық қозғалуы (сигманың ұзындығы, соқыр ішектің қозғалғыштығы)

(С.И. Спасокукоцкий, 1908)

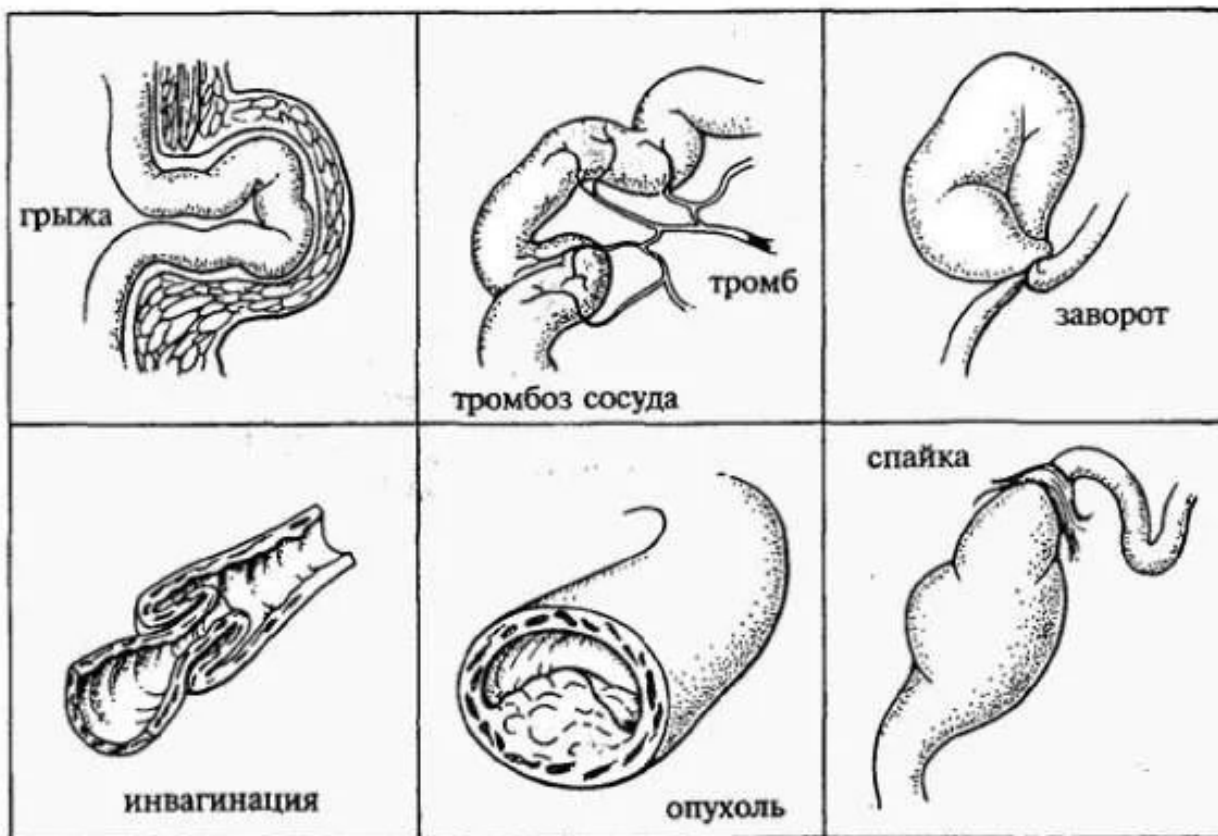
тамақтану ережесінің бұзылуы (уақытсыз тамақтану, көп сіңірілуі, қатты тағамдарды қолданғанда)

Толық тамақтанбау, май клеткаларының азаюы, құрсақтағы бұлшық ет тонусының төмендеуі, ішектің моторлық функциясының өзгеруі.

