

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

Нишанов Ф.Н., Абдуллажанов Б.Р.

# ЎТКИР АППЕНДИЦИТ

*Ушбу қўлланма жарроҳлик йўналиши бўйича кафедра  
ўқитувчилари, амалиётдаги шифокорлар, юқори курс ва  
магистратура талабаларига мўлжалланган*

**Соғлиқни сақлаш - 510000**

**Даволаш иши – 5510100**

**Касб таълими -5111000**

**«Хирургия» мутахасислиги бўйича магистратура - 5A72116**

Андижон 2016

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ**  
**ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»  
Ўз Р ССВ Фан ва ўқув юртлари  
Бош бошқармаси бошлиғи  
\_\_\_\_\_ У.С.Исмоилов  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 й  
Баённома № \_\_\_\_\_

«КЕЛИШИЛДИ»  
Ўз Р ССВ Тиббий таълимни  
ривожлантириш маркази  
директори  
\_\_\_\_\_ М.Х.Алимова  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 й  
Баённома № \_\_\_\_\_

**Нишанов Фозил Нишанович**

**Абдуллажанов Бахром Рустамжанович**

**«ХИРУРГИЯ» мутахасислиги бўйича ўқув қўлланма**

# **ЎТКИР АППЕНДИЦИТ**

**Соғлиқни сақлаш - 510000**

**Даволаш иши – 5510100**

**Касб таълими -5111000**

**«Хирургия» мутахасислиги бўйича магистратура - 5А72116**

Андижон 2016

**Ўткир аппендицит:** Ушбу қўлланма жарроҳлик йўналиши бўйича кафедра ўқитувчилари, амалиётдаги шифокорлар, юқори курс ва магистратура талабаларига мўлжалланган/ Ф.Н.Нишанов, Б.Р.Абдуллажанов – Андижон: Тиббиёт, 2016.

### Такризчилар

(ташқи такризчи)

А.А.Асраров

Тошкент тиббиёт академияси даволаш факултети факультатив ва госпитал жарроҳлик касалликлари кафедраси профессори, т.ф.д.

(ички такризчи)

Г.М.Ходжиматов

т.ф.д., профессор, Андижон Давлат тиббиёт институти илмий ишлар бўйича проректори.

Ушбу қўлланма ўткир аппендицитни диагностика қилиш ва даволашда қўлланма ҳисобланади. Ўткир аппендицитнинг клиник симптомлари, фойдаланувчи материални осон қабул қилиши ва эсда сақлаши кузда тутилган ҳолда, яққол намоён этилган. Дифференциал диагностика бўлимида турли соҳадаги шифокорлар амалиётида юзага келадиган асосий касаллик турлари келтирилган. Ўткир аппендицитни замонавий лаборатор ва инструментар текшириш усуллари, шу жумладан ултратовуш текшируви ва лапароскопия усуллари ёрдамида диагностика қилиш кенг ёритилган. Ўткир аппендицитни даволаш бўлими хирургик атлас кўринишида намоён қилинган.

Ушбу қўлланма тиббиёт олийгоҳи талабалари, клиник ординаторлар, магистратура талабалари ва амалиётдаги шифокорлар учун тавсия этилади.

Андижон Давлат тиббиёт институти илмий кенгаши томонидан тавсия этилган.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги илмий-текшириш фаолияти бўйича координация бўлими томонидан рухсат этилди №\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 й.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги илмий ва ўқув юртлари бош бошқармаси томонидан тасдиқланган. №\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 й.

## СЎЗ БОШИ

*«...Касаллик бор кучи билан олга боради. Биз, клиницистлар,  
унинг орқасидан тошбақа сингари ҳаракатланмасдан  
илгари юришимиз лозим...»  
Мондор*

Тезкор операцияни талаб қилувчи хирургик касалликлар орасида ўткир аппендицит юқори ўринни эгаллайди. Чувалчангсимон ўсимтада тез юз берадиган деструктив жараёнлар ва унинг оқибатида юзага келадиган асоратларни ҳисобга олган ҳолда беморга касаллик бошлангандан сўнг шошилишч хирургик ёрдам кўрсатиш талаб қилинади. Касалликнинг турли хиллиги, клиник симптомларнинг полиморфлиги ва псевдоаппендикуляр синдром билан кечиши ҳар бир шифокорнинг иш фаолиятида учрабгина қолмай, ундан тезкор кечиктирмасдан қарор қабул қилишни талаб қилади. Аппендицит катта ёшли одамларга қараганда ёш болаларда оғир кечиши, диагностикасининг қийинлиги билан тубдан фарқ қилади.

Ўткир аппендицит билан касалланган беморларни диагностика қилишдаги хатолар сони ҳалигача юқори даражада. Ўткир аппендицитни гипердиагностикаси чувалчангсимон ўсимтанинг гистоморфологик текширувида яллиғланиш кузатилмаса ҳам беихтиёр аппендэктомияга сабаб бўлади. Нотўғри диагностика туфайли айнан шу беморларда аппендэктомиядан сўнг қорин соҳасида оғриқли рецидивлар кузатилиши мумкин. Лекин, бошқа тарафдан, вақтида диагностика қилинмаган ўткир аппендицит, беморларда турли асоратларга олиб келиши мумкин. Келтирилган фактлар даволовчи шифокордан клиник диагностикани яхшилаш мақсадида тинмай тер тўкишини талаб қилади. Ҳаттоки, юқори малакали хирурглар ўткир аппендицитни аниқлаш пайтида қийинчиликларга дуч келишганда, лапароскопия ва УТТ каби замонавий текшириш усуллари беморга тўғри ва аниқ диагностика қўйишда кўмаклашади.

Ҳозирга келиб турли хил операция ишлари олиб бориш йўлга

қўйилган: кам жароҳатлидан бошлаб (лапароскопик аппендэктомия, УТТ ёки компьютер билан йўналтирилган ҳолда абсцессни дренажлаш), ўта оғир операциягача (қорин бўшлиғининг тарқоқ перитонитда кўп маротабали лапаротомияси ва санацияси). Лекин, хирургик аралашувларининг долзарблиги ва одатийлиги ҳалигача ўз сифатини йўқотгани йўқ. Ҳозирги кунда шифокорнинг малакавийлиги унинг ҳар бир беморга тезкор диагностика қўйиш, оптимал операция ўтказиши ва тўғри даволаши билан аниқланмоқда.

Китобхонга тақдим этилаётган ушбу қўлланма АДТИ клиникаларининг етук ва малакали клиницистларининг узок йиллик тажрибалари асосида ёзилган. Ушбу монографияда сўнги йилларда ўткир аппендицитнинг замонавий диагностикаси ва даволаш стандартизацияси келтирилган.

Бу қўлланманинг асосий мақсади ўткир аппендицитни диагностикаси, даволаш ва касаллик асоратларида келиб чиқадиган муаммоларни ёрқин ва аниқ шаклда баён қилишдир.

Қўлланмадаги диагностика қисми амбулатор ва стационар шароитда фаолият юритувчи турли ҳил йўналишдаги шифокорларга мўлжалланган.

Қўлланманинг ўткир аппендицитни оператив даволашга бағишланган бўлими фақатгина умумий амалиёт шифокорларигагина эмас, балки тиббиёт институти юқори босқич талабалари, клиник ординаторлар, магистратура резидентларида ҳам катта қизиқиш уйғотади. Ишониш мумкинки, ушбу китоб хирургик кадрлар тайёрлашда фойдали қўлланма сифатида тиббиёт ОТМ ўқитувчиларининг фойдалана олишлиги уларни эътиборини тортади.

***Тиббиёт фанлари доктори, профессор Ф.Н.Нишанов***

## КИРИШ

*Ўткир аппендицитни ҳар доим ҳам ўйлаётган жойдан эмас,  
балки умуман олдиндан айтиб бўлмайдиган жойдан топишади»*

*Иван Иванович Греков, 1926й.*

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик касалликлари ҳар доим инсон ҳаётига хавф солиб келади. Ҳолатнинг оғирлашишига шифокорнинг диагностика қилиши учун жуда кам вақти борлиги ва шу кам вақт ичида нотўғри диагностика қўйиши сабаб бўлади. Ҳатто, тўғри диагноз қўйилганда ҳам, оптимал қарор қабул қилиш ва тўғри хирургик тактика танлаш баъзи пайтларда қийинчилик келтириб чиқаради.

Кўп ҳолатда ўткир аппендицитнинг диагностикаси унча қийинчилик туғдирмайди. Типик аппендэктомияни ёш хирург ҳам муваффақиятли бажариши мумкин. Лекин айрим ҳолатларда ҳатто малакали клиницистлар ҳам ўткир аппендицитнинг диагностикасида кўплаб тўсиқларга дуч келишлари мумкин. Баъзида ўта тажрибали хирурглар операциядан чарчаб чиқишади ва операциядан кейин ҳеч қандай асоратлар кузатилмайди деб қафолат бера олишмайди.

Ҳозирги кунда ўткир аппендицит диагностикасини енгиллаштирувчи янги технологияларнинг кўпайиши, минимал жароҳатлар билан ўтказиладиган операциялар қўлланилишига қарамасдан операциядан кейинги асоратлар миқдори 5-9% ташкил қилмоқда, ўлим даражаси эса 0,1-0,3% ни ташкил қилади. Ҳар йили мамлакатимизда минглаб ўткир аппендицит билан касалланган беморлар операция қилинади, лекин унинг муаммолари ҳали ҳам охиригача аниқланмаган.

В.И.Колесовнинг «Клиника и лечение острого аппендицита», А.А.Русановнинг «Аппендицит», И.Л.Ротковнинг «Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците», Н.С.Утешевнинг «Острый аппендицит», А.Г.Кригернинг «Острый аппендицит», В.С.Савельевнинг «Ру-

ководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» каби монографиялари классик хирургик адабиётлар ҳисобланади. Лекин вақт ўз таъсирини ўтказиши сабабли кўп йиллардан бери долзарб муаммо бўлиб келаётган ўткир аппендицитнинг диагностикаси ва даволаш усулларига қайтадан мурожаат қилишга мажбур бўлдик.

