

Семей Мемлекеттік Медицина Университеті
Хирургия пәндер кафедрасы



СӨЖ

Тақырыбы: Ішек өтімсіздігі

Орындаған: Шайықов Е.Ш
426-топ

Тексерген: Хакимов М.Қ

2017-жыл

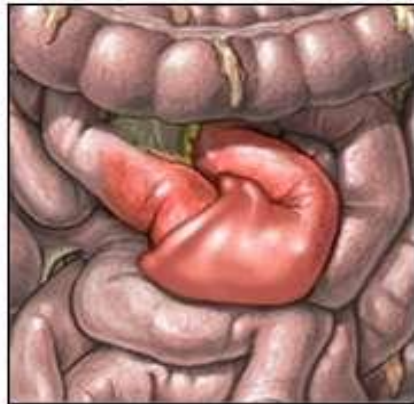
Жсостар



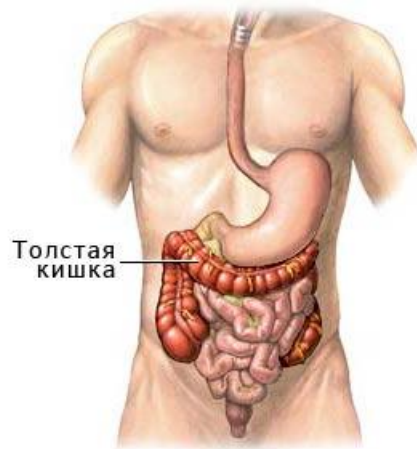
- -Анықтамасы
- -Этиологиясы
- Патогенезі
- Жіктелуі
- Диагностикасы
- Клиникасы
- Қорытынды

Normal bowel

Intussusception



Ішек өтімсіздігі- ауыр түрде өтетін ауру, асқазаннан тік ішекке баратын ішек сұйықтығының тоқтауымен сипатталады. Ішек өтімсіздігі –асқазан мен тік ішек арасындағы ішек құрамы қозғалысының бұзылуынан пайда болатын хирургиялық ауру. ЖІӨ-30-60 жас аралығындағы адамдар жиі ауырады.



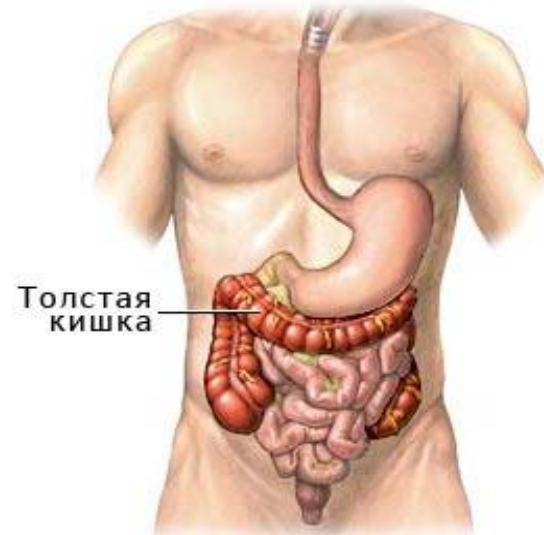
Этиологиясы.

- Қауіп-қатер факторлар:

- Туа біткен + жүре пайда болған анатомо-морфологиялық өзгерістері.
- Іш қуыс ағзаларына жасалған операциялар, травмалық жарақаттар.

- Туындатқыш факторлар:

- Ішектің шектен тыс қозғалуы, шажырқайының ұзын болуы

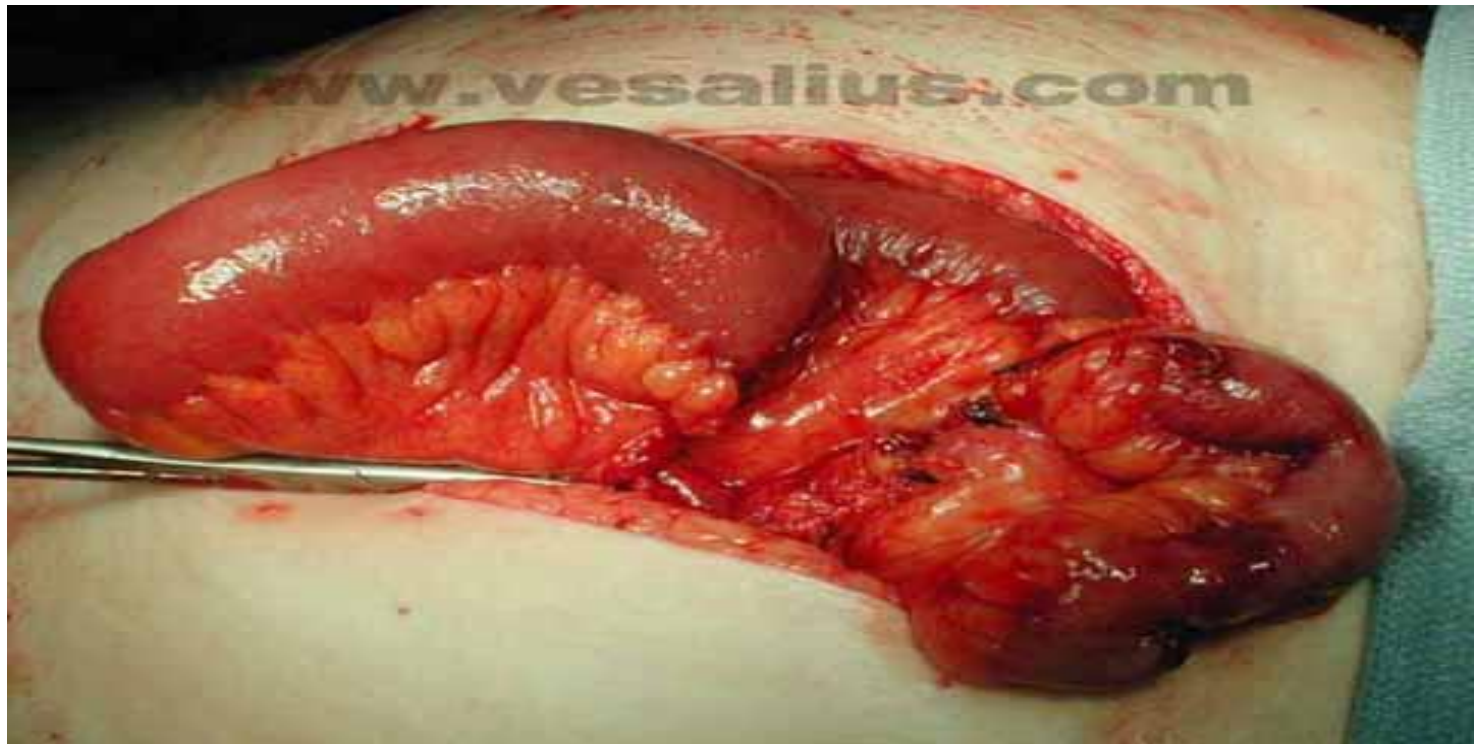


• Этиологиясы, жайылуы, жиілігі.

Жедел ішек өтімсіздігінің дамуында бейім және әсер ету факторларды айырамыз.

Бейім болу факторы:

- туа біткен (Меккель дивертикуласы, ішек атрезиясы).

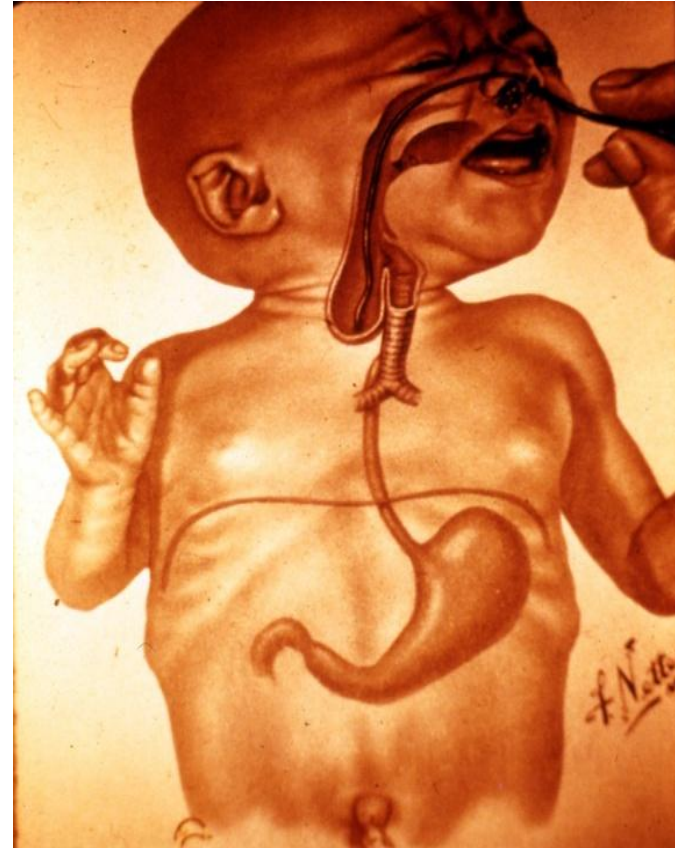
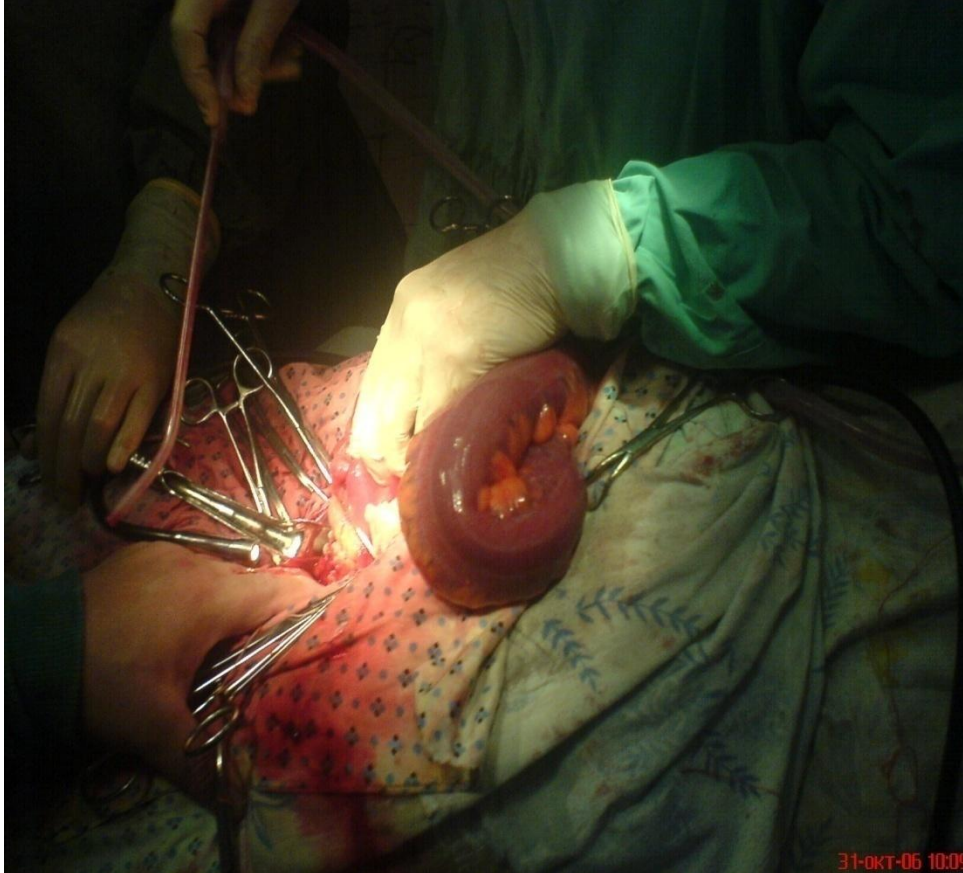