туа біткен себебі

Длиментарлы фактор

Виды острой кишечной непроходимости



- 0 2-ші топ: Әсер ету факторлары:**
- 0 құрсақ ішілік қысымның жедел көтерілуі**
- 0 Физикалық күш түсу**
- 0 Асқазан жолына көп тамақтың түсуі мен ауыртпашылық тудыруы**
- 0 Ішектің түйілуі немесе салдануы, 30-60 жастағы әйелдерден қарағанда ер адамдар жедел ішек өтімсіздігімен 2 есе ауырады. 100 000 ішінен 4-тен 20-ға дейін ауырады. (Перельман И.М, 1937 Чухриенко Д.П 1958 ж). Хирургиялық аурулар ішінде орташа кездесетіндер 2-3 %-ды құрайды. (В.И. Стругков, 1956 А.Н.Шабанов 1956).**

Ішек өтімсіздігінің негізгі клиникалық симптомдары

- 0 Аурудың ең басты белгісі **іш ауруы**. Обтурациялық ЖІӨ ерекшелігі-айқас тәрізді ауырсыну. Оның пайда болуы кедергі алдында перистальтикалық толқынның өту сәтімен сәйкес келеді. Айқас өте азап болуы мүмкін, ересек адамдар тіпті дәрігерді осы сәтте тексеруді тоқтатуды сұрайды. Айқастың тоқтауымен ауыруы төмендейді, бірақ қысқа уақытқа (2 — 3 мин), содан кейін қайтадан пайда болады. Аурудың өршуіне байланысты ішектің бұлшық ет жиырылу күші әлсірейді, парез болады, ауырсыну пайда болады. Ішектің өтпеушілігі болған кезде ауырсынуды тоқтату болжаудың нашар белгісі болып табылады. Паралитикалық ішектің өткізбеуі кезінде ауырсыну тұрақты, жайылмалы, орташа қарқындылықта.
- 0 Странгуляциялық ЖІӨ -ауырсыну өте қарқынды, шок суретіне дейін.
- 0 Ауру ұстамасы кезінде кейбір адамның ішінде *шуылдаған, қорылдаған шу* пайда болады. Іштегі әртүрлі дыбыстардың күштілігі сондай көрші бөлмелерге естіледі. Дыбыстардың пайда болуы іш ауруының басталуымен сәйкес келеді. Біраз уақыттан соң іш ауруы қайталап жаңағы іштегі қорылдап, шырылдаған дауыстар қайта басталады. Ол дыбыстар ішек ішіндегі нәжіс пен газдардың ішектердің жіңішкерген жерінен өткен кезде өте кеңейген ішек ішіндегі нәжіс пен газдардың қозғалысы кезінде естіледі.

- 0 Аурудың негізгі сипаттарының бірі құсу.
- 0 Оның айқындылығы кедергі деңгейіне байланысты: кедергі жоғары болса, құсу соғұрлым жиі болады. Ерте кезеңде төмен өтпегенде кейде ол болмауы мүмкін. Алдымен құсу рефлекторлы сипатқа ие және құсу массаларында тағам қалдықтары, асқазан ішіндегісі анықталады. Аш ішектің толып кетуі кезінде құсу массаларында фекалоид иісі бар ішектің ішіндегісі пайда болады. Ішек ішіндегісімен құсу-бұл кеш симптом, оны күтпеу керек. Бұл белгінің пайда болуы созылмалы процесті көрсетеді.

- 0 **Ішек өтімсіздігін баяндайтын ауру сипаттарының бірі үлкен дәреттің тоқтап, желдің шықпай қалуы.** Дегенмен, бұл жағдайды анықтауға кірсе де, ішектің өтпеушілігін диагностикалауда абсолютті, даусыз белгі емес. Аурудың алғашқы сағаттарында өтімсіздік болатын науқастарда, мысалы, аш ішекте нәжістің болуы мүмкін, газдар тіпті 2-3 рет кетуі мүмкін. Бұл кедергіден төмен орналасқан ішектің дистальды бөлімдерінің босатуымен түсіндіріледі. Бұл ретте, нәжістің болуына және газдардың бөлінуіне қарамастан, толық босату сезімі болмайды және науқастың жағдайы жақсармайды. Кейде нәжістерде қан қоспасын табуға болады. Қан кету "таңқурай желе" болуы мүмкін. .
- 0 Ауру сипаттарының ішінде тағы бір жиі кездесетіні **іштің кебуі.** Іш кебуінің көбіне ішек бұралысы болғанда айқын көрінеді. Іш іргесі кеуіп кеткен ішек тұсында қампайып көтеріліп тұрады, ал іштің басқа бөліктері бұрынғы қалпында қалады да, іштің ауырмай тұрған симметриясы бұзылады. Арық адамдарда іш іргесінен бұралып қалған ішекті байқауға болады. Аурудың бұл сипаты бір кезде «қисық қарын» деп аталған. Ауру басталған кезде іштің кебуі ауру ұстамасы кезінде ғана болады. Аурудың динамикалық түрі кездескенде әсіресе, ішек парезі болған жағдайда іш жалпы біркелкі кеуіп тұратындықтан бұл белгі оларда болмайды.