Китобхонга тақдим этилаётган қўлланмада муаллифларнинг шошилинч абдоминал хирургияда ўткир аппендицит диагностикаси ва даволашида эгалланган тажрибалари тақдим этилади. Ушбу қўлланма тиббиёт ОТМ талабалари, магистратура резидентлари, бошланғич хирурглар ва умумий амалиёт шифокорлари учун тавсия этилади.

---

## ***I – Боб. КИРИШ ҚИСМИ***

---

### **ЎТКИР АППЕНДИЦИТ ТАРИХИ**

Аппендицитнинг турли даврларда турлича операция қилиниши ва операцияга кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолатда унинг тарихи 4 даврга бўлинади.

Биринчи давр бир неча аср давом этиб, 1884 йилгача, хирургларни ўнг ёнбош соҳасидаги йирингли ўчоғларни ёриши, лекин чувалчангсимон ўсимта олиб ташланмаганлиг билан ҳарактерланади.

Иккинчи давр ўз ичига 25 йилни олади (1884 -1909 йиллар). Бу даврда чувалчангсимон ўсимта аппендицитнинг чегараланган ёки тарқоқ перитонит билан асорат кузитилгандагина олиб ташланган.

Учинчи давр 20 йилдан ортиқ давом этади (1909-1926 йиллар). Ўша йилларда ўткир аппендицитни касаллик бошланишидан 24-48 соат давомида оператив даволашган. Касалликнинг кейинги даврларида, йирингли асоратлар кузатилмаганида (перитонит, аппендикуляр йиринглар) консерватив даволашган.

Тўртинчи давр (1926 йилдан ҳозирги кунгача) беморларни госпитализация қилиб ўткир аппендицитнинг барча турини касаллик вақтидан катъий назар оператив даволашган.

**Биринчи давр.** XIX асрнинг бошида француз клиницисти Дюпюитрен (Dupuytren) томонидан кўр ичакнинг яллиғланиш жараёни ўрганилган. Дюпюитреннинг тахминича, кўр ичак қорин бўшлиғида мезоперитонеал жойлашган, яъни уч томондан қорин парда билан ўралган, шунинг учун кўр ичакда ривожланадиган яллиғланиш жараёни осонгина қорин орқа клетчаткасига ўтади ва у ерда йирингланиш жараёнини келтириб



чиқаради. Унинг гапларини немис шифокори Алберс (Albers, 1838) ҳам тасдиқлаган ва кўр ичак яллиғланишига копростаз сабаб бўлади, деб айтган.

Шу билан бирга кўр ичак яллиғланишини англатадиган «тифлит», унинг қорин пардасини, клетчаткасини яллиғланишини англатадиган «пери- ва паратифлит» каби терминлар келиб чиққан.

1842 йили Веналик патологоанатом Рокитанский (Rokitansky) ўсимтада катарал яллиғланиш бўлишини тахмин қилди. Унинг фикри қолган олимларни чувалчангсимон ўсимтага кўпроқ эътибор беришга туртки бўлди. Натижада, Бурне (Burne), Фолц (Folz), Бамбергер (Bamberger) ва бошқалар ўнг ёнбош йирингли яралари сабаби ўсимтагинг яллиғланиши деб топишди

П.С.Платонов (1853) ўзининг перитифлит ҳақида диссертациясида, ёнбош соҳасидаги йирингли яранинг пайдо бўлишига чувалчангсимон ўсимтани яллиғланиши сабаб бўлади деб айтган.

В 1881 й. Москвалик хирург А.И.Шмидт биринчи бўлиб тарқоқ йирингли перитонитни лапароскопия усули билан муваффақиятли даволади. Кейинчалик бу усул тарқалиб, уни нафақат даволашда, балки диагностикада ҳам қўллаш кенг йўлга қўйилди. Жуда кўп беморлар чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланишидан келиб чиққан перитонит туфайли вафот этиш ўрнига даво топишди.

Ўтган асрнинг 80-йилларида Фитц (Fitz) бошчилигидаги америкалик олимлардан ташкил топган комиссия «аппендицит» терминини киритишни тавсия этган. Бу номланиш касалликнинг ҳақиқий анатомик асосини кўрсатади. Ўша даврда анатомлар ва клиницистлар чувалчангсимон ўсимтани (*processus vermicularis*) ичакнинг «қўшимчаси» (*appendix*) деб номлашган ва шу ердан «*appendicitis*» термини пайдо бўлган.

**Иккинчи давр.** Ўтган аср 80-йилларининг ўртасидан чувалчангсимон ўсимта ҳақидаги таълимот ривожланишининг иккинчи даври бошланади. Бу вақтда чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш фақатгина пери-

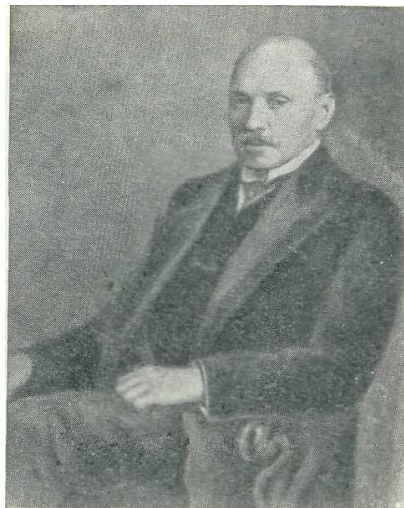
тонит ва аппендикуляр йирингли ўчоғлар бўлсагина амалга оширилган.

Биринчи марта чувалчангсимон ўсимта 1884 йили олиб ташланган. Бир биридан мустақил ҳолда ушбу операцияни аппендицитнинг асоратланган шаклида Англияда Махомед (Mahomed) ва Германияда Кронлейн (Kronleyn) бажаришган. Биринчи ҳолатда ўсимта йирингли ўчоғ борлиги учун олиб ташланган бўлса, иккинчи ҳолатда – тарқалган йирингли перитонит сабаб бўлган.

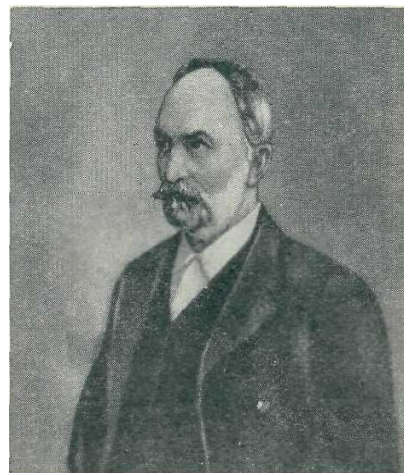
1888 йили К.П.Домбровский Петропавловск касалхонасида аппендикуляр йирингли ўчоғ бўйича 3 ёшли болани операция қилган ва чувалчангсимон ўсимтани асосидан боғлашни ишлаб чиққан. Ушбу операцияни 1890 йили бўлиб ўтган Пирогов номидаги хирурглар жамияти мажлисида К.И.Змигородский ўзининг «О внебрюшинных нагноениях стенок живота и таза» докладида ёритиб ўтган.

1889 йили А.А.Бобров аппендикуляр инфилтрати бор беморда чувалчангсимон ўсимтанинг бир қисмини олиб ташлаган. К.П.Домбровский ва А.А.Бобров операциялари аппендицитда рус олимларининг биринчи операцияларидан ҳисобланган.

1890 йили А.А.Троянов Россияда биринчи аппендэктомиyani ўтказди. Кейинчалик бундай операциялар нафақат клиник ва шаҳар касалхоналарида балки чекка ҳудудлардаги даволаш муассасаларида ҳам бажарила бошланди. Кейинчалик деярли ярим аср давомида (ўтган асрнинг 30-йилларигача) аппендэктомияга ўткир аппендицит муаммосини ечишда



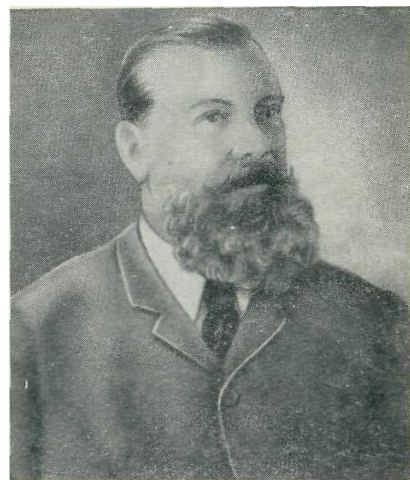
К.П. Домбровский  
(1852-1919)



А.А. Бобров  
(1850 - 1904)

муҳим масала сифатида ёндашилди.

Иккинчи даврда кечикиб қилинган операциялар натижасида гарчи катта кесмалар қилинсада ҳар доим ҳам ўзгарган ўсимтани олиб ташлаш имкони бўлмасди. Ўсимта топилган ҳолатларда ҳам чўлтоқ етарлича ишлов берилмаган (лигатурали усул), қорин бўшлиғини эса йиринг борлиги сабабли тампонада қилинган. Бу эса аксарият ҳолларда ахлатли оқма яра ва вентрал чурралар ҳосил бўлишига олиб келар эди.



А.А. Троянов  
(1848 - 1916)

**Учинчи давр.** Ўткир аппендицитни оператив даволашнинг учинчи даври касаллик бошлангандан сўнг 24-48 соат ичида чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш билан ҳарактерланади.

Рус хирургларнинг ўткир аппендицитни даволашда янги усулларга ўтишида хал қилувчи ролни Рус хирургларини IX съезди (1909) ўйнади, бунда Г.Ф.Цейдлер эрта операция қилишнинг афзалликларини айтиб ўтган.

Ушбу даврнинг бошланиши қолган мамлакатларда XIX асрнинг биринчи ўн йиллигига тўғри келади. 1913 йили Швейцариялик хирурглар жамияти йиғилишидаги Де Кервен (De Qervain) маърузасида қуйидагилар келтирилган: 1908 - 1913 йй. Ўткир аппендицит билан оғриган 84% беморлар операция қилинган ва фақатгина 6% консерватив даволанган ва қилинган операцияларнинг 60% эрта муддатда бажарилган.

Эрта операцияни қўллаш, касаллик бошлангандан сўнг 48 соатгача бўлган вақтда, асоратланган ўткир аппендицитли беморлар сонини кескин камайтирди ва операциядан сўнгги ўлим кўрсаткичини пасайтирди.