Құрсақ ішілік нәрестеде әртүрлі **аномалиялар** болуы мүмкін, кейіннен ішек өтімсіздігіне әкеледі:

-Меккель дивертикуласы. Илеоцекальді бұрыштан жоғары 30-100 см орналасқан және ащы ішектің өсіндісі болып табылады, құрт тәрізді өскіннен айырмашылығы шажырқайы болмайды.



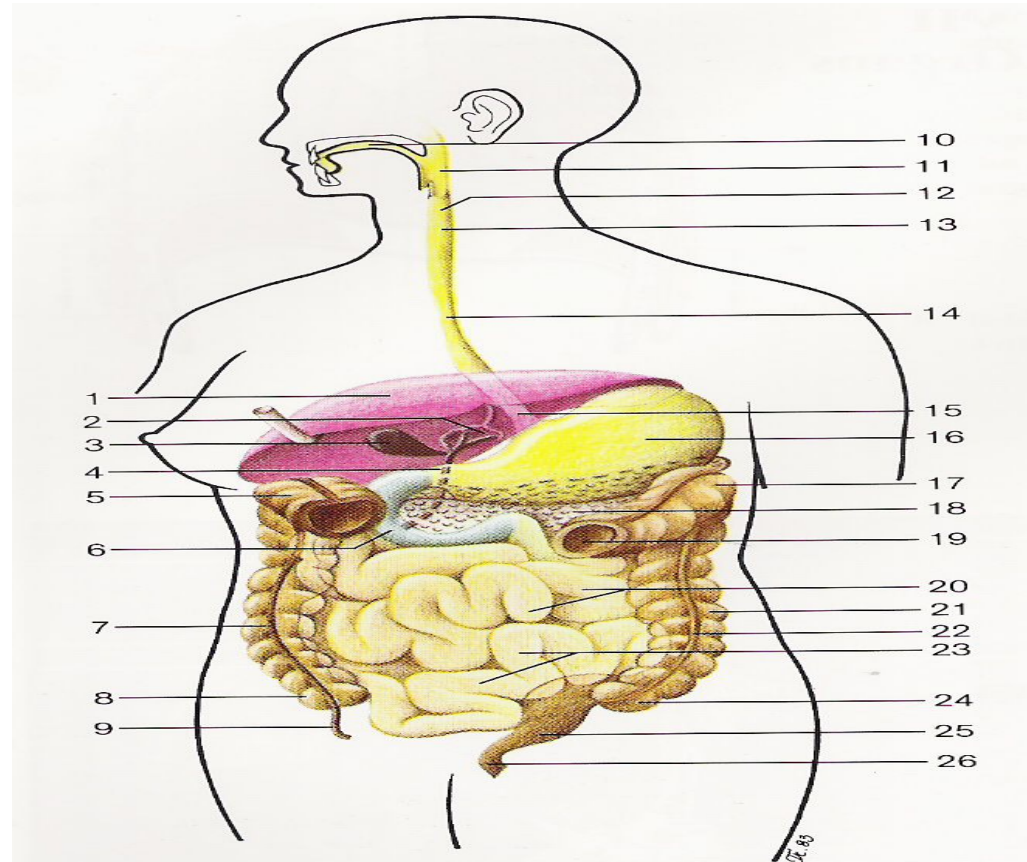
- Гиршпрунг ауруы (мегаколон, аганглиоз) - бұл тоқ ішектің толығымен кеңеюі немесе бір аймақтағы бөлігінің кеңеюі.



Аномалиялар

Әсер ету факторлары:

- кұрсақ ішілік қысымның жедел көтерілуі
- Физикалық күш түсу
- Асқазан жолына көп тамақтың түсуі



Ішек өтімсіздігінің патогенезі, патанатомиясы

Асқазан –ішек жолдарында және басқа ағзаларда дегенеративті-некротикалық және қабынулық өзгерістер байқалады соның нәтижесінде ағзада сусыздану болады.

