

*Жедел ішек өтімсіздігінің
симптомдарын анықтау*

Орындаған: Базарбай Нұржас

Топ:510

Тексерген:

Жоспары:

- **КІРІСПЕ**

- Ішек өтімсіздігі. Жалпы түсінік.

- **НЕГІЗГІ БӨЛІМ**

- Этиология
- Классификация
- Клиникасы
- Диагностика
- Емі

- **ҚОРЫТЫНДЫ**

АНЫҚТАМА

- **Ішек өтімсіздігі** (*илеус, ileus*) - әртүрлі себептерден туындаған ішек құрамының тоқтап қалуы немесе бұзылуымен сипатталатын клиникалық симптомдар кешені.

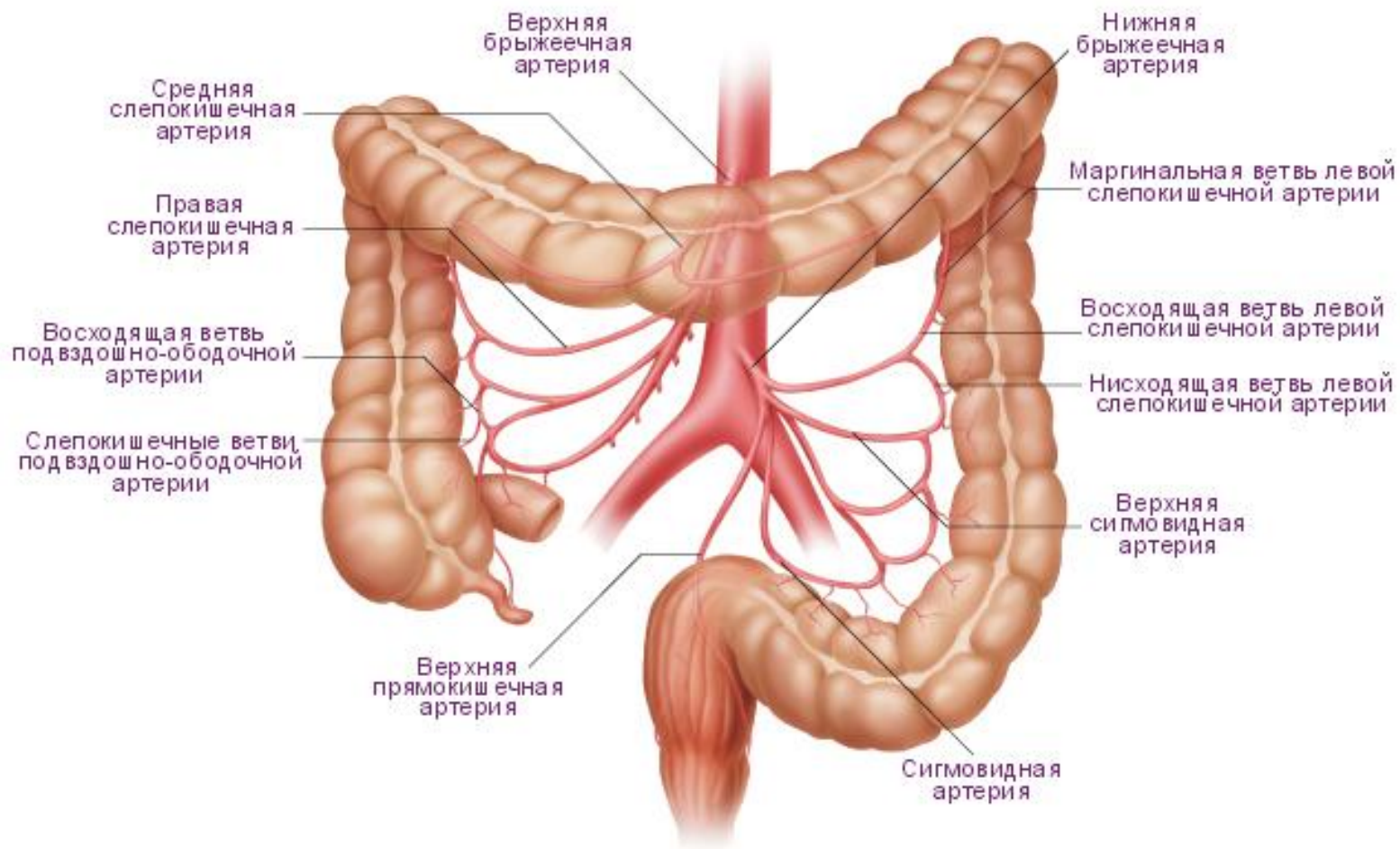
Ішек анатомиясы



Ішектердің қанмен қамтамасыз етілуі

- Артериялық қан алдыңғы мықын артериясынан аш ішекке енеді, оның тармақтары келесі артерияларды құрайды:
- 1. Төменгі панкреатодуоденальды артерия;
- 2. Бірнеше деңгейлерде (аркада) көптеген саналы анастомоздарды құрайтын ішек артериялары;
- 3. Тоқ ішек артериясы - оның бір тармағы қанның ішектің соңғы бөлігіне жеткізеді

Ішектердің қанмен қамтамасыз етілуі



ЭТИОЛОГИЯ

Бейімделетін факторлар:

1) туа біткен ақаулар – диафрагманың, іштің алдыңғы және артқы қабырғаларының ақаулары мен әлсіз жерлері; долихосигма, ішектің толық емес айналуы, құрсақ қуысының қосымша қатпарлары, құрсақ қуысының «қалталары», тамырлар мальформациясы;

2) жүре пайда болған факторлар - спайкалар, тыртықтық деформациялар, бөгде заттар, қабыну ауруларының әсерлері және т.б.

Әсер ету факторлар:

- құрсақ ішілік қысымның жедел көтерілуі;
- физикалық күш түсу
- асқазан жолына көп мөлшерде тамақтың түсуі
- медикаментозды стимуляция

Классификация

Қазақстанда және басқа ТМД елдерінде мына жіктеулер жиі кездеседі :

Оппел В.А. бойынша:

1. Динамикалық өтімсіздік (паралитикалық, спастикалық).
2. Гемостатикалық өтімсіздік (тромбофлебиялық, эмболиялық).
3. Механикалық гемостазбен (қысылу, айналу).
4. Механикалық қарапайым (бұғаттау, иілу, қысу).

Д.П. Чухриенко бойынша:

- **Шығу тегі бойынша:**

1. туа біткен;
2. жүре пайда болған.

- **Пайда болу механизмі бойынша:**

1. механикалық;
2. динамикалық.

- **Қан айналымы бұзылысының болуы немесе болмауы бойынша:**

1. обструктивті;
2. странгуляциялық;
3. аралас.

- **Клиникалық ағымы бойынша:**

1. жартылай;
2. толық (жедел, жеделдеу, созылмалы, қайталанатын).

• **Морфологиялық сипаты бойынша:**

1. динамикалық

а) паралитикалық;

б) спастикалық.

2. механикалық

а) странгуляциялық;

б) обструктивті;

в) аралас.

• **Кедергі деңгейі бойынша:**

1. ішек (жоғары)

2. қос нүкте (төмен)

• **Кезеңдері бойынша:**

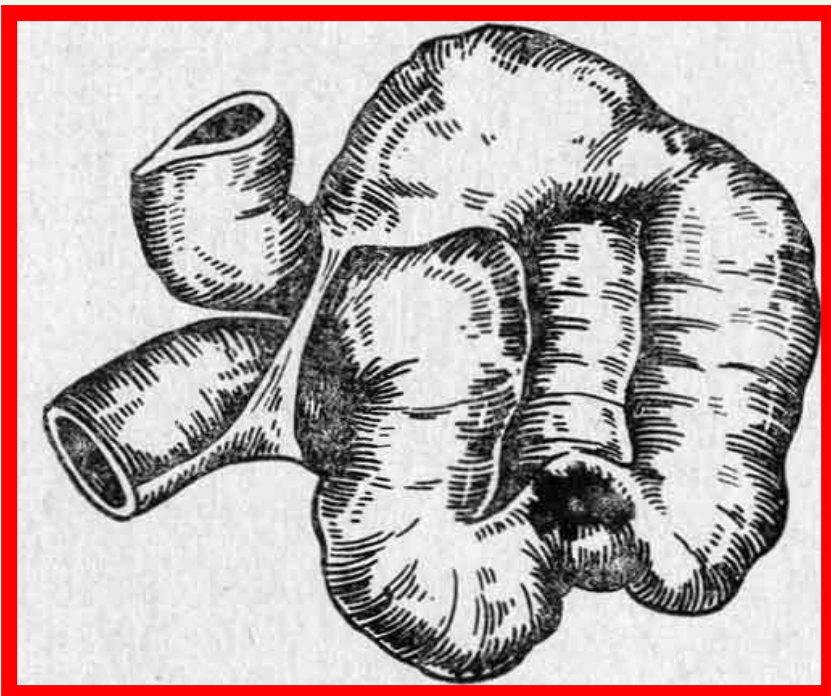
1-кезең (12-16 сағатқа дейін) - нейро-рефлекторлық (ауырсыну, ішектен өтудің бұзылуы)

2-кезең (16-36 сағат) – компенсация (жедел ішек қабырғаішілік қан айналымы бұзылулары кезеңі)

3-кезең (36 сағаттан астам) – терминальді (перитониттің сатысы).