Ўша вақтларда асосий эътибор опереция техникасини оширишга, яхшилашга қаратилган эди. Авваллари перитонитни даволашда

кўлланилган қорин бўшлиғини ювиш усулидан воз кечилди. Қорин бўшлиғини тампонада қилишга бўлган кўрсатмалар кескин камайди. Катта травматик кесишлар ўрнига сурункали аппендицитни даволашда кўлланилган кесишларга ўтилди.

Оммалашган кесмалар бўлиб Леннандер кесмаси ва Н.М.Волкович ҳамда Мак Бурней тавсия этган кесмалар ҳисобланди. Барча ҳолатларда ҳам чувалчангсимон ўсимта чўлтоқини перитонизация қилиш шарт эди. Шундай қилиб, ўткир ва сурункали аппендицитни операция қилиш техникаси деярли бир ҳил бўлиб қолди.

**Тўртинчи давр.** Тўртинчи давр касалликнинг шакли ва муддатига карамасдан ўткир аппендицитни даволашда эрта операция қўлланиши билан ҳарактерланади.

Ўткир аппендицитни янгича оператив усулда даволашга ўтишда хал қилувчи ролни Ю.Ю.Джанелидзе ва тез ёрдам институти томонидан 1934 йили ташкил этилган Ленинград шаҳри ва вилояти конференцияси ўйнади.

Конференцияда касалликнинг қачон бошлангани ва муддатидан қатъий назар беморларни ўз вақтида госпитализация қилиш ва оператив даволаш улар орасида ўлим кўрсаткичини сезиларли даражада пасайишига олиб келишини кўрсатилди. (В.А.Шаак маълумотларига кура 6,7 дан 1,9% гача, М.В.Красноселский бўйича - 3,2 дан 1,8% гача, Ц.С.Каган бўйича - 4,76 дан 0,9% гача).



Ю.Ю.Джанелидзе  
(1883-1950)

Чувалчангсимон ўсимта операциясида кенг тарқалган ва бугунги кунгача фойдаланиб келинаётган кесма бу ўнг ёнбош соҳадаги кесмаси ҳисобланади. Ушбу кесма Н.М. Волкович (1898), Мак-Бурней (1894) ва П.И. Дяконов (1898) томонидан таклиф этилган.

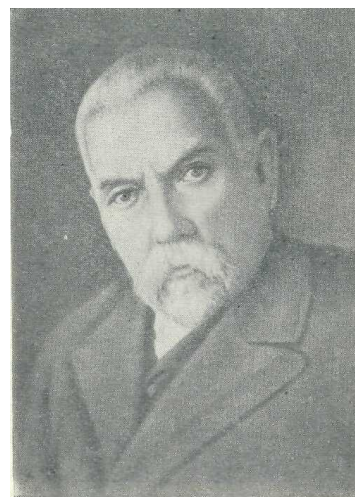
Чувалчангсимон ўсимта чўлтоғига ишлов бериш икки гуруҳга бўлинади: 1) перитонизация қилинмаган чўлтоқни қолдириб ўсимтани олиб ташлаш, 2) чўлтоқни перитонизация қилиб ўсимтани олиб ташлаш.

Сенн (Senn, 1889) перитонизация мақсадида икки қаватли лембертов чокларидан фойдаланишни таклиф қилган. 1986 йили ушбу усулни П.И.Дяконов Россияда қўллаган. 1901 йили П.И.Дяконов лемберт чокларини кисет чокларига алмаштириб аппендэктомия техникасини янада мукамаллаштирди. П.И.Дяконов номи билан чўлтоқга бошқа усул билан ишлов бериш(боғланмаган чўлтоқни кисет чоки билан чўктириш (1901)) ҳам боғлиқдир.

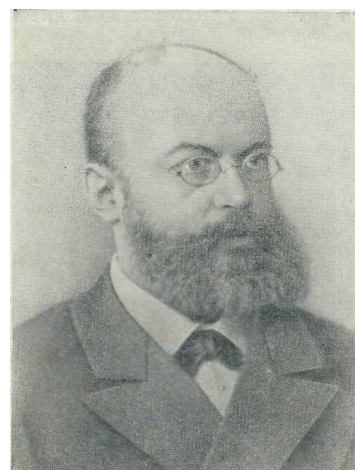
Чувалчангсимон ўсимтага турли ҳил йўллар ва унинг чўлтоғига ишлов бериш турли усуллари бўлишига қарамасдан, бугунги кунда кўпчилик хирурглар Волкович-Мак-Бурней кесмасини ва боғланган чўлтоқни кисет чок билан перитонизация қилиш усулидан фойдаланишади.

Бугунги кунга келиб ўткир аппендицитдан ўлим жуда ҳам кам ҳолатларда содир бўлади. Ўткир аппендицитдаги операциядан сўнгги ўлим кўрсаткичининг пастлиги тез ва шошилишч ёрдамни яхши ташкиллаштирилганини кўрсатади.

Ушбу касаллик ҳақида илмий билимнинг ортиши, тиббий амалиётга янги диагностик ва даво усуллари кириб келиши ушбу патологиянинг ҳозирги пайтда ҳам долзарблигини билдиради. Замонавий диагностика ва даво усуллари кириб келиши ўткир аппендицит патологиясида қиёсий



Н.М.Волкович  
(1858-1928)



П.И.Дяконов  
(1855-1908)

диагностика ўтказиш, замонавий усулларда даволаш ва албатда, беморларга индивидуал ёндошишга катта ёрдам беради.

---

## II- Боб. УМУМИЙ ҚИСМ

---

### 2.1. КЎРИЧАК ВА ЧУВАЛЧАНГСИМОН ЎСИМТА АНАТОМИЯСИ

Ичакнинг илеоцекал соҳаси ингичка ичак ва йўғон ичак чегарасида жойлашган бўлиб, *ileum* нинг сўнги қисми, *caecum* ва чувалчангсимон ўсимта баугин қопқоғи билан, ҳамда *colon ascendens* нинг бошлангич қисмини ўз ичига олади.

Илеоцекал соҳа, уни ташкил қилиб турган қисмлари орасидаги ўзаро боғлиқлик борлиги туфайли ягона анатомик бирлик ҳисобланади. Кўричакнинг хажми ва шакли ингичка ичакнинг йўғон ичакка ботиб кириши даражаси билан боғлиқ ва бу баугин қопқоғининг шаклланишига олиб келади.

Юқорида айтиб ўтилган боғлиқлик *ileum* нинг терминал қисми, *caecum*, *colon ascendens* нинг бошлангич қисми ва *valva ileocaecalis* нинг деворларида ҳам бор. Буларнинг ҳаммаси илеоцекал сегментни овқат ҳазм қилиш трактидаги энг мураккаб ҳосилалардан бири эканлигини тасдиқлайди.

Анатомик тузилишининг қийинлиги, юқори физиологик активлиги, нерв охирларига бойлиги ва ниҳоятда енгил жароҳатланиши туфайли илеоцекал соҳани овқат ҳазм қилиш системасидаги энг нозик қисм деб айтишимиз мумкин.

Ичакнинг илеоцекал қисмида фарқлар мавжуд бўлиб, улар қуйидагилардан иборат: 1) ингичка ичак сўнги қисмининг йўғон ичакка тушиш характерига қараб; 2) илеоцекал қопқоғининг шаклига қараб; 3) кўр ичак шаклига қараб. Ушбу фарқларнинг кўшилишидан ичакнинг илеоцекал бўлимининг индивидуал анатомик хусусиятлари ҳосил бўлади.

Қуйида ингичка ичак охирги қисмининг йўғон ичакка тушиши турлари келтирилган (Расм 1):

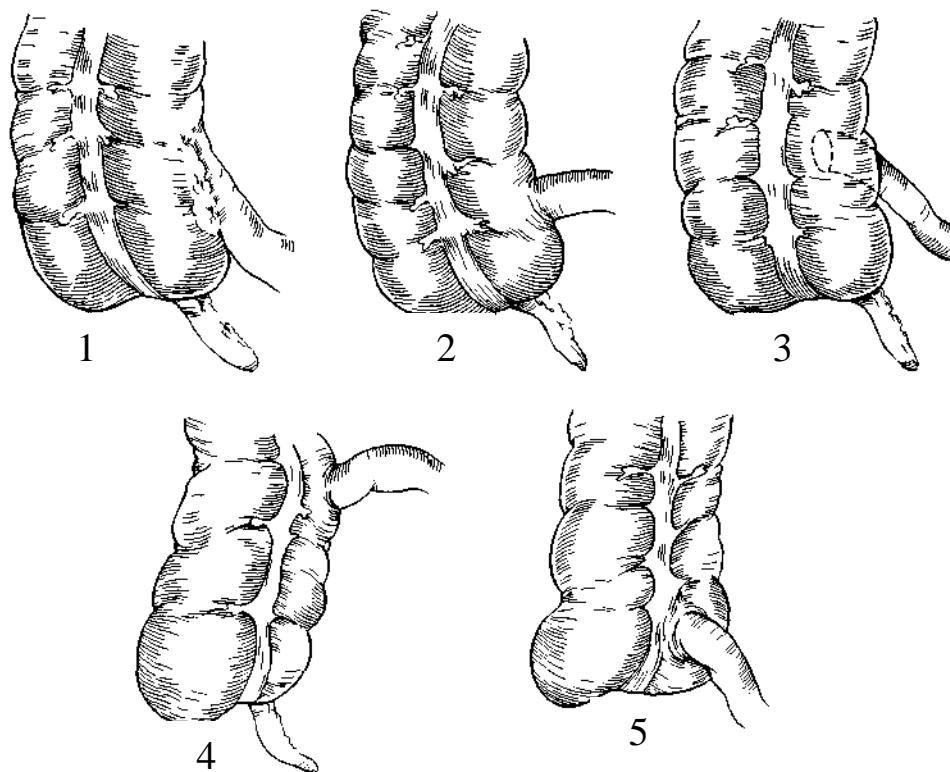
1 – ингичка ичакнинг терминал қисмининг кўтарилувчи йўналиши ва унинг йўғон ичак медиал деворига тушиши,

2 - ингичка ичак терминал қисмининг горизонтал йўналиши ва унинг йўғон ичак медиал деворига тушиши,

3 – ингичка ичак терминал қисмининг кўтарилувчи йўналиши ва унинг йўғон ичак орқа деворига тушиши,

4 – ингичка ичак терминал қисмини пастга тушувчи йўналиши ва унинг йўғон ичак медиал деворига кириши,

5 – ингичка ичак терминал қисмини юқорига кўтарилувчи йўналиши ва унинг йўғон ичак олдинги деворига кириши.



