

## Kəskin bağırsaq keçməzliyi: təsnifatı, diaqnostika, müalicə taktikası

Kəskin bağırsaq keçməzliyi çox ağır və təhlükəli xəstəlikdir. Bu patologiya kişilərdə qadınlara nisbətən 1-2 dəfə çox rast gəlinir. Əsasən 30-60 yaşlarında daha çox təsadüf olunur.

Kəskin bağırsaq keçməzliyi törənmə xüsusiyyətinə görə 2 böyük qrupa bölünür.

1. Mexaniki keçilməzlik
2. Dinamiki keçilməzlik

### 1. Mexaniki keçilməzlik

- Obturasion keçilməzlik
- Stranqulyasion keçilməzlik
- Qarışıq

**Stranqulyasiyon keçməməzlik:** Bu növ bağırsaq keçməməzliyinə bağırsaqların burulması, düyünlənməsi, invaginasiyası və yırtıq qapısında boğulması aiddir. Stranqulyasiyalı keçməməzlik bütün bağırsaq keçməməzliklərinin 30-40%-ni təşkil edir.

**BAĞIRSAQ BURULMASI.** Nazik bağırsaq, kor, köndələn çənbər və siqnavarı bağırsaqların burulması ayırd edilir.

Nazik bağırsaq çox hərəkətli orqan olub, adi halda öz oxu ətrafında  $90^\circ$  və daha çox burulub yenidən öz əvvəlki vəziyyətinə qayıda bilir. Bağırsaq burulması onun öz oxu ətrafında  $180^\circ$ -dən çox fırlanması zamanı baş verir. Bu zaman bağırsağın çözü də burulur ki, bu da onun tərkibində olan damarların və sinir kötüklərinin sıxılmasına səbəb olur. Bağırsaq burulmasına şərait yaradan səbəblərdən onların ilgəklərinin və çözunun uzun olmasını, qarın boşluğunda operasiya və ya xəsarətdən sonrakı çapıq və birləşmələrin mövcudluğunu, qarındaxili təzyiqin artmasını, qida qəbulu rejiminin pozğunluğunu və s. qeyd etmək olar.

**Klinikası.** Nazik bağırsaq burulmasında xəstələrin vəziyyəti ağır olur. Qarın nahiyəsində şiddətli ağrılar baş verir. Bununla, demək olar ki, eyni vaxtda arasıksilməz qusma meydana çıxır. Qusuntu kütləsi, əsasən, mədə və onikibarmaq bağırsaq möhtəviyyatından ibarət olur və nadir halda nəcisə oxşar xarakter alır. Xəstəliyin erkən vaxtlarında keçməməzlikdən distal yerləşmiş bağırsaq ilgəklərinin boşalması nəticəsində nəcisin və qazların hissəvi çıxması müşahidə edilə bilər.

Xəstələrdə dərin hemodinamik dəyişikliklər baş verir, nəbz tezləşir, qan təzyiqi enir, tezliklə dehidratasiya əlamətləri (susuzluq, ağızda qumluq, oliquriya) meydana çıxır.

Keçməməzliyin ilk mərhələlərində qarının köpməsi az olur. Qarın divarından bəzən köpmüş bağırsaq ilgəyi görünür (Val simptomu). Xəstəliyin erkən dövründə bağırsaq peristaltikası güclənir, sonradan isə iflic baş verir.

Palpasiya etdikdə qarın divarının gərgin və ağırlı olması ayırd edilir. Rentgenoloji müayinədə xəstəliyin başlanğıcından 2-3 saat sonra Kloyber kasacıqları aşkar edilir.

**Müalicəsi** təcili aparılmış cərrahi operasiya ilə həyata keçirilir. Burulmuş bağırsaq ilgəyi iki əl ilə tutulub burulmanın əksi istiqamətində fırladılır. Buna mane olan birləşmələr kəsilir. Burulma nəticəsində bağırsaq ilgəyi nekrozlaşsasa, o, rezeksiya edilir.