Странгуляциялық ішек
өтімсіздігі
Салмақпен қысылу

Спастикалық ішек
өтімсіздігі



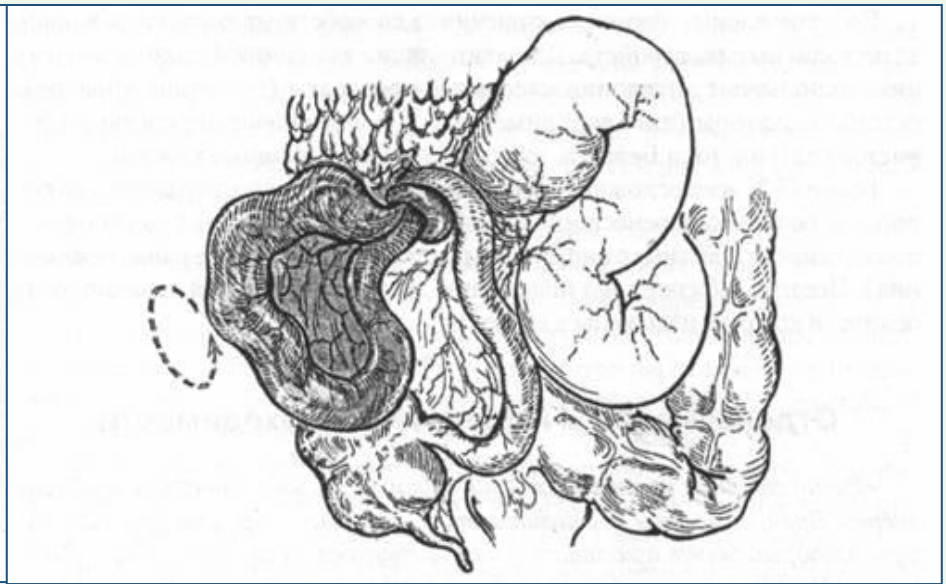
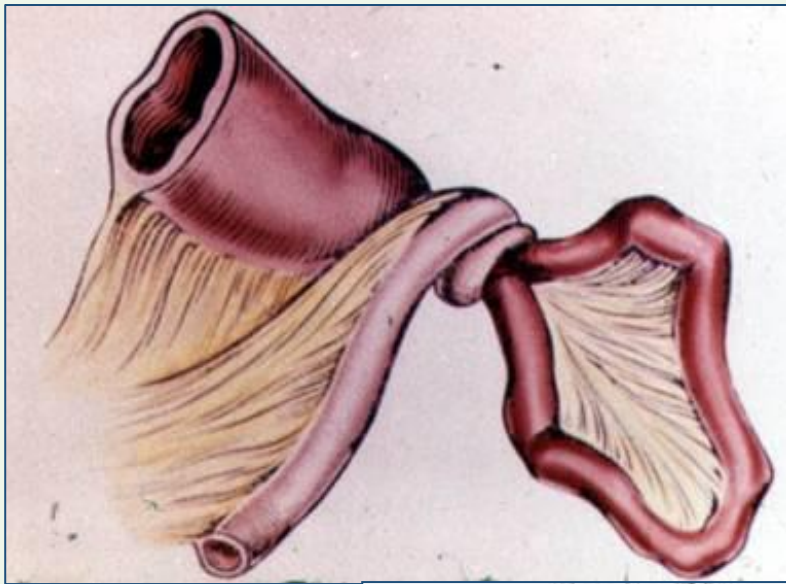
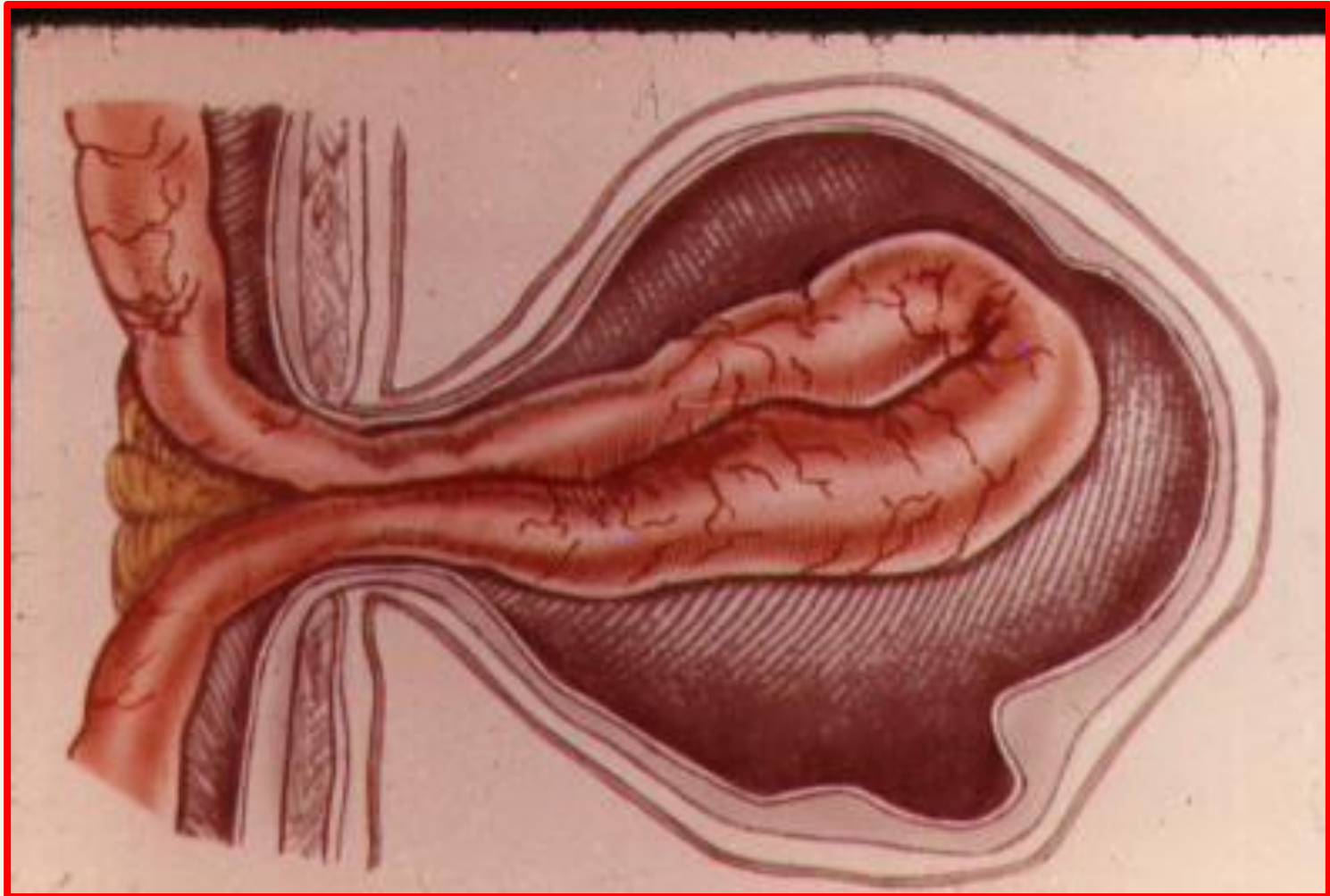


Рис. 7.7. Узлообразование (схема).

Странгуляциялық ішек өтімсіздігі

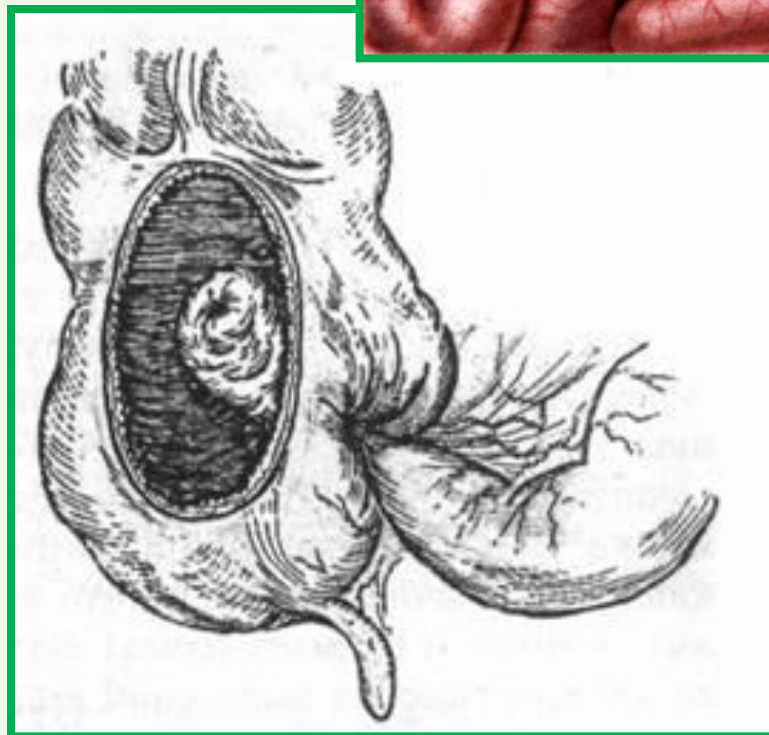
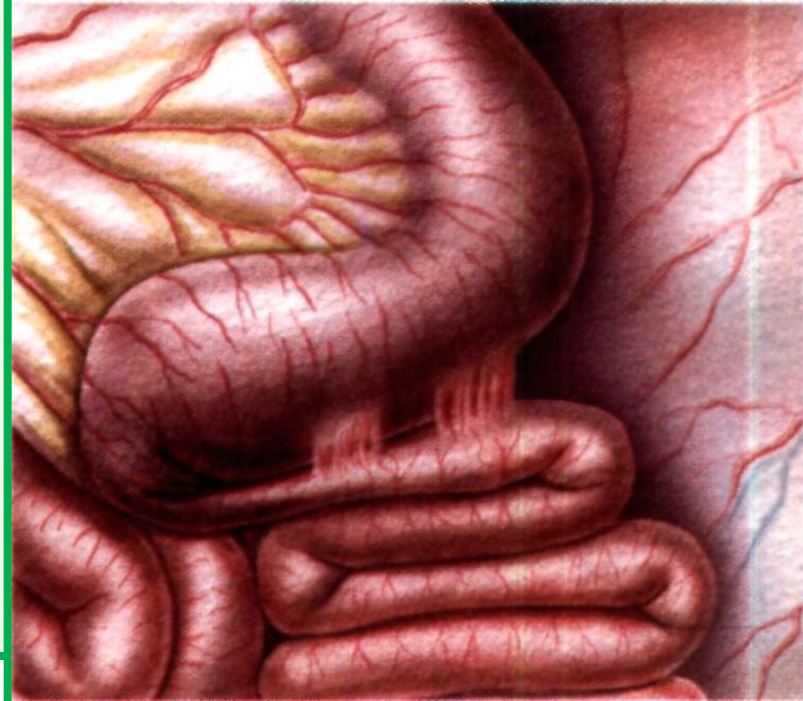
Обтурациялық ішек өтімсіздігі



