

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС

ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ



**1-сон Хирургик касалликлар ва онкология
кафедраси**

Очиқ амалий машғулот мавзуси

“Ўтқир аппендицит”

СамТИ даволаш факультети 4 курс талабалари учун

Машғулот ўтказувчи: ассистент Юлдашов П.А.

2017-2018 ўқув йили

1. Очик машғулотнинг режаси:

2. Машғулотнинг амалий қисми – 09.00-12.00
3. Танаффус – 11.50-12.30
4. Назарий саволларни семинарда муҳокама қилиш -12.30-14.00
5. Танаффус – 14.00-14.15
6. Талабаларнинг индивидуал иши -14.15-15.00
7. Талабалар мустақил иши 15.00-16.00

2. Очик машғулот матни:

Анатомик-физиологик маълумотлар

Чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг орка-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, хатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Чувалчангсимон ўсимта одатда ўнг ёнбош соҳасида жойлашиб, корин бўшлиғида пастга ва медиал томонга йўналади, баъзан эса кичик чанок соҳасигача тушиши мумкин. Ўсимта кўричакдан медиал ва латерал йўналишда юқорига ҳам қўтарилиши мумкин, баъзан эса ўт пуфагигача етади. Аксарият ҳолларда, чувалчангсимон ўсимта кўричак оркасида ва хатто ретроперитонеал жойлашган бўлади. Баъзида, ўсимтани юқорида – жигар остида, ёки пастда – кичик чанок бўшлиғида – жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда кўричак париетал корин парда билан ҳар томонлама ўралган бўлади, лекин баъзи ҳолатларда мезоперитонеал жойлашган бўлиб, кам ҳаракатчанг ёки умуман ҳаракатсиз ҳолда бўлади. Баъзида чувалчангсимон ўсимтанинг тугма 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 фаркланади:

- Корин парда ичида жойлашиши;
- Корин девори ичида жойлашиши;
- Корин орти бўшлиғида жойлашиши.

Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимта, кўпчилик ҳолларда узун бўлиб, ўзининг уч қисми билан жигар, буйрак, 12 бармоқли ичак, умуртка погонаси, сийдик найи, тухумдон, сийдик пуфагигача бориши мумкин. Бундай ҳолатларда яллигланиш жараёни юқоридаги санаб ўтилган аъзоларга ўтиб, ўткир аппендицит ташҳисини аниқлашни мушуқлаштиради.

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

Чувалчангсимон ўсимта иннервацияси симпатик ва парасимпатик нерв чигаллари томонидан амалга оширилади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ўзида лимфоид тўқима тутган кўп сонли солитар фолликулалар бўлиб, бу тўқима тўсик фаолиятини 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 ўсимта фаолияти:

- Шиллик каватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.

- Таркибида кўп микдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, химоя вази-фасини бажаради.
- Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон бўлиб, чувал-чангсимон ўсимта ҳолати рефлектор равишда меъда, 12 бармокли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир килади.

Демак, юкоридагиларга асосланган ҳолда куйидаги хулоса келиб чиқади: чувалчангсимон ўсимта инсон организмда маълум вазифани бажарувчи зарур аъзолардан бири бўлиб, факатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

Этиологияси ва патогенези.

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллигла-ниши бўлиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция кўзгатувчиси бўлиб одатда стафилококklar, ичак таёкчаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.

Ўткир аппендицит келиб чиқишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекцион, кортико-висцерал, аллергик, нейроген ва кон томир назариялари. Катор ҳолларда организмда бошқа локализацияли яллигланиш ўчоқлари мавжуд ҳолда, чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллигланиши пайдо бўлади, бу ҳол унинг лимфоид тўкимага бойлиги билан боглик бўлади. Ўткир аппендицитнинг ривожланишида кўпроқ овкат ейиш, овкатлар таркибида ичак атониясига ва бижгиш жароёнларига таъсир кўрсатувчи оксилли махсулотларнинг устунлик килиши маълум аҳамиятга эга бўлади.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, ёш улгайганда ва кексаларда ўткир аппендицитга кўпроқ а. 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 силлик мушаклар ва кон томирлар спазми ходисаларидан бошланиб, шиллик парда озикланишининг локал бузилишига ва яллигланишга олиб келади. Айни вақтда, чувалчангсимон ўсимтадаги димланиш, ундаги микрофлора вирулентлигининг ортишига олиб келади, бу эса микрофлорани чувалчангсимон ўсимта бўшлигига 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 буюирмунча қулай ҳисобланади. Куйида шу турлашни келтирамыз:

