

Ішек өтімсіздігі

Жоспары:

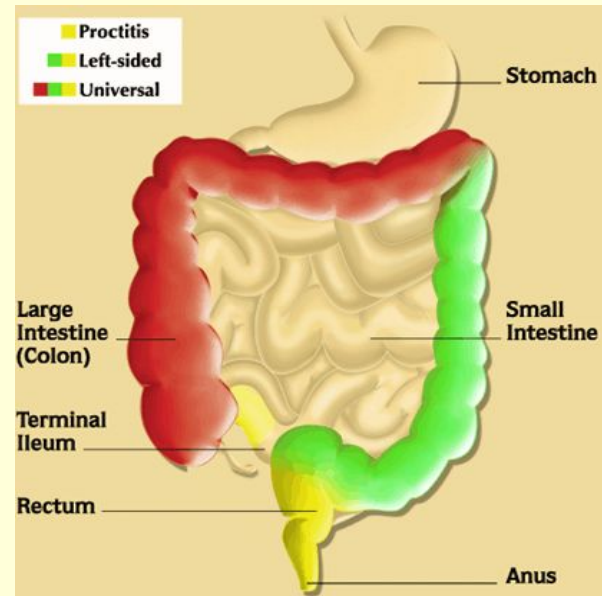


- Анықтамасы
- Этиологиясы
- Патогенезі
- Жіктелуі
- Диагностикасы
- Клиникасы
- Емі
- Оперативті ем түрлері

- Хирургиялық аурулар ішінде, жедел ішек өтімсіздігі осы уақытқа дейін операциядан кейінгі өлім қауіпінің жоғары болуымен анықталады.
- Ішек өтімсіздігі- ауыр түрде өтетін ауру, асқазаннан артқы тесікке баратын ішек сұйықтығының тоқтауымен сипатталады.
- Термин – ileus – осы ауруды бізге дейін ескі атауы ішек айналуы болған. Орта ғасырда осы аурудың ауыр түрінде дәрігерлер көмек көрсете алмаған.

Ащы және тоқ ішектің анатомиясымен физиологиясы.

Ащы ішектің жалпы, ұзындығы 6,5 – 8,5 м болады. Соқыр ішекке карай түсіп шырышты қатпарларды құрап, бұлшық етпен қабатталған – Баугини заслонкасын түзеді. Бұл бұрыш илеоцекальді деп аталады.



- Тоқ ішектің ұзындығы 1,5 м. Бұдан соқыр ішекті, әкелгіш ішекті, бауыр бұрышы, көлденең – тоқ ішекті, көкбауыр бұрышы, әкеткіш ішекті, сигма тәрізді ішекті және тік ішекті ажыратады.



- Ащы ішекпен және тоқ ішектің оң жақ жартысын жоғарғы – шажырқай артериясы қанмен қамтамасыз етеді. Тоқ ішектің сол жақ жартысын төменгі шажырқай артериясы қанмен қамтамасыз етеді. Ішек веналары бір аттас артериялармен сәйкес болады. Төменгі шажырқай венасы жоғарғымен қосылып және көкбауыр венасы порталды венаның бағанын құрайды, ол бауырға қан тасымалдаушы.

- Ащы ішекте асқазан және ұйқы безінің көмегімен дайындалған сұйықтықтарды және белоктарды, майларды, көмірсуларды сіңіру үрдісі жүргізіледі.

Тоқ ішекте ең басты судың сіңірілуі болады.

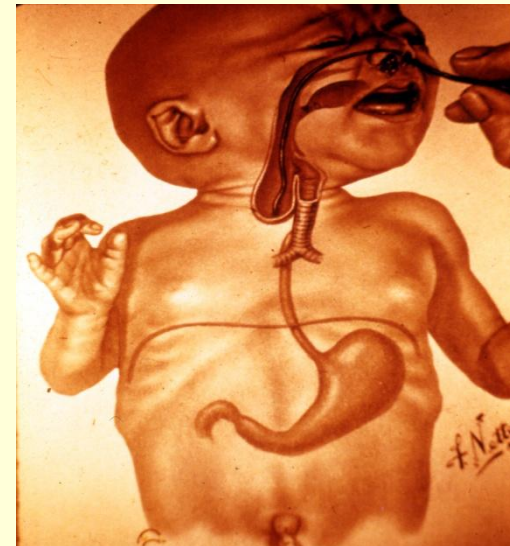
Ащы ішектің 2/3 бөлігін алып тастағанда ағзада қоректену бұзылмайды, ол мықын ішектің резекциясында біраз ауыртпашылық тудыруы мүмкін. Ащы ішектің жыланкөзінде, ағзаның жүдеуіне және өлімге тез әкелуі мүмкін.

- Тоқ ішекті толық алып тастағанда науқастың жағдайы өзгеріссіз, кейіннен жиі және сұйық нәжіс байқалады және де сұйықтықтарды қажет етіп тұрады.
- Құрсақ ішілік нәрестеде әртүрлі **аномалиялар** болуы мүмкін, кейіннен ішек өтімсіздігіне әкеліп соқтырады:
 - 1) Меккель дивертикуласы. Илеоцекальді бұрыштан жоғары 30-100 см орналасқан және ащы ішектің өсіндісі болып табылады, соқыр ішектен айырмашылығы шажырқайы болмайды.

2) Гиршпрунг ауруы (мегаколон, мегасигма) – бұл тоқ ішектің толығымен кеңеюі немесе бір аймақтағы бөлігінің кеңеюі. Баланың тоқ ішегінің диаметрі 20-22 см болады.

3) Мальротация – 12-елі ішектің жоғары тұруы.

5) Асқазан – ішек жолдарының кейбір бөліктерінің қосарлануы.



- **Этиологиясы, жайылуы, жиілігі.**

Жедел ішек өтімсіздігінің дамуында бейім және әсер ету факторларды айырамыз.

Бейім болу факторы:

1. туа біткен(Меккель дивертикуласы, ішек атрезиясы, мықын және соқыр ішектің жалпы шажырқайы, әртүрлі қуыстар, құрсақ қуысына енуі.

2. ішектердің түйілуі, күш түсуі, жабысуы, деформациясы, ішектің басылуы.
3. ішек қуысында әртүрлі бөгде заттардың болуы (өт тастары, нәжіс тастары, аскаридалар және т.б.). Сонымен қатар ішек қабырғасында (ісінулер) немесе көрші мүшелерде кисталар, жүктілік жатыр және т.б).
4. мүшелердің артық қозғалуы (сигманың ұзындығы, соқыр ішектің қозғалғыштығы).

- 2. Алиментарлы фактор

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

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

Әсер ету факторлары:

- 1) құрсақ ішілік қысымның жедел көтерілуі
- 2) Физикалық күш түсу
- 3) Асқазан жолына көп тамақтың түсуі мен ауыртпашылық тудыруы

Ішек өтімсіздік жағдайдың пайда болуына әсер ететін жағдайлар: халық апаттарында, 1 және 2-ші дүние жүзілік соғыста. Осы келтірілген мысалдар алиментарлы фактор әсерінен болған.

Қазіргі кезде ішек өтімсіздігінің жиі кездесетін түрі ол: **ішектің жабысуы.**

- **Ішек өтімсіздігінің патогенезі,**
патанатомиясы.

Ішек өтімсіздігі кезінде ағзада жалпы және жергілікті көріністер байқалады. Странгуляция кезінде ішекте көп өзгерістер болады, өйткені онда шажырқайдың қан тамырлары зақымданады. 3-4 сағаттан кейін қан құйылулар болады, ішек қуысына қанның транссудат сияқты жиналуы және де құрсақ қуысында да жиналады.

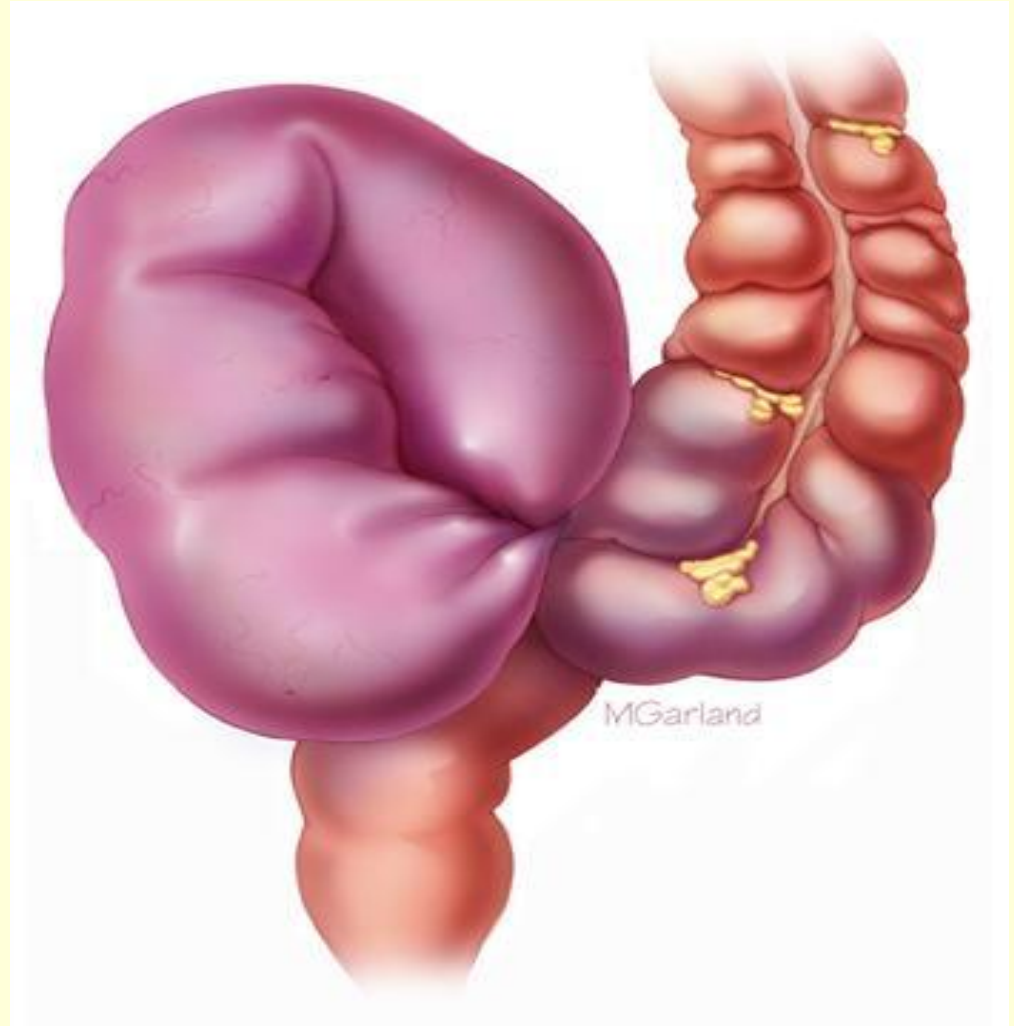
Қысылған түйінде перистальтика болмайды, өйткені онда сұйықтық жиналып және жел кеңейтіп тұрады. Кейінірек тамырларда тромбоз болады, артериальді қан айналып тоқтайды, некрозға ұшырап шырыш ажыратылып, содан кейін ішек қабырғасының түгелдей өлуі болады. Сонымен қатар ішектің нервтік түйіндері зақымданады. Осы өзгерістердің бәрі қайтымсыз болады және 4-5 сағаттан кейін ішектің түгелдей некрозы болады. Ішектің өзгерген қабырғасынан құрсақ қуысына инфекция еніп, перитонит тудырады.

- Ішек қуысынан токсикалық заттар қанға түседі.(гистамин, холин, серотонин, кетохоломин тәрізділер) бұлар тамыр орталығына барып әсер етіп АҚ қысымын төмендетеді. Ағзаның улануы болады. Басында перистальтика күшейеді, кейін атония дамиды (Парез).

- Сонымен қатар жедел ішек өтімсіздігінің жергілікті өзгерістер кезінде жалпы бұзылыстар байқалады, аурудың қауіпті ағымында маңызды роль атқарады. Бұл бұзылыстар странгуляция да байқалуы мүмкін. Ішек өтімсіздігі болған жағдайда ағза тәулігіне 10 литрға дейін сұйықтық жоғалтады. Қалыпты жағдайда 1 л сілекей бөлінеді. Асқазан сөлі 3-4 л, өт 1- л , ұйқы безінің сөлі – 1,5л, ішек сөлі – 3-3,5 л. Осы сұйықтықтар ағзадан құсық массасымен жоғалады, ағзаның құрғауы болады және витаминмен ферменттердің алмасуы бұзылады.