24 saata qədər davam edən nazik bağırsaq burulmasında xəstəlik 20-25% hallarda ölümlə nəticələnir. Erkən operasiyalarda bu göstəricilər 8-10%-ə qədər enir.

**KOR BAĞIRSAQ BURULMASI.** Bu xəstəlik kor bağırsağın çözü və ya kor bağırsaqla qalça bağırsağın ümumi çözü olduğu vaxt baş verir. Xroniki qəbizlik, kor bağırsağın şişləri onun burulmasına şərait yaradır. Bu patologiya bütün bağırsaq burulmalarının 5-7%-ni təşkil edir.

Kor bağırsağın burulması qarın nahiyəsində qəflətən şiddətli ağrılarla başlanır. Tezliklə qarın köpür, qusma müşahidə edilir. Palpasiyada qarın ağırlı olur. Sağ qalça çuxuru bəzən "boş" görünür. Qarının köpməsi assimetrik şəkil alır.

Rentgenoloji müayinədə genəlmiş və qazla dolmuş kor bağırsağın görünür. Kəskin bağırsaq keçməməzliyi əlamətləri xarakter olduğundan diaqnoz şübhə törətmir, ancaq operasiyadan qabaq nazik bağırsağın təklidə və ya onun kor bağırsaqla birləşmə burulmasını differensasiya etmək çətin olur. Praktiki baxımdan bu o qədər də əhəmiyyət kəsb etmir, çünki hər iki təsadüfdə təcili operasiya göstərişdir.

**Müalicəsi** cərrahi üsulla aparılır və burulmuş bağırsağın yerinə qaytarılması ilə başlanır. Kor bağırsağın qanqrenaya uğrayıbsa, sağtərəfli hemikolektomiya edilir, qalça bağırsaqla köndələn çənbər bağırsağ arasında anastomoz qoyulur. Kor bağırsağın burulması 18-20% hallarda ölümlə nəticələnir.

**SİQMAVARI BAĞIRSAĞIN BURULMASI.** Bütün bağırsağın burulmalarının 10-12%-ni təşkil edən bu xəstəlik, adətən, siqnavarı bağırsağın və onun çözüünün uzun olması hallarında müşahidə edilir. Bu prosesə bağırsağın çözüündə olan və iltihab nəticəsində törənən çapıqlaşmalar da köməklik göstərir. Belə xəstələrin anamnezində qəbizlik, arabit

baş verən hissəvi bağırsağ keçməməzliyi halları qeyd edilir. Xəstəlik yoğun bağırsağ keçməməzliyi əlamətləri ilə başlanır. Qarında, xüsusən onun sol yarısında ağrılar, köpmə müşahidə edilir. Qusma prosesə xəstəliyin sonrakı inkişaf dövrlərində qoşulur. Siqnavarı bağırsağ burulmasında qarın asimmetrik şəkildə qeyd edilir, ariq şəxslərdə sağ qabırğaaltı nahiyədən sol qalça çuxuruna istiqamətlənən və qarın divarından qabaran köpmüş siqnavarı bağırsağın hüdudları görünür. Rentgenoloji müayinədə bütün qarın boşluğunu tutmuş, qazla dolu siqnavarı bağırsağ qeyd edilir. Xəstəliyin diaqnozu kolonoskopiya və irriqoskopiya müayinələri vasitəsilə təsdiq edilir.