1. Аппендикуляр санчик (колика).
2. Оддий (юзаки, катарал) аппендицит.
3. Деструктив аппендицит:
 - а) флегмоноз;
 - б) гангреноз;
 - в) гангреноз-перфоратив;
4. Асоратланган аппендицит:
 - а) аппендикуляр инфилтрат;
 - б) аппендикуляр абсцесс;
 - в) таркалган йирингли перитонит;
 - г) пилефлебит (ичак туткич веналари септик тромбофлебети);
 - д) сепсис.

Клиник манзараси ва диагностикаси.

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

Одатдаги ҳолларда, касаллик ўнг ёнбош соҳасидаги ўртача огрик билан бошланади, бу огрик секин-аста кучая боради. Огриклар бутун корин бўйлаб ёки киндик атрофида бошланиб, кейин ўнг ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30-35% беморларда огрик эпигастрал соҳасида бошланиб, 4-6 соат ўтгач, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда огрик доимий, баъзан эса тутиб-тутиб огрийди, огрик унчалик каттик бўлмайди. Огриклар интенсивлиги яллигланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Огрик, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг кориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг каерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида огриклар бел, ташки жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, бўйрак санчиги клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юкори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг баъзилари кузатилади.

Кўпчилик беморларда, огрик ўнг ёнбош соҳасидан ўнг оёкка узатилади. Огрик кўнгил айланиши ёки 1 - 2 марта кайт килиш, тана хароратининг 38-39°С гача кўтарилиши билан ўтади. Бемор кайт килганида, баъзи хирургик касалликларидаги каби қусгандан сўнг енгиллик сезмайди ва бу белги ўткир аппендицитга хос бўлган белгилардан ҳисобланади. Коринни пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида мушакларнинг таранглашиши ёки ригидлиги ва огрик белгиси аникланади. Пайпаслашни соғ тараф - чап ёнбош соҳасидан бошлаб, аста-секин ўнг ёнбошга ўтиш мақсадга мувофиқ бўлади.

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

1. Шчёткин – Блюмберг белгиси;
2. Воскресенский (“қўйлак 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 ташкари корин пардасининг таъсирланиш симптоми, Шчёткин-Блюмберг симптомини аниқлаш мумкин: ўнг қўл бармоқлари билан корин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда огрик кучаяди. Огрик яллигланган корин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

Қўйлак сирпаниши белгиси факат ўткир аппендицит учун хос бўлган белги ҳисобланади. Бу белги 1940 йил, В.М. Воскресенский томонидан таклиф этилган. Бемор қўйлаги билан корин девори ёпилади, сўнг ўнг қўл бармоқлари учи билан ўнг ёнбош соҳасидан чапга юзаки ва кескин ўтказилса, огрик кучаяди (Воскресенский симптоми, “қўйлак сирпаниши”).

Ўткир аппендицитда корин олд девори, ўнг томони соҳаси мушаклари-нинг таранглашиши кузатилади. Бунда, киндик ва ёнбош суягининг олдинги юкори ўсимтаси орасидаги масофа кичрайиши кузатилади. Бу белги, Иванов белгиси дейилади.

Образцов белгиси – бемор юкорига қараб ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасида энг огрикли нукта топилади. Шу соҳада қўл бармоқлари ушлаб турган ҳолатда, беморни ўнг оёгини, бумаган ҳолатда 90° га кўтариш илтимос қилинади. Бунда, огрикнинг кучайиши кузатилади. Оёк туширил-ганда огрик қамаяди. Айниқса, чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Бемор чалканча (юкорига караб) ётган холатдан чап ёнбош сохасига ўтганда, ўнг ёнбош сохасида огрикларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши кузатилади, бундай холат Ситковский белгисига хос. Куйидаги белги, кўричак ва чувалчангсимон ўсимта туткичини чўзилиши натижасида огрик пайдо бўлиши ёки кучайишига асосланган.

Бартомье-Михельсон белгиси. Кўпчилик беморларда, чап ёнбош сохасида ётган холатда, ўнг ёнбош сохасини пальпация қилганда огрикларнинг кучайиши кузатилади.