Инвагинация



Аралас ішек өтімсіздігі



Халықаралық аурулар жіктемесіне (ХАЖ-10) сәйкес жіктелуі

- К56 Паралитикалық илеус және грыжасыз ішек өтімсіздігі
- К56.0 Паралитикалық илеус
- К56.1 Инвагинация
- К56.2 Ішектің айналып кетуі
- К56.3 Өт тасынан туындаған илеус
- К56.4 Ішек қуысының бітелуінің басқа түрі
- К56.5 Өтімсіздікпен көрінетін ішек жабысулары
- К56.6 Басқа және анықталмаған ішек өтімсіздігі
- К56.7 Айқындалмаған илеус
- К91.3 - Операциядан кейінгі ішек өтімсіздігі

Клиника

□ Шағымдар:

ЖІӨ пациенттердің әртүрлі шағымдарымен сипатталады, дегенмен, олардың ең бастысы және ең сенімдісі деп атауға болатын келесі шағымдар үштігі: *іштің ауыруы, құсу, нәжіс және газды ұстап қалу.*

Диагностика

Міндетті диагностикалық шараларға жатады:

1. Клиникалық тексеру: анамнез, қарау, пальпация, перкуссия, іштің аускультациясы; жүрек соғу жиілігін анықтау, қан қысымын өлшеу, ректалды зерттеу.
2. Қанның жалпы анализі (Hb, Ht, E_r, Leu, лейкоциттердің саны, ESR), зәр анализі, қандағы глюкозаны анықтау.
3. Электрокардиограмма.
4. Іш қуысы және кеуде қуысының органдарының рентгенографиясы.
5. Биохимиялық қан анализі (несепнәр, креатинин, билирубин, АсАТ, АІАТ, жалпы протеин, амилаза, электролиттер (K, Ca, Na, Cl)).
6. АВ0 және Rh-фактор жүйесіне сәйкес қан тобын анықтау.
7. Барий немесе суда еритін контрасттың ішектерге өтуі (перитонит, бітелу және ішек өтімсіздігі жағдайларын қоспағанда) терапевтік және диагностикалық әдістердің тиімділігі кезінде.
8. Колонның кедергісіне күдік болған жағдайда колон немесе ирригоскопия.

Ауру анамнезі: тамақ мөлшерін көп мөлшерде қабылдауға назар аудару керек (әсіресе ораза ұстағаннан кейін), құрсақішілік қысымы өсуімен бірге жүретін дене белсенділігінен іштің ауырсынуы , тәбетінің төмендеуіне және ішектегі ыңғайсыздық (мезгіл-мезгіл ауырсыну мен кебулердің пайда болуы; іш қату, содан кейін диарея; нәжістегі патологиялық қоспалар);

Өмір анамнезі де маңызды. Құрсақ қуысы мүшелеріне жүргізілген операциялар, іштің ашық және жабық жарақаттары, қабыну аурулары ішек өтімсіздігінің пайда болуына жиі алғышарт болып табылады.

Ішек өтімсіздігінің түріне анықтау

симптомдар	странгуляция	обтурация
1. Ауырсыну	Тұрақты	Ұстама тәрізді
2. Шок	++++ (очень часто)	+ --
3. Ағымы	быстро нарастает тяжесть состояния	медленное
4. Құсу	появляется рано	появляется
5. Перистальтика	быстро истощается	поздно
6. Қандағы қант	высокий	усиленна
7. Азотемия	выше, чем при обтурационной непроходимости	норма

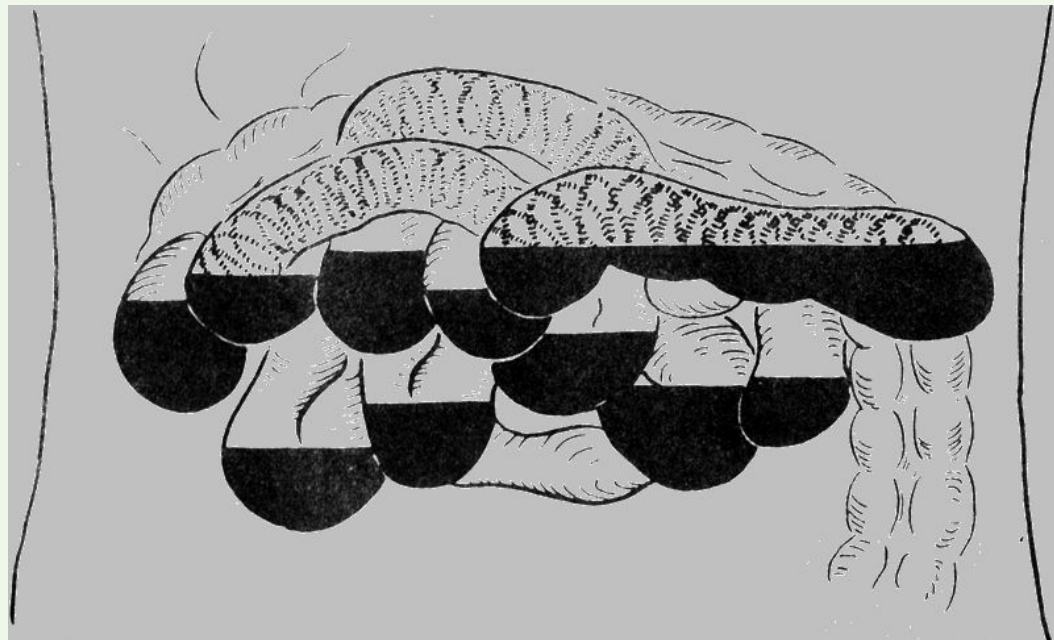
ӨТІМСІЗДІК деңгейі диагностикасы

зақымдану деңгейі	өтімсіздік белгілері	себеп
привратник	вздутие в эпигастрии, рвота старой пищи. В рвотных массах нет желчи.	рак, язва, рубцы
дуоденоюнальный переход	Тоже. Желчь в рвотных массах	спайки, грыжа связки Трейтца
высокая тонкокишечная	живот плоский или вздут, слышна перистальтика	спайки, грыжа, заворот, инвагинат, опухоль
низкая тонкокишечная	резкий метеоризм, рвота, слышимая перистальтика	тоже

ӨТІМСІЗДІК деңгейі диагностикасы

УРОВЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ	СИМПТОМЫ НЕПРОХОДИМОСТИ	ПРИЧИНА
БАУГИНЕВАЯ ЗАСЛОНКА	Тоже. Иногда пальпируется опухоль или колбасовидный инвагинат	Инвагинация, заворот, рак.
ПЕЧЕНОЧНЫЙ ИЗГИБ	Метеоризм при несостоятельности баугиновой заслонки общий, при хорошей ее функции-баллон. Пальпируемая опухоль. Рвота (3 ст.)	Рак, редко ТВС.
СЕЛЕЗЕНОЧНЫЙ ИЗГИБ	Тоже. Раздута и поперечная ободочная кишка.	Наиболее часто опухоль
СИГМА	Вздут весь толстый кишечник. вялая перистальтика. опухоль пальпируется редко.	Опухоль, заворот.

ЖІӨ рентгенологиялық көрінісі



1. Іш қуысының рентгенографиясы –Клойбер тостағаншаларының анықталуы.

2. Контрастты ирригоскопия – тоқ ішектің жоғарлаған бөлігінде немесе соқыр ішекте екітісті айқын контурлы толу дефектісі анықталады.