**Müalicəsi** cərrahi üsulladır. Diaqnostik məqsədlə aparılan irriqoskopiya müayinəsi zamanı burulmuş siqnavarı bağırsağın yerinə qayıtması nadir hallarda müşahidə olunur. Operasiya zamanı burulmuş bağırsağ əksinə əvvəlki vəziyyətinə fırladılır. Sonra düz bağırsaqdan salınmış rezin boru vasitəsilə onun möhtəviyyatı və qaz xaric edilir. Siqnavarı bağırsağın burulması tez-tez residivləşməyə meyilli olduğundan operasiya vaxtı o, qarın ön və arxa divarlarına bir neçə tikişlə fiksə edilir. Bağırsağın hərəkətliliyini azaltmaq məqsədilə İ.E.Hagen-Tom üsulu ilə onun çözüünün ön və arxa təbəqələrinə 3-4 paralel gedən yığıcı tikişlər qoyulur. Nəticədə çözü qısaldılmış bağırsağın hərəkətliliyi azalır və onun burulması imkanları məhdudlaşır. Lakin bu əməliyyat da çox vaxt faydalı olmur və buna görə də burulmuş bağırsağ ilgəyinin birmomentli rezeksiyası tətbiq edilir. Şübhəsiz ki, burulmuş bağırsaqda nekrotik proses varsa, onun rezeksiyasından sonra birbaşa anastomozun qoyulması tikişlərin tutmamazlığı baxımından təhlükəlidir. Belə hallarda rezeksiyadan sonra gətirici ilgəyin ucu süni anus şəklində bayıra çıxarılır və bir-iki aydan sonra o ləğv edilərək bağırsağ ucları arasında anastomoz qoyulur.

**BAĞIRSAQ DÜYÜNLƏNMƏSİ.** Bu xəstəlik bütün bağırsağ keçməməzliklərinin 3-4%-ni təşkil edir. Bağırsağ düyünlənməsində azı iki bağırsağ ilgəyi iştirak edir. Bunlardan biri qoşalülə şəklində qatlanaraq ox rolunu oynayır, digər bağırsağ ilgəyi isə onun ətrafında bir və ya iki dəfə dolanır. Nəticədə həm ox rolunu oynayan bağırsağ ilgəyi, həm də dolanan bağırsağın çözü sıxılır.

Bağırsağ düyünlənməsində, adətən, nazik bağırsağ, hərəkətli çözü olan siqnavarı və bəzən də kor bağırsağ iştirak edir. Çox vaxt nazik bağırsağın siqnavarı bağırsağ ətrafında dolanması müşahidə olunur.

Bağırsağ düyünlənməsi xəstəliyin ilk dövründən zəngin klinik əlamətlərlə gedir. Qarın nahiyəsində şiddətli ağrılar başlanır. Ağrının gücündən xəstələr şok vəziyyətinə düşə bilər. Təkrari qusma, nəcis və qazların xaric olmasının kəsilməsi qeyd edilir. Qarın köpməsi o qədər də nəzərə çarpmır, lakin o çox ağrılı olur. Eyni zamanda həm nazik, həm də yoğun bağırsağ keçməməzlikləri əlamətləri olur.

İmalə qoyulduqda bağırsağa 300-400 ml-dən artıq maye yeritmək mümkün olmur ki, bu da siqnavarı bağırsağın sıxılması ilə əlaqədar olur. Rentgenoloji müayinədə qarın boşluğunun bütün şöbələrində Kloyber kasacıqları aşkar edilir.

Müalicəsi cərrahi üsulladır. Xəstəliyin erkən dövrlərində aparılmış operasiya vaxtı bağırsağ düyünlənməni açmaq mümkündür. Bu əməliyyata düz bağırsaqdan siqnavarı bağırsağa keçirilmiş rezin boru vasitəsilə onun möhtəviyyatının və qazın boşaldılması xeyli köməklik göstərir. Düyünü açmaq mümkün olmur və bağırsaqlarda nekrotik proses baş verirsə, rezeksiya tətbiq edilir. Həm nazik, həm də yoğun bağırsağ ilgəkləri rezeksiya edildikdə, nazik bağırsağ ucları arasında anastomoz qoyulur, yoğun bağırsağın ucu isə süni anus şəklində bayıra çıxarılır. Bağırsağ düyünlənməsində ölüm faizi yüksəkdir.

