

Самарканд давлат медицина институти

Кафедра: 2-сон Хирургикасаликлар ва урология
кафедраси.



Мавзу: Уткир аппендицит

Ассистент: Даминов Феруз Асадуллаевич.

«Самарканд 2016»

Уткир аппендицит

Дарсдавомийлиги 6 соат

I. Машгулот хронометражи.

№	Машгулотэтаплари	Утказилишжойи	Вакт
1.	Эрталабкиврачларконференциясидаиштирокэтиш	РШТЁИМСФ конференц зал	40 мин
2.	Ташкилийишлар	Укувхонаси	10 мин
3.	Мавзубуйичаталабаларфикринибилиш.	Укувхонаси	30 мин
4.	Беморларкурацияси	Палатлар, боғловхонаси	60 мин
5.	Курациякилинганбеморлартахлили	Укувхонаси	40 мин
6.	Машгулотнисурабчикиш	Укувхонаси	60 мин
7.	Топшириклартахлили	Укувхонаси	30 мин
8.	Тест	Укувхонаси	20 мин
9.	Холатиймасалаларечиш	Укувхонаси	40 мин
10.	Келгусимащгулотхакидатушунча	Укувхонаси	10 мин

ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши - ўткир аппендицит жарроҳлик амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. МДХда йил мобайнида ўткир аппендицит туфайли 1 млн дан ортиқ операциялар қилинади. Юртимизда 1 йил мобайнида 500 мингдан дан ортиқ бемор бу касаллик бўйича шифохоналарга ётқизилган ва улардан 89% бемор аппендэктомия операциясини бошидан ўтказган.

Операциядан кейинги ўлим даражаси Россиянинг ривожланган клиникаларида 0,2-0,3% ни, бизда эса ўрта ҳисобда 0,2% ни ташкил қилади. Ўлим кўрсаткичининг асосий сабаблари: беморларнинг шифохонага ётқизилишидан олдинги даврдаги қўйилган диагностик хатолар, баъзида шифохонага кеч ётқизиш сабабли йўл қўйилган асоратлардир.

Ўткир аппендицит асосан ёшларда (14-20) ва 30-40 ёшда кўпроқ учрайди - бунда аёллар эркакларга нисбатан 2 марта кўп касалланадилар. Улуғ рус жарроҳларидан бири И.И. Греков: “Чувалчангсимон ўсимта яллиғланиши хамелеонсимон касаллик, у кутган жойда бўлмай кутилмаган ҳолларда кузатилади”, - деб таъриф беради. Аппендэктомия, жарроҳлик амалиётида энг осон бажарилади-ган ва шунинг билан бирга энг мураккаб амалиётларидан бири ҳисобланади.

Анатомик-физиологик маълумотлар

Чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг орқа-медиал деворидан узунасига кетган учта мушаклар учрашган жойдан чиқади. У турли ҳолатни эгаллаб, узунлиги 6-16 см, диаметри эса 5-9 мм бўлган ёпик цилиндр шаклига эга бўлади. Ёши ўтган организмда ўсимта кичраяди, деворлари склеротик ўзгаришларга учрайди, натижада унинг бўшлиғи торайиб, ҳатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Чувалчангсимон ўсимта одатда ўнг ёнбош соҳасида жойлашиб, қорин бўшлиғида пастга ва медиал томонга йўналади, баъзан эса кичик чанок соҳасигача тушиши мумкин. Ўсимта кўричакдан медиал ва латерал йўналишда юқорига ҳам кўтарилиши мумкин, баъзан эса ўт пуфагигача етади. Аксарият ҳолларда, чувалчангсимон ўсимта кўричак орқасида ва ҳатто ретроперитонеал жойлашган бўлади. Баъзида, ўсимтани юқорида – жигар остида, ёки пастда – кичик чанок бўшлиғида – жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда кўричак париетал қорин парда билан ҳар томонлама ўралган бўлади, лекин баъзи ҳолатларда мезоперитонеал жойлашган бўлиб, кам ҳаракатчанг ёки умуман ҳаракатсиз ҳолда бўлади. Баъзида чувалчангсимон ўсимтанинг туғма бўлмаслик ҳоллари ҳам учрайди, лекин бу турдаги ҳодисалар камдан кам ҳолларда бўлади.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашиши, 9-25 % ҳолатларда кузатилади. Ретроцекал ўсимта жойлашишининг 3 тури фарқланади:

- Қорин парда ичида жойлашиши;
- Қорин девори ичида жойлашиши;

- Қорин орти бўшлиғида жойлашиши.

Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимта, кўпчилик ҳолларда узун бўлиб, ўзининг уч қисми билан жигар, буйрак, 12 бармоқли ичак, умуртқа поғонаси, сийдик найи, тухумдон, сийдик пуфагигача бориши мумкин. Бундай ҳолатларда яллиғланиш жараёни юқоридаги санаб ўтилган аъзоларга ўтиб, ўткир аппендицит ташхисини аниқлашни мушкуллаштиради.

Эмбриогенез жараёнида кўричак эпигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳасига тушади. Эмбрионал ривожланишдаги нуқсонлар натижасида эмбрионал ичак ва чувалчангсимон ўсимта жигар остида бўлиши мумкин. Чувалчангсимон ўсимтанинг қон билан таъминланиши аппендикуляр артерия (a. appendicularis) орқали амалга оширилади, у ўз навбатида ёнбош-чамбар артериядан бошланади. Қон ёнбош-чамбар венага қуйиладиган аппендикуляр вена бўйлаб оқиб кетади.

Чувалчангсимон ўсимтаиннервациясисимпатиквапарасимпатик нерв чигалларитомониданамалгаоширилади.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўзида лимфоид тўқима тутган кўп сонли солитар фолликулалар бўлиб, бу тўқиматўсиқфаолиятини бажаради.

Бугунги кунгача, чувалчангсимон ўсимтанинг функционал хусусиятлари охиригача тўлиқ ўрганилмаган. Бу рудиментар, ҳеч қандай вазифани бажармайдиган аъзо, деган баъзи олимларни тушунчаси ҳозирги кунда асоссиз ҳисобланади.

Чувалчангсимон ўсимтафаолияти:

- Шиллиқ қаватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.
- Таркибида кўп миқдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, ҳимоя вазифасини бажаради.
- Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон бўлиб, чувалчангсимон ўсимта ҳолати рефлектор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги хулоса келиб чиқади: чувалчангсимон ўсимта инсон организмида маълум вазифани бажарувчи зарур аъзолардан бири бўлиб, фақатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

Этиологияси ва патогенези.

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғланиши бўлиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция кўзғатувчиси бўлиб одатда стафилококклар, ичак таёқчаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.

Ўткир аппендицит келиб чиқишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекцион, кортико-висцерал, аллергия, нейроген ва қон томир назариялари. Қатор ҳолларда организмда бошқа локализацияли яллиғланиш ўчоқлари мавжуд ҳолда, чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши пайдо бўлади, бу ҳол унинг лимфоид тўқимага бойлиги билан боғлиқ бўлади. Ўткир аппендицитнинг

ривожланишида кўпроқ овқат ейиш, овқатлар таркибида ичак атониясига ва бижғиш жароёнларига таъсир кўрсатувчи оксилли маҳсулотларнинг устунлик қилиши маълум аҳамиятга эга бўлади.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, ёш улғайганда ва кексаларда ўткир аппендицитга кўпроқ *a. appendicularis* тромбози сабаб бўлади. Гўдаклик ёшида эса, ўткир аппендицит гижжа инвазияси (острицалар) сабабли вужудга келиши эҳтимоли бор.

Замонавий тушунчаларга кўра, чувалчангсимон ўсимта соҳасидаги патологик жараён силлиқ мушаклар ва қон томирлар спазми ҳодисаларидан бошланиб, шиллиқ парда озикланишининг локал бузилишига ва яллиғланишга олиб келади. Айни вақтда, чувалчангсимон ўсимтадаги димланиш, ундаги микрофлора вирулентлигининг ортишига олиб келади, бу эса микрофлорани чувалчангсимон ўсимта бўшлиғига осонликча киришини таъминлайди. Шу вақтдан бошлаб йиринглаш жараёни бошланади.