CHEST/ABDOMEN
903/27738

N

FRAME= 02

10:38:57
14-DEC-99

L = 127
W = 255
SP= 16

MMA SECHENOV

DR. NOVICHKOV



VDEEVA T.V. 66

BDOMEN
87/9065

N

FRAME= 03

4:27:02
4-MAR-01

L = 121
W = 255
SP= 18



NIKOLINA E.S. 72

CHEST/ABDOMEN
727/16478

N

FRAME= 0

11:43:54
12-JUN-00

L = 12
W = 25
SP= 1



HEST/ABDOMEN
31/7189

N

FRAME= 03

3:49:45
6-MAR-00

L = 127
W = 255
SP= 15

ALMAZOV A.N. 49

ABDOMEN
705/

9

N

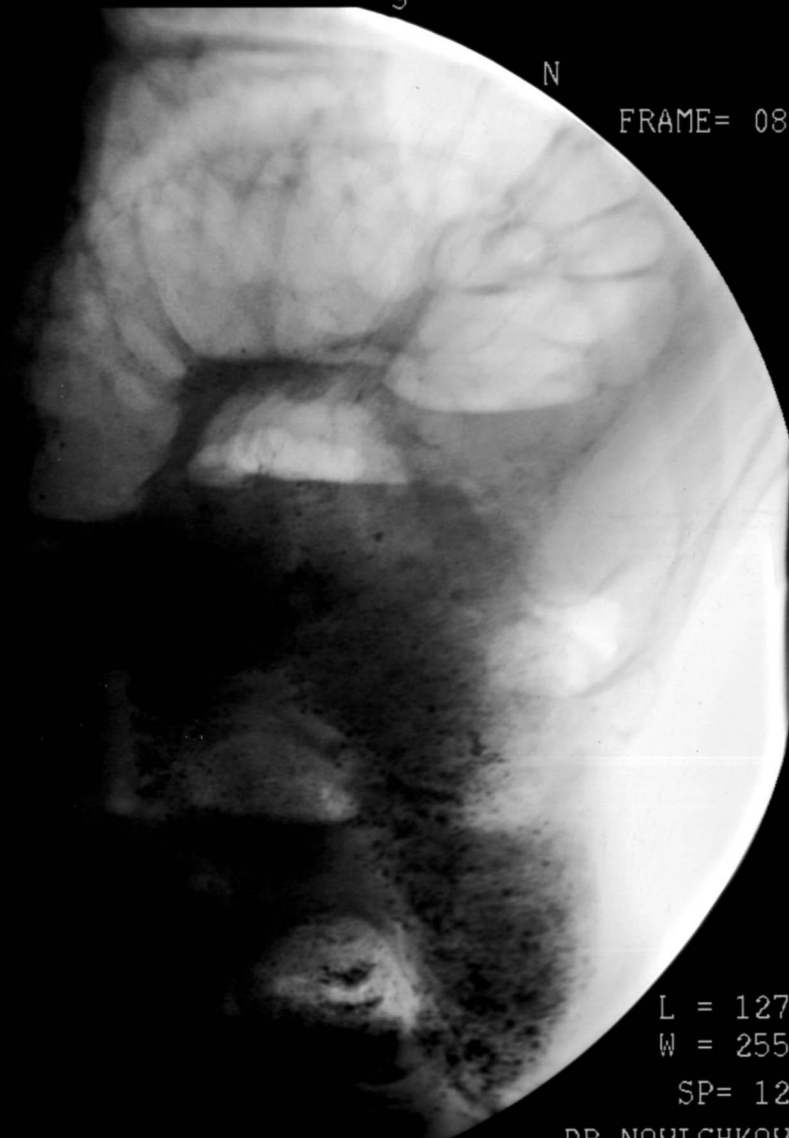
FRAME= 08

16:29:44
30-MAR-00

L = 127
W = 255
SP= 12

MMA SECHENOV
DEPT. DIGITAL IMAGE

DR. NOVI CHKOV

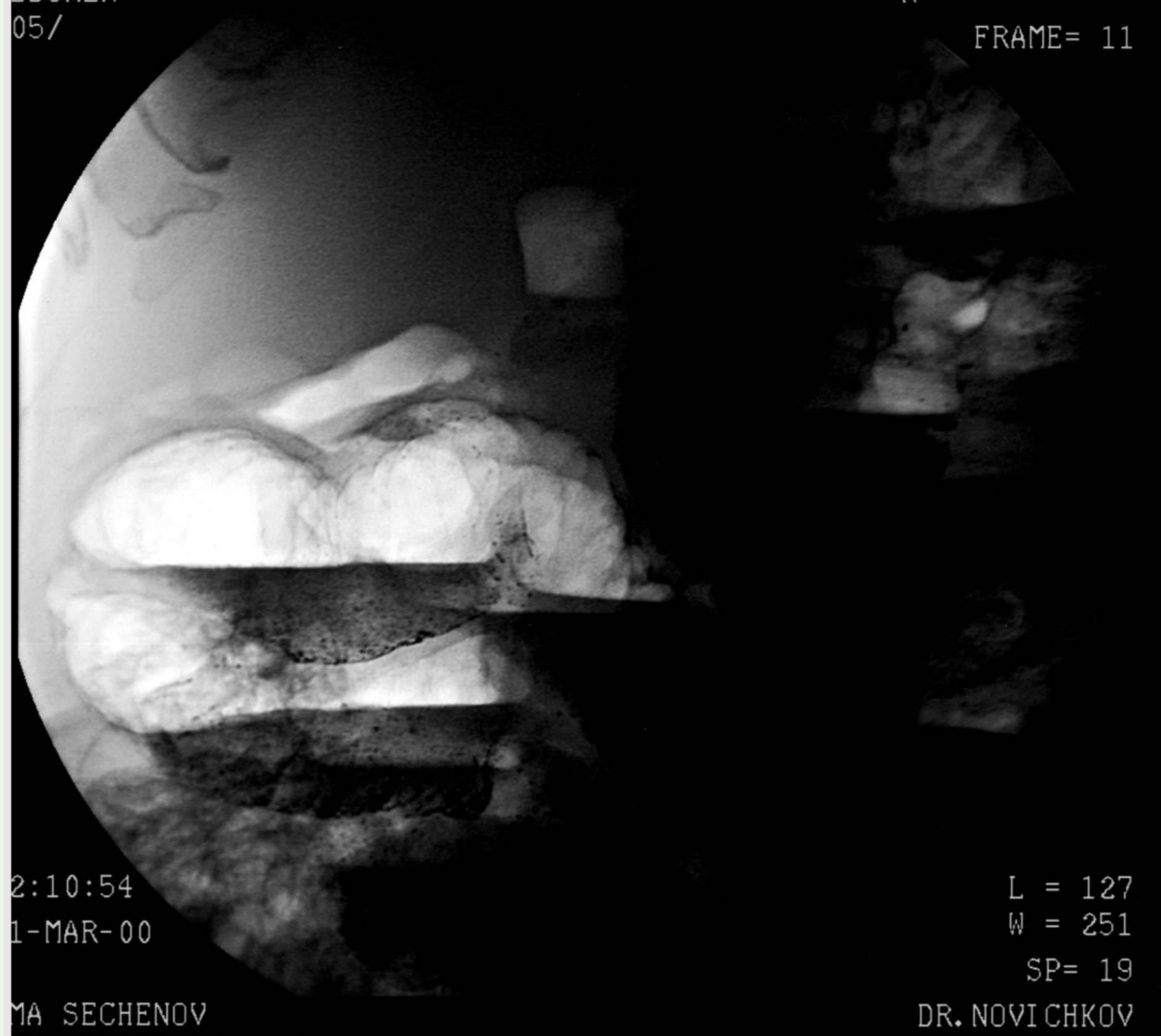


ILMAZOV A.N. 49

ABDOMEN
05/

N

FRAME= 11



2:10:54

1-MAR-00

L = 127

W = 251

SP= 19

MA SECHENOV

PRE-DIGITAL IMAGE

DR. NOVICHKOV



UGUSHEV A.Z. 60

HEST/ABDOMEN
07/7856

N

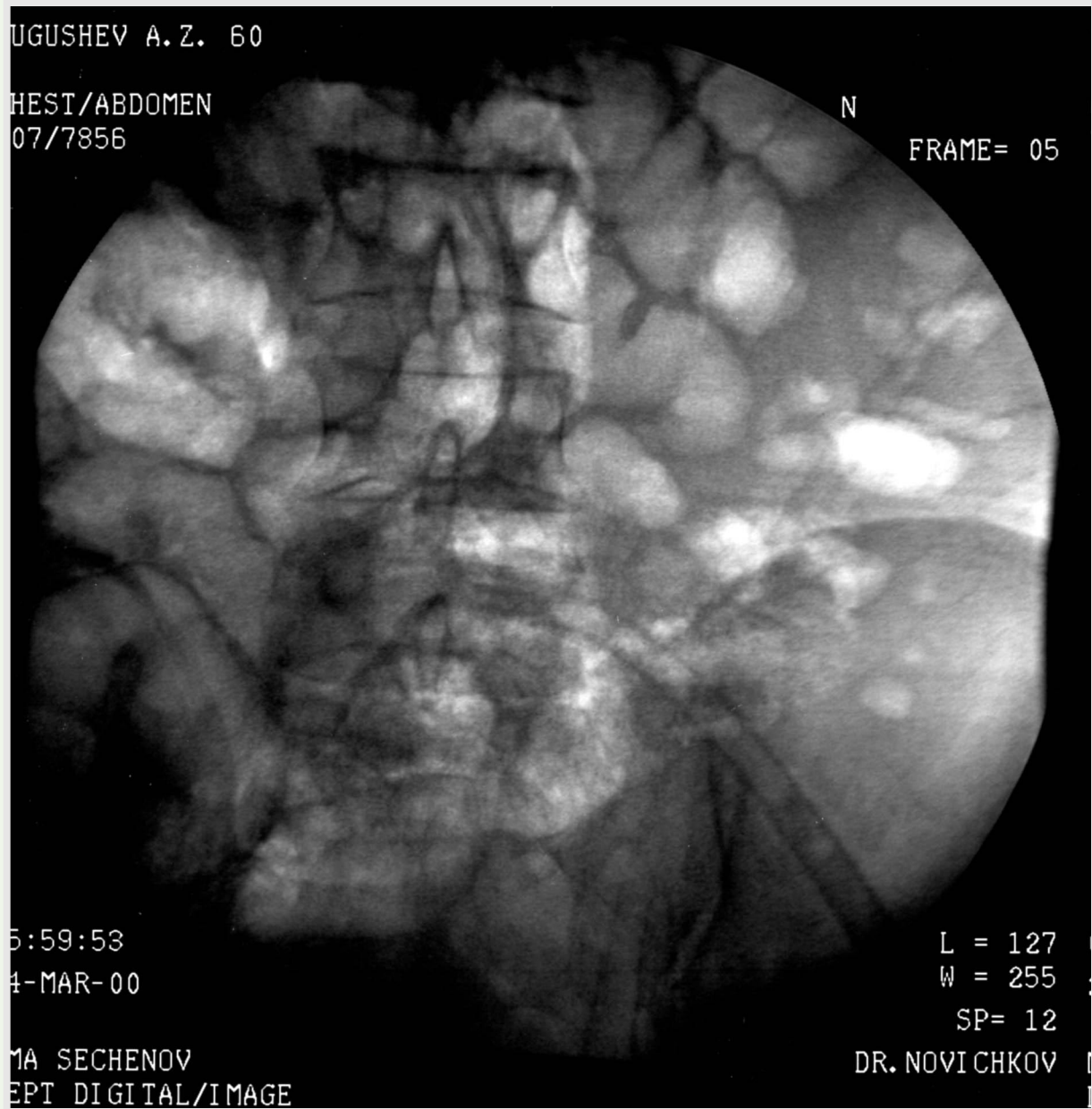
FRAME= 05

5:59:53
4-MAR-00

L = 127
W = 255
SP= 12

MA SECHENOV
EPT DIGITAL/IMAGE

DR. NOVI CHKOV



Қосымша диагностикалық іс-шаралар мыналарды қамтиды:

1. Құрсақ мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі (УДЗ).
2. Құрсақ мүшелерін компьютерлік томография (КТ).
3. Контрасты энтерография.
4. Лапароскопия (ішек өтімсіздігінің алғашқы кезеңдерінде, айқын ентігу болмаса, хирургтың жеткілікті тәжірибесі бар).
5. Іштің микрофлораға әсерін және антибиотиктерге сезімталдығын зерттеу.
6. Тиісті мамандардың (терапевт, гинеколог, уролог, эндокринолог және т.б.) кеңестері.

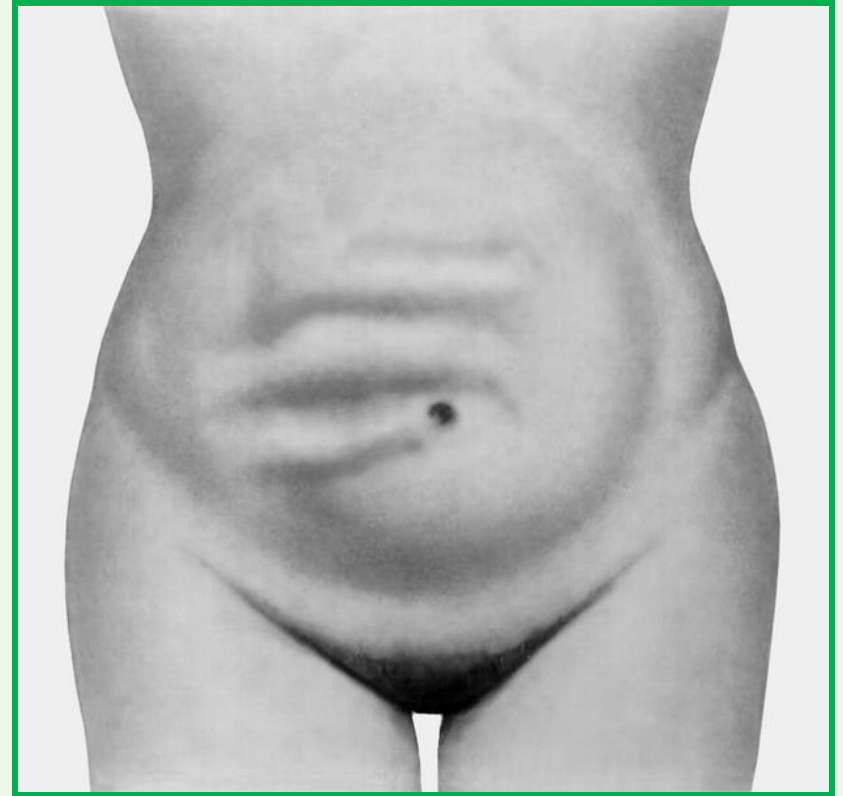
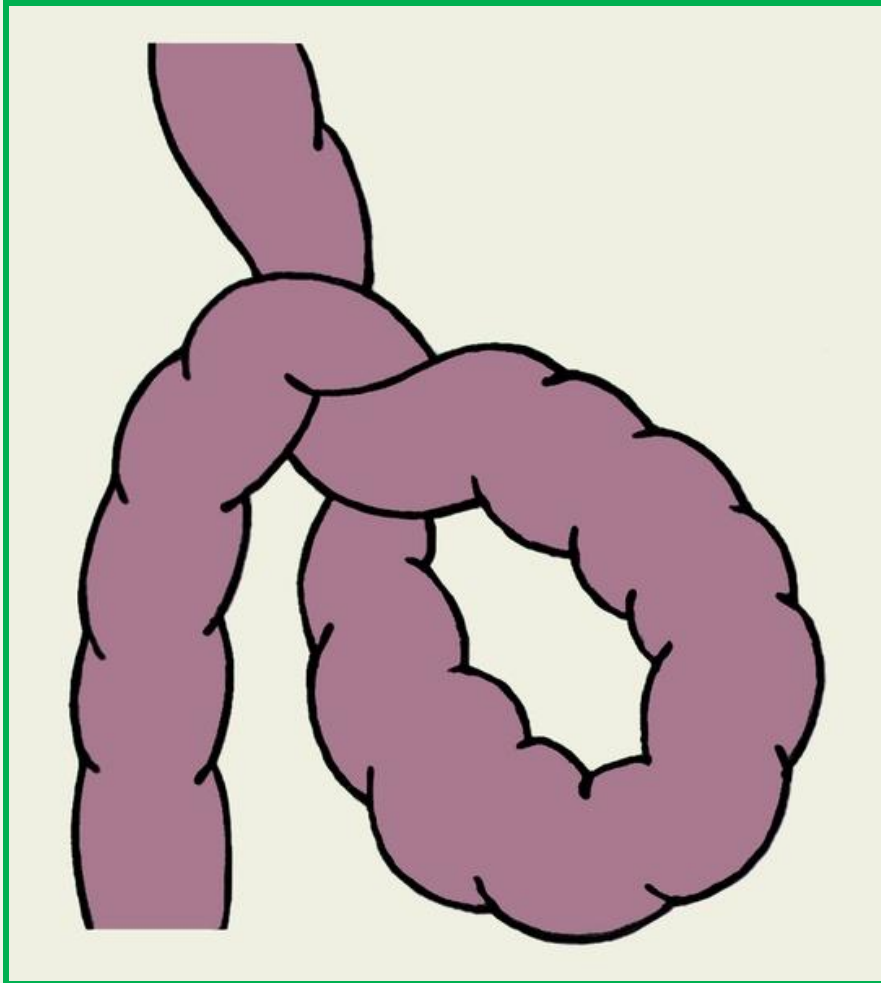
Негізгі симптомдары:

- Валь симптомы - ұстағанда анықталады көзге көрінетін салыстырмалы түрде тұрақты асимметриялық іштің кебуі;