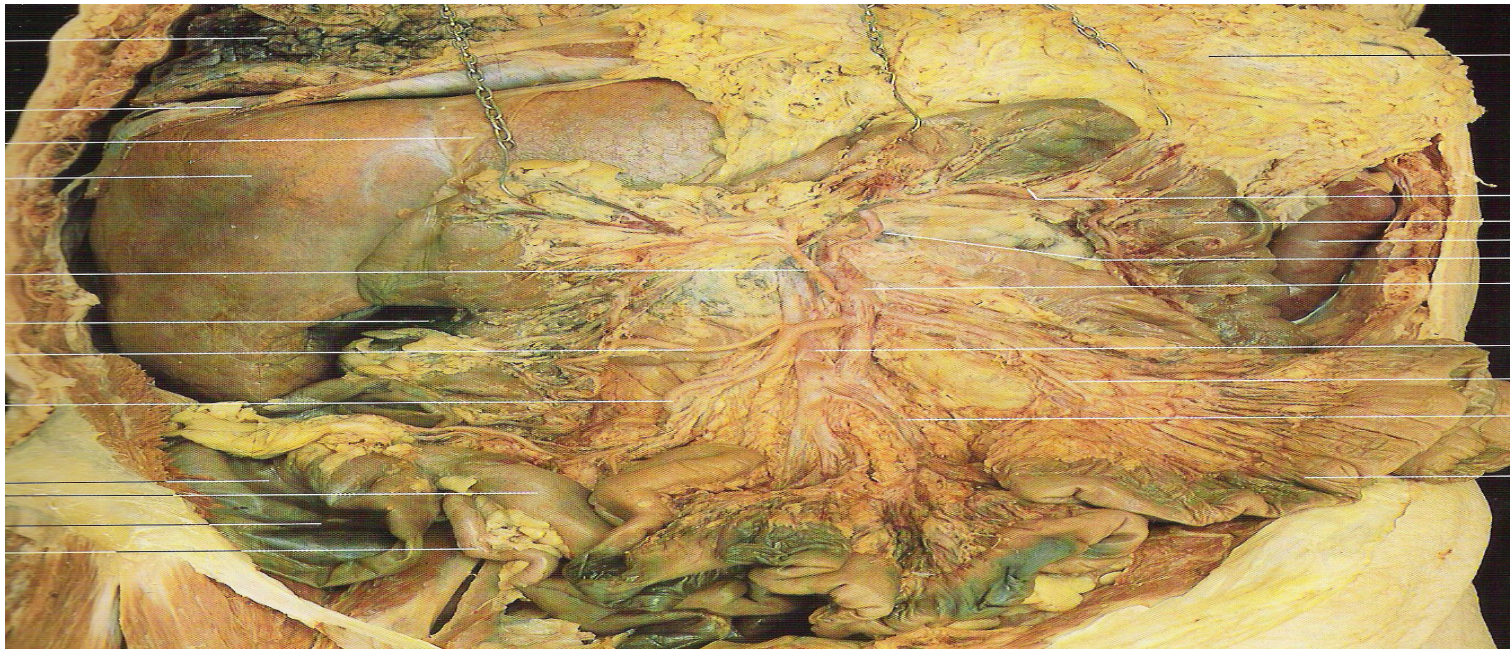


Қысылған түйінде перистальтика болмайды, сұйықтық жиналып және жел кеңейтіп тұрады. Кейінірек тамырларда тромбоз болады, артериальді қан айналымы тоқтайды, шыршы ажыратылып некрозға ұшырап, ішек қабырғасының 4-5 сағаттан кейін түгелдей өлуі болады.



Патогенезі:

- 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 күшейіп, кейін атония болады (парез).



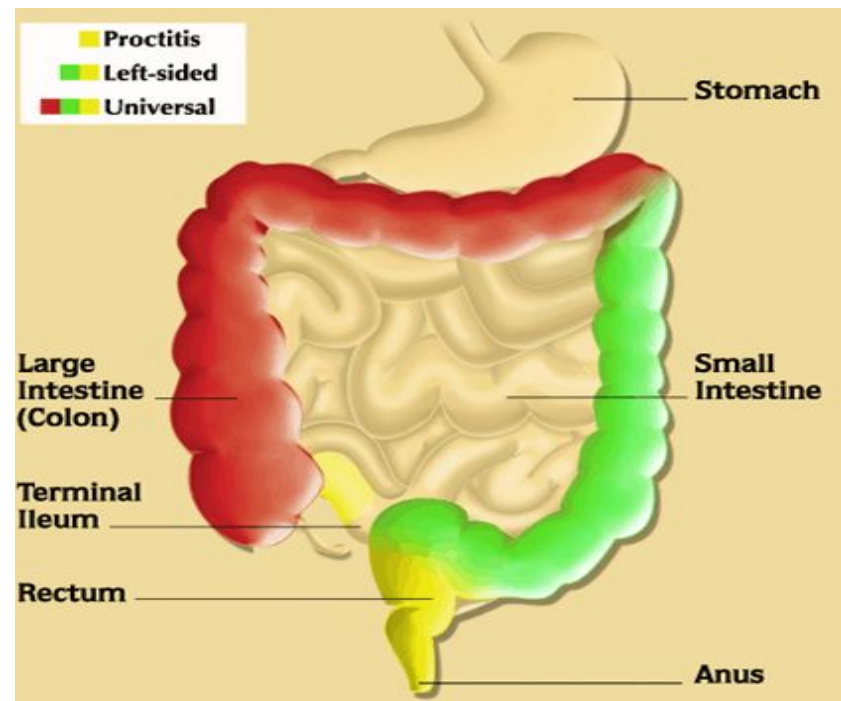
- жедел ішек өтімсіздігінің жергілікті өзгерістер кезінде жалпы бұзылыстар байқалады. ол көбінесе странгуляция да байқалуы мүмкін. Ішек өтімсіздігі болған жағдайда ағза тәулігіне 10 литрға дейін сұйықтық жоғалтады. Қалыпты жағдайда:
 - 1 л- сілекей бөлінеді.
 - 3-4 л- асқазан сөлі,
 - 1 л- өт,
 - 1,5л- ұйқы безінің сөлі ,
 - 3-3,5л- ішек сөлі.Осы сұйықтықтар ағзадан құсықпен жоғалады, ағзаның құрғауы болады және витаминмен ферменттердің алмасуы бұзылады.