- Жоғалған өзгерістер дамиды. Қанның құрамындағы хлориттер төмендейді-(300-400 мг - дейін)калий, натрий, осының салдарынан бұлшық еттердің әлсіреуіне әкеп соғады. Қанның қоюлануы дамиды. Гемоконцентрация, “жалған”лейкоцитоз азотемия. Транссудатпен бірге көп мөлшерде белок жоғалады, науқаста белок жетіспеушілік туады және осының нәтижесінде жүйке жүйесі зақымдалады.

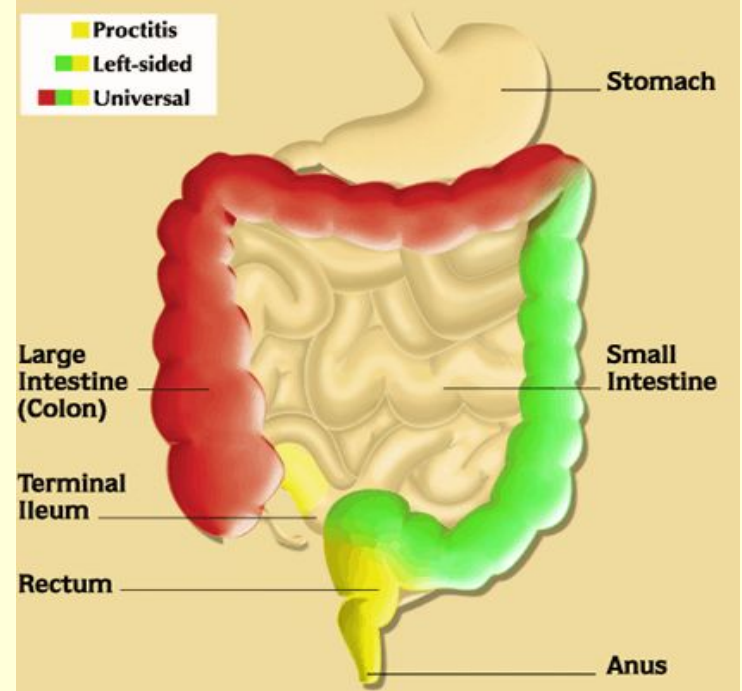
- Ішектің түйілуі кезінде нервтердің қысылуы қатты ауырсыну шақырады да рефлекторлы түрде орталық нерв жүйесіне әсер етеді, кейін шокты дамытады.



- **Ішек өтімсіздігінің жіктелуі.**

Көп жіктелулер ұсынылған (А.Б.Норнберг, Чарквиани, 1967, П.М Щекотов 1966 А.Г. Соловьев 1948 және т.б.) кітаптағы жіктелудің көп тарағаны Н.Н.Еланскийдікі.

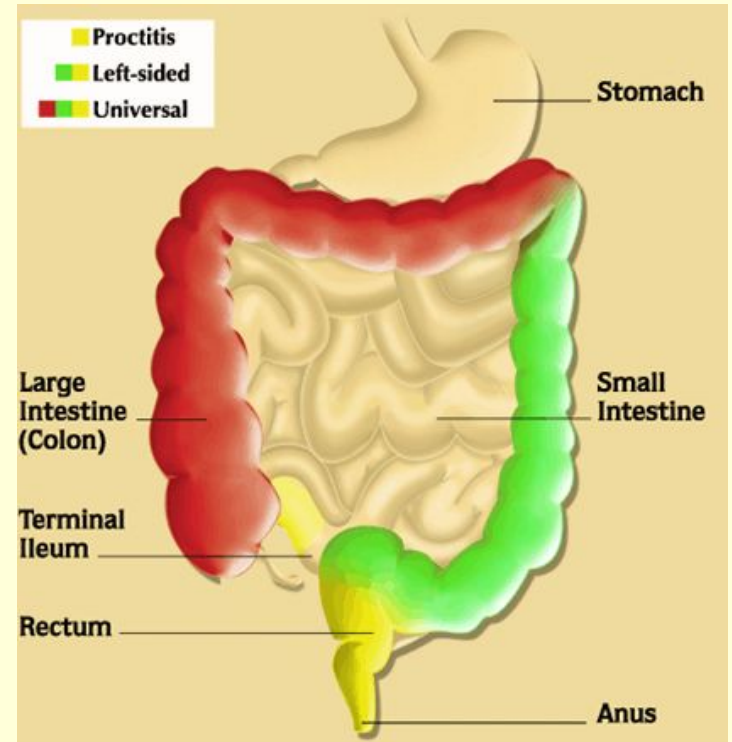
1. Болғанына байланысты туа біткен, жүре пайда болған.



2.Даму механизмі бойынша

Механикалық	Динамикалық
<i>Обтурациялы</i> <i>Странгуляциялы</i>	<i>Паралитикалық</i> <i>Спастикалық</i>

3. Клиникалық ағымы бойынша - бөліктік, толық, жедел, созылмалы, қайталанбалы.



Ішек өтімсіздігі:

Динамикалық:

Спастикалық:

(дизентерия,
улану)

лапаротомия,

шажырқай тамырлары-

Паралитикалық:

(Жарақат,

колика

ның тромбозы т.б.)

Механикалық:

Странгуляциялы

(ішектің айналуы түйін
тәріздісі, ішектің
қысылуы)

Обтурациялы

(Тыртықтар, кисталар,
ісіктер)

- **Ішек өтімсіздігінің клиникасы.**

Ауру көбінесе кенеттен басталады, шок жағдайлары да дамып тұрады. Іштің ауырсынуы толғақ тәрізді сипатталады, нәжістің бөгелуі ауаның бөгелуі, жиналуы, көп түрдегі құсулар.

Жас балалар бұрын айғайламаған дауысын шығарып айғайлайды және аяқтарымен тепкіленіп, омырауға ұмтылады немесе ұмтылмайды – нәрестеде инвагинация.

- Өтімсіздіктің деңгейіне байланысты нәжістің және желдің бөгелу симптомдары байқалады. Алдыңғы ішек өтімсіздігіне қарағанда құсу қаттырақ болады және де жеңілдік бермейді. Антиперистальтиканың себебіне байланысты нәжістің иісі болуы мүмкін. Жоғалған сұйықтықтар кезінде клоникалық қалтырауларды шақыруы мүмкін. Ауру асқынған кезде жоғарлайды.

- **Симптоматика.**

Жедел ішек өтімсіздігін анықтау үшін:

1. **Анамнез:** Науқастың ауыр халіне қарамай аурудың қалай басталғанын, нәжістің сипатын және ақырғы рет қашан болғанын анықтау керек. Бұрында ұстамалары болды ма екенін білу керек. Науқастан қандай операция болды және жарақаттары бар ма екенін немесе ауыратынын анықтау керек.

2. **Қарағанда:** науқасты толық және анық қарау керек. Науқастың жедел ішек өтімсіздігін қарағанда жара қақпасының жиі кездесетін жерінен бастау керек, өйткені қысылған жарықты анықтау қажет.

Кейін науқастың тері жабындысындағы тыртықты тексеру керек. Операциядан кейінгі жараны тексерген сияқты ішті қараған кейін шектелмеу керек. Кеудені де қарау керек. (мүмкін бұрын торакоабдоминальді оқ тиіуі болған шығар) Бұрын оқ тиген жерде ішектің жабысуына немесе дифрагмальді жарыққа күмандануға болады.

Жедел ішек өтімсіздігіне ішті зерттегенде керекті белгілерді байқау қажет.

- ЖІӨ-де іштің кебуі керекті белгілердің бірі болып табылады. Іштің кебуі обтурацияның орналасуы және аурудың уақытына байланысты әртүрлі болуы мүмкін. Жоғарғы өтімсіздік жағдайда іштің кебуі аз немесе болмауы мүмкін, бірақ төменгі жақта байқалса соғұрлым көп жел жиналады, әсіресе тоқ ішектің өтімсіздігіне көп жиналу байқалады. Аурудың уақыт өткен сайын метеоризм дәрежесі үлкейеді.

- ЖІӨ-гі кезінде пальпацияны байқап жасау керек, жұмсақ екі қолмен науқастың құрсақ қабырғасына беткей пальпация жұмсақ түрде ауырсыну тудырмау керек. Терең пальпацияда ауырсыну жері табылады, онда қысылған ішектің орналасуы сәйкес келеді. Пальпация кезінде тексеріп жатқан саусаққа ішектің қатаюы сезілуі мүмкін немесе созылыңқы қорғанысы байқалады.

- Құрсақ қабырғасын жеңіл шайқағанда мынандай феномен алуға болады. Онда “шайқалу шуы” естіледі. Симптом И.П. Склярова (1920) Бұл симптом ішек өрімінің созылуын білдіреді, өйткені онда сұйықтықпен желдің толуын айтады. Бұл белгі аурудың асқынғанын дәлелдейді және шұғыл операция қажеттілігімен сипатталады.

Аускультация іштің маңызды диагностикасында үлкен роль атқарады. А.Г.Лидской бойынша (1934) обтурационды өтімсіздіктің алғашқы кезеңінде ішектің моторлы функциясы сақталып, тыңдағанда шуылдар естілуі мүмкін.

- Странгуляционды ішек өтімсіздігінде шуылдар аурудың алғашқы кезеңінде естіліп кейін жоғалып кетеді. ЖІӨ-де дыбыстың жоғары тонымен сипатталады, бұл “тамшының шуы” симптомы деп аталады. (С.И.Спасокукоцкий 1908ж). Соңғы кезінде перистальтика біртіндеп азайып “тыныштық орнайды” бұл ең үлкен симптом болып табылады.



- ЖІӨ болған жағдайда міндетті түрде тік ішекті және қынапты саусақпен тексеру керек. ЖІӨ кезінде саусақпен тексергенде тік ішекте бос балон тәрізді ампула анықталады, ішектің алдыңғы қабырғасында домалақ пішінді өрімдер дамиды.

- Тік ішек ампуласында басқа да белгілерді байқауға болады, бұл белгілер ішек өтімсіздігіне себеп бола алады: ісіктер, бөгде заттар, т.б.
- Лабораториялық көрсеткіштер: ЖІӨ алғашқы кезеңінде өзгерістер болмайды. Өршіген кезде науқаста өзгерістер пайда болады.

1.эритроцитоз байқалады 5 - 6 млн

2.гемоглобин жоғарлайды 100-120% дейін

3.лейкоцитоз 16000

- Осы өзгерістер странгуляциялы ішек өтімсіздігінен сипаталады.
- ЖІӨ кезіндегі байқалатын зәр анализі:
 - олигурия – зәрдің кенеттен азаюы, ағзаның сусыздануын шақырады. Бөлінген зәрді міндетті түрде бақылап түтікше енгізіп қою керек.
 - Калий мен натрийдің шығарылған мөлшері өзгереді.
 - Зәрде белокпен цилиндрлар және қандағы элементтер бүйректегі дегенеративті өзгерістердің дамуын айтады.

Рентгенологиялық өзгерістер.

- ЖІӨ келесі рентгенологиялық өзгерістері бар: Клоибер табақшасы – сұйықтық деңгейі күмбез тәрізді оның үстінде табақшаның түбіне ұқсас болып тұрады.