- Шланге симптомы - ішектің көрінетін моторикасы, әсіресе пальпациядан кейін;
- Склярова симптомы - ішектің ілмектерінен «шуылдың шашырауын» тыңдау;
- Спасокукотский-Вильмс симптомы - «құлаған тамшының шуылы»;
- Кивуля симптомы – ішек бойында металл тонусы бар күшейтілген тимпаникалық дыбыс;
- Обухов ауруханасының симптомы төмен ішек өтімсіздігінің белгісі: тік ішектің бос ампуласының шар тәрізді желденуі;

- Цэге-Мантефель симптомы - бұл төмен ішек өтімсіздігінің белгісі: сифон клизмасын қою кезінде ішектің дистальды бөлігінің аз сыйымдылығы (500-700 мл су емес);
- Мондор симптомы - ішек қозғалғыштығының жоғарылауы біртіндеп моториканың жойылуымен ауыстырылады («басында шу, аяғында тыныштық»);
- «Өлі (ауыр) тыныштық» - перистальтиканың дыбыстарының болмауы; ішек өтімсіздігінің белгісі. Бұл кезеңде іштің жиырылуы кезінде перистальтиканы емес, әдетте асқазан арқылы өткізілмейтін тыныс алудың күңкілдері мен жүрек дыбыстарын естуге болады;
- Шиман симптомы - сигма тәрізді ішек төңкерілген кезде, ісіну оң жақ гипохондрияға жақын орналасады, сол жақ қабырға асты аймағында, яғни, әдетте пальпацияланған, іштің артқа тартылуы байқалады;
- Тевенар симптомы (ішектің инверсиясына байланысты странуляциямен кедергі келтіреді) - екі көлденең саусақты ортаңғы сызықта кіндіктен төмен басқанда өткір ауырсыну.

Ішектің айналуының схемалық көрінісі

Ішектің механикалық өтімсіздігі бар
науқастың іш қуысы (аш ішектің
айналуы): көлденең орналасқан біліктер
көрінеді.



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
- жыныс безінің айналуы.