- Қанның құрамындағы хлориттер (калий, натрий) төмендейді соның салдарынан бұлшық еттердің әлсіреуіне әкеп соғады. Қанның қоюлануы дамиды.

Гемоконцентрация, “жалған” лейкоцитоз, азотемия. Транссудатпен бірге көп мөлшерде белок жоғалады, науқаста белок жетіспеушілік туады (гипопротеинемия).

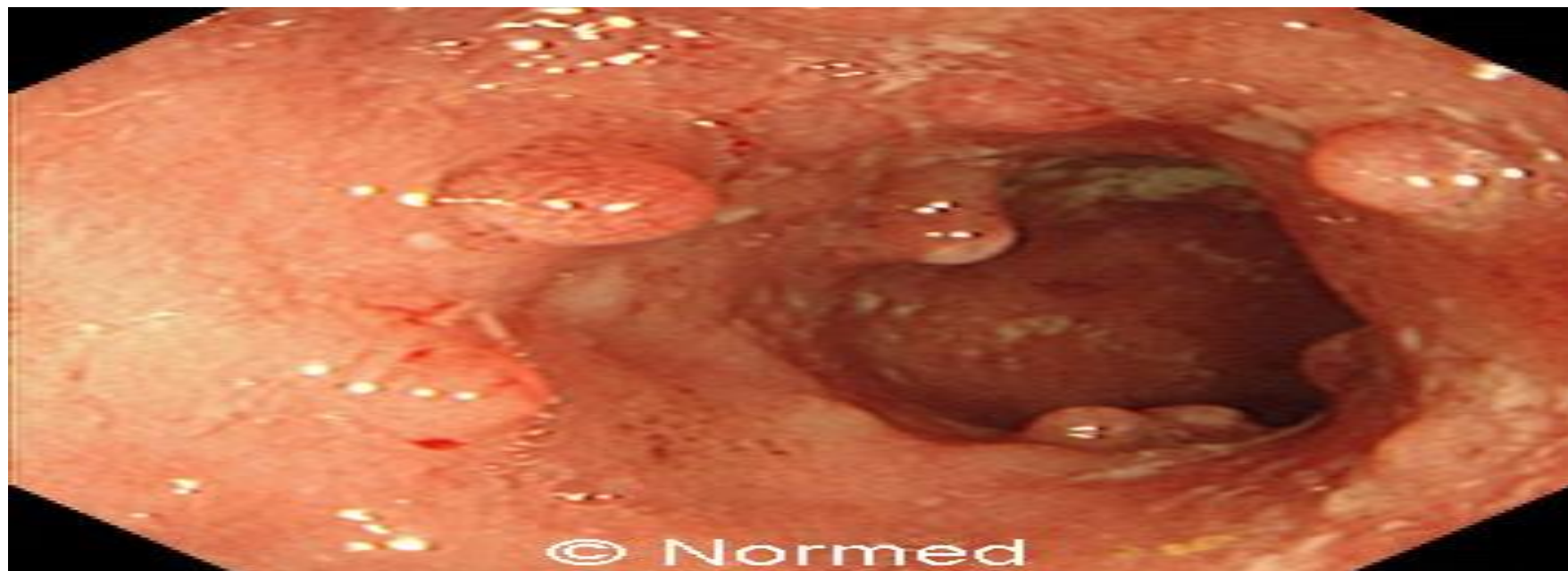
- Ішек өтімсіздігінің жіктелуі:

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.



Бөгелу жолына байланысты:

- 1) жоғарғы - ащы ішек өтімсіздігі**
- 2) төменгі - тоқ ішек өтімсіздігі**



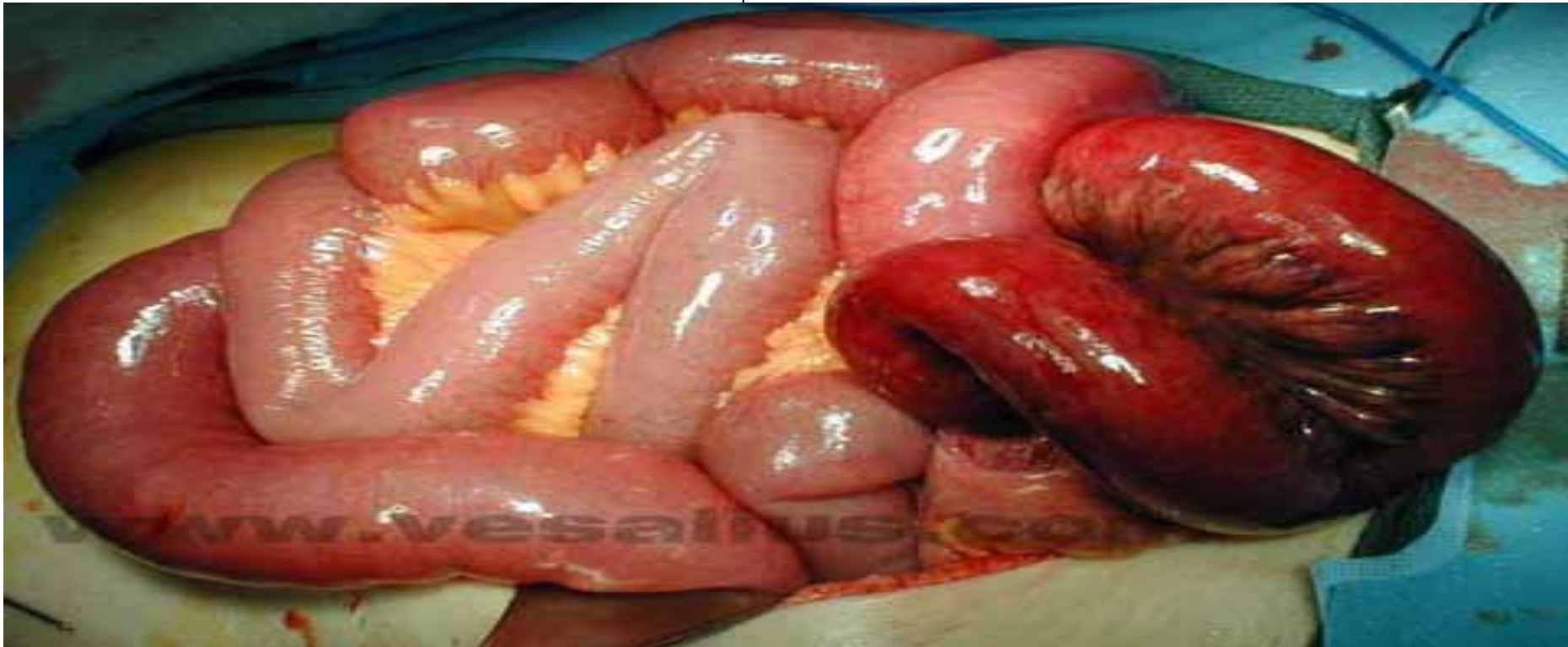
Механикалық ішек өтімсіздігі:

Странгуляциялы

Обтурациялы

(ішектің бұратылуы,
түйінделуі, ішектің
қысылуы)

(Тыртықтар, кисталар,
ісіктер)



Странгуляциялық ішек өтімсіздігі.

Ішек шажырқайының веналары мен артериялары қысылуынан пайда болады.

Түрлері:

Бұралу



Түйін түзілу



Инвагинация

Қысылу



Динамикалық:

Спастикалық:

(дизентерия,
улану)

папартотомия

Паралитикалық:

(Жарақат,

колика

I-

ның тромбозы т.б.)



- *Ішек өтімсіздігінің клиникасы.*

Ауру көбінесе кенеттен басталады, шок жағдайлары болуы мүмкін. Іштің ауырсынуы толғақ тәрізді болады, нәжістің бөгелуі ауаның бөгелуі, жиналуы, көп түрдегі құсулар.



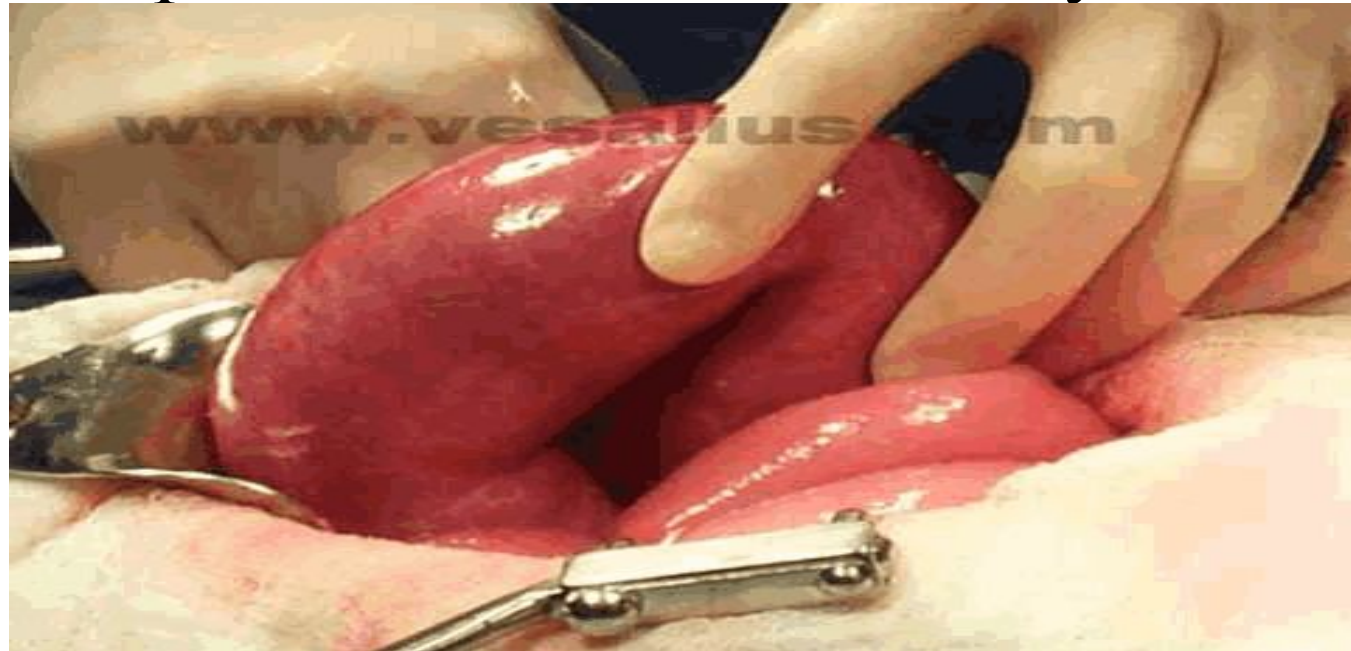
- Өтімсіздіктің деңгейіне байланысты нәжістің және желдің бөгелу белгілері байқалады.