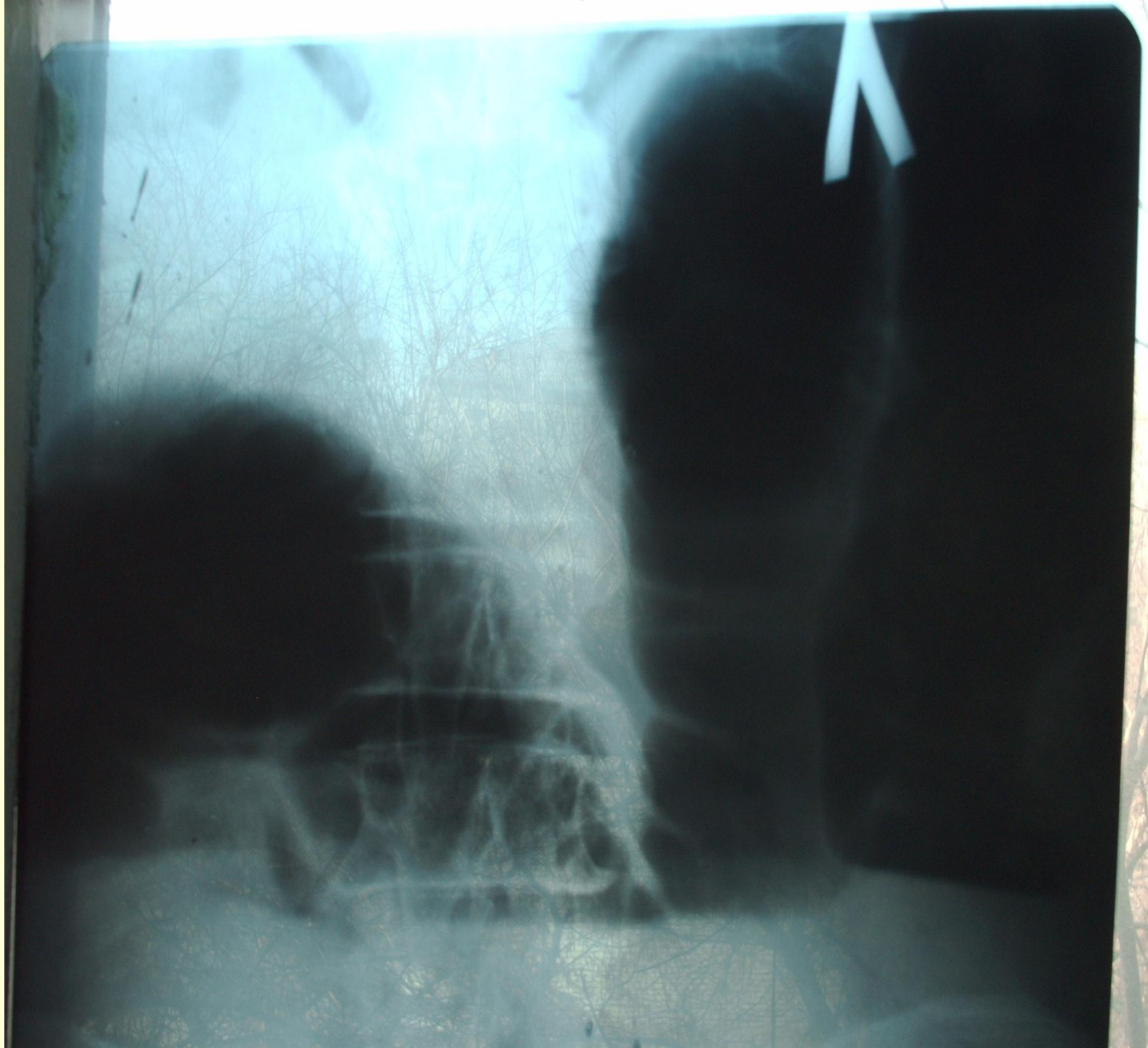


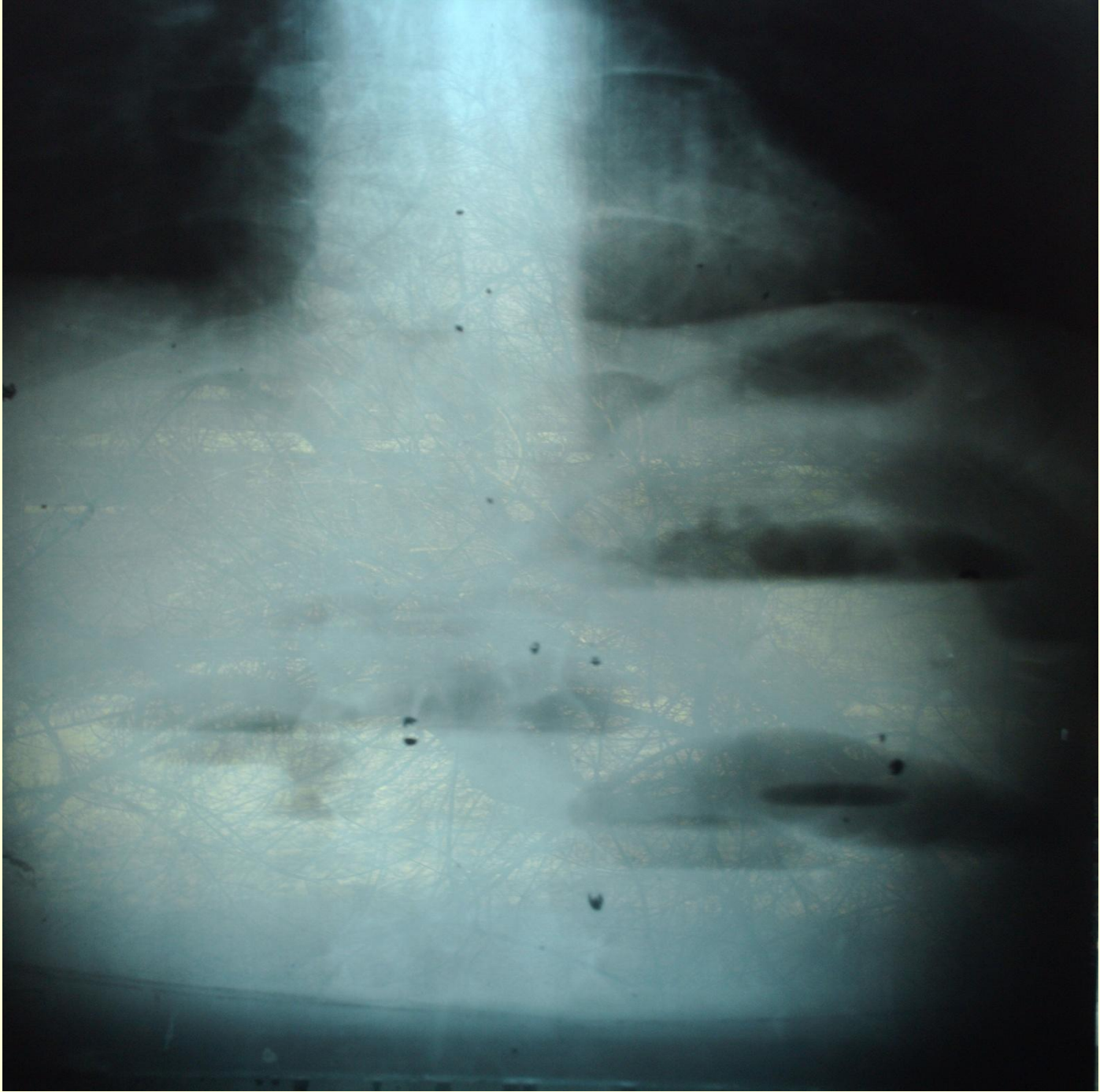
- Науқасты қозғалтқанда деңгей өзгереді. Странгуляционды өтімсіздікте 1 сағаттан кейін табақша пайда болады, ал обтурацияда 3-5 сағаттан кейін. Табақша саны 1-ден 15-ке дейін және одан да көп болуы мүмкін.





01/03/2005 4:14 pm



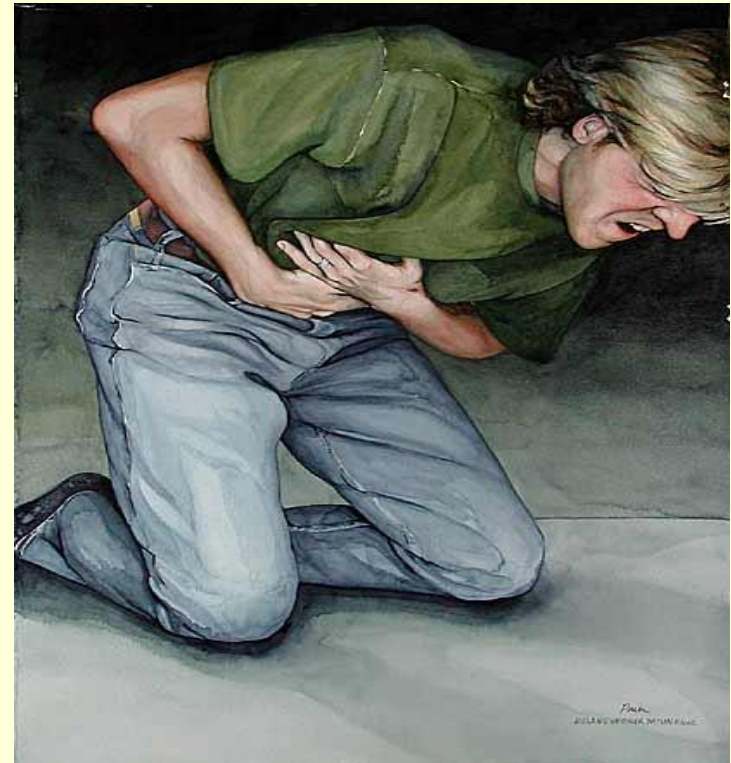


- **Жедел ішек өтімсіздігінің ағымы.**

ЖІӨ ағымымен дамуы әр алуан. Ауру клиникалық көріністерімен және кей кезде тез ағымда жүреді немесе біртіндеп баяу түрде өтеді. Бұл ішек өтімсіздігінің түріне және сипатына байланысты, ішек өрімінің және шажырқайдың қысылуы дәрежесі.

- Норнберг – Чарквиани бойынша ішек өтімсіздігінің ағымында 3 кезең ажыратылады.

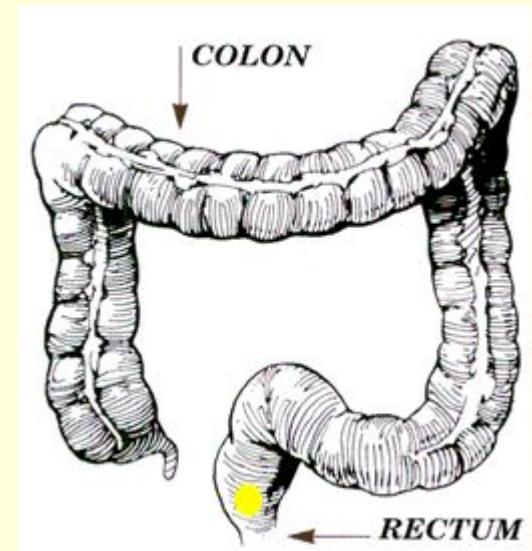
- 1-кезең. Бастапқы кезең жақын арада дамиды. Осы кезеңнің басты белгісі болатын ұстама ауырсыну, жиі асқынуы болатын шок жағдайы. Құрсақ қуысын рентгенограммаға қайта түсіргенде газды көпіршік анықталады, бірақ сұйықтық деңгейі байқалмайды.



- 2-кезең. Аралық кезең (12-36 сағат) Осы кезеңге гемодинамикалық ығысу және пульстің жиілігі төмен, АҚ қысымының төмендеуі. Ауырсыну өзінің ұстама тәрізді сипатын жоғалтып, ауырсыну тұрақты болып тұрады. Іш кепкен ассиметриялы ішек перистальтикасы тыныштық жағдайда ауысып тамшы тамғандай шуыл естіледі. Нәжіс тоқтап ауаға толады. Эритроцитоз гипергемоглобинурия – қанның ұюы, құрғау болады. Жиі клойдер табақшасы анықталады “шайқалу шуы” оң.

- 3-кезең. Кеш немесе терминальді 36 сағаттан соң дамиды. Функциональды өзгерістер және тұрақты болады. Гемодинамика бұзылысының өршуі: пульсі жиі, кіші, АҚ қысымы төмен, тілі құрғақ, нәжіс иісті құсық, олигоурия, іші кепкен, перистальтикалар жоқ. Көптеген клойбер табақшасы.

- Ішек өтімсіздігінің механикалық және динамикалық функциональды диагностикасы.