Ровзинг белгиси - чап ёнбош сохасини бир қўл билан босиб туриб, иккинчи қўл билан енгил юкорига караб тўлкинсимон ҳаракат қилинганда, ўнг ёнбош сохасида огрик (йўгон 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) сохасида огрик аниқланиб, бу яллигланган чувалчангсимон ўсимтанинг яқин жойлашганидан ёки у ерда экссудат йиғилгандан далолат беради. Бу текширув усуллари куйидаги холатлардан 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 кон таҳлиллари муҳим ҳисобланади. Диагноз қўйишда кон таркиби лаборатория текшируви – юкори лейкоцитоз: 10×10^9 – 18×10^9 л ($10\,000$ – $18\,000$) гача ортиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, ЭЧТнинг ошиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади ва таҳхис қўйишда ёрдам бериши мумкин. Касалликнинг айниқса деструктив турларида ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитар индекси) ошишига аҳамият берилади.

Баъзан эса (ареактив холатларда), ўткир аппендицитнинг деструктив турларида ҳам лаборатор таҳлилларда ўзгаришлар минимал бўлиши мумкин. Шунинг учун, таҳхис қўйишда ва амалиётга кўрсатма бўлиб, факатгина кон ва сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар асос бўла олмайди.

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

1. Корин бўшлиги аъзоларининг ўткир касалликлари билан: меъда ва 12 бармокли 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 яллигланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.
2. Кичик чанок бўшлиги аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж қилган сурункали яллигланишлари ва асорат-лари, бачадондан ташқари хомиладорлик, аёллар жинсий аъзоларининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари ва бошқалар.
3. Корин орти қисмида жойлашган аъзолар касалликлари билан – буйрак санчиги, ўткир ва сурункали пиелонефрит, сийдик-тош касаллиги, цистит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.
4. Плевра бўшлиги аъзолари касалликлари билан – ўнг томонлама экссудатив плеврит ва пневмониянинг баъзи турлари, ўпка туберкулези ва бошқалар.
5. Юрак ва кон томир касалликлари билан – юрак миокарди инфаркти-нинг абдоминал тури ва бошқалар.

Ўткир аппендицитнинг атипик кечиши.

Яллигланишга учраган чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият холларда типик (хос) клиник манзараси аник юзага чиккан холда ўтади. Огриклар одатда, ўнг ёнбош сохасида пайдо бўлиб, кейинчалик ўнг чов сохасига ва сон сохасига иррадиация килади (беради). Ўсимтанинг кўричак оркасида жойлашганлиги хисобига беморларда мушак тарангланиши белгиси, хатто гангреноз ўсимтада ҳам умуман намоён бўлмайди. Пти учбурчагида огрик кайд килинади. Пастернацкий симптоми мусбат бўлиши мумкин. Яллигланиш жараёнига корин оркасидаги клетчатканинг тортилиши окибатида сийдикда кўпинча эритроцитлар топилади ва дизурик ходисалар билан ўтиши мумкин. Ўнг оёкнинг букилган контрактураси каби белгилар билан ўтади ва оёк ёзилганда Пти учбурчаги сохасида огрик кайд килинади (Коуп симптоми).

Чувалчангсимон ўсимта чанокда жойлашганда ҳам ўткир аппендицит клиник манзараси атипик холатда ўтади. Одатда, огрик унчалик ифодаланмаган, асосан ков устида бўлади, дизурик ходисалар билан ўтади. Аксарият холларда, ич кетиш, тенезмлар кузатилади, мушакларнинг химоя тарангланиши ҳам баъзан ифодаланган бўлади. Чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашганда ректал ва вагинал текшириш Дуглас кенглигида огрик ва инфильтратни аниклашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга эга бўлади.