ЖІӨ-ді емдеу принциптері

- АҚК қалпына келтіру
- Гидро-иондық бұзылыстарды түзету
- ҚСД бұзушылықтарын түзету
- Жүрек-тамыр терапиясы, микроциркуляция қалыпқа келтіру
- Асқазан мен ішектің декомпрессиясы
- ІӨ Хирургиялық емдеу
- Перистальтиканы ынталандыру
- Детоксикация
- Тыныс алу бұзылыстарын жою және алдын-алу
- Антибиотикалық терапия
- Тромбоздың және эмболияның алдын алу

ЕМІ

- Жедел ішек өтімсіздіктің кез-келген түрінде шұғыл оперативті көмек көрсетіледі.
- ***Операция алдында дайындық келесі түрде болады:***
 - ❑ Асқазанды тұрақты назогастральді зондпен тазалау (әр 2-3 сағат сайын);
 - ❑ Ганглионарлы блокада (1% диколин 0,1 мл өмірінің 1 жылына, бұлшық ет ішіне).
 - ❑ Көктамыр ішілік ішек стимуляциясы:
 - А) 10% натрий хлориді 2 мл өмірінің 1 жылына;
 - Б) 0,5% прозерин 0,1 мл өмірінің 1 жылына;
 - В) 0,05 % неостигмин метилсульфат ер-сі 0,1 мл өмірінің 1 жылына;
 - Г) стимуляциядан 30-40 минуттан кейін сифонды клизма

Ескерту: аталған шаралардан кейін науқаста жедел ішек өтімсіздігінің клиникасы бәсеңдесе немесе жойылса, науқасқа жоспарлы түрде ота жасалады.

ЖІӨ үшін операция түрлері

- Адгезияны бөлу
- Қысылуды жою
- Деторсия және дезинвагинация
- Ішек резекциясы + анастомоз
- Айналмалы анастомоз
- Колостома

Хирургиялық емі

- Дәстүрлі лапаротомиялық әдіс

Лапароскопиялық әдіс

- *Дәстүрлі лапаротомиялық әдіс науқасқа операциядан кейінгі кезеңде тағы да жабыспалы үрдістің қалыптасуымен қауіпті саналады. Сондықтанда хирургтар бұл аурудың рецидивті түрін алдын алу үшін аз жарақаттайтын әдісті, атап айтқанда, лапароскопиялық әдісті таңдайды.*

Лапароскопияны жүргізу методикасы (адгезиолизис)

- Жедел жабыспалы ішек өтімсіздігі кезінде лапароскопиялық түрде жабысуларды ажырату екі этапты жүзеге асады:

- 1) Висцеропариетальді жабысуларды ажырату.

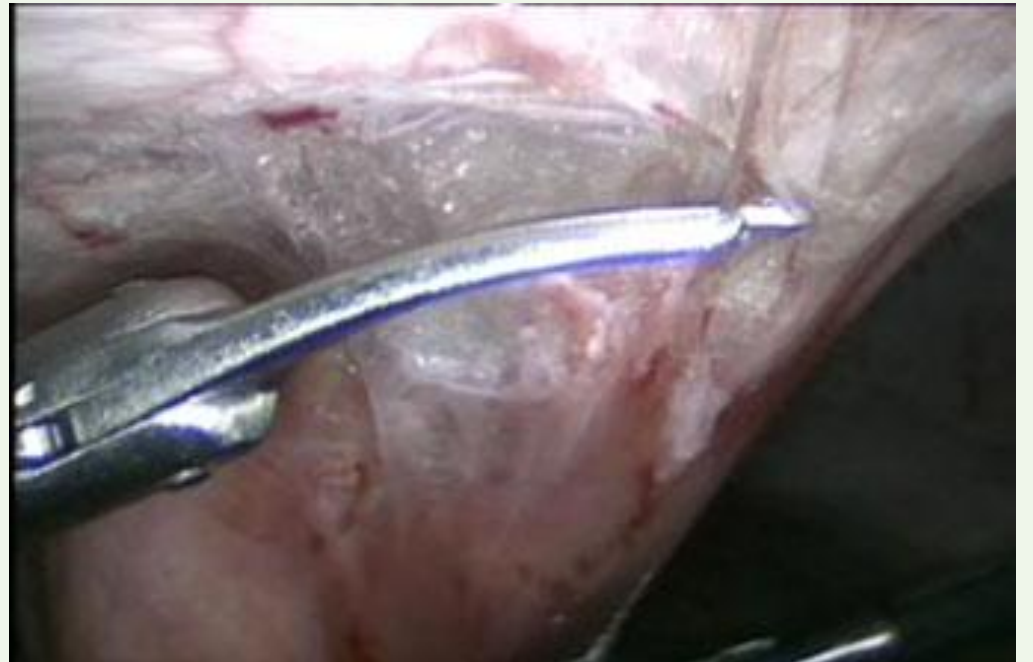
- 2) Висцеро-висцеральді жабысуларды ажырату.

1) Висцеропариетальді жабысуларды ажырату.

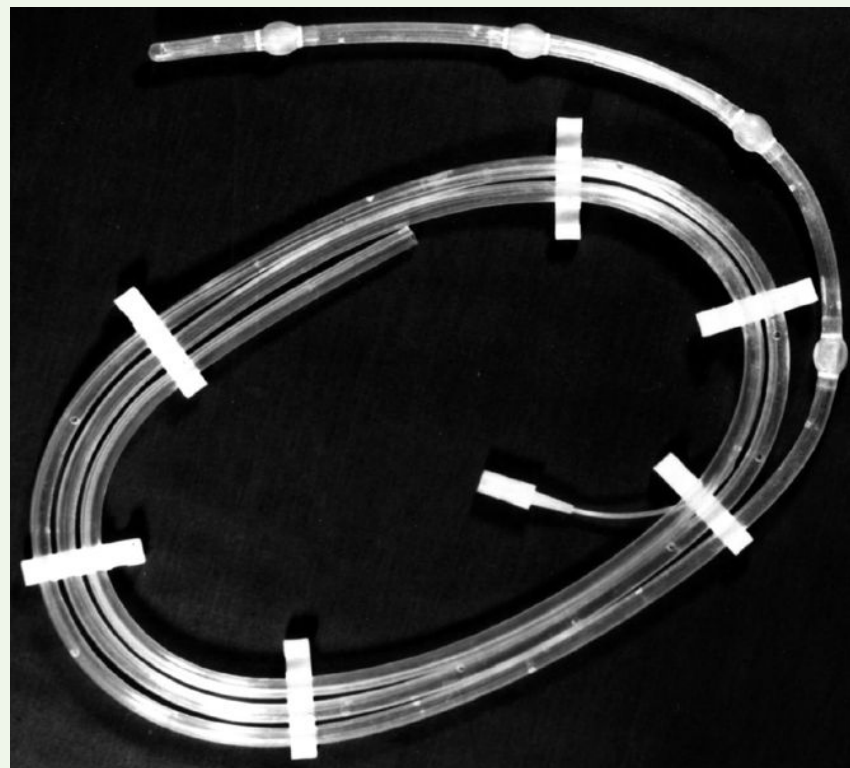
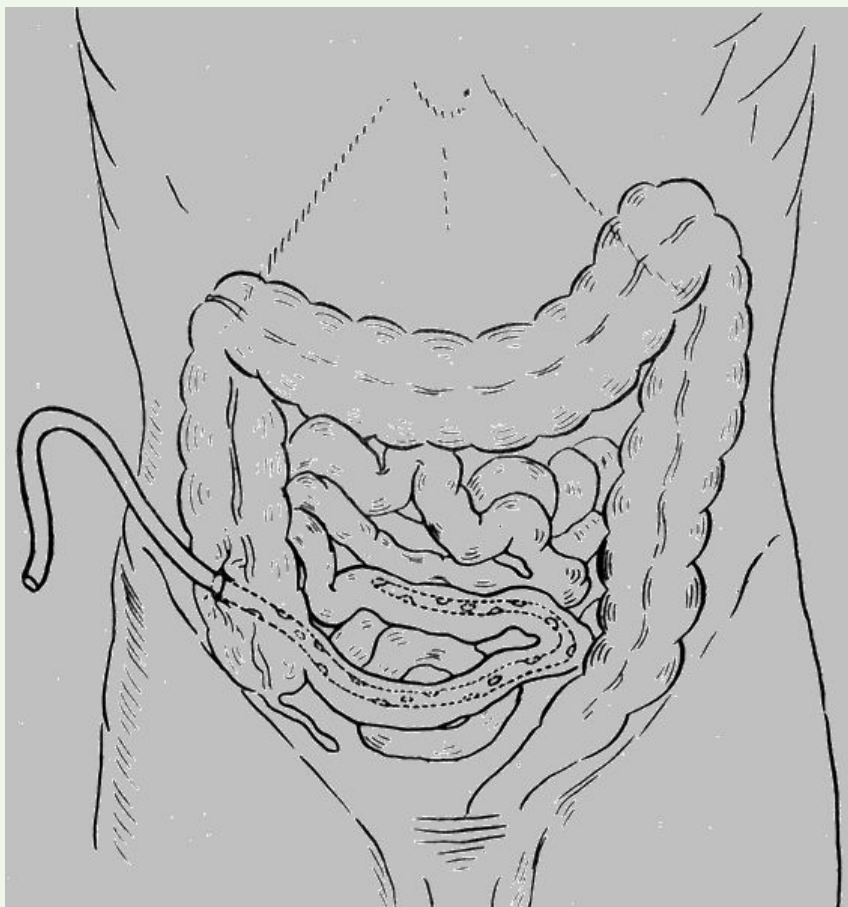
- А) Операциялық алаңды (іш қуысын) ауамен толтыру (пневмоперитонеум);
- Б) қайшы немесе монополярлы коагуляциялы диссектормен жабысуларды ажырату;
- В) Ішектің және париетальді ішастардың борпылдақ жабысуын атравматикалық зажим немесе зонд-пальпатор арқылы ажыратуға болады.