• Механикалық	Динамикалық
<p>1. Ұстама тәрізді ауырсыну</p> <p>2. Жағдайдың ауырлығы</p> <p>3. Мазасыздану</p> <p>4. Іш ассиметриялы болуы мүмкін</p> <p>5. Ішек перистальтикасы көрініп және естіледі</p> <p>6. Құсу жиіледі, жеңілдік әкелмейді</p> <p>7. Сифонды клизма көмектеспейді немесе біраз жеңіл сезінеді.</p>	<p>1. Тұрақты ауырсыну</p> <p>2. Ауырлығы жоқ</p> <p>3. Науқас тыныш</p> <p>4. Іш ассиметрия</p> <p>5. Перистальтика жоқ</p> <p>6. Сирек құсу</p> <p>7. Клизма ем беру мүмкін</p>

8. Паранефральді
блокада уақытша
жеңілдік береді
9. Рентгенограммада
Клойбер
табақшалары
10. Ауру күшейеді,
пульс жиілейді, АҚ
қысым төмендейді.
11. Көрсеткіші
операция

Механикалық

8. Ем беруі мүмкін
9. Клойбер
табақшалары жоқ
10. Ауру ағымы
қалыпты
11. Консервативті ем

Динамикалық

- **ЖІӨ кезіндегі дифференциалдық диагноз.**
- жедел аппендицит
- асқазанмен 12 елі ішектің тесілуі
- жедел панкреатит
- мезентериальді тамырлардың тромбозымен эмболиясы
- жедел холецистит
- жатырдан тыс жүктіліктің үзілуі
- бүйрек ұстамасы
- алиментарлы интоксикация
- пневмония
- миокард инфарктісі
- жүктілік және ЖІӨ
- жыныс безінің айналуы.

- 1. Жедел аппендицитпен – жедел аппендицит кезінде ауру сезімі орташа ауырлықта болады, яғни ылғи мықын аймағының оң жақ бөліміне беріледі және де сол жерде бұлшықеттің ауыруы мен тырысуы болады. Керек жағдайда ауырсыну сезімі жойылмалы, ал құрсақ қабырғасы жұмсақ ауырсынусыз. Аппендицит кезінде науқастың қимылдары тыныш, ал өтімсіздік кезінде тынымсыз. Ішек өтімсіздігінде Клойбер тостағаншалары пайда болады.

- 2. Ойық жарада – пышақ сұққылағандай ауырсыну, құрсақ қабырғасы аурсынусыз, тақтай тәрізді іш. Щеткина – Блюмберг симптомы лезде оң. Науқас өзіне қолайлы қалыпқа келіп, бауыр үстіне перкуссия жасағанда тимпаникалық дыбыс. Құсу өте сирек кездеседі. Ойық жара кезінде құрсақ қуысын рентгеноскопия жасағанда диафрагма күмбезі астында бос ауа бар.

- 3. Жедел холециститте – оң жақ қабырға астында бұлшықет тырысуы, дене температурасының 38-39С өт қабы пальпацияланады, сарғаю, оң жақ иыққа ауырсыну иррадиациясы және жауырынға.
- 4. Жедел панкреатитте – қатты ауырсыну белбеу тәрізді, қал жағдайы ауыр, құсу. Ауырсыну эпигастрий аймағында болып, арқаға беріледі, сол жақ жауырынға және де белді орап ауыру болады. Зәр анализінде диастаза жоғары 256-1024 .

- 5. Аналық безінің кистасында – тұрақты ауырсыну, бірақ толғақ тәрізді емес, ісік кіші жамбастан келеді.
- 6. Жатырдан тыс жүктілікте – науқастың (етеккірінің) бұзылуы тән, бірақ барлық жағдайларда емес, Тері жабындысы ақшыл түсті Анемия, Қ.Қ., Нв- төмен болады.

- 7. Бүйрек шаншуы – ауырсыну сезімі шәншу тәрізді белаймағында және шап аймағына беріледі. Дизуриялық бұзылыстар болуы мүмкін, симптом Пастернацкий оң, зәр анализінде – эритроцит, лейкоцит.

- 8. Алиментарлы интоксикация – құсу, жұмсақ іш, ауырсынусыз. Бірақ алиментарлы интоксикация кезінде іште ауырсыну жиі іш өтуден кейін басталады. Іш арқылы білінбейтін әлсіз перистальтика анықталады. Дене температурасы көбінесе жоғары болады.

- 9. Пневмонияға тән көріністер: жоғары температура 40 С –қа дейін, жиі дем алу, аускультация кезінде сырылдар, плевра қуысының үйкелу шуылы, перкуссия кезінде тұйықталған, ең маңыздысы рентгенологиялық мәліметтер (өкпедегі қараю)

- 10. Миокард инфарктісінің абдоминальдық түрі ішек өтімсіздігіне ұқсауы мүмкін. Бірақ инфаркт кезінде жүрек әлсіздігі, тұйықталған тондар, жүрек шекараларының кеңеюі, жиі және аритмиялық пульс, ЭКГ арқылы диагнозға дәлелдеуге болады.

- 11. Мезентериальды қан тамырларының эмболиясы және тромбозы –кейбір белгілері: ішек өтімсіздігімен ұқсас болып келеді. Бұнда іштегі қатты ауырсыну, жалпы жағдайы ауыр, жүрек айну, іштің жұмсақ болуы, іштің кебуі және қатуы.Ішек инфарктісі кезінде көбінесе перистальтикасы болмайды.

Елмі:

- Ішек өтімсіздігінің қандай түрінде болмасын **емді басында консервативті жолмен бастайды**, ол кей жағдайларда науқасқа көмектесіп жазады, басқадай кезінде **операция алдындағы дайындық болып саналады:**

Интоксикациямен күресу, ішектің дұрыс қалыпты жүруіне шаралар қолдану

- Асқазанға активті аспирация жасау(Жуу,назо-гастральді зонд)
- Сифонды клизма
- Паранефральді тосқауыл
- Инфузиялы-дезинтоксикациялық ем (дегидратациямен күресу).

Емдеу шараларын жүргізу өтімсіздік формасы, уақыты аурудың басталуынан бастап және науқастың жалпы жағдайына байланысты.

Емдеу ішек өтімсіздігін шақыратын факторларды жоюға арналады, су тұзды айналымның бұзылуымен күресу, интоксикациямен, жүрек қан тамыр жүйесін ұстап тұрған жүйке – бұлшық ет аппаратының функциясының бұзылысымен, күресумен аяқталады.

Ішек өтімсіздігінің көбінесе жиі бастапқы сатыларында сифонды клизма және асқазан-ішек жолдарының декомпрессиясы. Сифонды клизма көмегімен сигма тәрізді ішек айналуларын орнына келтіруге болады.

- **Сифонды клизманың тәсілі.**

1. дәрігердің қатысуымен жасалынады, оң немесе теріс қорытындысына көзін жеткізу керек.
2. Сифонды клизмада ыңғайлысы жуан асқазан зонды, оған түтік арқылы үлкен қақпақша жалғанады түбі (20-30см), тік ішекке 10-15см-ге дейін кіргізеді. Су толған соң қақпақшаны 1-1,5м жоғары көтереді су ішекке кіру үшін, қақпақшадан су азайғанда оны тез арада төмен қарай түсіредіде, ішектен шыққан жел және нәжістерді төгіп тастайды да, таза су құйады. Бұл емшараны 10-15рет қайталайды, тап-таза су шыққанша.

- Толық диагноз қойылмағанша және операциялық емнің керек, керек еместігін біліп алмағанша наркотикалық немесе спазматикалық заттарды қолдануға болмайды. Сонымен қатар науқасқа кез-келген медицинаменттерді науқаспен кеңесіп алмағанша немесе басқа емдік орындарға ішек өтімсіздігімен түспегенше қолданбайды. Жалпы консервативті ем жақсы эффект динамикалық ішек өтімсіздігінде (құрсақ арты гематомасы,)және барлық механикалық ішек өтімсіздігінде оперативті емді жедел түрде қолданамыз.

- Операцияға көрсеткіш: Механикалық І.Ө.-де операция алдындағы дайындық 2-сағаттың ішінде жедел түрде операцияға алыну керек.

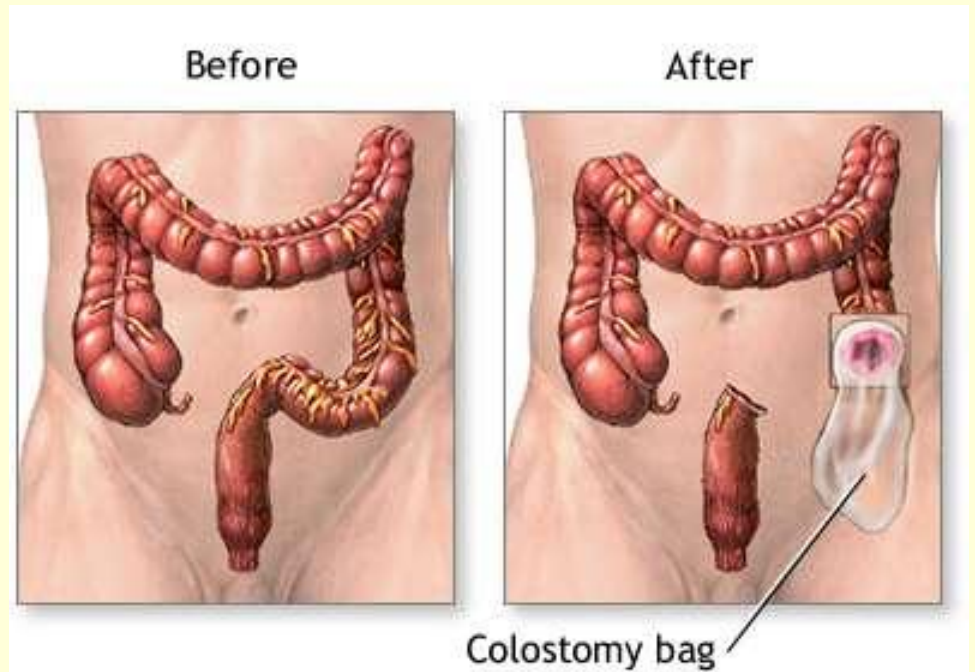
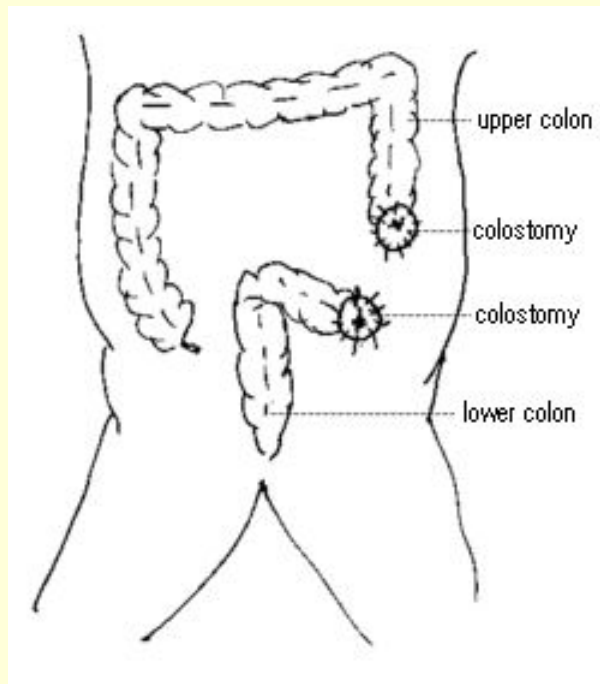
- Жансыздандыру – эндотрахиальды наркоз.

Операция – ортаңғыаралық лапаратомия, құрсак қуысына ревизия жасалынады. Хирург ішектің жабысқан жерін ажыратады. Шажырқай түбіне 200-400 мл 0,25 новокаин ерітіндісі енгізіледі.

- 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 цианозды түсте, сұйықтық пен толған, перистальтикасы болу. Жабысқан түйіннің төменгі жерінде ішек жабысып тұрады.

Ішекті пункция немесе энтеротомия арқылы босатады, көбінесе саумалау көмегімен ащы ішек тоқ ішекке ығысады, ол одан жуан зонд арқылы шығады. Жабьсқан жерден айналған ішекті босатып оның өмірге қабілеттілігін байқау қажет.