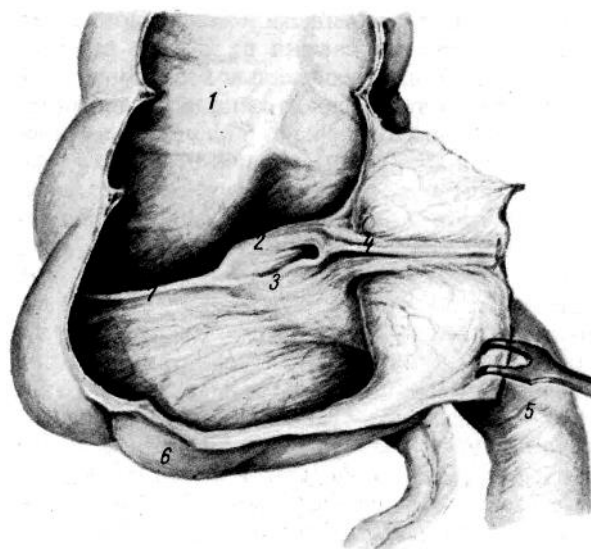
Расм 1. Ингичка ичак терминал қисмининг йўғон ичакка киришининг хар хил турлари.

Ингичка ичакнинг йўғон ичак билан боғланишини кейинги элементи бу, илеоцекал қопқоқ *valva ileocaecalis* ҳисобланади. Шакли ва тузилиши



ичакнинг илеоцекал соҳасидаги барча кўринишларни ўзида камраб олган.

*Valva ileocaecalis* ни ташқи қисми цилиндр шаклида бўлиб, кўричак бўшлиғига очилган қисми юқори ва пастки лаблардан иборат, бу қисмдан кўричак шиллик қаватига олд ва орқа йўналишда йирик бурмалар кетган ва улар номига кўра юганчалар деб аталади, *frenulum valvae ileocaecalis* (Расм 2).



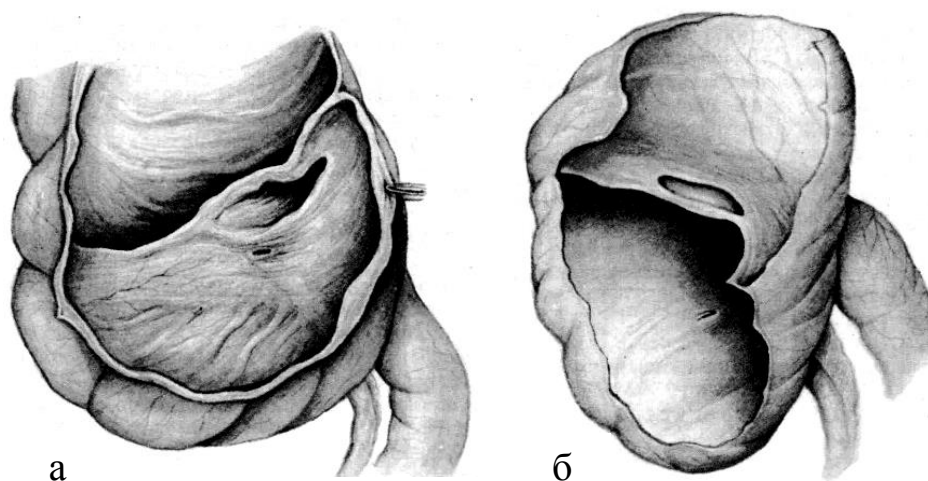
Расм 2. Илеоцекал қисмнинг олд томондан кўриниши. 1 – кўтарилувчи чамбар ичак, 2 – илиоцекал қопқоқнинг юқори лаби, 3 -- илиоцекал қопқоқнинг пастки лаби, 4 – илиоцекал қопқоқнинг медиал юганчаси, 5 – илеитнинг охирги кесими, 6 – кўр ичак, 7 - илиоцекал қопқоқнинг латерал юганчаси.

Юганчалар юқорига кўтарилувчи ва кўричак чегарасини ташкил қилуви тўғрисида ҳисобланади. Баугин қопқоғининг ташқи (ёки орқа) ўнг бурчагининг таранглиги юқори бўлиб, учбурчаксимон шаклда, чап бурчаги эса олд ва медиал ҳолатда жойлашиб, бироз ингичкароқ ва ярим айланани эслатади. Латерал ёки ўнг юганча (йўғон ичак бурмаси, илиоцекал қопқоғдан йўғон ичак ўнг деворининг ички юзаси бўйлаб кетувчи) ингичка ва узун, медиал ёки чап юганча эса (йўғон ичак бурмаси, баугин қопқоғдан чап томонга боровчи) ўнг қисмига нисбатан калтароқ ва йўғонроқ бўлади. Юганчалар баугин қопқоғининг таркибий қисми ҳисобланиб, йўғон ичак деворининг охирги қисми билан бириккан бўлади.

Илиоцекал қопқоқнинг асосий анатомик тузилишини жуфт ҳолатдаги лаблар ва юганчалар ташкил қилади. Илиоцекал қопқоқ лабларининг шаклланишида йўғон ва ингичка ичак бирдек иштирок этади, шунинг учун ҳар бир лаб йўғон ва ингичка ичакка дахлдор ҳисобланади ва эркин юзалари орқали бир томондан иккинчисига ўтиб туради.

**Кўричак ва унинг ўсимтаси.** Илиоцекал қисмнинг умумий характеристикасида кўричак шакли муҳим аҳамият касб этади.

Кўричакни шакли бўйича икки гуруҳга бўлиб ўрганиш мумкин. Улардан биринчи гуруҳи кўпроқ учраб, горизонтал ўлчами вертикал ўлчамига нисбатан кўпроқ миқдорда, кўричак нисбатан юқорирок, лекин кенгрок, *valva ileocaecalis* юзасининг асосига параллел ҳолатда (Расм 3а). Пеуннинг терминал қисми бу шаклда юқорига йўналган ҳолатда бўлиб, кўричакка медиал девори орқали бириккан бўлади. Иккинчи гуруҳда эса вертикал ўлчам горизонталига нисбатан устун бўлиб, кўричак ингичка ва юқори ҳолатда жойлашган бўлади (Расм 3б). *Пеуннинг* терминал бўлаги бу шаклда горизонтал йўналган ва кўричакка медиал девори орқали бириккан бўлади.



Расм 3. Кўр ичакнинг турли шакллари. а – йўғон ва паст кўр ичак; чувалчангсимон ўсимта тирқизи илиоцекал қопқоқнинг пастки лаб соҳасида жойлашган; б – кўричак ингичка ва юқори ҳолатда; илиоцекал қопқоқнинг юзаси кўтарилувчи чамбар ичак билан боғланган. Чувалчангсимон ўсимта тирқизи қопқоқдан узоқ жойлашган бўлади.

Кўр ичак узунлиги ёки баландлиги (кўричак тубидан баугин копоққнинг пастки лабигача бўлган жой) 1 дан 13 см гача ва ундан узун бўлиши мумкин.

Катта ёшли одамларда кўр ичакнинг ўртача узунлиги 5-7 см, эни эса (*valvae ileocaecalis* тугунчалари чизиғи бўйлаб ўлчанган, медиал ва латерал деворлар орасидаги масофа) ҳар хил бўлади. *Caecum* эни ўртача 5,4 дан 8,3 см гача ва кўпинча 12-14 см гача бўлади.

### **Чувалчангсимон ўсимта (*processus vermiformis; appendix*)**

Ковак аъзо бўлиб, ошқозон-ичак трактининг таркибий қисми ҳисобланади. Кўричак гумбазидан йўғон ичакнинг учала пай тасмалари туташадиган жойдан бошланади (Валсалва тасмалари: *tenia libera, tenia mesocolica, tenia omentalis*). Бу жой ўртача ёнбош ичакнинг кўричакка ўтиш жойидан 1,5-4,0 см бошланади. Чувалчангсимон ўсимта қорин бўшлиғида интраперитонеал жойлашади, ўзининг тутқичига эга. Чувалчангсимон ўсимта узунлиги ўртача 7-10 см, диаметри - 0,5-0,8 см га тенг. Адабиётларда чувалчангсимон ўсимта узунлиги 23 смгача деб келтирилади (L. Morel, 1905) . Узунлиги 40 см, кенглиги 8 см, қалинлиги 1,5 см ўсимталар жуда кам учрайди. Чувалчангсимон ўсимта тузилишида асос, тана ва учи ажратилади. Чувалчангсимон ўсимта серози силлик, майин пушти рангда бўлади.

Чувалчангсимон ўсимтани куйидаги шакллари мавжуд (Т.Ф.Лавров, 1942): ҳомила (кўричак давоми сифатида); нихолсимон (бутун сатх давомида бир хил қалинликда); конуссимон (ўсимта асоси учига қараганда қисқарок).

Чувалчангсимон ўсимта кўричакка дарвоза орқали очилади, бу чувалчангсимон ўсимта тешиги деб аталади (*ostium appendicis*). Бу ерда чувалчангсимон ўсимтанинг хусусий клапани (*valva appendicis*), ёки Герлах тўсиғи (J. Gerlach, 1847) – шиллик қават бурмаси мавжуд. Чувалчангсимон ўсимта клапани 9 ёшларга келиб яққолроқ бўлиб қолади. Ичак бўшлиғидан

караганда, чувалчангсимон ўсимтанинг тешиги илеоцекал тешикдан 2-4 см куйироқда жойлашган.

Чувалчангсимон ўсимтанинг кўричакдан ажралишининг куйидаги турлари мавжуд (F.Treves, 1895):

- Кўричак воронкасимон торайиб, чувалчангсимон ўсимтага ўтади;
- Кўричак чувалчангсимон ўсимтага кескин торайиб, буралиб ўтади;
- Чувалчангсимон ўсимта кўр ичак гумбазидан ажралади, асоси орқага караган;
- Чувалчангсимон ўсимта ёнбош ичакка ўтиш жойдан орқароқда ва пастроқ бошланади.