Норенберг – Чарквиани бойынша ішек өтімсіздігінің ағымында 3 кезең ажыратылады.

1-кезең. Бастапқы кезең жақын арада дамиды. Осы кезеңнің доминирленген симптомы болатын ауырсыну, жиі асқынуы болатын шок жағдайы. Құрсақ қуысын рентгенограммаға қайта түсіргенде газды көпіршік анықталады, бірақ сұйықтық деңгейі байқалмайды.

2-кезең. Аралық кезең (12-36 сағат) Осы кезеңге гемодинамикалық ығысу және пульстің жиілігі тән, АҚ қысымының төмендеуі. Ауырсыну өзінің ұстама тәрізді сипатын жоғлттып, ауырсыну тұрақты болып тұрады. Іш кепкен ассиметриялы ішек перистальтикасы тыныштық жағдайда ауысып тамшы тамғандай шу естіледі. Нәжіс тоқтап ауаға толады. Эритроцитоз гипергемоглобинутрия – канның ұю, құрғау болады. Жиі клойбер табакшасы анықталады “шайқалу шуы” оң.

3-кезең. Кеш немесе терминальді 36 сағаттан соң дамиды. Функциональды өзгерістер және тұрақты болады. Гемодинамика бұзылысының өршуі: пульс жиі, кіші, АҚ қысымы төмен, тілі құрғақ, “терка” нәжіс иісті құсық, алигурия іш кепкен, перистальтикалар жоқ. Көптеген клойбер табакшасы.

Анамнез:

- 0 көп мөлшерде тамақ қабылдауға назар аудару қажет (әсіресе ашықтан кейін);
- 0 іш ішілік қысымның едәуір жоғарылауымен бірге болатын физикалық жүктеме кезінде іште ауырсынудың пайда болуы;
- 0 тәбеттің төмендеуіне және ішек жайсыздығына шағымдар (ауық-ауық ауырсыну және іштің кебуі; іш қату, диареямен ауысатын іш қату; нәжістегі патологиялық қоспалар).
- 0 Физиологиялық тексеру

Науқасты объективті тексеру:

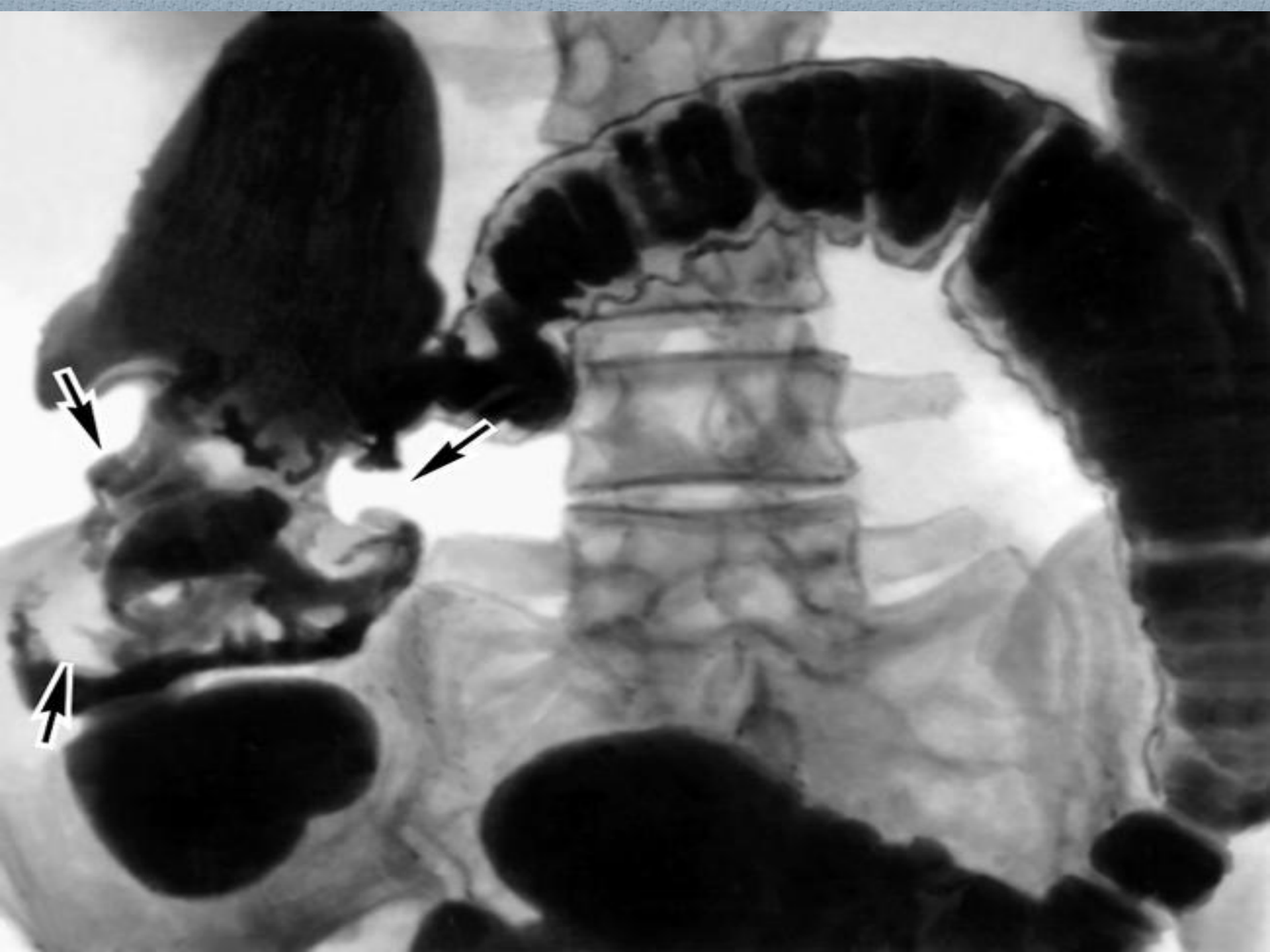
- 0 Жалпы тексеру:
- 0 Жүйке-психикалық жағдайы. Рs және АҚ (брадикардия-жиі странгуляциялық өтімсіздік кезінде). Тері мен шырышты және т. б. қарау.
- 0 Науқастың жалпы жағдайы ЖІӨ басынан өткен түріне, деңгейіне немесе уақытына қарай орташа ауырлықтағы немесе ауыр болуы мүмкін.
- 0 Аурудың бастапқы кезеңінде температура көтерілмейді. Странгуляциялық ішек өткізбеушілігі дамыған кезінде коллапс және шок, температура төмендейді 36 Б.
- 0 Ауру басында Пульс өзгермейді, өтпеушілік құбылыстары ұлғайған кезде тахикардия пайда болады. Төмен температура мен жиі пульс арасындағы айырмашылықты өзіне аударады.
- 0 Тері және шырышты қабаттар: олардың бағалауынша сусыздану дәрежесі туралы айтуға болады: тері және шырышты қабаттардың құрғауы, тері тургорының төмендеуі, тілдің құрғауы.

Рентгенологиялық тексеру

- 0 Рентгенмен тексеру - көптеген мәлімет береді. Газбен созылған ішекте Клойбер тостағаншасы деп аталатын көлденең деңгейлі сұйық көлеңкесі және "балық скелеті" деп аталатын ішектің кілегейлі қапшығының қыртыстану көріністері анықталады.

Аталған хабарлар арқасында ішек ішіндегі нәжіс пен газдың шығуына белгісіз кедергінің барлығы айқындалады. Бұдан соң кедергінің түрі, оның орналасқан орны және кедергіге әкелген ауру анықталады.

Бірақта, ішек түйілуі анық болса аталған сұрақтарға толық жауапты күтпей ауруды жедел операцияға алу қажет. Өйткені ішек түйілуінің барлық көріністерінің пайда болуын күту ауруға зор қатер туғызады.