Resection and colostomy

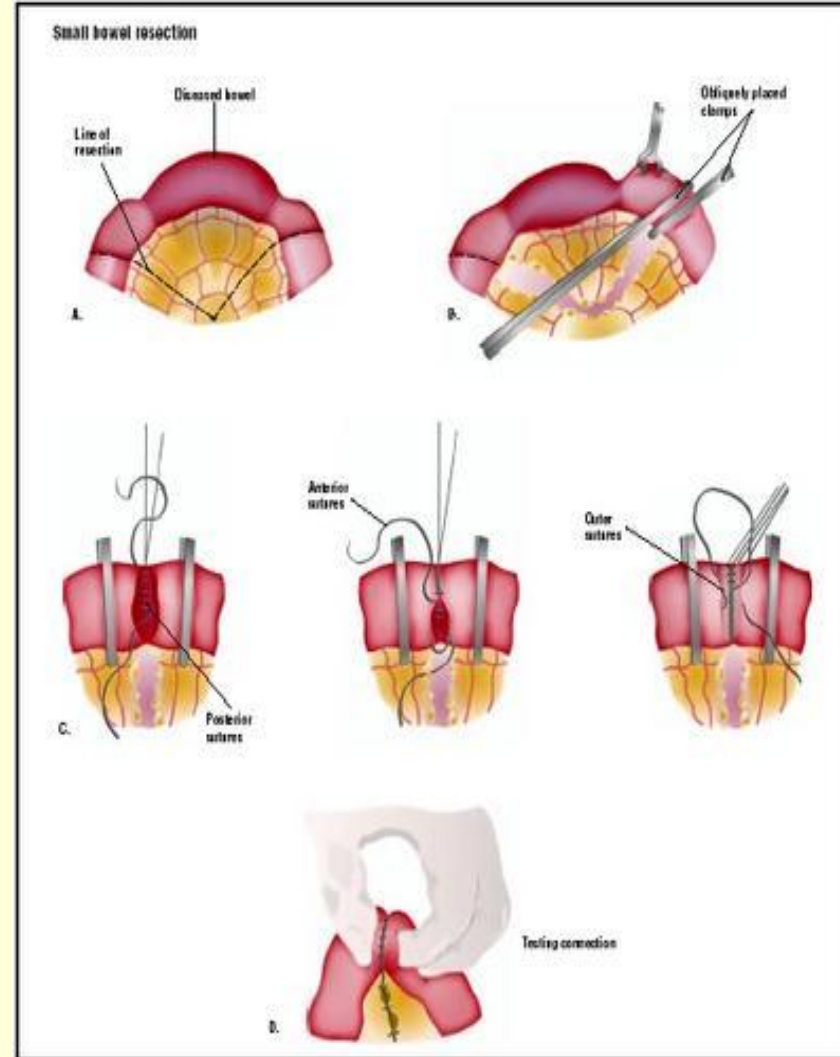


1. Қанды экссудат ішектің өмір сүру қабілеттілігінің төмендеуін айтады.

2. Қарайған – гемморогиялық немесе ихорозды иіс ішектің некрозын айтады.

- Ішектің өтімсіздігін зерттеп болған соң кейінірек түсі қалыпты жағдайға келсе, онда ішек өмір сүру қабілеті бар деп есептеуге болады. Ішек перистальтикасы қалып тасады, серозды қабығының жылтырлығы сақталады, тамыр пульсациясы жақсарады, венада тромбтар болмайды.

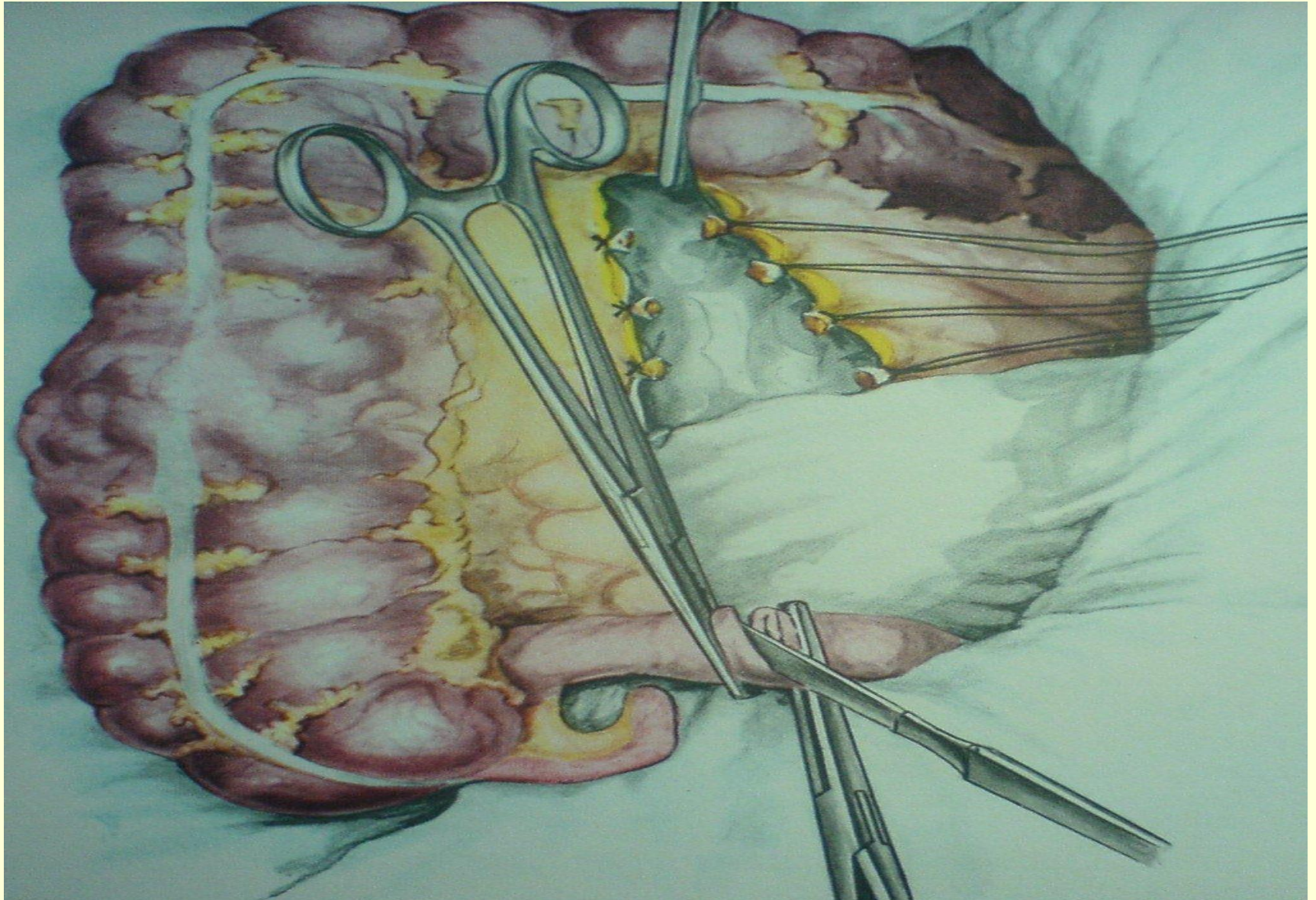
- Егер ішек перистальтикасы болмаса, түсі цианозды қарайған дақ, тамыр пульсациясы көбінесе, онда ішекке қайтадан резекция жасалынады.



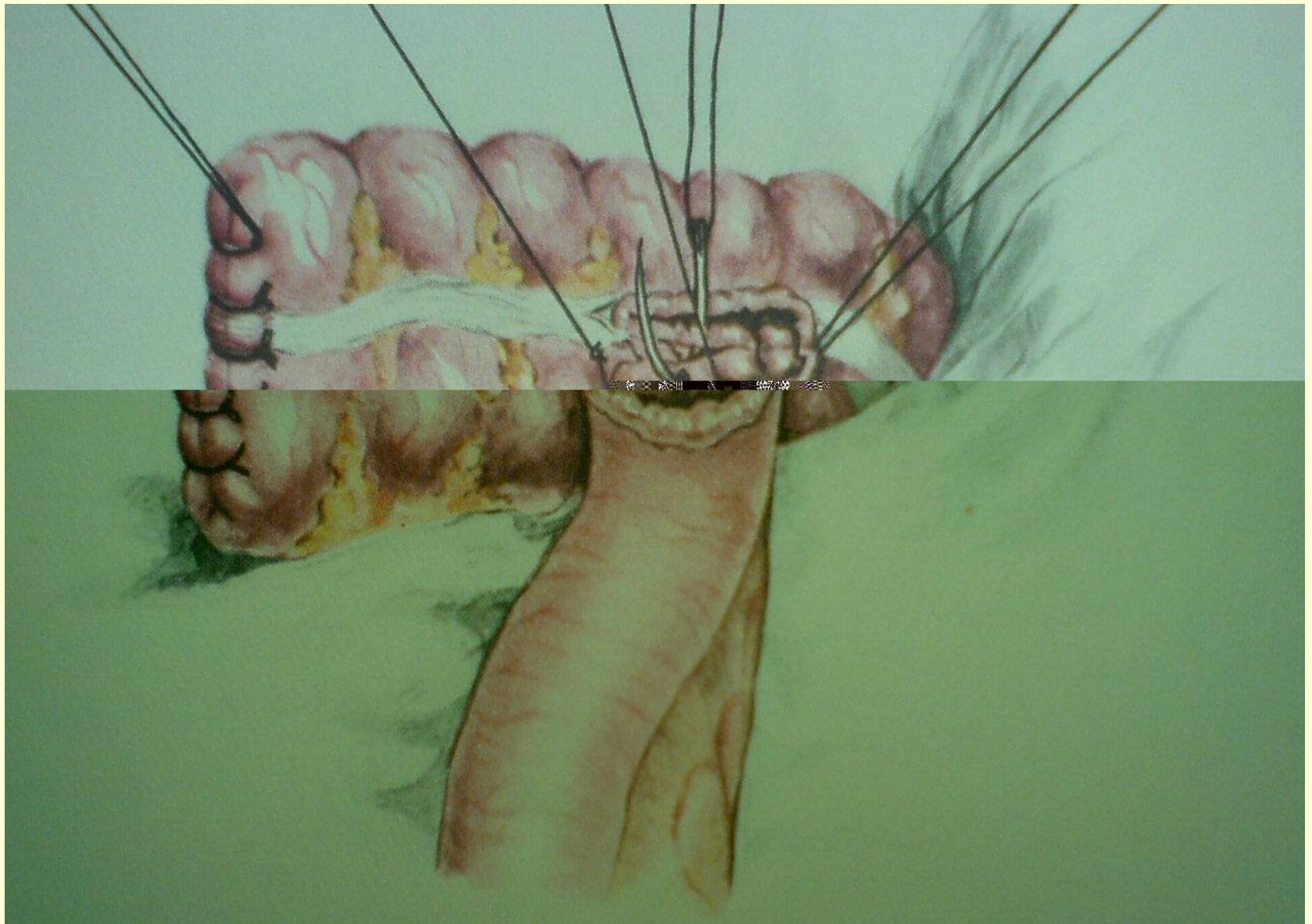
- Хирург ішектің қысылған жеріне және странгуляциялы ойық сызыққа ерекше көңіл аударады. Қалыпты жағдайдан өзгерген болса және көлденең көк сызық пайда болып қай жерінде күмән тудырса, сол жерге резекция жасау керек.

- Ішек резекциясы – сау тінге дейін жасалынады. Ішектің біткен жерін 30-40 см аралықта некроздың көрінген шекарасына дейін қиылыстырады, ал әкеткішті 15 см аралықта. Егер ішек түбінен қан кетсе онда ішек өмір сүру қабілеттілігі сақталған деп көңіл аудару керек. Шырыш түсі қалыпты деңгейге дейін ішекке резекция жасалынады. Ішек резекциясы шажырқайда байланудан басталады, ал ішекті кесу кейінге қалдырады. Шажырқайды қиылыстырады және бағалаған кезде артериальды доғаның бірінші қатарынан төмен болмау керек.