Чакалоқлар ҳаётининг биринчи йилларида ўткир аппендицит касаллиги камдан кам холларда учрайди ва унинг юзага келишида куйидаги факторлар сабаб бўлади:

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

Бирок, 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 куйидаги симптомлар: ўқтин-ўқтин огрик бўлиши, кўп марта кайт қилиш, ич кетиш устунлик килади. Тана харорати кўпинча юкори (39-40°C) даражаларга кўтарилади ва огир интоксикация белгилари билан ифодаланган бўлади. Касаллик кўпинча шиддат билан кечади, баъзан эса ўткир захарланиш 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 холат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кечувининг бирмунча суст ўтиши тушунарли бўлади. Кекса беморларни кориндаги огрик камрок безовта килади, мушакларнинг химоя таранглашуви белгиси деярли бўлмайди, корин пардасининг таъсирланиши суст юзага чиккади ёки умуман бўлмайди, баъзан гангреноз аппендицитда ҳам аникланмайди. Тана харорати нормал ёки субфебрил. Лейкоцитлар микдори оз даражада ошган, лейкоци-тар формуланинг чапга сурилиши ҳам кам сезиларли даражада кайд этилади.

Демак, ёши улуг ва кекса беморларда ўткир аппендицит анчагина фарк билан ўтади ва чувалчангсимон ўсимта томирларининг склерози натижасида, унинг деструкцияси бирмунча тезрок ривожланади. Беморлар кўпинча клиникага кечиккан муддатларда, асоратлар ривожланиб бўлгандан кейингина келтири-ладилар.

Хомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллигининг клиник кечуви хомиладорликнинг биринчи ярми мобайнида одатдаги (типик) кечувдан деярли фарк қилмайди. Хомиладорликнинг иккинчи ярмида эса, хомиласи бор бачадоннинг катталашгани, юкори ва ён тарафланга кенгайганлиги хисобига, умуман корин бўшлиги аъзоларининг, жумладан кўричак ва чувалчангсимон ўсимтанинг юкорига сурилиши кузатилади ва шу

сабабли касалликнинг клиник кечиши анчайин ўзгаради. Огриклар ўнг ёнбош соҳасидан юкорирокда жойлашган бўлиши мумкин. Бачадон катталашганлиги сабабли Ситковский, Бартомье-Михельсон, Ровзинг симптомлари яхши аниқланмаслиги ёки манфий бўлиши мумкин. Аксарият хомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги тез ва шиддат билан ривожланиб, одатдагидан илгарирок асоратларга олиб келиши мумкин. Шу сабабли, хомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги белгилари кайд этилганда, барвактрок жаррохлик амалиётини ўтказиш зарур бўлади. Албатта, бу беморлар амалиёт жароёнида ва ундан кейинги даврда гинеколог назоратида бўлиб, хомилани саклаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) учун барча чора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

Даволаш.

Жаррохлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицит диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендэктомия операцияси оширич тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфильтрат бирдан-бир монелик киладиган хол ҳисобланади, яъни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий огриксизлантириш (А.В.Вишневский усули бўйича инфильтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки огриксизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

Ўткир аппендицитда яллигланган чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш операцияси учун қулай кесма, қўпчилик жаррохлар томонидан тан олинган Мак-Бурней ёки Дьяконов-Волкович кесмаси ҳисобланади. Бу кесма, ўнг ёнбош соҳасида киндик ва ёнбош суягининг ташки юза ўсимтаси орасидаги ўтказилган чизик 3 қисмга бўлиниб, унинг пастки 1/3 қисмига перпендикуляр, икки томони барабар кесма қилинади. Корин бўшлиги очилгач, қўричак гумбази чувалчангсимон ўсимта билан бирга жароҳат соқасига чиқарилади. Яллигланган чувалчангсимон ўсимтанининг чарвиси (таркибидаги ўсимта артерияси билан) қирқилади ва чок қўйиб боғланади. Чувалчангсимон ўсимта асосидан боғланиб, қирқилади. Унинг чўлтоғига эса қисет 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 корин бўшлиги яхшилаб тозаланади (санация) ва антисептик эритмалар билан ювилади (лаваж) ва операциядан кейинги даврда корин бўшлигини мунтазам ювиш имкониятини берувчи усул бўйича дренажлар қўйилади. Шу жумладан, ичак парезини олдини олиш мақсадида ингичка ичак туткичининг 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 билан озуқалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Қасаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлик тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Ҳозирги кун жаррохлик амалиётига, янги технологиялар: тежамкор ва кам инвазив усул камда услублар шиддат билан қириб келмокда, уларга алоҳида аҳамият берилмокда. Жаррохлик амалиётида уларни қўллаш, нафакат операциялар жароёнида юзага келадиган жароҳат даражасини қамайтиришга, бу билан бирга унинг самарадорлигини оширишга ва асоратлар сонини қескин қамайтиришга олиб келади. Шунинг учун, ушбу қасалликда, бугунги кунда тобора кенг қўлланилаётган усул – лапароскопик аппендэктомияга тўхталиб ўтамыз (расм 3).