**Obturaliyalı bağırsağ keçməməzliyi.** Bu növ keçməməzlik bağırsağ mənəfinin öd, nəcis daşları, askarid qurdlar, topası, bəd və ya xoşxassəli şişlərlə tutulması və ya onun bitişmələrlə sıxılması nəticəsində baş verir. Stranqulyasiyalı keçməməzlikdən fərqli olaraq bu xəstəlikdə bağırsağ qan dövranı, pozğunluğu baş vermir. Obturaliyalı keçməməzlik tədricən inkişaf edir və onun klinik əlamətləri o qədər də qabarıq olmur.

Öd daşlarının bağırsağ yoluna keçməsi kəskin və ya xronik iltihabı prosesə uğramış öd kisəsi ilə onikibarmaq bağırsağ arasında fistula yaranması nəticəsində baş verir. Bağırsağ keçməməzliyini diametri 3-4 sm olan daşlar törədir. Nəcis daşları ilə bağırsağ tutulması ahıl və qoca yaşlarda müşahidə edilir. Obturaliyalı keçməməzlikdə xəstələrin vəziyyəti uzun müddət qənaətbəxş olur. Onun əsas əlamətləri qarın nahiyəsində vaxtaşırı baş verən ağrılardan, qusmadan, nəcis və qazların xaric olmasının pozulmasından, qarın köpməsindən, bağırsağ peristaltikasının güclənməsindən ibarətdir. Rentgenoloji müayinə diaqnozun təyininə köməklik göstərir.

Müalicəsi cərrahi üsulladır. Yalnız koprostat mənşəli keçməməzlik olduqda onu konservativ üsullarla (təmizləyici sifon imalələri, düz bağırsaqdan nəcis daşlarının barmaqla çıxarılması və s.) aradan qaldırmaq olar.

Öd daşı mənşəli bağırsağ keçməməzliyinə görə aparılan operasiyada bağırsağ divarı daş üzərində yarılır və maneə aradan götürüldükdən sonra o köndələn istiqamətdə tikilir. Obturaliyalı keçməməzliyin səbəbi çox vaxt yoğun bağırsağın və xüsusən onun sol yarısının bədxassəli şişləri olur. Belə hallarda bağırsağın şişlə birlikdə rezeksiyası iki və ya üç mərhələdə aparılır (Hartman operasiyası və s.). İnooperabel şişlərdə dolayı anastomoz (ileotransverzo və ya ileosiqmoanastomoz və s.) qoymaq olar.

**İnvaginasiya.** İnvaginasiya bir bağırsağ ilgəyinin digərinin daxilinə keçməsi deməkdir. Nazik bağırsağın nazik və ya yoğun bağırsağa invaginasiyası ayırd edilir. Klinik praktikada çox vaxt qalça bağırsağın kor bağırsağa daxil olması (ileosekal invaginasiya) rast gəlinir. İnvaginasiya bütün bağırsağ keçməməzliklərinin 2-10%-ni təşkil edir. Bu xəstəlik, əsasən, uşaqlarda rast gəlinir.

Bağırsağın birinin digərinin daxilinə keçməsi onun tutulmasına (obturaliyasına) səbəb olur. Belə halda daxil olmuş bağırsağın çözü də sıxılır (stranqulyasiya) və bu, qan dövranı pozğunluğuna gətirib çıxarır. İnvaginasiya zamanı üç bağırsağ borusundan təşkil olunmuş silindr yaranır. Xarici silindr qobuledici, orta və daxili silindrlər isə daxil olan silindrlər (invaginatsiya) adlanır. Daxili silindrin orta silindrə keçən yeri invaginatsiya başı, orta silindrin xarici

silindrə keçən yeri işə onun boynu adlanır. Daxili silindrin sıxılması nəticəsində venoz durğunluq yaranır və bağırsağın mənəfinə transsudasiya baş verir. Operasiya aparılmazsa, daxili silindrin nekrozlaşması müşahidə edilir. İnvaginatin boynu nahiyəsində fibrin çökdüyündən və birləşmələr yarandığından nekrotik proses qarın boşluğundan təcrid olunur və buna görə də invaginasiyada peritonit inkişafı təhlükəsi az olur. Bəzən nekrozlaşmış daxili silindr qoparaq təbii yolla bağırsaqla xaric olur. Qopmu. invaginat-yerində dairəvi çapıq toxuması əmələ gəldiyindən bağırsağın tamlığı pozulmur.