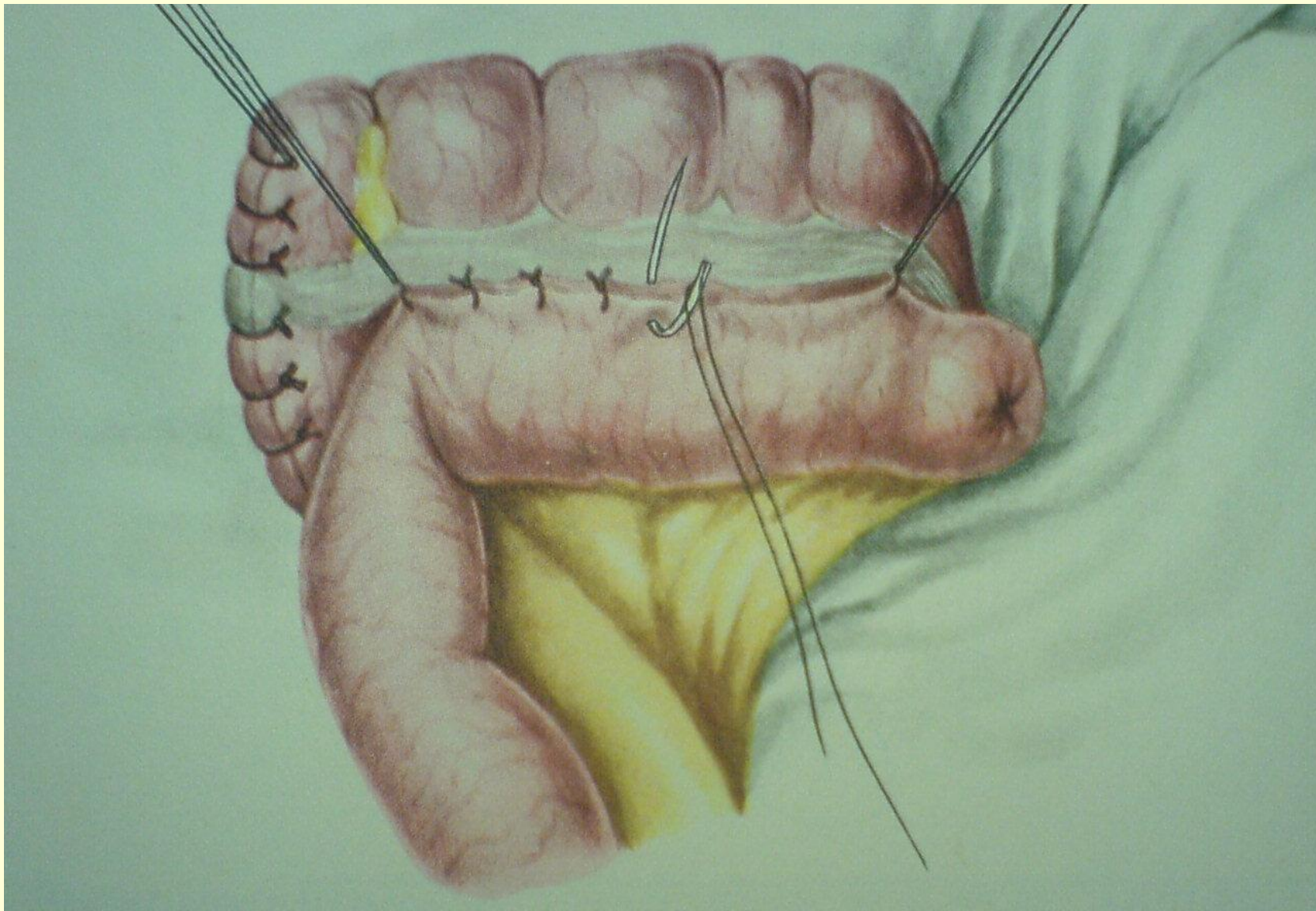
Оң жағынан гемиколэктомия



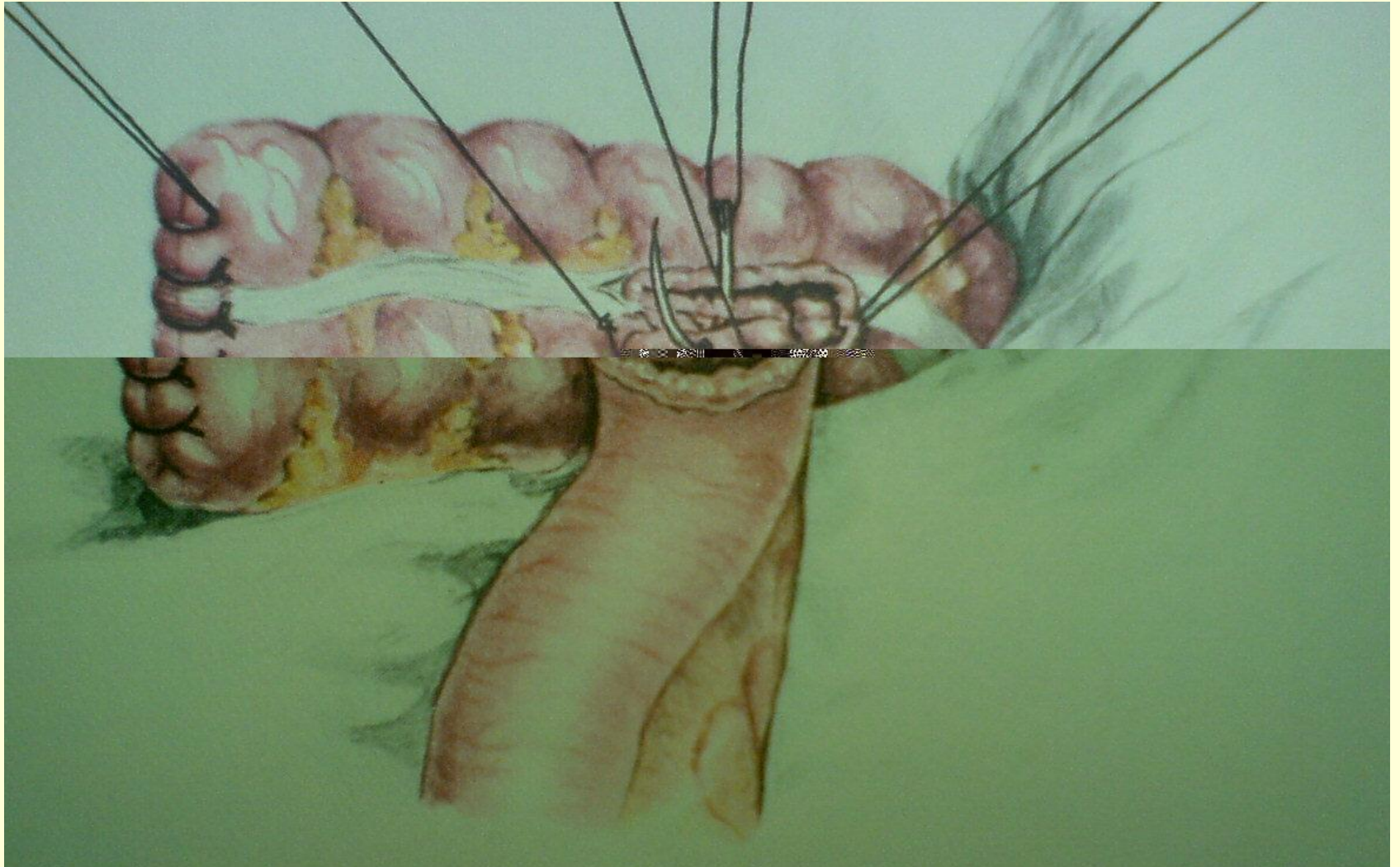
Оң жағынан гемиколэктомия



Оң жағынан гемиколэктомия



Тоқ ішектің оң жағына резекция жасау. Мықын ішегін көлденең тоқ ішекке түбінен-жанына анастомоз жасау.

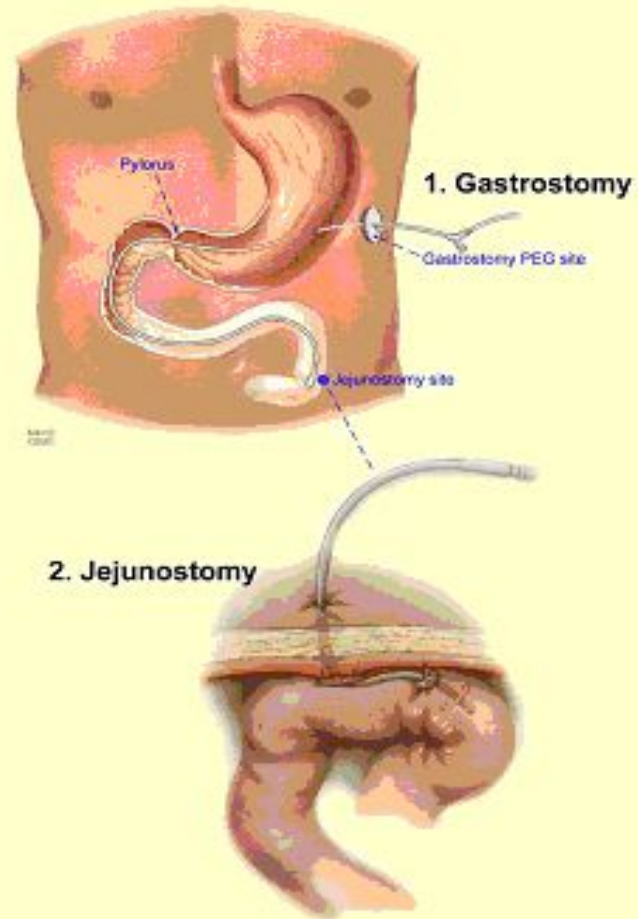


- Анастомоз ұшына бүйірді ұшына бірнеше қисығырақ қиылыстырады. Бұл қоректенудің қамтамасыз етуі. Бірінші қатардағы кетгут тігісін 4 мм-дей тесілген жерден төмен тастайды. Осы қатардың үстінен серозды – бұлшық ет тігісі салынады, бөлек, түйіншектелген.