Лапароскопик аппендэктомияни бажариш учун, киндик ва унинг атрофини пункция қилиб, корин бўшлиғига CO₂ гази юборин орқали пневмоперитонеум вужудга

келтирилади. Махсус троакарлар оркали корин бўшлигига мужазгина видеокамера ва эндохирургик асбоблар киритилиб, чувалчангсимон ўсимта олиб ташлаш жаррохлик амалиёти бажарилади.

3. Вазиятли масалалар:

1. Бемор қоринни ҳамма соҳасида оғриқга, кўнгил айнаш, оғиз қуриш, умумий холсизликка, шикоят қилади. 25 соат олдин касал бўлган, эпигастрал соҳада кучли оғриқ, кўнгил айнаш б-б, кейин оғриқ кучайган ва газ чиқишини тутилиши кузатилган.

I. Сизни ташхисингиз:

А. миокард инфарктини абдоминал формаси

Б. ўткир буйрак етишмовчилиги

В. крупозли пневмония

Г. ўткир қорин*

Д. носпецифик ярали колит

II. Шу ҳолатда қайси препаратлар мумкин эмас:

А. антибиотиклар

Б. анальгетиклар*

В. спазмолитиклар

Г. стимуляторлар

2. . Аппендэктомиядан 12 соат ўтгач беморда нормал тана ҳарорати бўлган ҳолда тахикардия, терининг оқариши туришга ҳаракат қилганда - ҳушдан кетиш кузатилди.

I. Ташхислашда энг информатив усул:

А. УЗИ*

Б. КТ

В. МРТ

Г. Р-скопия

Д. Р-графия

II. Сизни тактикангиз:

А. релапаротомия*

Б. консерватив даво

В. гемотрансузия

Г. гипотермия

3. Аппендэктомиядан кейин 5- кун беморда умумий ахволининг ёмонлашиши кузатилди, т-қўтарилди(гектик х-рда). L-ошди. Тос тубида оғриқ ўтиб кетувчи дизурик ўзгаришлар ва тенезмларпайдо бўлди.

I. Ташхисни аниқланг:

А. кон кетиш

Б. пилефлебит

В. Дуглас бўшлиги абцесси*

Г. тарқалган перитонит

II. Сизни тактикангиз:

А. шошилиш операция*

Б. режали операция

В. консерватив даво

Г. пункцион даво

4. 16 ёшли бемор ўнг ёнбош соҳадаги оғриққа, қорни дам бўлишига, холсизликка шикоят қилади. Кўрикда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида бироз оғриқли, Ровзинг, Раздольский, Ситковский, Бартомье-Мехельсон белгилари гумонли. Қон анализида: лейкоцитлар 6,4 минг; ЛИИ-1,7.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

A. ўткир аппендицит*

B. спастик колит

B. ичак тутилиши

Г. сурункали аднексит

Д. Буйрак санчиғи

II. Сизнинг тактикангиз:

A. стационарга ўтқизиб кузатиш*

B. амбулатор равишда кузатиш

B. шошилиш операция

Г. оғриқлар кучайса мурожат қилиш

Д. режали равишда текшириш

5. 27 ёшли аёлда ўткир аппендицит классик клиникаси билан, Дьяконов-Волкович кесими ёрдамида қорин бўшлиғи очилганида қон ва қон лахталари чиқди.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

A. бачадон орти хомиладорлик*

B. тухумдон кистаси ёрилиши*

B. мезентериал тромбоз

Г. панкреатит

Д. механик ичак тутилиши

II. Сизнинг тактикангиз:

A. бачадон найларини ва тухумдонларини тафтиш қилиш*

B. аппендэктомия ва қорин бўшлиғини найчалаш

B. операцион жароҳатни тикиш ва гемостатик терапия

Г. операцион жароҳатни тикиш ва гормонал терапия

6. Асоратсиз кечаётган 35 ҳафтали хомиладор аёлда ўнг ёнбош соҳасида оғриқлар, қайт қилиш, тана ҳарорати $37,8^{\circ}\text{C}$ кўтариллиши кузатилмоқда. Кўриқда: қоринни ўнг ярмида, кўпроқ пастки қисмида кучли оғриқ бор, Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат. Буйраклар соҳаларига уриб кўрилганда оғриқсиз. Лейкоцитлар қонда 16 минг. Сийдикда: оксил излари; лейкоцитлар 5-6/1.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. ўткир аппендицит*