Белгілері:

Жедел ішек өтімсіздігін анықтау үшін:

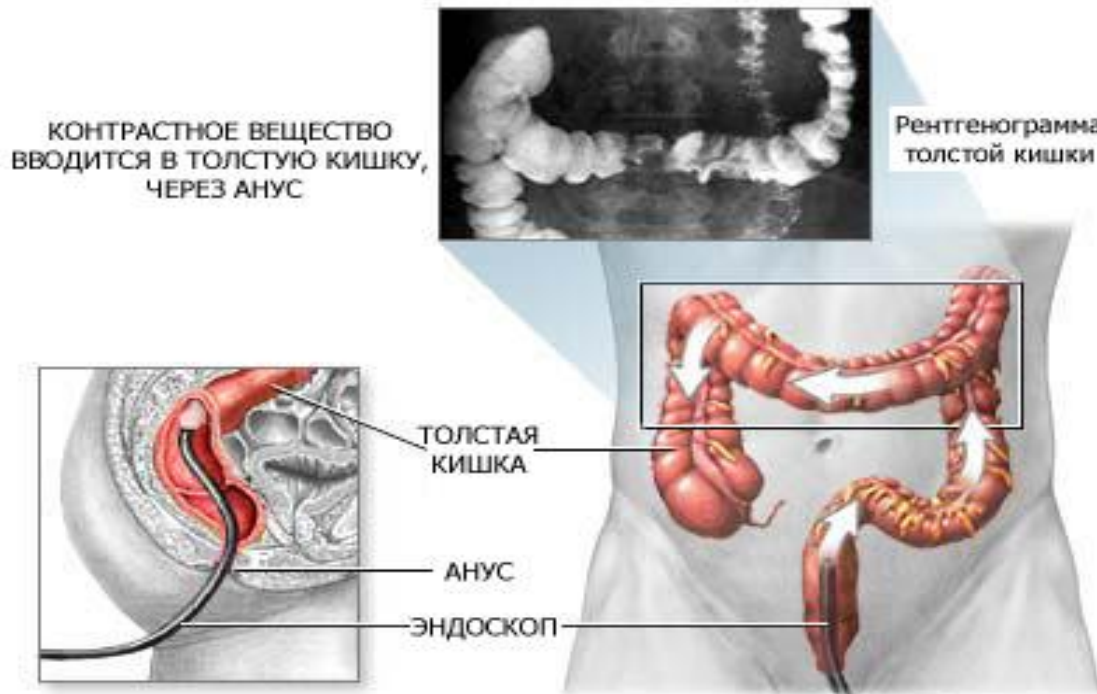
Анамнез: Науқастың ауыр халіне қарамай аурудың қалай басталғанын, нәжістің сипатын және ақырғы рет қашан болғанын, бұрында ұстамалары болдыма, қандай операция болды және жарақаттар болдыма екенін анықтау керек.



Қарағанда: науқасты толық және анық қарау керек. Науқастың жедел ішек өтімсіздігіне қарағанда жарық қақпасының жиі кездесетін жерінен бастау керек, мысалы (қысылған жарықты анықтау қажет).



- ЖІӨ-де іштің кебуі обтурацияның орналасуы және аурудың уақытына байланысты әртүрлі болуы мүмкін. Жоғарғы өтімсіздік жағдайда іштің кебуі аз немесе болмауы мүмкін, төменгі жақта байқалса соғұрлым көп жел жиналады.