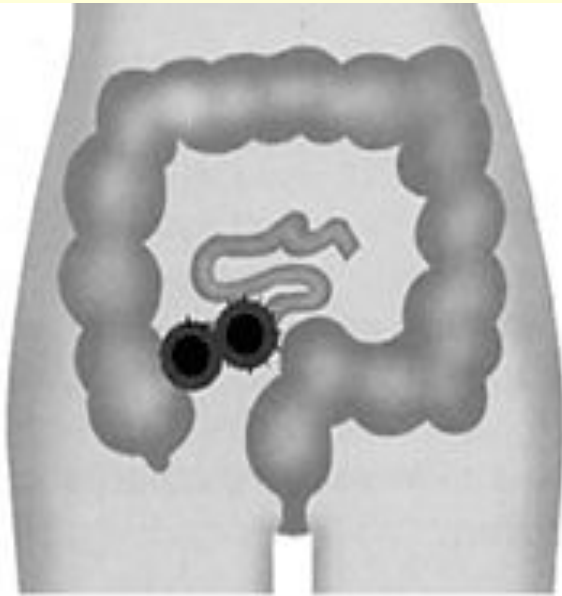
Cecal volvulus



Feeding jejunostomy



Diversion



Loop Ileostomy

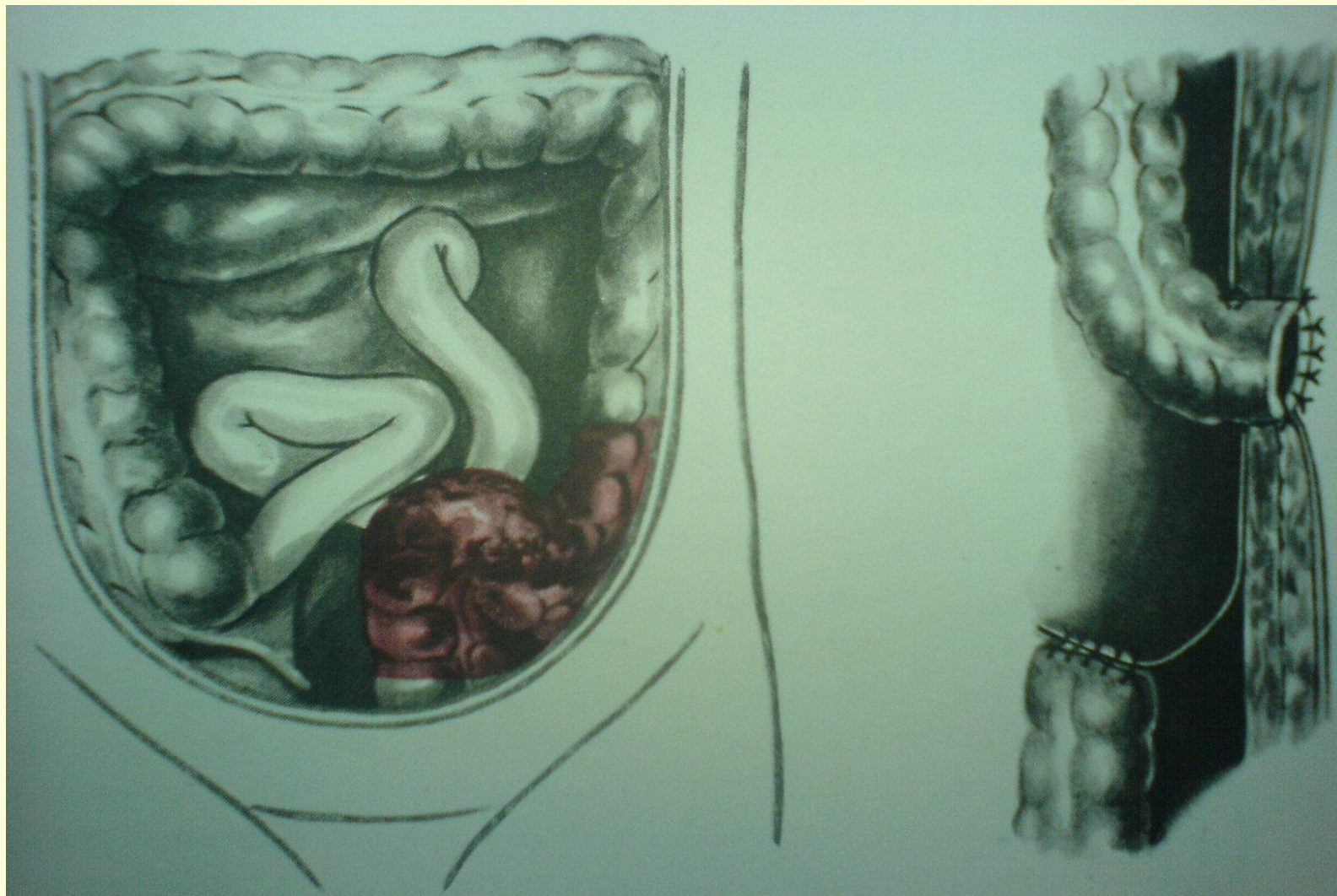


Loop Colostomy

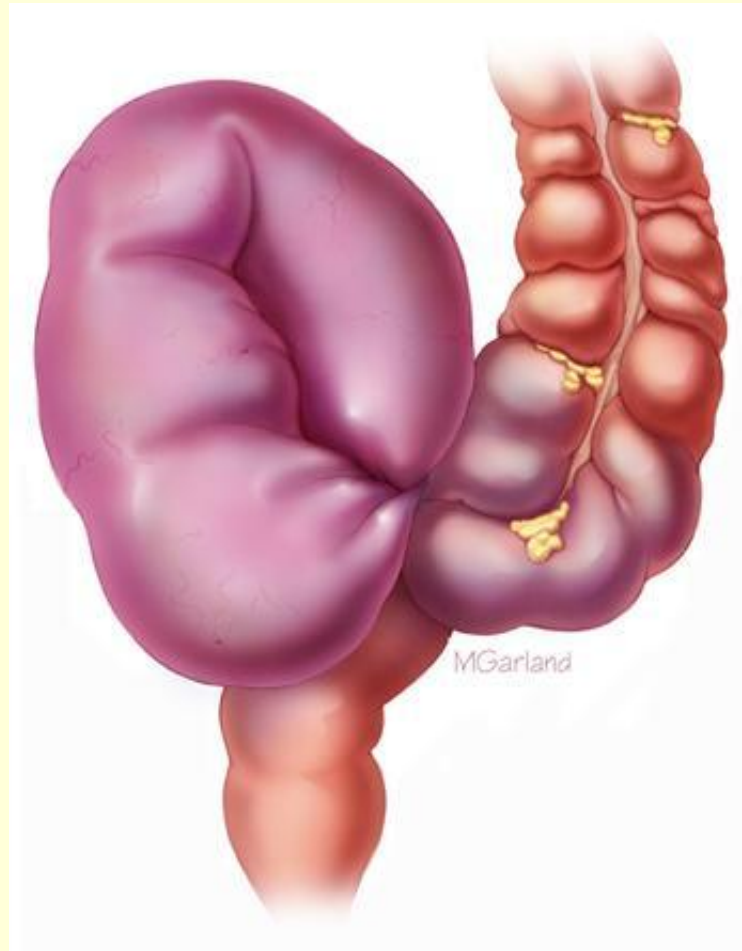
- **ІӨ кезіндегі басқа операция тәсілдері.**
- айналмалы анастомоз
- энтеростомия, цекостомия
- некрозға ұшыраған ішекті алып шығу тәсілі.
- Операциядан кейін науқасты функциональді төсекке Фовлер кейпінде (яғни басын көтеріп) жатқызады.

- **Асқыну-20%** науқастарда, **30%** – перитонит, **17%** пневмония, **16%** интоксикация, **24,3%** анастомоз тігістерінің жетіспеушілігі. Өлім қаупі **7-11%** .60 жастан жоғары жастағылардың **47,6%** ішек резекциясы кезінде **55%** –ке дейін. Қатерлі ісік обтурациясында өлім қаупі **52,1%**, жабысу өтімсіздігінде **18,8%**.

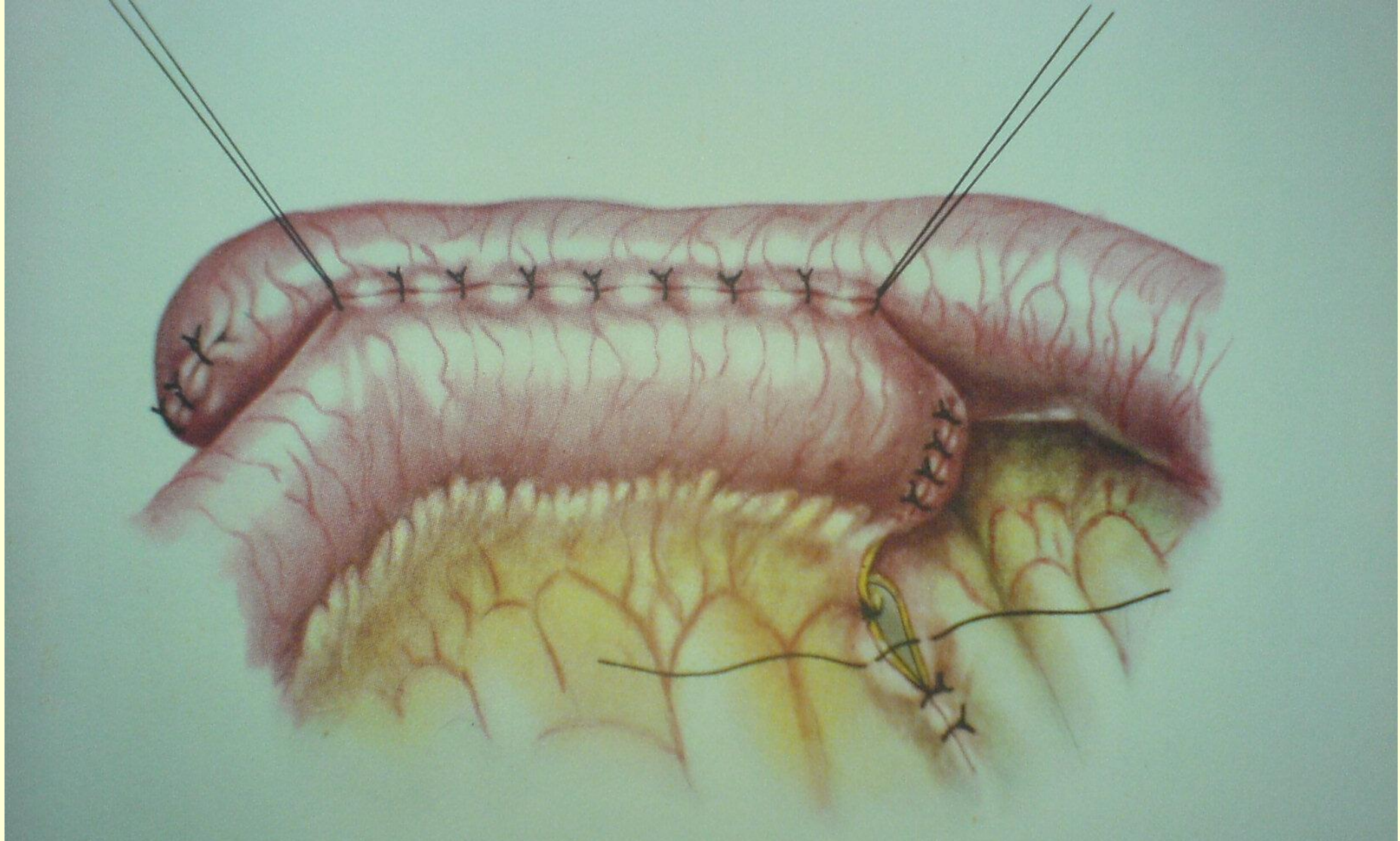
Сигмада ісік болғанда Гартман операциясы