Классификацияси. Мураккаб ва турлича клиник ва патологоанатомик кўринишга эга бўлган касалликни маълум бир тизимга солиш анчагина мушкул ҳисобланади. Шунинг учун турли хил классификациялар таклиф этилган бўлиб, ҳозирги кунда қўлланиладиган классификациялар ичида В.И. Колесов таклиф этган классификация бюирмунча қулай ҳисобланади. Қуйида шу турлашникелтирамиз:

1. Аппендикуляр санчик (колика).
2. Оддий (юзаки, катарал) аппендицит.
3. Деструктив аппендицит:
 - а) флегмоноз;
 - б) гангреноз;
 - в) гангреноз-перфоратив;
4. Асоратланган аппендицит:
 - а) аппендикуляр инфильтрат;
 - б) аппендикуляр абсцесс;
 - в) тарқалганйирингли перитонит;
 - г) пилефлебит (ичак тутқичвеналари септик тромбофлебити);
 - д) сепсис.

Клиник манзараси ва диагностикаси.

Ўткир аппендицитнинг клиник манзараси турли-туманлиги билан ажралиб туради, бу ҳол касалликнинг туригагина эмас, балки чувалчангсимон ўсимтанинг жойланиш хусусиятларига ҳам боғлиқ бўлади.

Одатдаги ҳолларда, касаллик ўнг ёнбош соҳасидаги ўртача оғриқ билан бошланади, бу оғриқ секин-аста кучая боради. Оғриқлар бутун қорин бўйлаб ёки киндик атрофида бошланиб, кейин ўнг ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30-35% беморларда оғриқ эпигастрал соҳасида бошланиб, 4-6 соат ўтгач, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғриқ доимий, баъзан эса тутиб-тутиб оғрийди, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғриқ, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу

ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташқи жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, буйрак санчиги клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг баъзилари кузатилади.

Кўпчилик беморларда, оғриқ ўнг ёнбош соҳасидан ўнг оёққа узатилади. Оғриқ кўнгил айланиши ёки 1 - 2 марта қайт қилиш, тана ҳароратининг 38-39°C гача кўтарилиши билан ўтади. Бемор қайт қилганида, баъзи хирургик касалликларидаги каби қусгандан сўнг енгиллик сезмайди ва бу белги ўткир аппендицитга хос бўлган белгилардан ҳисобланади.

Қоринни пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида мушакларнинг таранглашиши ёки ригидлиги ва оғриқ белгиси аниқланади. Пайпаслашни соғ тараф - чап ёнбош соҳасидан бошлаб, аста-секин ўнг ёнбошга ўтиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Қоринни умумий текширувидан сўнг махсус текширувга ўтилади, ўткир аппендицит учун хос бўлган белгиларни аниқлаш лозим бўлади. Бугунги кунда, ўткир аппендицитда учраши мумкин бўлган 100 дан ортиқ белгиларга таъриф берилган. Бироқ, уларнинг қуйидаги еттитасини аниқлаш, кўпинча тўлиқ ташхис қўйиш учун етарли ҳисобланади:

1. Шчеткин–Блюмберг белгиси;
2. Воскресенский (“кўйлак сирпаниши”) белгиси;
3. Образцов белгиси;
4. Ситковский белгиси;
5. Бартомье-Михельсон белгиси;
6. Ровзинг белгиси;
7. Иванов белгиси.

Ўткир аппендицитнинг деструктив турларида мушаклар таранглашуви-дан ташқари қорин пардасининг таъсирланиш симптоми, Шчеткин–Блюмберг симптомини аниқлаш мумкин: ўнгқўл бармоқлари билан қорин деворибосиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

Кўйлак сирпаниши белгиси фақат ўткир аппендицит учун хос бўлган белги ҳисобланади. Бу белги 1940 йил, В.М. Воскресенский томонидан таклиф этилган. Бемор кўйлаги билан қорин девори ёпилади, сўнг ўнг қўл бармоқлари учи билан ўнг ёнбош соҳасидан чапга юзаки ва кескин ўтказилса, оғриқ кучаяди (Воскресенский симптоми, “кўйлак сирпаниши”).

Ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси мушакларининг таранглашиши кузатилади. Бунда, киндик ва ёнбош суягининг олдинги юқори ўсимтаси орасидаги масофа кичрайиши кузатилади. Бу белги, Иванов белгиси дейилади.

Образцов белгиси – бемор юқорига қараб ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасида энг оғриқли нуқта топилади. Шу соҳада қўл бармоқлари ушлаб турган ҳолатда, беморни ўнг оёғини, букмаган ҳолатда 90° га кўтариш илтимос қилинади. Бунда, оғриқнинг кучайиши кузатилади. Оёқ туширил-

ганда оғриқ камаяди. Айниқса, чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши кузатилади, бундай ҳолат Ситковский белгисига хос. Қуйидаги белги, кўричак ва чувалчангсимон ўсимта тутқичини чўзилиши натижасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайишига асосланган.