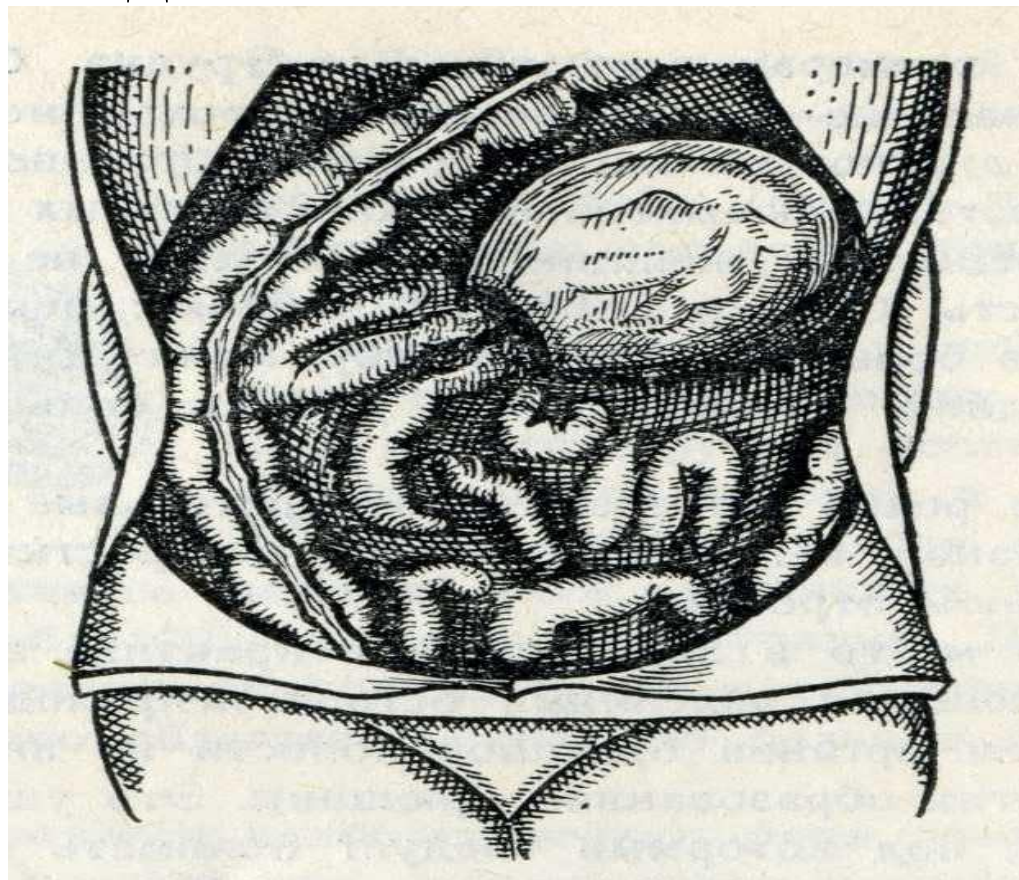
- **Жедел ішек өтімсіздігінің ағымы.**

- (О.С. Кочнев 1984): бойынша ішек өтімсіздігінің ағымында 3 кезеңді ажыратады.

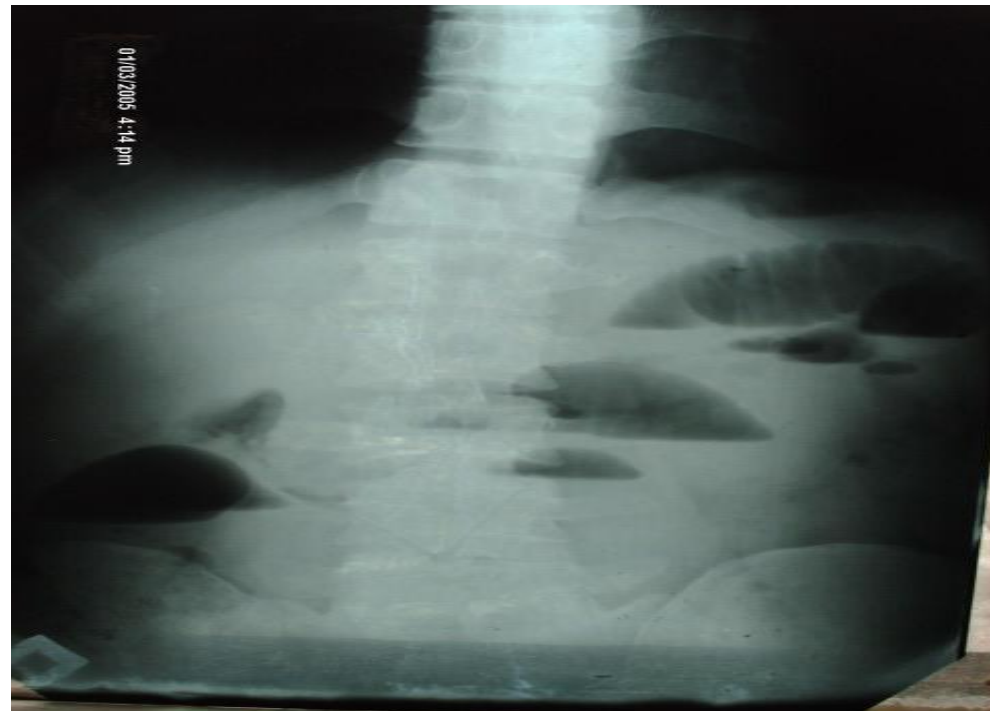
1-кезең. *Илеусты айғайлау* кезеңнің басты белгісі болатын ауырсыну синдромы, ішектегі заттардың жүруінің жедел тоқтауымен сипатталады. (12-1



- **2-кезең. Интоксикациялық кезең (12-36 сағат)** гемодинамикалық өзгерістер, ішекте қанайналымының, су-тұз, белок зат алмасу процесінің, нәжіс пен желдің толық тоқтауы, ағзада сусыздану болады.



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



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.

Емі

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,назогастральді зонд)
- -Сифонды клизма
- -Паранефральді тосқауыл
- -Инфузиялы-дезинтоксикациялық ем
- (дегидратациямен күресу).

Толық диагноз қойылмағанша және операциялық емнің керек, керек еместігін біліп алмағанша наркотикалық немесе спазматикалық заттарды қолдануға болмайды. Сонымен қатар науқасқа кез-келген медикаменттерді 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.

Қорытынды

- Тақырыптың өзектілігі. Жіті хирургиядағы жіті ішек өтімсіздігі (ЖІӨ) өзекті және шешімі қиын мәселелердің бірі болып қала береді.

Емнің тиімділігі мен науқастардың сауығуына хирург-дәрігердің кәсіптік біліктілігі ғана емес, анестезиолог-дәрігерлермен бірлесе отырып жасаған қадамдары ықпалын тікелей тигізеді.

Мысалы: Хирургиялық көмек көрсетілген 136 науқастың 28 (20,5%) науқасында энтероэнтероанастомоз салынумен, қалған 108 (79,5%) науқаста – жабысқақтарды тілумен шектелген. Сәйкесінше 36 (20,1%) науқастарда Шальков бойынша жіңішке ішектің интубациясы жүргізілді.

- Қорытынды. Тоқ ішектік және жіңішке ішектік өтімсіздік кезіндегі өлім көрсеткіштері бірдей емес. Сәйкесінше, екі түрлі ішек өтімсіздігінде хирургиялық емнің нәтижелерін анықтайтын негізгі факторлар атап көрсетілді.