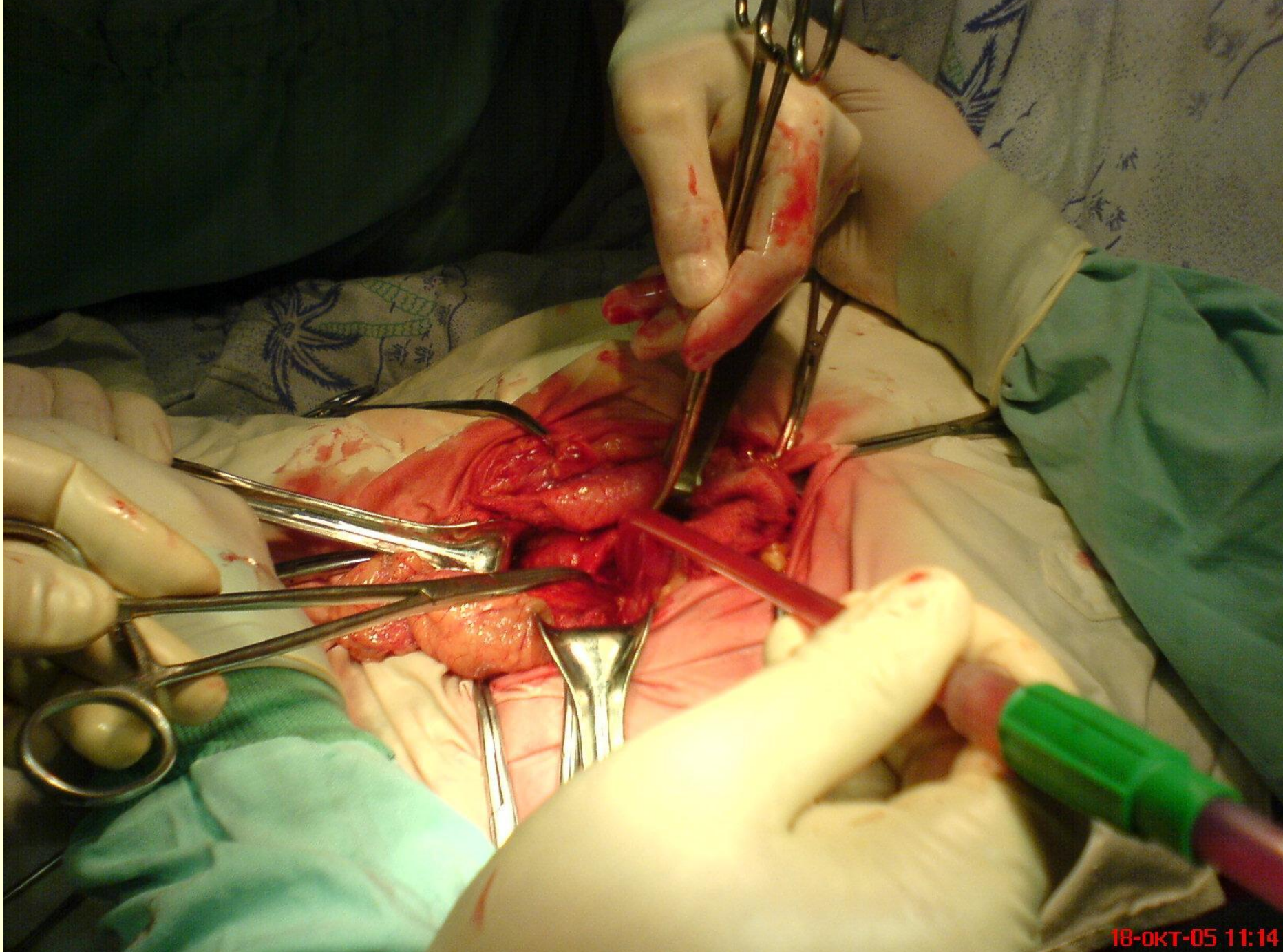


Ішектің бұратылуы



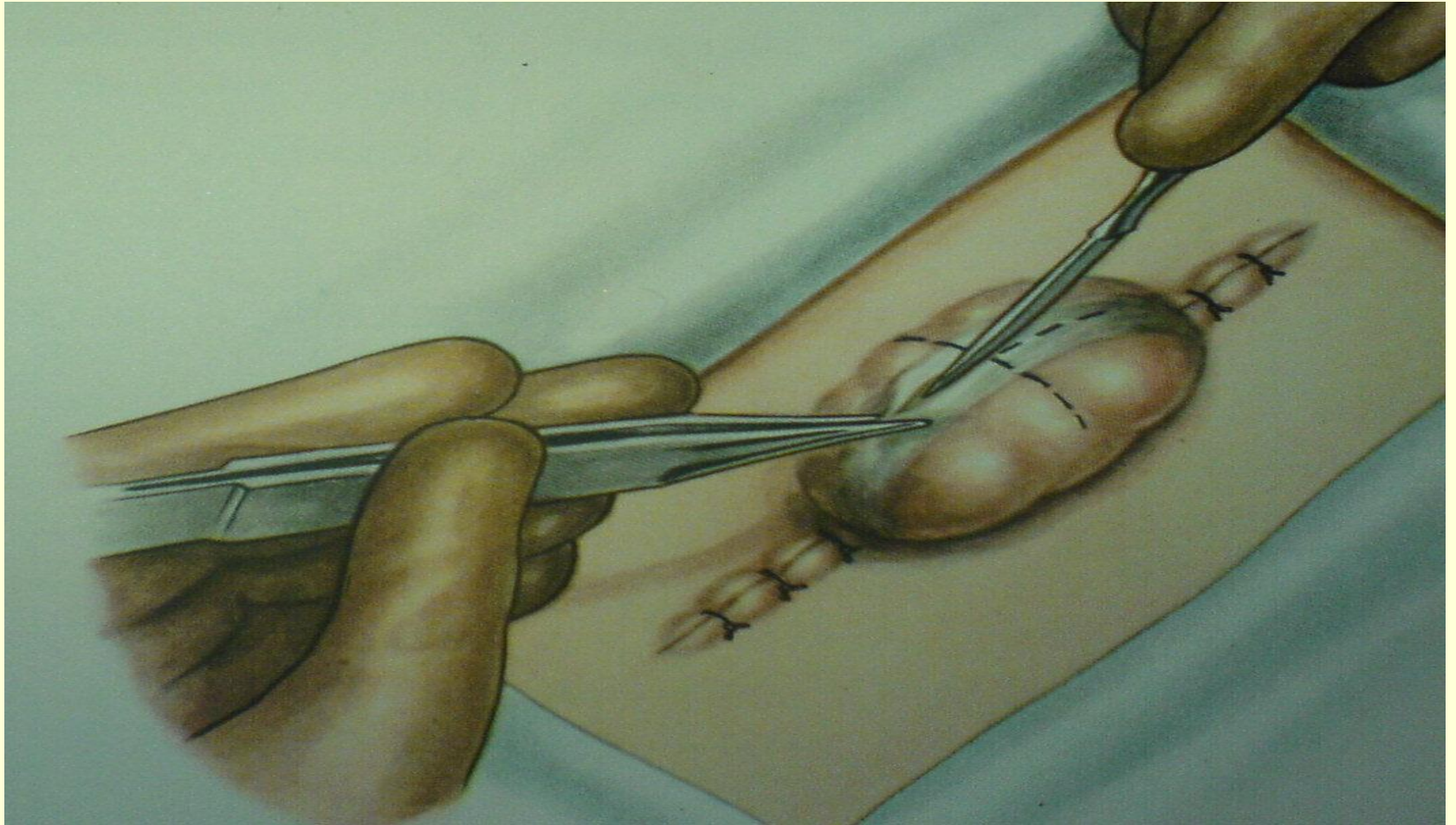
Жіңішке ішектің резекциясы. Жанынан жанына анастомоз



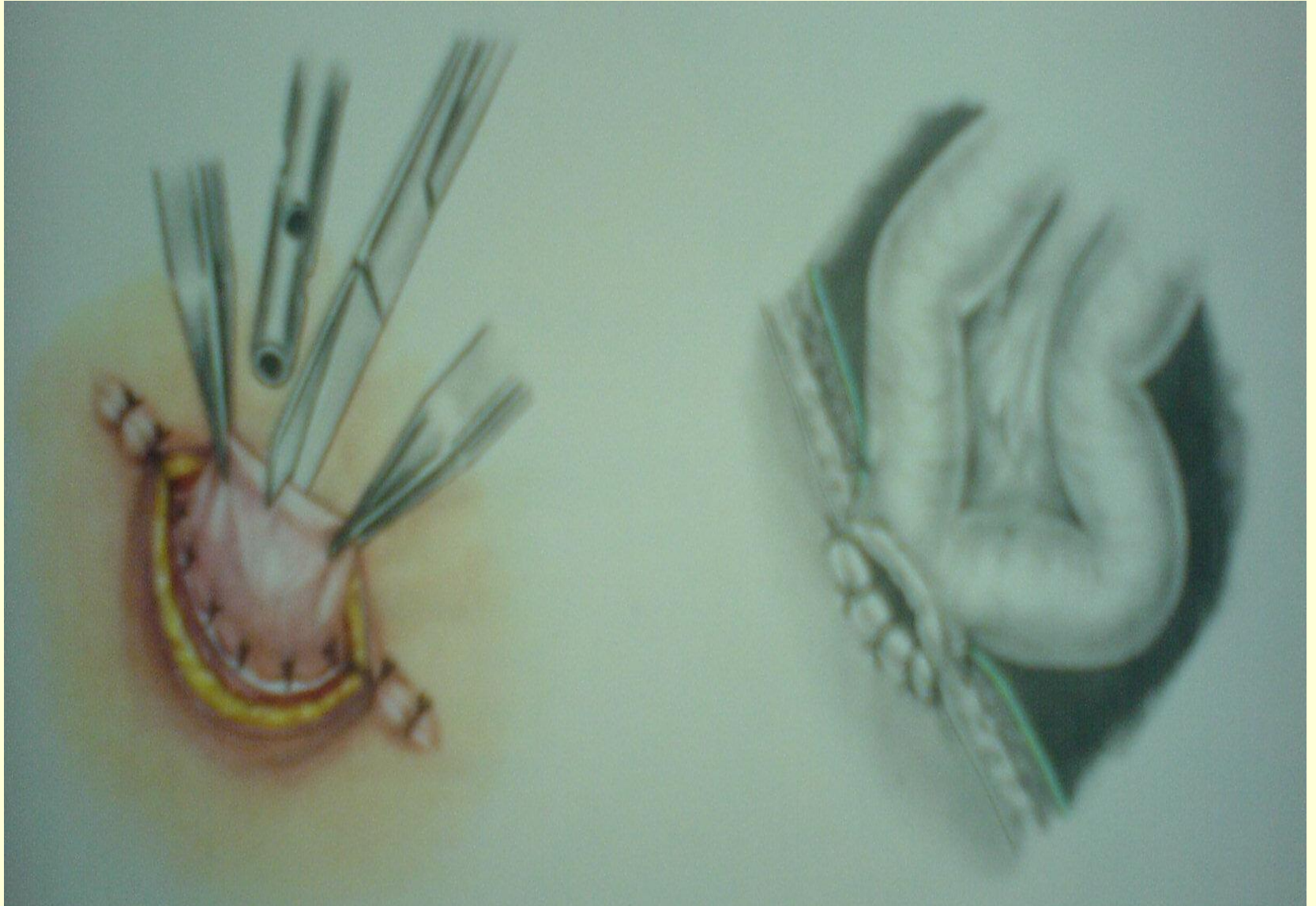


18-OKT-05 11:14

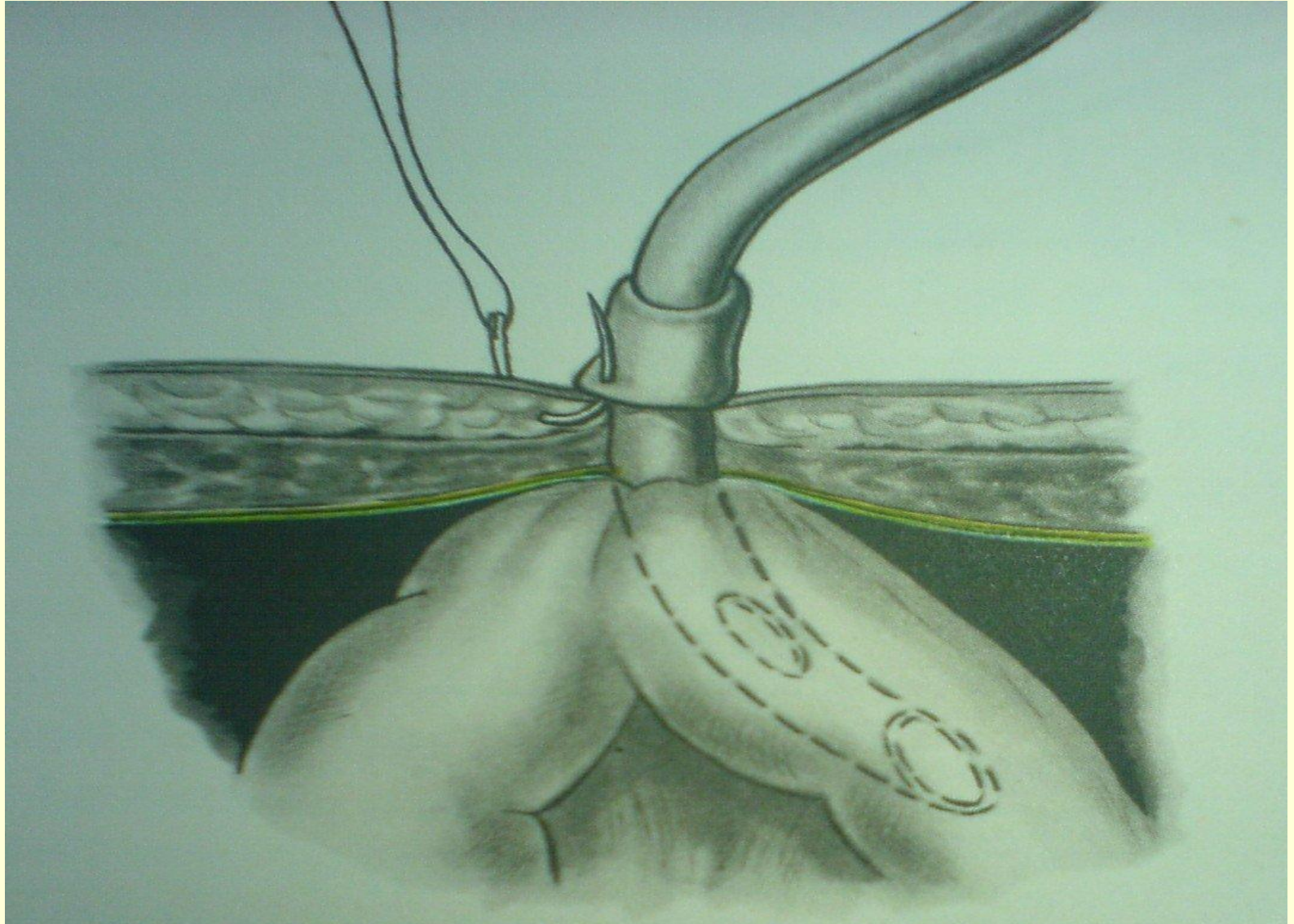
Уақытша стома қою. Ішек қабырғасын кесу



Мықын ішекті сыртқа шығару



Ілініп тұрған энтеростомия



Dolixosigma сигматәрізді ішектің бұралуы.