B. вақтдан олдин туғиш ҳавфи

B. тухумдон кистаси ёрилиши

Г. буйрак санчиғи

Д. ичак санчиғи

II. Сизнинг тактикангиз:

A. шошилиш аппендэктомия*

B. консерватив даво

B. шошилиш туғдириш, кейин аппендэктомия

Г. гинеколог назорати

Д. кутиш тактикаси

7. 55 ёшли бемор ўнг ёнбош соҳасидаги ва қоринни пастки қисмидаги кучли оғриқларга, оғиз қуришига шикоят қилади. Кўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида ва қоринни пастки қисмида оғриқли ва мушаклар таранглашган. Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат.

I. Сизнинг ташхисингиз:

A. ўткир аппендицит, перитонит*

B. яра касаллиги, тешилиш асорати

B. буйрак санчиғи

Г. ичак санчиғи

Д. Ўткир цистит

II. Қайси кесим билан операцияни бошлайсиз:

- А. пастки-ўрта лапаротомия*
- Б. Дьяконов-Волкович кесими
- В. параректал кесим
- Г. Мак Бурней кесими
- Д. лапароскопия

8. 23 ёшли бемор 4 кундан бери қоринни пастки қисмидаги оғриқларга, субфебрил тана ҳароратига, оғиз қуришига шикоят қилиб келди. Кўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида оғриқли, шу ерда қаттиқ-эластик хусусиятли ҳосила пайпасланади, оғриқли. Қорин парда яллиғланиш белгилари манфий. Қон анализида – лейкоцитлар 10500; ЛИИ-2,5.

І. Сизнинг ташхисингиз?

- А. периаппендикуляр инфилтрат*
- Б. периаппендикуляр абсцесс
- В. кўричак саратони
- Г. инвагинация
- Д. ингичка ичак буралиши

ІІ. Сизнинг тактикангиз:

- А. актив-кутиш*
- Б. шошилиш операция
- В. тезкор операция
- Г. режали операция

9. Периаппендикуляр инфилтрат сабабли консерватив даво олаётган беморда 8 кун қорнида оғриқларни кучайиши, тана ҳарорати $38,7^{\circ}\text{C}$ кўтарилиши кузатилмоқда. ЎТТда инфилтратни ўртасида суюқлик борлиги аниқланди.

І. Сизнинг диагнозингиз:

- А. иккиламчи периаппендикуляр абсцесс*
- Б. бирламчи периаппендикуляр абсцесс
- В. перитонит
- Г. ичаклар аро абсцесс
- Д. пилефлебит

ІІ. Сизнинг тактикангиз:

- А. абсцессни қорин бўлиғидан ташқи усулбилан очиш ва найчалаш*
- Б. кучли антибактериал терапия
- В. конгломератни резекцияси
- Г. ўсимтани конгломератдан ажратиб аппендэктомия бажариш
- Д. лапаротомия, абсцессни очиш ва найчалаш

10. 18 ёшли бемор, уч кундан бери хаста, клиникага ўнг ёнбош соҳадаги оғриққа, тана ҳарорати 39°C гача кўтарилшига, оғзи қурушига шикоят қилиб тушди. Кўриқда: қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида мушаклар таранглашган ва оғриқли. ЎТТда ўнг ёнбош соҳасида инфилтратив ҳосила ва ичида суюқлик борлиги аниқланади. Қонда лейкоцитлар 16,7 минг; ЛИИ 4,6.