Чувалчангсимон ўсимтанинг қорин бўшлиғида кўричакка нисбатан жойлашишининг турлари:

- Пастга тушувчи (чанок) (50% га яқин ҳолатларда);
- Юқорига кўтарилувчи (жигар ости) (камрок);
- Латерал (20% га яқин ҳолатларда);
- Медиал (20% га яқин ҳолатларда);
- Олдинги (вентрал) (камрок);
- Орқа (ретроцекал) (10% га яқин ҳолатларда):
  - ✓ қорин парда ичи.
  - ✓ қорин пардадан ташқари (ретроперитонеал) (2% ҳолатларда),
  - ✓ интрамурал (чувалчангсимон ўсимта интим равишда кўричакнинг орқа деворига бириккан ёки унинг қаватларига ўтиб кетади).

Катта одамларда чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг медиал ёки орқа медиал юзасидан ҳосил бўлади. П.П.Куликнинг маълумотларига кўра 86,9% ҳолатларда ўсимта кўричак тубининг орқа медиал юзасидан ҳосил бўлади. Шунинг учун илиоцекал соҳа олд томондан кўрилганда, чувалчангсимон ўсимтанинг бошланғич қисмини аниқлаш учун кўричакни ташқи ва юқори томонга буриш керак.

7,1% ҳолда эса чувалчангсимон ўсимта кўричак тубининг медиал қисмидан, 6% ҳолатда унинг пастки бўлаги марказий қисмидан ёки шу соҳага яқин жойдан ҳосил бўлади.

Одатда, чувалчангсимон ўсимта ўсимтасининг тирқиши *valva ileocaecalis* дан 2-4 см пастда; баъзан баугин қопқоғи ёнида жойлашган бўлади. Шунингдек кўричакнинг кенг ва торлигига қараб чувалчангсимон ўсимта тешиги илиоцекал қопқоқнинг пастки лаб соҳасида ёки ундан ҳам пастроқда жойлашиши мумкин.

Қўшимча маълумотларга кўра чувалчангсимон ўсимта (Т.Ф.Лавров бўйича 68%) понасимон бўлиб, унинг бутун юзаси бўйлаб диаметри бир хил ўлчамда бўлади. Баъзан (17%) ўсимта дистал қисмига қараб торайиб боради ва конуссимон шаклни эслатади ёки (15%) кўричакнинг воронкасимон торайишининг давоми сифатида мўртаксимон шаклга киради.

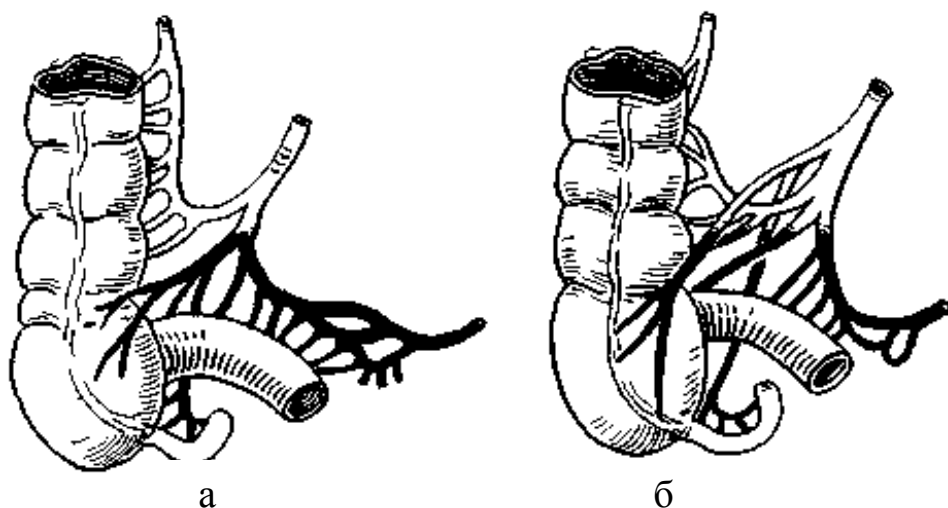
П.П.Кулик бўйича чувалчангсимон ўсимтанинг ўртача узунлиги катта одамларда 7,6 см ни ташкил этади. Яна унинг ўлчами ёшга боғлиқ ҳолда ўзгариб боради, хусусан 16 дан 25 ёш орасида 2,6 см ни, 26 дан 35 ёш орасида - 6,3 см ни, 36 дан 45 ёш орасида - 10,7 смни, 46 дан 55 ёш орасида - 7 см ни; 56 дан 65 ёш орасида - 8,5 см ни ва 66 дан 75 ёш орасида - 6,3 см ни ташкил қилади.

Чувалчангсимон ўсимта диаметри ёшга боғлиқ ҳолда 16 дан 25 ёш орасида 8 мм ни ташкил этиб, 26 дан 35 ёш орасида унинг ўлчами ўзгармай қолади; 36 дан 45 ёш орасида кенглигининг ўртача кўрсаткичи 7 мм ни, 46 дан 65 ёш орасида - 4,7 мм ни, 66 дан 75 ёш орасида 6 мм ни ташкил қилади.

### **Илиоцекал қисмнинг қон билан таъминланиши**

Илиоцекал қисмни артериал қон билан таъминловчи тармоқ - *a.ileocolica* ҳисобланиб, у юқори тутқич артериянинг муҳим ва доимий

тармоғи ҳисобланади. *A.ileocolica* оч ичакнинг терминал қисмини, шунингдек, кўричак ва унинг ўсимтасини, юқорига кўтарилувчи чамбар ичакнинг бошланғич қисмини артериал қон билан таъминлайди. Илиоцекал соҳани артериал қон билан таъминлашда яна *a.mesenterica sup.* тармоғи *a.colica dextra* тармоқчаси иштирок этади, ўз навбатида улар *a.ileocolica* билан анастамоз ҳосил қилади (Расм 4).



Расм 4. *A.ileocolica* нинг терминал тармоғлари. *а* – *a. ileocolica* нинг беш тармоғга бўлиниши, *б* – олдинги кўричак артерияси *a. ileocolica* нинг биринчи тармоғи ҳисобланади, *а. Ileocolic*нинг чамбарсимон тармоғи *a. colica dextra* нинг тармоғлари билан анастамоз ҳосил қилмайди.

*A. ileocolica* илиоцекал қисми ўзининг бешта тармоғи: оч ичак, чамбар ичак, кўричакнинг олдинги ва орқа юзасини ва чувалчангсимон ўсимта артериялари ҳисобига қон билан таъминлайди.

**Чувалчангсимон ўсимтанинг қон билан таъминланиши** турлари куйидагича:

1. Ягона томир (*a. appendicularis*) кўричакнинг бирикмаган қисмидан ташқари бутун ўсимтани қон билан таъминлайди. Бу тип 50% ҳолатларда кузатилади.
2. Чувалчангсимон ўсимта фақат битта томирдан қон олмайди. Асосий томир (*a. appendicularis*) фақат ўсимтанинг 4/5 дистал қисмларини таъминлайди. Ўсимтанинг проксимал 1/5 қисми орқа кўричак артерияси

шоҳлари билан таъминланади (*a. caecalis posterior*). Бу тип 25 % ҳолталарда учрайди.

3. Чувалчангсимон ўсимта ва кўричакнинг бирикадиган қисми орқа кўричак артериясидан тармоқ олади. Бу тип 25% ҳолатларда кузатилади.

4. Қовузлоқ ҳосил бўлиши – кам учрайдиган тури ҳисобланади.

Юқоридаги тасниф катта амалий аҳамиятга эга. Қон билан таъминланишнинг 3-типида тутқичнинг проксимал қисмини кўричакнинг некроз ўчоғи билан боғлаш ва ўсимта чўлтоғини беркитишда «кисет» симон чокнинг етишмаслигига олиб келади. Чувалчангсимон ўсимтани қон билан таъминлашда иштирок этувчи асосий артерия *a. appendicularis* бўлиб, 1-3 тагача бўлади. Ўртача диаметри 1 мм га тенг. *a. appendicularis* қуйидагича тармоқланади:

- Бевосита *a. ileocolica* асосий ўзанидан (85%);
- Ёнбош артерия ёки «Дидковский томирли ороли» дан (14%);
- Анастомозлардан ёки бошқа шоҳлардан (1%).

*A. appendicularis* кўпроқ илеоцекал бурчакдан 3 см масофада ўтади.

Кўпинча чувалчангсимон ўсимта ўсимтасининг артерияси ileumнинг орқа юзасидан, хусусан *ileum* ни *caecumга* бирикиш жойидан 3-4 см оралиғда ўтади. *A. Appendicularis* ни *ilei terminalis* нинг орқа томонидан ўтиши асосий хусусият ҳисобланади.

*A.appendicularis* икки ҳил вариантда учраши мумкин. Биринчи вариантда магистрал *a.appendicularis* ўсимтанинг бошланғич қисмига, ўсимта асоси ва кўричак орасидаги бурчакка йўналган. Бу ҳолатда *a.appendicularis* нинг тармоқланиши чувалчангсимон ўсимтанинг асосий томирдан қон билан таъминланиши амалга ошади. Иккинчи ҳил вариантда *a.appendicularis* нинг магистрал ўзани ўсимта асосига эмас, аксинча унинг ўртасига ёки унинг учдан бир қисми ва базал чегараси орасига йўналган

бўлади. Артерия ўсимта бўйлаб кетишида бир неча бор буралади ва ўсимтанинг уч қисмигача етиб боради. Бу ҳил вариантда ўсимта тутқичи иккинчи ҳил шаклига нисбатан кенгроқ бўлади.

Аралаш шаклдаги *a. appendicularis* нинг тармоқланиши магистрал ва сочилган шаклларнинг комбинацияларидан фарқ қилади.

**Ичакнинг илеоцекал қисмининг веноз тизими.** Веноз тизими одатдагидек, артериялар номидаги веналардан ташкил топган. *V. ileocolica* илеоцекал бурчакдан 5 см масофадаги веналардан шаклланади.