İnvaginasiyanın əmələ gəlməsi bir çox səbəbdən asılıdır. Adətən, bağırsağın divarında olan patoloji törəmə (polip, iltihabi infiltrat və s.) peristaltika zamanı digər bağırsağın mənəfinə daxil olaraq irəliləyir və yerləşdiyi bağırsağı da özü ilə çəkib aparır. Bu prosesi peristaltikanı gücləndirən hallar (məsələn, ishal) artırır.

İnvaginasiyaya üç əsas əlamət xasdır: qarın nahiyəsindəki tutmaşəkili ağrı, palpasiya zamanı uzunsov törəmənin əllənməsi, nəhayət, düz bağırsağın barmaq müayinəsində qanlı ifrazatın aşkar edilməsi. Yoğun bağırsağ invaginasiyasında bəzən düz bağırsağın barmaq müayinəsi zamanı invaginatin başı əllənir.

Müalicəsi cərrahi üsulla aparılır. Xəstəliyin ilk dövrlərində, xüsusən uşaqlara konservativ üsulla (pnevmoirriqoskopiya ilə) dezinvaginasiya aparmaq cəhdi göstərilə bilər. Bu məqsədlə yoğun bağırsağa barium horrası və ya hava vurulur.

Cərrahi operasiya zamanı ya dezinvaginasiya, ya da ki, invaginatin rezeksiyası aparılır. Dezinvaginasiya xəstəliyin erkən dövrlərində, özü də destruktiv prosesə şübhə olmadıqda icra edilir. Bu məqsədlə bağırsağın çözümlə 60-70 ml 0.5%-li novokain məhlulu yeridildikdən sonra bütün invaginat sağ ələ götürülür və ehtiyatla invaginatin başı nahiyəsindən təzyiq etməklə onu bayıra çıxarmaq cəhdi göstərilir. Bu tədbir müvəffəqiyyətsiz olarsa və invaginatin nekrozlaşması əlamətləri varsa, bağırsağın rezeksiyası aparılır.

## 2. Dinamik keçilməzlik

- Spastiki
- Paralitik keçilməzlik

Adətən, 2-cili olub və ya bağırsaqların spazması, ya da atoniyası nəticəsində törənir.

**Klinikası, diaqnozu:** Kəskin bağırsağ keçməzliyinin əsas əlamətləri: Qarında ağrı, qusma, nəcis və qaz ifrazının pozulmasıdır.

Xəstələr adətən narahat görünür. Onların sifətində qorxu, əzab ifadəsi oxunur. Temperaturu ilk vaxtlarda normal, ağrı şok vaxtı 35 C-yə qədər enir. Sonralar 37.5-38.5 C-ə qədər artır. Nəbzi 120 qədər tezləşir. Dili quruyur, qəhvə rəngi alır, dodaqda çat əmələ gəlir.

Müayinə: Palpasiya (qarında yayılmış ağırlıq hiss olunur), perkusiya (perkusiya timpanit səs eşidilir). Auskultasiyada xəstəliyin dövründən asılı olaraq müxtəlif səslər eşidilir.

Qanın ümumi analizi və rentgenoloji müayinə aparılmalıdır.

Müalicəsi: Kəskin mexaniki bağırsağ keçməzliyi əməliyyata göstərişdir. Əməliyyat yalnız dinamik keçməzlikdə aparılır.