Бартомье-Михельсон белгиси. Кўпчилик беморларда, чап ёнбош соҳасида ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасини пальпация қилганда оғриқларнинг кучайиши кузатилади.

Ровзинг белгиси - чап ёнбош соҳасини бир қўл билан босиб туриб, иккинчи қўл билан енгил юқорига қараб тўлқинсимон ҳаракат қилинганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ (йўғон ичак ичидаги газ ҳаракати натижасида) пайдо бўлиши, бу белгининг мусбатлигидан дарак беради.

Ўткир аппендицит касаллиги бўлган беморни физикал текширишда ректал ва вагинал текширишнинг катта аҳамияти бор, бунда аксарият тўғри ичак-бачадон чуқурчаси (Дуглас кенглиги) соҳасида оғриқ аниқланиб, бу яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанинг яқин жойлашганидан ёки у ерда экссудат йиғилгандан далолат беради. Бу текширув усуллари қуйидаги ҳолатлардан дарак беради:

- чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашувини аниқлаш учун;
- кичик чанок инфильтратларини аниқлаш учун;
- ўткир аппендицитни, аёллар жинсий аъзолари патологиясидан дифференциал диагностика қилиш учун.

Ўткир аппендицит диагностикасида сийдик ва қон таҳлиллари муҳим ҳисобланади. Диагноз қўйишда қон таркиби лаборатория текшируви – юқори лейкоцитоз: $10 \times 10^9 - 18 \times 10^9$ л ($10\,000 - 18\,000$) гача ортиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, ЭЧТ нинг ошиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади ва ташхис қўйишда ёрдам бериши мумкин. Касалликнинг айниқсадеструктив турларида ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитариндекси) ошишига аҳамият берилади.

Баъзан эса (ареактив ҳолатларда), ўткир аппендицитнинг деструктив турларида ҳам лаборатор таҳлилларда ўзгаришлар минимал бўлиши мумкин. Шунинг учун, ташхис қўйишда ва амалиётга кўрсатма бўлиб, фақатгина қон ва сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар асос бўла олмайди.

Дифференциал диагностика. Ўткир аппендицит касаллигининг дифференциал диагностикасида барча касалликларни 5 гуруҳга бўлинади:

1. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан: меъда ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги хуружи ёки асоратлари; ўткир холециститнинг баъзи турлари, ўткир панкреатит, ўткир энтерит, терминал илеит (Крон касаллиги), колит, гастрит, ўткир ичак тутилиши, ўткир токсикоинфекциялар, тифопаратифоз инфекция, Меккел дивертикулининг яллиғланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.

2. Кичик чанок бўшлиғи аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж қилган сурункали яллиғланишлари ва асоратлари, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, аёллар жинсий аъзоларининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари ва бошқалар.

3. Қорин орти қисмида жойлашган аъзолар касалликларибилан – буйрак санчиғи, ўткир ва сурункали пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги, цистит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.

4. Плевра бўшлиғи аъзолари касалликларибилан – ўнг томонлама эксудатив плеврит ва пневмониянинг баъзи турлари, ўпка туберкулези ва бошқалар.

5. Юрак ва қон томир касалликларибилан – юрак миокарди инфарктининг абдоминал тури ва бошқалар.

Ўткир аппендицитнинг атипик кечиши.

Яллиғланишга учраган чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият ҳолларда типик (хос) клиник манзараси аниқ юзага чиққан ҳолда ўтади. Оғриқлар одатда, ўнг ёнбош соҳасида пайдо бўлиб, кейинчалик ўнг чов соҳасига ва сон соҳасига иррадиация қилади (беради). Ўсимтанинг кўричак орқасида жойлашганлиги ҳисобига беморларда мушак тарангланиши белгиси, ҳатто гангреноз ўсимтада ҳам умуман намоён бўлмайди. Пти учбурчагида оғриқ қайд қилинади. Пастернацкий симптоми мусбат бўлиши мумкин. Яллиғланиш жараёнига қорин орқасидаги клетчатканинг тортилиши оқибатида сийдикда кўпинча эритроцитлар топилади ва дизурик ҳодисалар билан ўтиши мумкин. Ўнг оёқнинг букилган контрактураси каби белгилар билан ўтади ва оёқ ёзилганда Пти учбурчаги соҳасида оғриқ қайд қилинади (Коуп симптоми).