Шуни ёдда тутиш керакки, чувалчангсимон ўсимтанинг веноз ўзани қорин парда орти ва қорин бўшлиғи аъзолари веноз тизими билан узвий боғлиқ. Юқорига кўтарилувчи веноз тромбоз ўткир аппендицитнинг кўпгина асоратлари асоси ҳисобланади.

**Чувалчангсимон ўсимтанинг лимфа тизими.** Аъзо ичи лимфа томирлари ўсимтанинг бутун қаватларида жойлашган. Улардан асосийси капиллярларнинг шиллиқ ости ва сероз қаватларидаги томирлар бўлиб, улар *a. appendicularis* билан бирга ўтувчи 2-5 лимфа томирлар ҳосил қилади. Улар *a. ileocolica* бўйлаб занжир кўринишида жойлашган лимфа тугунларининг асосий гуруҳига бирикади. У ердан тутқич лимфа тугунларининг марказий гуруҳига ўтади. Шуни назарда тутиш лозимки, ўсимтанинг 1/3 дистал қисмига тегишли маҳаллий лимфа тугунлари ўсимтанинг тутқичида жойлашган. Ўсимтанинг 2/3 проксимал қисмига тегишли маҳаллий лимфа тугунлар чувалчангсимон ўсимта асосида ва кўричак ҳамда юқорига кўтарилувчи чамбар ичак бўйлаб жойлашган. Буни чувалчангсимон ўсимтанинг ёмон сифатли ўсмаларида маҳаллий лимфа тугунларига метастазлар берганда, операция хажмини аниқлашда муҳимлигини ёдда тутиш керак.

**Ичакнинг илеоцекал қисми иннервацияси.**



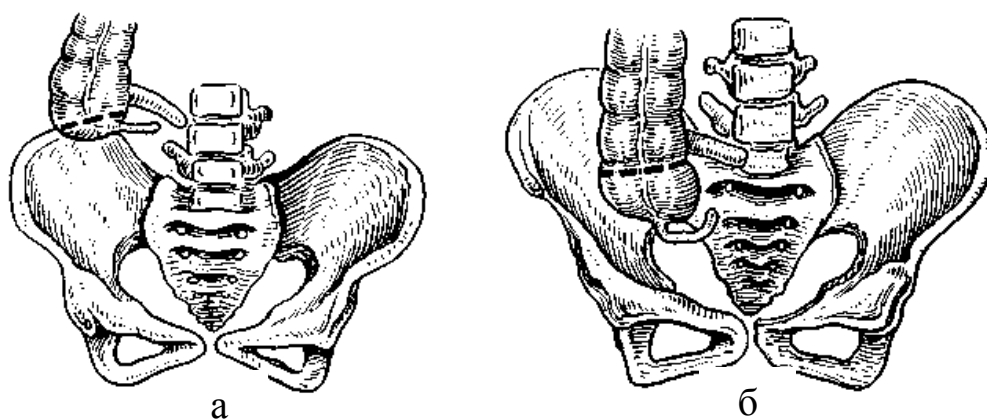
Ичакнинг илеоцекал қисми иннервациясида, бутун ичакда бўлгани каби симпатик ва парасимпатик нерв системаси иштирок этади.

**Чувалчангсимон ўсимта иннервацияси.** Симпатик иннервация манбалари: юқориги тутқич чигали, кўричак чигали (илеоцекал бурчакдан 1 см юқори ва ичкарида жойлашган), пастки тутқич чигали, аортал чигал. Парасимпатик иннервация манбаи вагуснинг ўнг ўзанидир.

Илеоцекал нервлар шохланиши 2 хил шаклига эга: магистрал ва тарқоқ. Кўпроқ барча нервлар ўз номидаги қон томирлар билан бирга бўлади.

### **Кўр ичак ва чувалчангсимон ўсимта топографияси**

*Голотопия.* Кўричак кўпинча (80% гача) ўнг оралик чуқурчада жойлашган бўлади. Лекин унинг жойлашуви тана тузилишига кўра турлича бўлади. Хусусан, тана тузилиши брахиморф, кенг кўкрак қафасли ва кичик чанок бўшлиғига эга инсонларда кўричак нисбатан юқорироқ жойлашади. Аксинча долихоморф тана тузилишли, тор кўкрак қафасига ва кенг чанок бўшлиғига эга одамларда эса кўричакнинг нисбатан пастроқда жойлашганлигини кузатиш мумкин (Расм 5).



Расм 5. Кўричакнинг турлича жойлашув вариантлари. *а* – юқори ҳолатда жойлашуви; *б* – пастки ҳолатда жойлашуви.

Асосий ҳолатда кўричак ва унинг ўсимтаси ўнг оралик чуқурчада

жойлашади. Лекин, баъзан, улар чап оралик чуқурчада ҳам учрайди (хусусан *situs viscerum inversus* ҳолатида ёки кўричак туткичи жуда узун бўлган ҳолатларида).

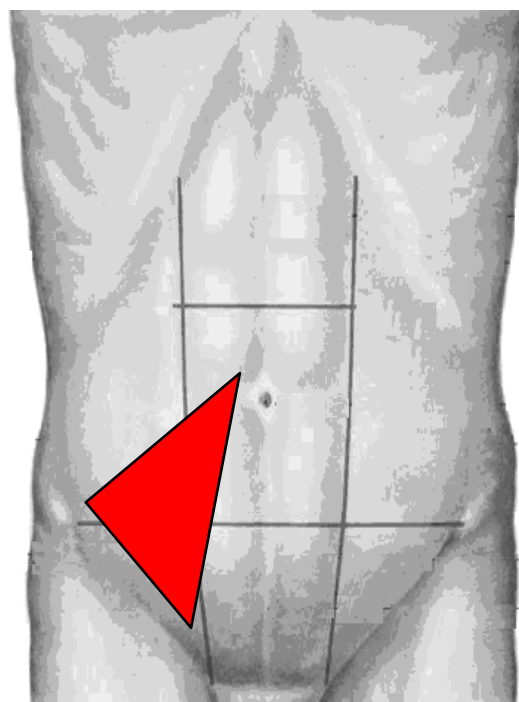
Чувалчангсимон ўсимтанинг қориннинг олдинги деворига нисбатан проекцияси Шерреннинг «аппендикуляр уч бурчаги»га (J.Sherren, 1905) тўғри келади. Уч бурчак томонлари қуйидаги анатомик ҳосилалар бирикади (Расм 6): киндик, ўнг қов бўртмаси ва ўнг ёнбош суякнинг олдинги юқори қаноти. Киндикдан ўнг ёнбош суяк олдинги юқори қанотига кетадиган чизик (*linea spinoumbilicalis*), Монро-Рихтер чизиғи деб аталади (A.Monro, 1797; A.G.Richter, 1797), иккала ёнбош суякларнинг олдинги юқори қанотларини бириктирувчи чизик қанотлараро чизик (*linea bispinatis*) ёки Ланц чизиғи (O. Lanz, 1902) дейилади.

Қориннинг олдинги деворига нисбатан чувалчангсимон ўсимтанинг кўплаб топографик нуқталари мавжуд (Расм 7).

- Мак-Бурней нуқтаси (Ch. McBurney, 1889) (Расм 7, №1) киндик ва ўнг ёнбош суякнинг олдинги юқори қаноти бирикадиган чизикдан ўртарокда ва латерал 1/3 чегарасида жойлашган.

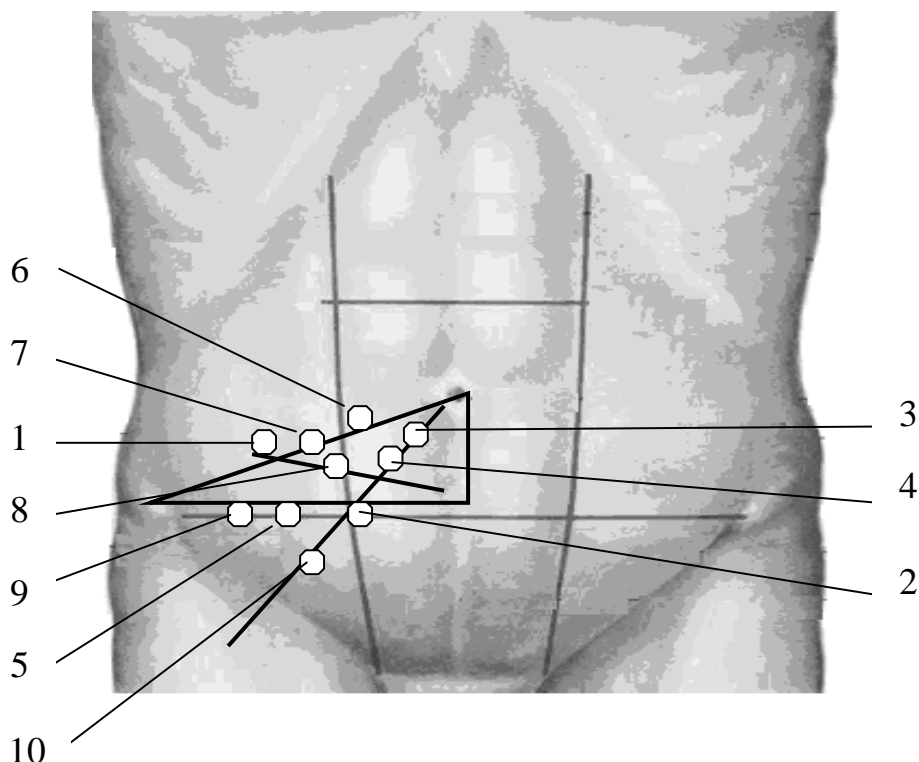
- Ланц нуқтаси (O. Lanz, 1902) (Расм 7, №2) иккала ёнбош суякларнинг олдинги юқори қанотлари бирикадиган қанотлараро чизикдан ўртарокда ва ун 1/3 қисмига тўғри келади.

- Кюммелл нуқтаси (H.Kummell, 1890) (Расм 7, №3) киндикдан қуйироқ ва 2 см ўнрокда жойлашган.