2) Висцеро-висцеральді жабысуларды ажырату.

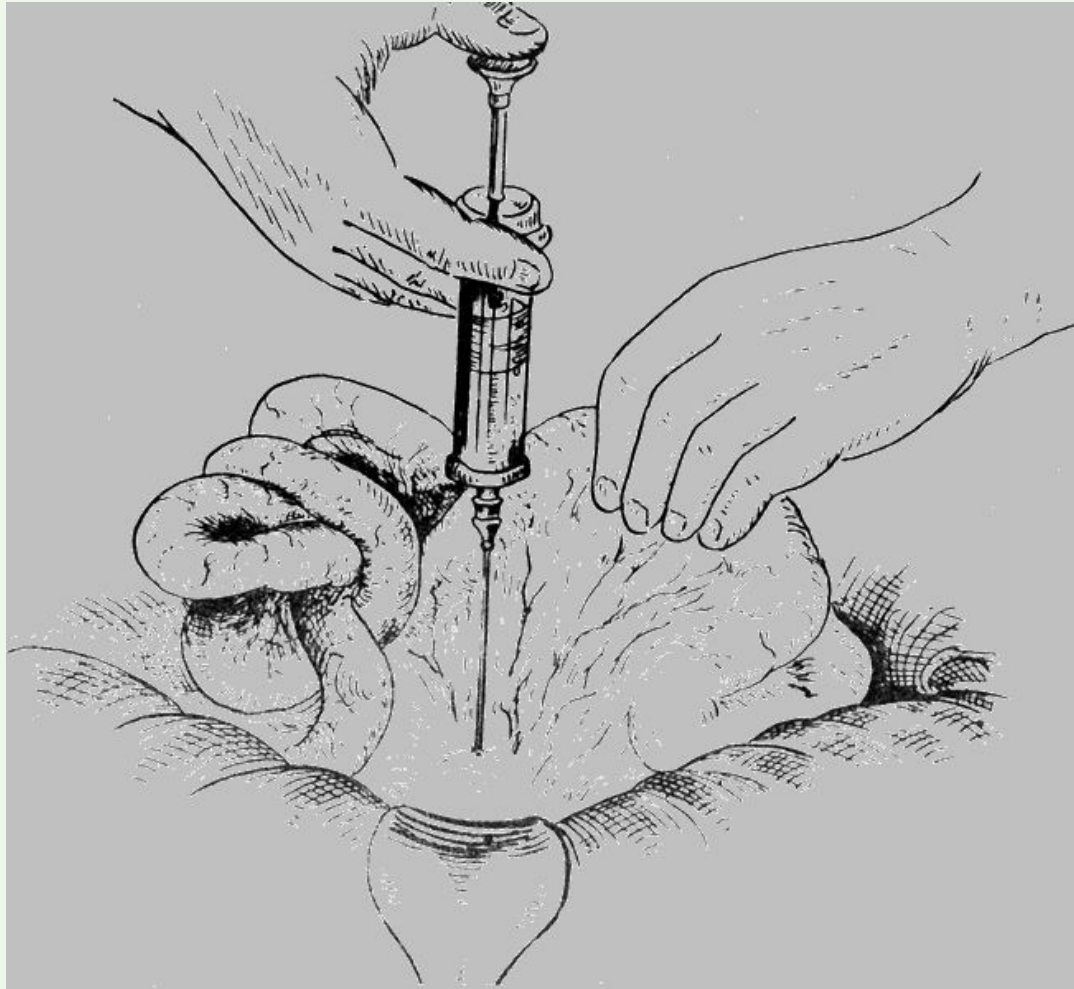
- Көп жағдайда жабысуларды тарту (натяжение) арқылы және оны диссектормен немесе қайшы көмегімен ажырату арқылы ажыратады.



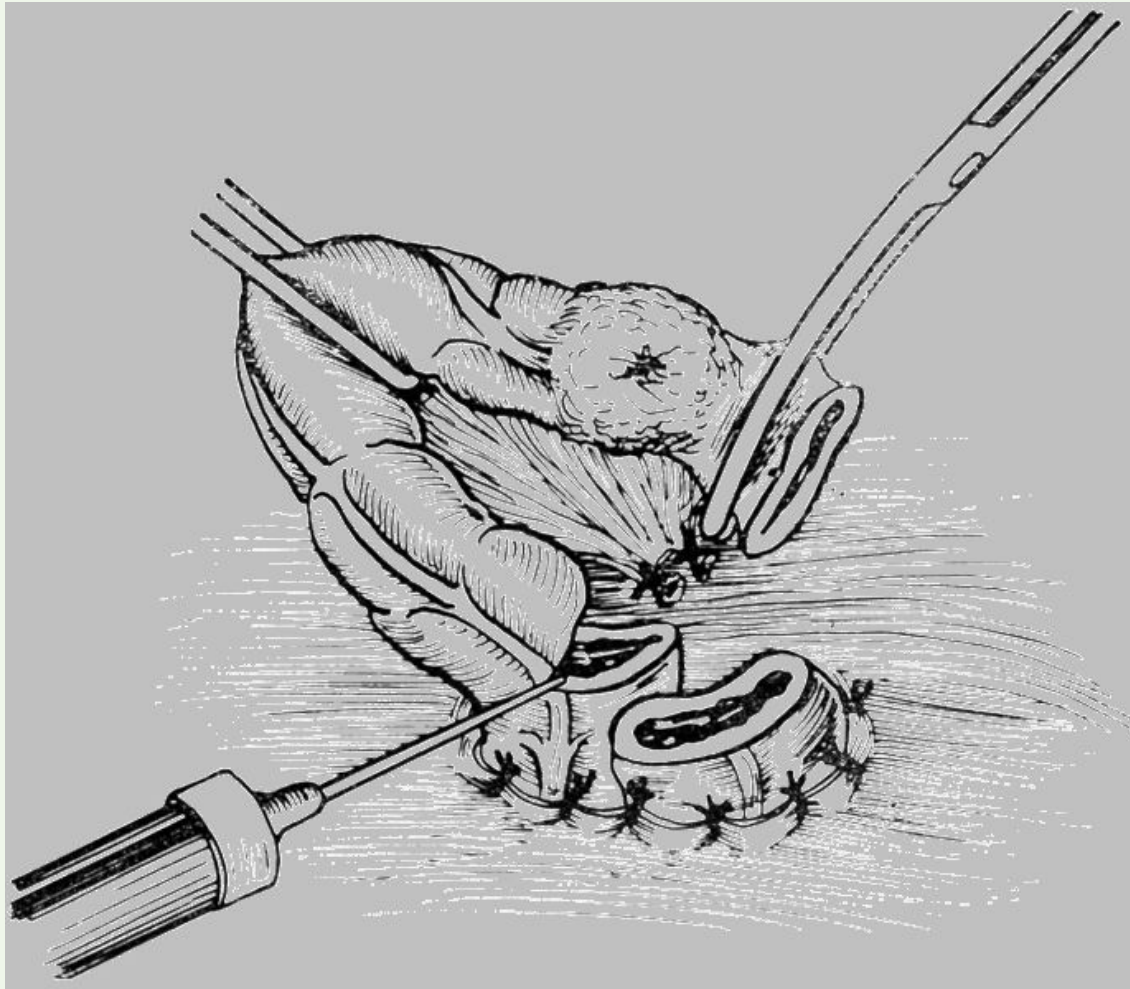
Аш ішек интубациясы



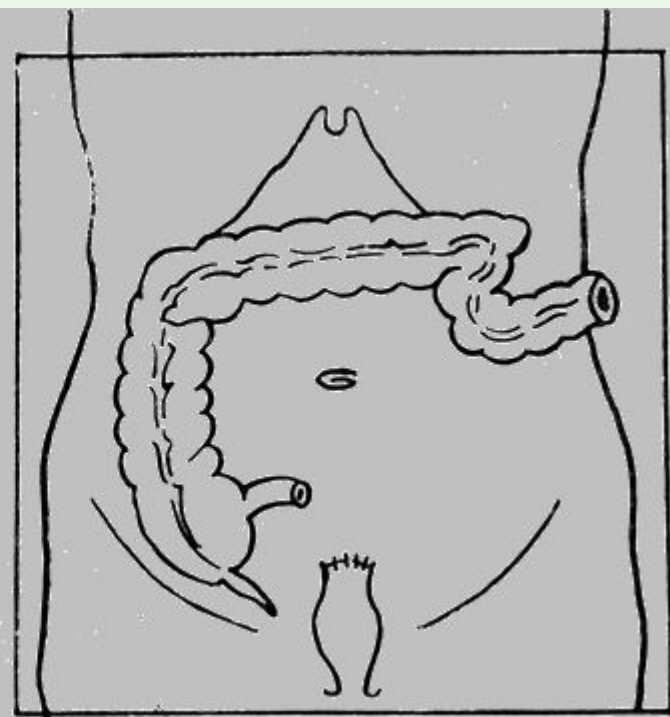
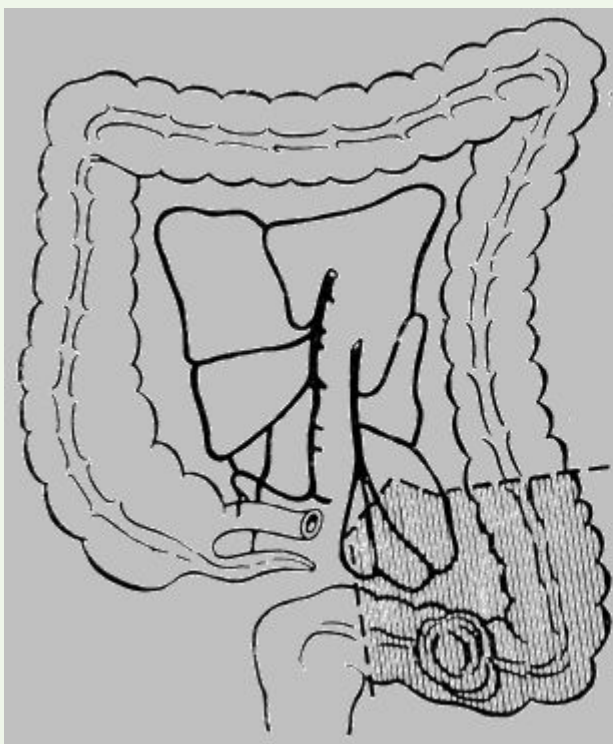
Аш ішектің мезентериясының новокаиндық блокадасы