Чувалчангсимон ўсимта чанокда жойлашганда ҳам ўткир аппендицит клиник манзараси атипик ҳолатда ўтади. Одатда, оғриқ унчалик ифодаланмаган, асосан қов устида бўлади, дизурик ҳодисалар билан ўтади. Аксарият ҳолларда, ич кетиш, тенезмлар кузатилади, мушакларнинг ҳимоя тарангланиши ҳам баъзан ифодаланган бўлади. Чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашганда ректал ва вагинал текшириш Дуглас кенглигида оғриқ ва инфильтратни аниқлашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга эга бўлади.

Чақалоқлар ҳаётининг биринчи йилларида ўткир аппендицит касаллиги камдан кам ҳолларда учрайди ва унинг юзага келишида қуйидаги факторлар сабаб бўлади:

- Кўричак ва чувалчангсимон ўсимта шаклининг конуссимон бўлиши ва унинг таркибидаги моддалар эвакуациясини тезлашиши;
- Ўсимта лимфоид аппаратининг яхши ривожланмаганлиги;
- Овқатланиш хусусиятларига кўра (одатда бу ёшда болалар дағал озуқа истеъмол қилмайди).

Бироқ, ўткир аппендицит касаллиги ёш болаларнинг барча ёшида кузатилиши мумкин. Болалик ёшида ўткир аппендицит касаллигининг кечиши, улар чувалчангсимон ўсимтасида деструктив жароёнларнинг тез ва шиддат билан ривожланишидан кўпинча перитонит асорати келиб чиқади.

Клиник манзарасида эса, асосан қуйидаги симптомлар: ўқтин-ўқтин оғрик бўлиши, кўп марта қайт қилиш, ич кетиш устунлик қилади. Тана ҳарорати кўпинча юқори (39-40°C) даражаларга кўтарилади ва оғир интоксикация белгилари билан ифодаланган бўлади. Касаллик кўпинча шиддат билан кечади, баъзан эса ўткир заҳарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади.

Кексаларда чувалчангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга учрайди, унинг ҳажми кичраяди, лимфоид аппаратининг хусусиятлари йўқолади. Бунга кекса беморларда бўладиган ареактив ҳолат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кечувининг бирмунча суст ўтиши тушунарли бўлади. Кекса беморларни қориндаги оғрик камроқ безовта қилади, мушакларнинг ҳимоя таранглашуви белгиси деярли бўлмайди, қорин пардасининг таъсирланиши суст юзага чиққади ёки умуман бўлмайди, баъзан гангреноз аппендицитда ҳам аниқланмайди. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил. Лейкоцитлар миқдори оз даражада ошган, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши ҳам кам сезиларли даражада қайд этилади. Демак, ёши улуғ ва кекса беморларда ўткир аппендицит анчагина фарқ билан ўтади ва чувалчангсимон ўсимта томирларининг склерози натижасида, унинг деструкцияси бирмунча тезроқ ривожланади. Беморлар кўпинча клиникага кечиккан муддатларда, асоратлар ривожланиб бўлгандан кейингина келтирилади.

Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллигининг клиник кечуви ҳомиладорликнинг биринчи ярми мобайнида одатдаги (типик) кечувдан деярли фарқ қилмайди. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида эса, ҳомиласи бор бачадоннинг катталашгани, юқори ва ён тарафланга кенгайганлиги ҳисобига, умуман қорин бўшлиғи аъзоларининг, жумладан кўричак ва чувалчангсимон ўсимтанинг юқорига сурилиши кузатилади ва шу сабабли касалликнинг клиник кечиши анчайин ўзгаради. Оғриқлар ўнг ёнбош соҳасидан юқорироқда жойлашган бўлиши мумкин. Бачадон катталашганлиги сабабли Ситковский, Бартомье-Михельсон, Ровзинг симптомлари яхши аниқланмаслиги ёки манфий бўлиши мумкин. Аксарият ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги тез ва шиддат билан ривожланиб, одатдагидан илгарироқ асоратларга олиб келиши мумкин. Шу сабабли, ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги белгилари қайд этилганда, барвақтроқ жарроҳлик амалиётини ўтказиш зарур бўлади. Албатта, бу беморлар амалиёт жароёнида ва ундан кейинги даврда гинеколог назоратида бўлиб, ҳомилани сақлаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) учун барча чора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

Даволаш.

Жарроҳлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицит диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендэктомия операцияси ошиғич тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфильтрат бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади, яъни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий оғриқсизлантириш (А.В.Вишневский

усули бўйича инфилтратсион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантилар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриқсизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

Ўткир аппендицитда яллиғланган чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш операцияси учун қулай кесма, кўпчилик жарроҳлар томонидан тан олинган Мак-Бурней ёки Дьяконов-Волкович кесмаси ҳисобланади. Бу кесма, ўнг ёнбош соҳасида киндик ва ёнбош суягининг ташқи юза ўсимтаси орасидаги ўтказилган чизик 3 қисмга бўлиниб, унинг пастки 1/3 қисмига перпендикуляр, икки томони барабар кесма қилинади. Қорин бўшлиғи очилгач, кўричак гумбаз чувалчангсимон ўсимта билан бирга жароҳат соқасига чиқарилади. Яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанининг чарвиси (таркибидаги ўсимта артерияси билан) қирқилади ва чок қўйиб боғланади. Чувалчангсимон ўсимта асосидан боғланиб, қирқилади. Унинг чўлтоғига эса кiset ва Z-симон чоклар қўйиш орқали тубига чўктирилади. Гемостазга синчиклаб текширилгач, жароҳатга қаватма-қават чоклар қўйилади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган йирингли перитонит асорати юзага келганда, уни даволашнинг умумий қоидалари бўйича тактика қўлланилади: аввало перитонит манбаи бартараф этилади (аппендэктомия), кейин қорин бўшлиғи яхшилаб тозаланади (санация) ва антисептик эритмалар билан ювилади (лаваж) ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғини мунтазам ювиш имкониятини берувчи усул бўйича дренажлар қўйилади. Шу жумладан, ичак парезини олдини олиш мақсадида ингичка ичак тутқичининг блокадаси (новокаин юбориш) ва ичак декомпрессияси ўтказиш учун ингичка ичакни трансанал интубация қилиш қўлланилади.

Операциядан кейинги даврда беморларда гомеостазнинг бузилишларини коррекция қилишга қаратилган комплекс муолажа ўтказилади, антибактериал муолажа, перитонеал диализ ёки лаваж, ичак декомпрессияси ва кўрсатмалар бўйича энтерал зонд орқали биланозуқалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлиқ тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

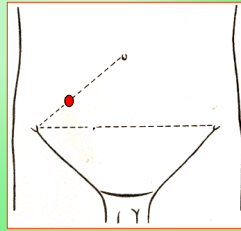
Ҳозирги кун жарроҳлик амалиётига, янги технологиялар: тежамкор ва кам инвазив усул қамда услублар шиддат билан кириб келмоқда, уларга алоҳида аҳамият берилмоқда. Жарроҳлик амалиётида уларни қўллаш, нафақат операциялар жароёнида юзага келадиган жароҳат даражасини камайтиришга, бу билан бирга унинг самарадорлигини оширишга ва асоратлар сонини кескин камайтиришга олиб келади. Шунинг учун, ушбу касалликда, бугунги кунда тобора кенг қўлланилаётган усул – лапароскопик аппендэктомияга тўхталиб ўтамиз (расм 3).

Лапароскопик аппендэктомияни бажариш учун, киндик ва унинг атрофини пункция қилиб, қорин бўшлиғига CO₂ гази юборин орқали пневмоперитонеум вужудга келтирилади. Махсус троакарлар орқали қорин бўшлиғига мужазгина видеокамера ва эндохирургик асбоблар киритилиб, чувалчангсимон ўсимта олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти бажарилади.

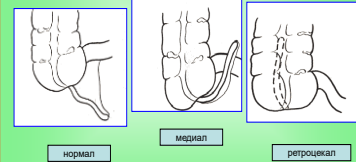
МАЪРУЗА СЛАЙДЛАРИ.