Острая кишечная непроходимость (чаши Клойбера)



Диагностический алгоритм





0 Диагноз негізгі төрт симптом (ауырсыну, құсық, газ және нәжіс шықпауы) негізінде анық шешіледі. Бірақта олардың бәрінің байқалуын күту аурудың асқынуына әкеледі - бұл симптомдардың кейбіреуі кеш пайда болады. Бұл симптомдар анық байқалғандарға жасалған операцияның акыры нашар - ауру өлімі жиі.

Ішек бітелуінің төмен орналасуында құсықтың өте кеш пайда болатындығы, ал кедергі жоғары орналасқанында нәжіс шығуы мүмкіндігі жоғарыда аталып өтті.

Ішек түйілуінің диагнозын анықтауда лабораториялық тексерістер де қолданылады. Қан лейкоциттері көбейуі - қабыну үрдістерінің барлық түрінде байқалады. Зәрде индикан табылуы ішек түйілуін дәлелдейді, бірақта индиканурия ауруының асқынған кезеңінде байқалады.

Сонымен, ішек түйілуімен науқасының диагнозын анықтау анамнез, аурудың шағымы, объективті тексеріс және рентгенмен тексеру негізінде орындалады.

Емдеу процесі мынадай сатылардан тұру керек.

- 0 Ем шараларының ең басты бөлігі аурудың дәрігерге ерте қаралуы.
- 0 Одан кейін ауруды уақытында аурухананың хирургиялық бөлімшесіне жатқызу.
- 0 Ауруханада дәрі дәрмек арқылы өмір сүруге маңызды органдарды болған өзгерістерді, қан құрамындағы өзгерістерді түзету үшін ем қолдану.
- 0 Уақытында және толық жасалған операция .
- 0 Ем шараларын операциядан кейін әрі қарай жалғастыру.

- 0** Ішек өтімсіздігі бар екені не сол туралы болжам болған адамды дереу хирургиялық бөлімшесі бар ауруханаға жеткізу керек. Есте ұстайтын жағдай үйдегі құсық мөлшерін, оның түрін, құсықта не бар екенін білу қажет.
- 0** Ауруханаға әкелісімен дәрігер диагноз қойып, ем шараларын қолдана бастайды. Дәрі-дәрмекпен емдеуді бастау үшін дәрігер аурудың қай кезеңде түскенін бақылайды. Егер ауру іш астары қабынған кезде келгендей болса бірер сағат дайындықтан кейін дереу операцияға алынады.