І. Сизнинг диагнозингиз:

- А. периаппендикуляр абсцесс*
- Б. пилефлебит
- В. кўр ичак саратони
- Г. инвагинация
- Д. перитонит

ІІ. Сизнинг тактикангиз:

- А. абсцессни қорин бўлиғидан ташқи усулбилан очиш ва найчалаш*
- Б. кучли антибактериал терапия
- В. конгломератни резекцияси
- Г. ўсимтани конгломератдан ажратиб аппендэктомия бажариш

Д. лапаротомия, абсцессни очиш ва найчалаш

4. Тест саволлари:

1. Ўткир аппендицитга хос бўлмаган симптом:
А. Мерфи*
Б. Ровзинг
В. Воскресенский
Г. Образцов
Д. Бартомье-Михельсон
2. Типик ўткир аппендицит клиникасида операцион кесим :
А. Волкович-Дьяконов кесими*
Б. пастки-ўрта лапаротомия
В. параректал кесим
Г. трансректал кесим
Д. кўндаланг кесим
3. Ўткир аппендицит диагностикасида қўлланилмайди:
А. ирригоскопия*
Б. умумий қон клиник текшируви
В. тўғри ичакни бармоқ билан текширув
Г. қорин палпацияси
Д. қинни бармоқ билан текширув
4. Шошилишч аппендэктомия операциясига қарши кўрсатмалар:
А. аппендикуляр инфильтрат*
Б. миокард инфаркти
В. хомиладорликни иккинчи ярми
Г. геморрагик диатез
Д. таркалган перитонит
5. Ўткир аппендицитни бачадондан ташқари хомиладорлик билан дифференциал диагностикасида аҳамиятли:
А. қинни орқа гумбазини пункцияси*
Б. Промптов белгиси
В. бош айланиши ва ҳушдан кетиш
Г. Бартомье-Михельсон белгиси
Д. Кохер-Волкович белгиси
6. Дуглас бўшлиғи абсцесси диагностикасида энг аҳамиятли:
А. тўғри ичакни бармоқ билан текшириш *
Б. ректороманоскопия
В. лапароскопия
Г. қоринни перкуссияси ва аускультацияси
Д. қорин бўшлиғи рентгеноскопияси
7. Аппендэктомия операцияларидан кейинги асоратлар (ортиқчасини аниқланг):
А. проктосигмоидит*
Б. дуглас бўшлиғи абсцесси
В. пелифлебит
Г. перитонит
Д. периаппендикуляр абсцесс
8. Ўткир аппендицит сабабли қорин орти тўқималарда флегмона бўлиши мумкин:
А. чувалчангсимон ўсимта ретроперитонеал жойлашганида*
Б. чувалчангсимон ўсимта медиал жойлашганида
В. ўнг ёнбош соҳасида махаллий перитонит бўлганида

Г. кўр ичакга нисбатан чувалчангсимон ўсимта латерал жойлашганида

9. Ўткир аппендицитда қилинадиган жаррохлик амалиётининг турлари қандай:

- А. аппендэктомия
- Б. ретроград аппендэктомия
- В. типик аппендэктомия
- Г. жарохатни тикиш
- Д. юқоридагиларнинг барчаси*

10. Ўткир аппендицитда патологик жараён бошланади:

- А. чувалчангсимон ўсимтанинг сероз қаватидан
- Б. чувалчангсимон ўсимтанинг мушак қаватидан
- В. чувалчангсимон ўсимтанинг шиллиқ қаватидан *
- Г. куричакнинг гумбазидан
- Д. ингичка ичакнинг терминал кисмида

5. Ўз – ўзини текшириш учун саволлар:

- 1. Ўткир аппендицит тушунчаси, долзарблиги
- 2. Ўткир аппендицит этио-патогенези.
- 3. Ўткир аппендицит таснифи
- 4. Ўткир аппендицитда инструментал текширув усуллар
- 5. Клиникаси, диагностикаси, дифф. диагностикаси
- 6. Аппендикуляр инфильтратни консерватив даволаш тамойиллари
- 7. Аппендэктомия турлари.

6. Тавсия этилган адабиётлар

- 1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
- 2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.
- 3. Хирургик касалликлар. Ш.И. Каримов. Тошкент, 2011.
- 4. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.
- 5. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина, 2002.
- 6. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
- 7. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю.М. М. «Медицина», 1988
- 8. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
- 9. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
- 10. Назиров Ф.Г., Денисов И.И., Улугбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.
- 11. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.
- 12. Вахидов В.В., Хаджибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция. Ташкент, 1993.
- 13. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
- 14. Основы оперативной хирургии. Под ред. С.А.Симбирцева, 2002.
- 15. www.moodle.sammi.uz сайти