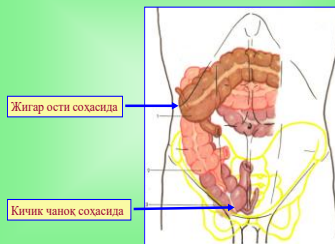
Чувалчангсимон ўсимта (appendix) нинг корин олди деворига проекцияси



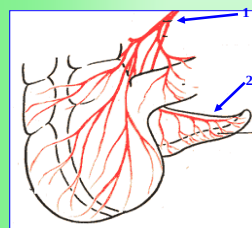
Чувалчангсимон ўсимтанинг кўр ичак (соесит) га нисбатан жойлашиш вариантлари



Чувалчангсимон ўсимтанинг корин бўшлиғида жойлашиш вариантлари



Қон билан таъминланиши



Этиологияси ва патогенези



Ўткир аппендицит хасталигини В.И. Колесов бўйича классификацияси (таснифи)

- Аппендикуляр санчик (колика).
- Одий аппендицит.
- Деструктив аппендицит: флегмоноз, гангреноз, перфоратив аппендицит.
- Асоратланган аппендицит: аппендикуляр инфильтрат, аппендикуляр абсцесс, перитонит, пилефлебит ва бошқалар.

Ўткир аппендицитнинг деструктив турлари



Шикоятлари кўп учрайдиган

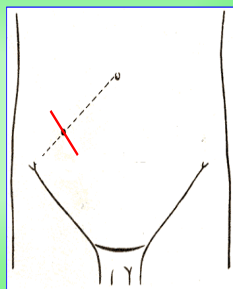
1 – ўнг ёнбош соҳадаги огрик

1. Огрик олигастрал соҳадан бошланиб кейинчалик ўнг ёнбош соҳага кўчади (Кокер-Волкович симптоми)
2. Домий (қандан-қам тўғосимон).
3. Кўчсиз (созучи).
4. Хеч қайси тарафдан қайди.

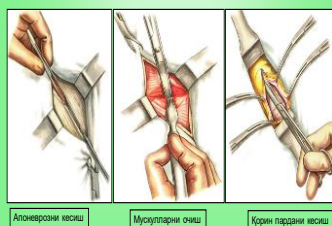
2 – кўнгил айниш, қайт қилиш (1 ёки 2 мартаба)

3 – кам қувватлик, иштаҳанинг сусайиши

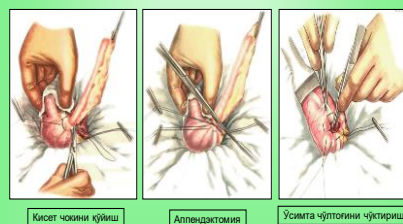
Дьяконов-Волкович бўйича кесма



Кесмани босқичлари



Операция босқичлари



Мавзугаоидтестлар.

1. Уткираппендицитдаасосийшикоятлар?

- А) Унгёнбошсоҳадаогрик.
- Б) Кориннингунгтомонидаогрик
- В) Белбогсимоногрик.
- Г) Унгчовсоҳасидаогрик
- Д) Бутункорин дам булиши

2. Уткираппендицитни операция килишгакаршикурсатма.

- А) Аппендикуляр инфилтрат;
- Б) Инфаркт миокарда;
- В) Периаппендикуляр абсцесс;
- Г) Уткиргангреноз аппендицит;
- Д) Уткир пневмония.

3. Аппендицитга хосбулмаган симптомлар

- А) Ровзинг
- Б) Воскресенский
- С) Мерфи
- Д) Образцов
- Е) Бартомье-Михельсон

4. Аппендицит учун хосбулган симптомлар

- А) Кохер-Волкович
- Б) Ровзинг
- В) Ситковский
- Г) Юкоридагиларнинг учтаси
- Д) Юкоридагиларнинг бирортаси ҳам

5. Аппендицит учун яққол коринпардатеъсирланишини англатувчи симптомлар

- А) Воскресенский
- Б) Шёткин-Блюмберг
- В) Раздольский
- Г) Юкоридагиларнинг ҳаммаси
- Д) Барчаси хато

6. Уткир аппендицит так қосланади, биттасидан ташқари

- А) Гломерулонефрит
- Б) Уткир панкреатит
- В) Уткир гастроэнтерит
- Г) Уткир аднексит
- Д) Унгтомонлама буйрак санчиги билан

7. Уткир аппендицит клиникасига хос бўлиб келиши мумкин

- А) Салпингит
- Б) Уткир холецистит
- В) Меккел дивертикули
- Г) Найдаги хомиладорлик
- Д) Юкоридагиларнинг барчаси

8. Қуйидагилардан қайси уткир аппендицит учун хос эмас

А) Корин
олддеворитаранглигичувалчангсимонусимтаретроцекалжойлашувидабулмасл
игимумкин