Принципы хирургического лечения острой странгуляционной кишечной непроходимости

устранение
причины острой
кишечной
непроходимости

деторзия
дезинвагинация
грыжесечение
расправление узла

оценка жизнеспособности
кишки

кишка
нежизне-
способна

РЕЗЕКЦИЯ

кишка
жизне-
способна

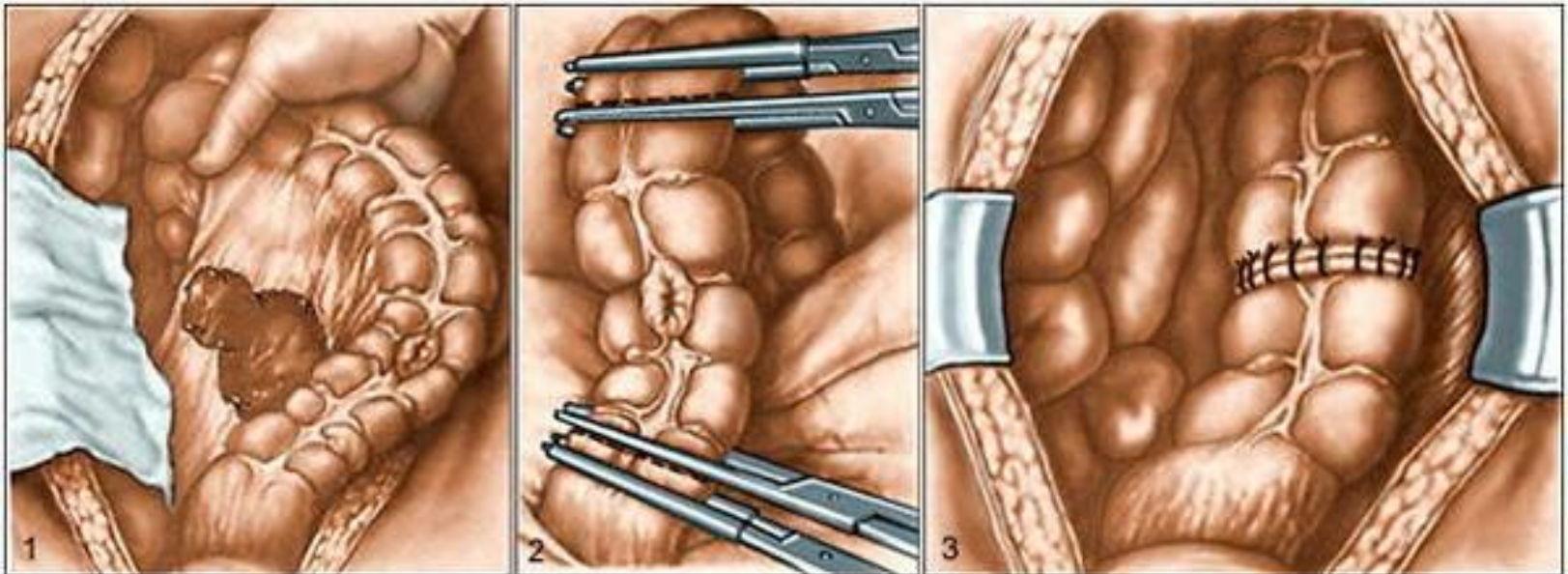
Хирургиялық емдеу

- 0 Операцияға дайындау мерзімі – 3-4 сағаттан аспау керек. Осы мерзім ішінде ауруды жан жақты зерттеп, диагнозды қайтадан тұжырымдайды және жоғарыда айтылған қандағы және өмір сүруге маңызды зор мүшелердегі өзгерістерді жойып қызметін қалпына келтіруге тырысады.
- 0 Ол үшін қан көлемін орнына келтіру үшін көптеген қан құрамын алмастыра алатын ерітінді заттар вена арқылы жіберіледі. Ол үшін полиглюкин, реополиглюкин, гемодез, глюкоза ертінділері, ас тұзының физиологиялық ертіндісі, электролиттер ертінділері, витаминдер, гормондар қолданады. Оларға қоса кейде белоктық препараттар не қан құю шараларын жүргізген жөн.
- 0 Ауру түсінде іш астары қабынғаны білінген ауруды қан қысымы әдеттегі шамаға дейін көтерілген соң бірер сағат дайындап операция жасаса сәтті аяқталуы ғажап емес.

Шұғыл операция

- 0 Шұғыл операция (түскен сәттен бастап 2 сағат ішінде орындалады) келесі жағдайларда ЖІӨ кезінде көрсетілген:
- 0 * Перитонит белгілері бар өтімсіздікте
- 0 * Интоксикация және дегидратация клиникалық белгілерімен қосарланған өтімсіздікте (яғни, ЖІӨ ағымының екінші фазасында)
- 0 * Клиникалық суреттің негізінде ЖІӨ странгуляциялық нысанының болуы туралы әсер пайда болған жағдайда .

РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ



- 1) РЕЗЕКЦИЯ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ;
- 2) СИГМА ВЗЯТА В ЗАЖИМЫ;
- 3) ЗАВЕРШЕНИЕ НАЛОЖЕНИЯ СОУСТЬЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА.

- 0 ЖІӨ бойынша операция әрдайым үш дәрігерлік бригаданың жалпы анестезиясымен орындалады.
- 0 1) лапаротомия, ревизия, өтпеушіліктің патоморфологиялық субстратын сәйкестендіру және операция жоспарын анықтау кезеңінде кезекші бригаданың ең тәжірибелі хирургінің операцияға қатысуы, әдетте жауапты кезекші хирург міндетті түрде қатысу қажет.
- 0 2) өтпеушіліктің кез келген оқшаулануында доступ ашу – құрсақ қуысына кірер кезде тыртықтарды кесумен және жабыспақтарды абайлап кесумен орта лапаротомия.