Расм 6. Шерреннинг «аппендикуляр уч бурчаги»

- Грей нуктаси (Т.С.Gray, 1971) (Расм 7, №4) киндикдан куйироқ ва 2,5 см ўнгрoқда жойлашган.
- Зонненбург нуктаси (E.Zonnenburg, 1894) (Расм 7, №5) *linea bispinatis* кесишадиган жойга (иккала ёнбош суякларнинг олдинги юқори қанотлари бирикадиган чизиқ) ва қориннинг ўнг тўғри мушакларининг ташқи қирғоғига тўғри келади.



Расм 7. Қориннинг олдинги деворига нисбатан чувалчангсимон ўсимта проекциялари нукталари.

- Моррис нуктаси (R.T.Morris, 1904) (Расм 7, №6) киндик ва ўнг ёнбош суякнинг олдинги юқори қаноти бирикадиган чизиқ бўйлаб киндикдан 4 см ташқарида жойлашган.
- Мунро нуктаси (J.C.Munro, 1910) (Расм 7, №7) киндик ва ўнг ёнбош суякнинг олдинги юқори қаноти бирикадиган чизиқ ва қориннинг ўнг тўғри мушаклари ташқи қирғоғи туташадиган жойга тўғри келади.

- Ленцманн нуқтаси (R.Lenzmann, 1901) (Расм 7, №8) канотлараро чизик бўйлаб ўнг ёнбош суякнинг олдинги юқори канотидан 5 см ичкарида жойлашган.

- Абражанов нуқтаси (А.А.Абражанов, 1925) (Расм 7, №9) канотлараро ва қориннинг ок чизиклари кесишишидан ҳосил бўлган нуқта билан Мак-Бурней нуқтаси бирикадиган чизикнинг ўртасида жойлашган.

- Губергриц нуқтаси (М.М.Губергриц, 1927) (Расм 7, №10) чов боғлами остида скарп учлигида жойлашган. Чувалчангсимон ўсимтанинг чанокли жойлашувида қўлланилади.

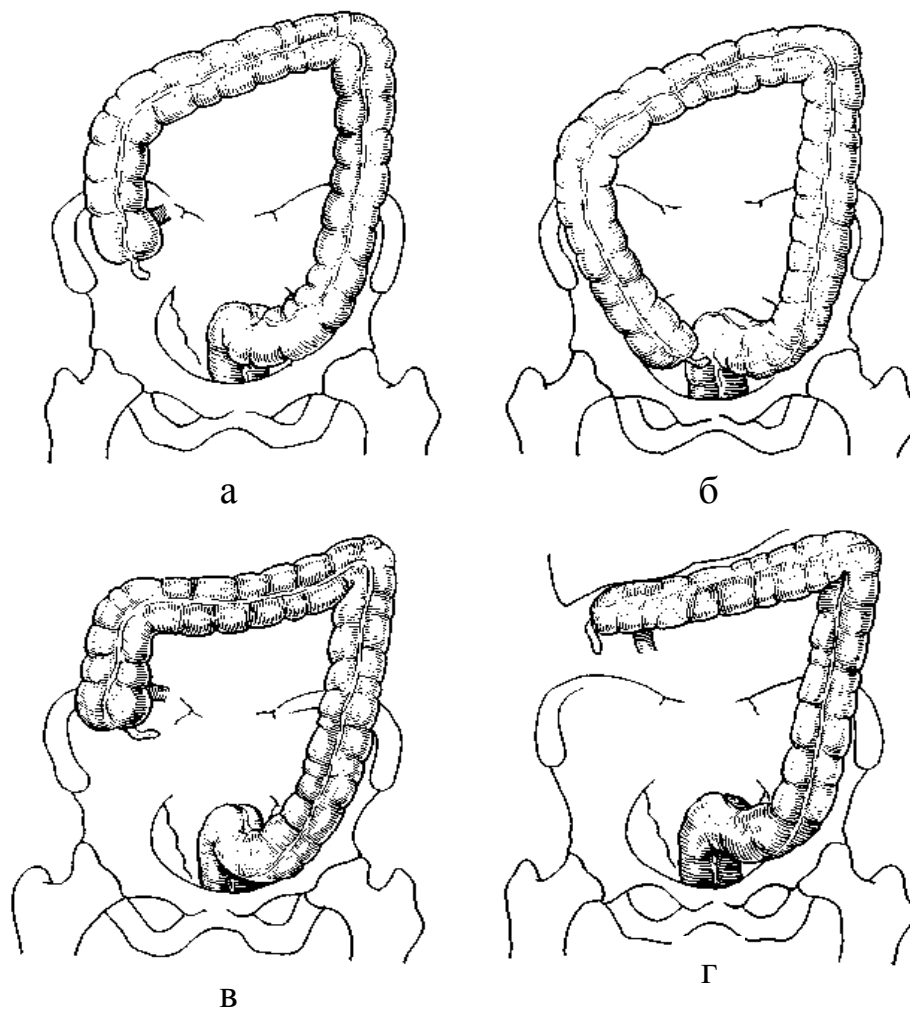
*Скелетотопия.* Кўричакнинг оралиқ ёнбош суяк юқори чегарасидан тепарокда жойлашуви 6% ни, тепа чегараси билан бир чизикда жойлашуви - 7% ни, оралиқ чуқурчада жойлашуви - 69% ва кичик чанок бўшлиғида жойлашуви - 18% ни ташкил этади.

Кўричак жойлашувининг турлари қуйидагича бўлиши мумкин: кўричакнинг нормал ҳолатда жойлашуви, унинг пастки чегарасини *fossae iliacaе* оралиғида жойлашуви; тўлиқ пастда жойлашуви; кўричакнинг юқорида жойлашуви (қисман пастроқда); унинг *fossae iliacaе* ни юқори учдан бир қисмида жойлашуви; бутунлай пастда жойлашмаслиги, баъзан *Coecum* жигар остида жойлашуви мумкин (Расм 8).

Ҳомиладорлик пайтида кўричак ва унинг ўсимтаси жойлашуви ўзгариши мумкин. Яъни улар юқорига жигарнинг пастки юзасига, *a colon ascendens* эса кўндаланг йўналиш бўйича силжиши кузатилади. Бу ўзгаришлар, асосан, ҳомиладорликнинг 4-5 ойларида кузатилади. Туғруқдан сўнг *saecum* ўзининг аввалги ҳолатини эгаллайди. Шунингдек, кўричак жойлашувининг ўзгариши турли қорин бўшлиғи патологияларида ҳам кузатилади (ўсма, киста, яллиғланишлар ва бошқалар).

Кўричакнинг ноодатий жойлашуви турли эмбрионал ривожланиш патологияларида ҳам кузатилади. Бу ҳолатда кўричак юқори ҳолатда, жигарнинг пастки юзасида жойлашиши мумкин (кўричак пастга тушиш

жараёнининг ушланиб қолиниши). Шунингдек кўричак ва унинг ўсимтаси кичик чанок бўшлиғида ҳам жойлашиши мумкин. *Caecum* нинг бу ҳолатларда жойлашуви кўтарилувчи чамбар ичакнинг эмбрионал ривожланиш жараёнида ўсишининг кучайиб кетиши билан тушунтирилади.



Расм 8. Кўричакнинг жойлашув турлари. *а* – нормал ҳолатда жойлашуви; кўричакнинг пастки чегараси *fossae iliacaе* оралиғида жойлашган; *б* – кўричакнинг пастки жойлашуви; *в* – юқори ҳолатда жойлашуви (қисман пастда); кўричак *fossae iliacaе*нинг юқори учдан бир қисмида жойлашган; *г* – тўлиқ пастда жойлашмаслиғи. *Caecum* жигар остида жойлашган.

Юқори жигар остида кўричакнинг жойлашуви 2 дан 11% гача ҳолатларда учрайди. Пастки кичик чанок бўшлиғида жойлашуви кўпроқ аёлларда кузатилади (43,5% гача). Кам ҳолларда кўричакнинг ноодатий

жойлашуви сифатида унинг чап томонлама, қорин бўшлиғи ўрта соҳасида жойлашуви ва бошқаларни киритиш мумкин.

Чувалчангсимон ўсимтанинг кўричак билан ўзаро жойлашув муносабати муҳим амалий аҳамиятга эга. Хусусан, чувалчангсимон ўсимта кўричакка нисбатан жойлашуви кўра беш гуруҳга бўлинади:

Пастки ёки каудал жойлашуви кўп учраб, (40-50%) ҳолатларда кузатилади, асосан болалик даврида учрайди (60% гача). Бу чувалчангсимон ўсимтанинг кўричакнинг орқа ички қисмидан чиқиб, пастга, яъни кичик чаноқ бўшлиғига йўналганлиги билан изоҳланади. Ўсимта бу ҳолатда орқа томондан *m.psoas* қорин парда билан, олд ва ички томондан ингичка ичак билан, ташқи томондан кўричак билан чегараланган бўлади.

Латерал ҳолатда ўсимтанинг жойлашуви, унинг ташқарига, чов боғлами томонга йўналганлиги билан асосланади. Ўсимтанинг бу ҳолатда жойлашуви 25% гача учрайди.

Медиал ҳолатда чувалчангсимон ўсимтанинг жойлашуви ўртача 17-20% ни ташкил этади. Бундай ҳолатда чувалчангсимон ўсимта кўричакдан ичкарига йўналади ва ингичка ичак чигаллари орасида жойлашади.

Ўсимтанинг олдинги ёки вентрал ҳолати кўричакнинг олдинги юзасида жойлашган бўлиб, у аввалгиларига нисбатан кам учрайди.