Б) Корин
олддеворитаранглигиусимтакичикчанокдажойлашгандабулмаслигимумкин

- В) Кушипогрикбиланбиргакелиши
Г) Огриккиндикатрофиданбошланиши
Д) Огрик куп холлардаэпигастралсохаданбошланади

9. Бирламчиуткиргангреноз аппендицит купрокучрайди

- А) Болаларда
Б) Огир травма олганларда
В) Аёлларда
Г) Эркакларда
Д)Карияларда

10. Шошилинчаппендэктомиягакаршикурсатма

- А)Аппендикуляр инфильтрат
Б) Миокард инфаркти
В) Хомиладорликиккинчиярмида
Г) Геморрагикдиатезда
Д) Таркалганперитонитда

Вазият масалалари

1. Хирург Волковия-Дьяканов кесмаси буйича корин бушлигини очганда
куричак ва чувалчангсимон усимтани тополмади.Хирург тактикаси?

Жавоб: Эндотрахеал наркоз берилиб операцион жарохат
кенгайтирилиб ревизия килинади.

2. Уткир аппендицит ташхиси билан корин бушлиги очилганда
чувалчангсимон усимта узгармаган.Операциягача беморда перитонит
клиникаси бор эди. Хирург тактикаси?

Жавоб: Эндотрахеал наркоз берилади, урта-урта лапаротомия килинади,
корин бушлиги ревизияси.

Мавзугаоидсаволлар.

- 1.Чувалчангсимон усимтанинганатомиясивафизиологияси.
2. Чувалчангсмонусимтанингатипикжойлашишвариантлари.

3. Уткираппендицитнингэтиологияси.
4. Уткираппендицитнингтаснифини.
5. Уткир аппендицит симптомлари.
6. Уткираппендицитда кон тахлилидабуладиганузгаришлар.
7. Уткираппендицитнингдиагностикаси.
8. Уткираппендицитнинг дифференциал диагностикаси.
9. Хомиладорлардауткираппендицитникечиши.
10. Кариялардауткираппендицитнингкечиши.
11. Болаларда уткираппендицитнингкечиши.
12. Ретроцекал аппендицит клиникаси.
13. Аппендэктомиякилишучункулланиладиганкесмалар.
14. Ретроград аппендэктомиятехникаси.
15. Ретроград аппендэктомиякайсихолатлардакулланилади.
16. Уткиркатаралаппендицитгахоспатоморфологикузгаришлар.
17. Уткир деструктиваппендицитгахосбулганпатоморфологикузгаришлар.
18. Уткир аппендицит ваичаксанчигинифарклабберинг.
19. Чувалчангсимон усимтаусмаларивауларнингклиникаси, диагностикаси.
20. Чувалчангсимонусимтаусмаларинидаволашусуллари.

Асосийадабиётлар

1. Хирургиккасаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005
2. Хирургиккасаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995
3. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина., 2002
4. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
5. Хирургические болезни Подред.В.С. Савелева, А.И. Кириенко, Москва, 2006г
6. Воробев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
7. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
8. Назыров Ф.Г., Денисов И.И., Улумбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва 2000
9. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М.Медицина 1959-1966

Кўшимчаадабиёт

10. Аменев А.М. Учебное пособие по проктологии. М., 1969.
11. Арипов У.А. Осложнения острого аппендицита. Текст лекций. Ташкент, издательствоТашГосМи, 1983.
12. Арипов У.А., Благовидов Д.Ф., Данилов М.В. Операции на болшомдуоденалном сосочке и поджелудочной железе. Ташкент, М., 1978.
13. Арипов У.А., Вилявин Г.Д., Вишневский В.А., Гришкевич Э.В. Бескаменный холецистит. Ташкент, М., 1977.

14. Арипов У.А., Виноградов В.В., Гришкевич Э.В. Хирургия панкреатита. Ташкент, М., 1974.
15. Арипов У.А., Виноградов В.В., Данилов М.В. Кисты поджелудочной железы. Тошкент, М., 1975.
16. Арипов У.А., Мазаев П.Н., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Механическая желтуха. Ташкент, М., 1971.
17. Вахидов В.В., Ходжибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Тошкент, М., 1993.
18. Войленко В.И., Мендолян А.И., Омелченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. М.,1965. Г
19. Воскресенский П.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М, 1969.
20. Громов А.С. Язвенная болезн. Рига, М., 1983.