0 3) операциялар келесі міндеттерді дәйекті шешуді көздейді:

0 - өтпеушіліктің себептері мен деңгейін анықтау

0 - ЖІӨ морфологиялық субстратын жою

0 - кедергі аймағында ішектің өміршеңдігін анықтау және оның резекциясына көрсеткіштерді анықтау

0 - өзгертілген ішектің резекциясының шекарасын белгілеу және оны орындау

0 - ішек түтігін дренаждауға көрсеткіштерді анықтау және дренаждау әдісін таңдау

0 - перитонит болған кезде іш қуысын санациялау және дренаждау

- 0 4) лапаротомиядан кейін тікелей өтпеушілік аймағын табу аш ішектің, сондай - ақ тоқ ішектің жағдайын жүйелі түрде тексеру қажеттілігінен босатпайды. Тексеру алдында шажырқай тамырын жергілікті анестетик ерітіндісімен міндетті түрде инфильтрлеу жүргізіледі. Ішек ілмектерінің ішіндегісімен анық толып кеткен жағдайда тексеру алдында гастроеюнальді зонд көмегімен ішектің декомпрессиясы жүргізіледі.
- 0 5) өтпеушілікті жою әр түрлі әдістерді қолдануға нақты көрсеткіштерді айқын анықтай отырып, аз жарақаттанушылық тәсілмен жүзеге асырылады: көптеген дәнекерлердің кесілуі; өзгертілген ішектің резекциясы; өзгерген ішектің бұрылуын, инвагинациясын, түйін түзілімдерін жою немесе алдын ала манипуляциясыз осы түзілімдерді кесу.

0 б) ішектің резекциясына көрсеткіштерді анықтау кезінде көзбен шолу белгілері (түсі, қабырғасының ісінуі, қосалқы қан құйылу, перистальтика, қабырға тамырларының пульсациясы және қан толуы), сондай-ақ ішектің шашырауына енгізгеннен кейін осы белгілердің динамикасы, жергілікті анестетиктің жылы ерітіндісі пайдаланылады. Ішектің өміршеңдік қабілетіне күмәнданған жағдайда, оны 12 сағаттан кейін бағдарламаланған релапаротомияны немесе лапароскопияны пайдалана отырып, резекциялау туралы мәселені шешуді кейінге қалдыруға болады.

Ішек өтімсіздігі кезіндегі басқа операция тәсілдері.

- 0 айналмалы анастомоз
- 0 экторостомия, цекостомия
- 0 некрозға ұшыраған ішекті алып шығу тәсілі.
- 0 Операциядан кейін науқасты функциональді төсекке Фавлеров кейпінде (яғни басын көтеріп) жатқызады.
- 0 **Сифонды клизманың тәсілі.**
- 0 дәрігердің қатысуымен жасалынады, оң немесе терісін қорытындысына көзін жеткізу керек.
- 0 Н О бөлме температурасындай, бірақ суық емес, мөлшері 1 шелек немесе оданда көбірек.
- 0 Сифонды клизмада ыңғайлысы жуан асқазан зонды, оған түтік арқылы үлкен варонка жалғанады, 1-1,5 л су сыйады
- 0 Жансыздандыру – эндотрахальды наркоз. Операция – аралық лапаратомия, құрсақ қуысына ревизия жасалынады. Хирург ішектің жабысқан жерін ажыратады. Шажырқай түбіне 200-400 мл 0,25 новокаин ерітіндісі енгізіледі, өйткені афферентті импульстан ОЖЖ қоршау үшін.
- 0 Алдымен соқыр ішекке көңіл бөлінеді. Егер ол үрленген болса, онда жабысқан жерін тоқ ішектен іздеу керек, егер жабысқан болса онда ащы ішектен ізделінеді. Жабысқан жерден жоғары ішек үрленген ішек түйіні цланозды түсте, сұйықтық пен толған, перистальтикасы болу. Жабысқан түйіннің төменгі жерінде ішек жабысып тұрады.

Емдеу тиімділігінің индикаторлары:

- 0 ЖІӨ симптомдық белгілерін жойылуы;
- 0 * оң рентгенологиялық динамика;
- 0 * ішектің өткізгіштігін табиғи жолмен немесе жасанды тесіктер арқылы қалпына келтіру-ішек стомасы;
- 0 * операциялық жараны алғашқы керумен емдеу, операциялық жараның қабыну белгілерінің болмауы .