Тоқ ішектің ісік резекциясы

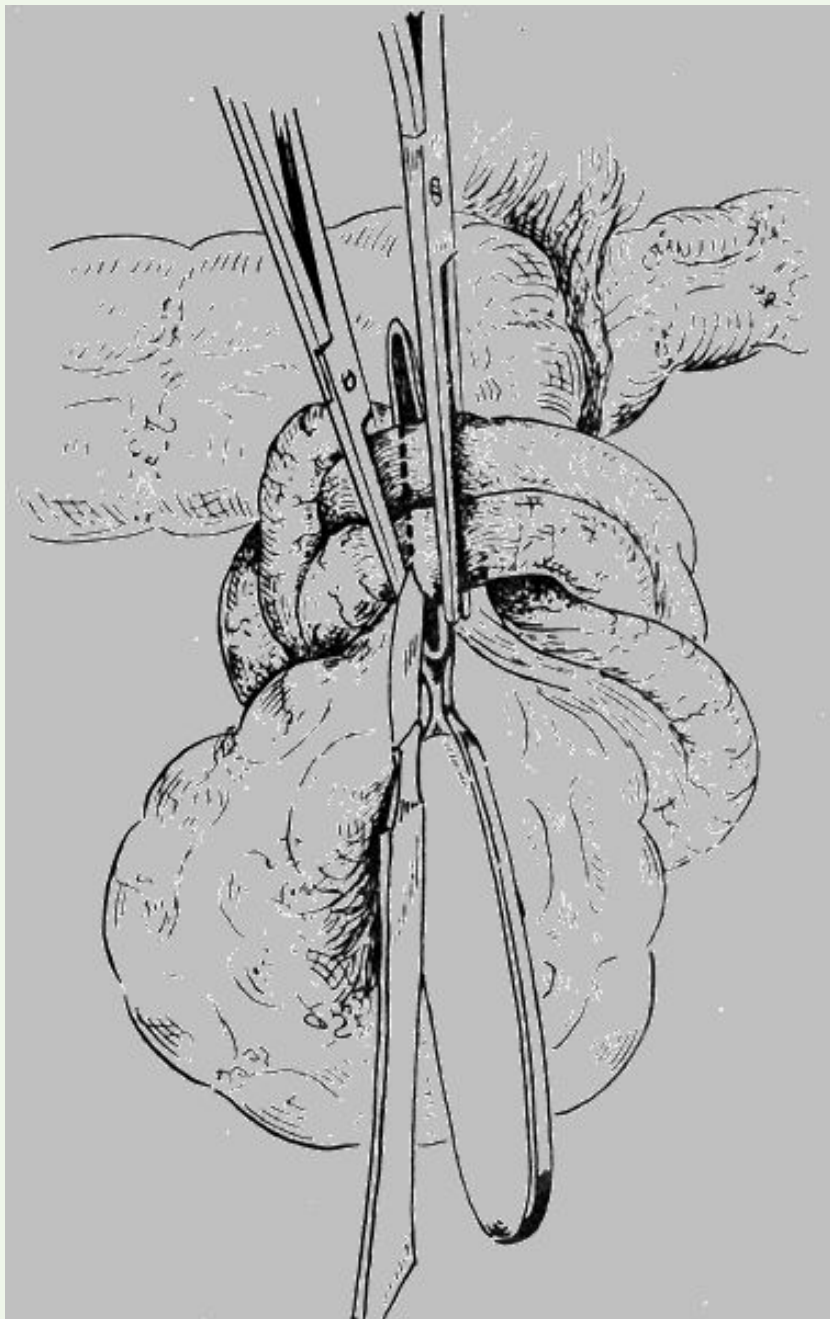


Операция Гартмана



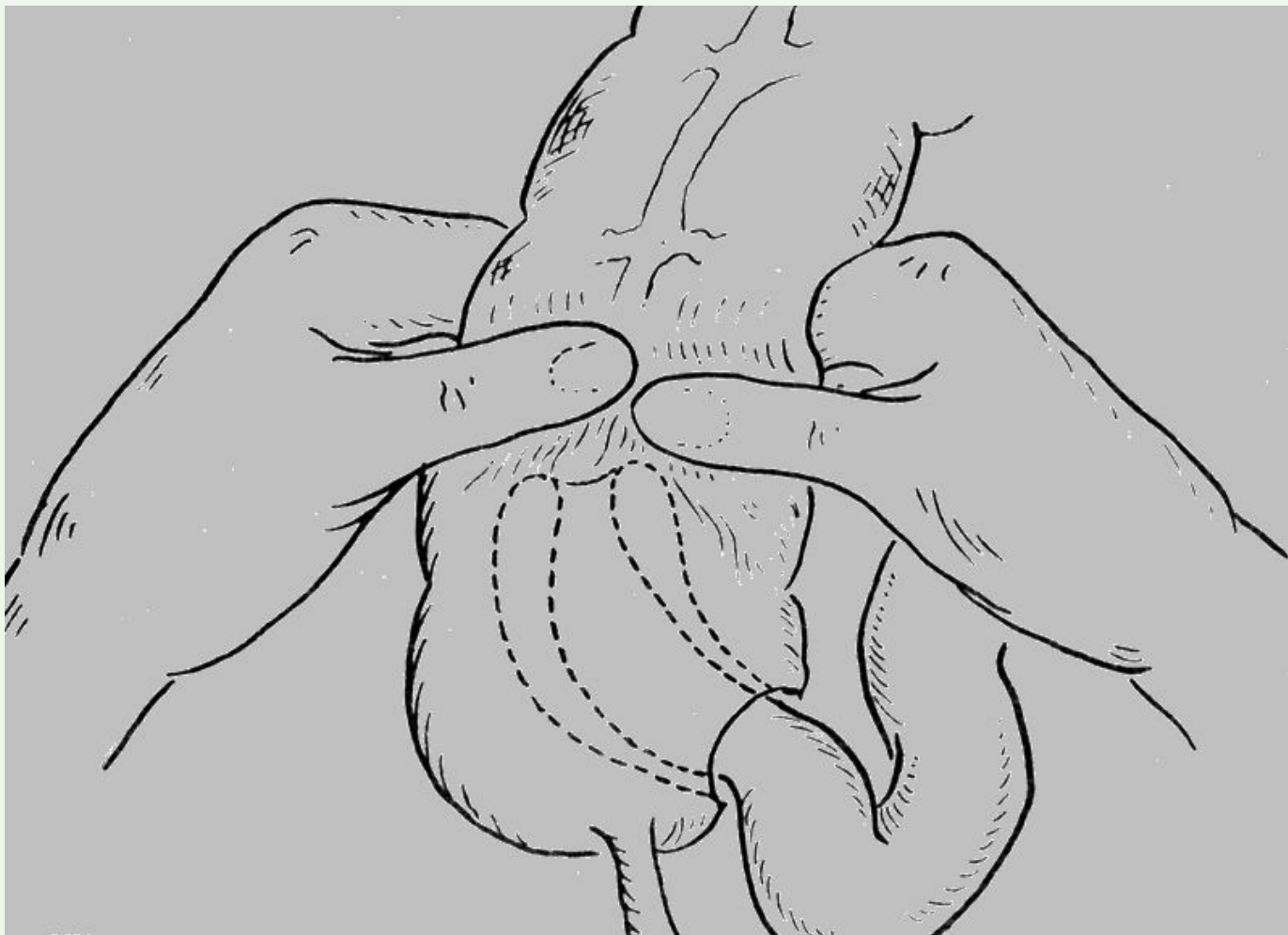


Түйінді шешу



Түйін түзілу кезіндегі ЭНТЕРОТОМИЯ

Дезинвагинация



Қорытынды

- Абдоминальді хирург практикасында жедел жабыспалы ішек өтімсіздігі жиі кездескенімен, науқастың операциядан кейінгі асқынуларын алдын алу керек. Яғни, дәрігердің емдеу тактикасын дұрыс таңдауы көп жағдайда екіншілік ішек өтімсіздігін алдын алуға көмектеседі.
- Қазіргі таңда АҚШ, Еуропа мемлекеттерінде біріншілік жабыспалы ішек өтімсіздігіне күмәнді науқастарды науқастарды операциядан кейін әр 6 ай сайын 2 жыл бақылауға алады. Сондықтанда, бұл профилактикалық әдісті ҚР территориясында қолдану – жоғары деңгейде жағымды нәтижесін береді деп ойлаймын.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- “Детская хирургия. Национальное руководство”
– под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова.
- “Хирургические болезни детского возраста”, том
1 – под ред. Ю.Ф. Исакова