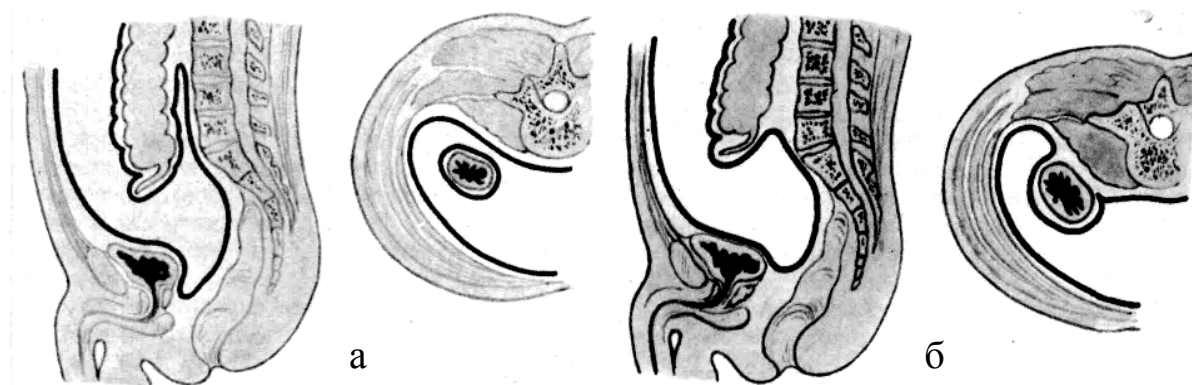
Чувалчангсимон ўсимтанинг орқа ёки ретроцекал жойлашуви нисбатан мураккаб топографоанатомик аҳамиятга эга бўлиб, 9-13% ни ташкил этади.

Ретроцекал ҳолатда ўсимтанинг жойлашуви уч ҳил кўринишда кузатилади: а) қорин парда ичи кўриниши, ўсимта кўричак орқа девори ва париетал қорин парда орасида жойлашади; б) девор ичи жойлашуви (интрамурал), бунда ўсимта кўричак орқа деворига ёпишган бўлади; в) қорин парданинг ташқарисида жойлашуви, ўсимта кўричакдан қорин пардага ўралмаган ҳолда бўлади. Бу ҳолатда ўсимта тўлиқ ёки қисман

қорин пардадан ташқарида жойлашиб, ретроцекал клетчатка орасида ёки *caecum* дан медиал ҳолатда *Toldt* фациясидан орқада жойлашади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроперитонеал жойлашуви 2-5% ҳолатларда учраб, диагностика ва оператив жарроҳликда қийинчилик туғдиради.

*Қорин парда билан муносабати.* Кўричак қорин бўшлиғида интраперитонеал ёки мезоперитонеал жойлашади.

Кўричакнинг интраперитонеал жойлашуви 56,3%ни, мезоперитонеал жойлашуви 43,7% ни ташкил қилади (Расм 9).



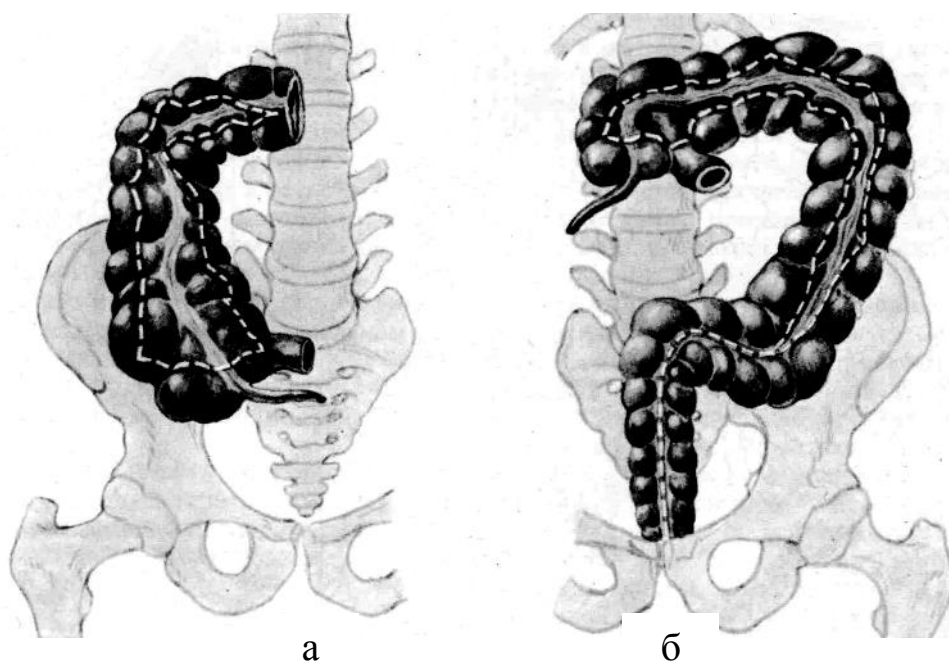
Расм 9. Кўричакнинг қорин пардага нисбатан жойлашув схемаси. *а* – кўричакнинг интраперитонеал жойлашуви, *б* - кўричакнинг мезоперитонеал жойлашуви.

Кўричакнинг интраперитонеал жойлашуви *caecum* йўғон ичакнинг ileum билан боғланган энг кенгайган қисми бўлганлиги билан характерланади. Шунинг учун кўричак тутқичларга эга бўлмайди, лекин ичак орқа деворининг кичикроқ қисми қорин бурмалари билан қопланган. Бу ерда тутқич илдизи катта инсонларда 3-4 смдан 7,3 см гачани ташкил қилади. Тутқичларнинг ўртача ўлчами эркин қисмига қадар 7,5 см бўлади.

Кўричак мезоперитонеал жойлашганда унинг орқа девори қорин парда билан қопланмаган бўлади ва бевосита қорин бўшлиғининг орқа деворида жойлашган бўлади. Унинг қорин парда билан қопланмаган қисми ўлчами турлича бўлади (Расм 10).

Баъзан ичак орқа девори бутунлай қорин парда билан қопланмаган

бўлиб, бу ерда нафақат кўричакнинг бу қисми, балки ileumнинг терминал қисми ҳам мезоперитонеал жойлашади. Шундан келиб чиқиб кўричак кам ҳаракатчан бўлса, *caecum fixatum* деб юритилади. Шунингдек ileumнинг мезоперитонеал жойлашган қисмининг ўлчами турлича бўлиб, узунлиги 12,5 см гача, кенглиги 0,5-1,3 см гачани ташкил этади. Камдан кам холларда фақат кўричак мезоперитонеал жойлашган бўлиб, *caecum* нинг орқа юзасининг юқори қисми қорин парда билан ўралмаган бўлади. Ичакнинг юқорида келтирилган қорин парда билан ўралмаган қисми катталарда 3,5-4 см дан 6,5 см гачани ташкил қилади. Унинг кенглиги 3-3,5 см ни ташкил этади.



Расм 10. Йўғон ичак ўнг томонининг қорин парда билан ўралмаган соҳаларининг турлича жойлашуви. *а* – йўғон ичакнинг қорин парда билан ўралмаган соҳалари (узۇқ чизиқлар билан ажратилган) I думгаза умуртқасидан бошланыпти, *б* - йўғон ичакнинг қорин парда билан ўралмаган соҳалари II бел умуртқасидан бошланади, юқорига кўтарилиувчи ичак эса тўлиқ қопланган.

Чувалчангсимон ўсимта эса интраперитонеал жойлашган (*mesoappendix*) ва ўзининг қон томир ва нервлари жойлашган тутқичига эга. Тутқич узунлиги ўсимта узунлигига боғлиқ бўлиб, ўртача 8-18 см ни ташкил этади.



*Кўричак боғламлари.* Одатда юқори ва пастки оралиқ-кўричак боғламлари мавжуд. Улар қорин парда дупликатуралари ҳисобланиб, ileum терминал қисмининг юқори ва пастки томонларидан кўр ичакнинг ички юзасига боради. Хусусан пастки боғламда йирикроқ қон томирлар жойлашган бўлади. Бу бурмалар орқа томонида, оралиқ ва кўричак орасида юқори ва пастки оралиқ-кўричак чўнтаклари ҳосил бўлади (*ceccus ileocaecalis superior et inferior*). Юқори оралиқ-кўричак боғлами баъзан бўлмайди ёки кам ривожланган бўлади ва унинг узунлиги 0,8-1 смни ташкил қилади. Пастки ёнбош ичак-кўричак боғлами эса доимий учраб, узунлиги 1,5 дан 4,2 см гачани, пастки чўнтакнинг чуқурлиги 0,8 дан 2,5 см гачани ташкил қилади. Кам холларда пастки чўнтак бўлмаслиги мумкин. Мезоперитонеал жойлашувда номига мувофиқ ичаколди боғлами, *lig. Paracolici* мавжуд ва у ичак деворининг сероз қаватга ўтиш жойида шаклланади. Бу боғламлар сони 1 дан 4 гачани ташкил этади.

## **2.2. ИЧАК АНОМАЛИЯЛАРИ ВА РИВОЖЛАНИШ НУҚСОНЛАРИ**

Ривожланиш нуқсонлари асосида бир ёки бир қанча аъзоларининг нормал морфологик ривожланишдан орқада қолиши, унинг натижасида аъзо тузилиши ва функциясида қўпол ўзгаришлар тушунилади.

Нуқсоннинг яққоллилик даражаси эмбрионнинг шикастланиш вақтига, яъни тератогенезнинг бошлангич вақтига боғлиқ ва эмбрион ёши билан аниқланади. Ҳомила ривожланишида 3 фаза фарқланади: 1) прогенез, ёки гаметогенез, ёки етилиш ва жинсий хужайраларнинг уругланиш фазаси; 2) эмбриогенез, ёки шаклланиш фазаси (учинчи эмбрионал ойи охиригача); 3) фетогенез, ёки органогенетик фаза. Эмбриогенездаги кўп шикастланадиган фаза ҳисобланади. Шикастловчи омиллар нуқсонлар кўринишига таъсир кўрсатмайди, турли агентлар эмбрионал ривожланишнинг бир вақтида зарарловчи таъсир кўрсатса,

ўхшаш ривожланиш нуқсонларига олиб келиши мумкин. Турли кўринишдаги анатомик ўзгаришлар биокимёвий бузилишлар билан аниқланади. Ривожланиш нуқсонлари юзага келиши учун 3 сабаб бўлиши керак.

1. Генетик омиллар (хромосома мутациялари).
2. Ташки омиллар (гипоксия, инфекциялар).
3. Генетик ва ташки омиллар комбинацияси.

Ривожланиш нуқсонлари етарлича ўрганилган ва педиатрия қўлланмаларида тўлиқ ёритилган. Шунинг учун катталарда учрайдиган ичакнинг ривожланиш нуқсонларига тўлиқ тўхталамиз.

### **ЖОЙЛАШИШ АНОМАЛИЯЛАР**

Кўпгина аномалиялар туғилгандан сўнг ёки эрта болалик ёшида пайдо бўлади (ўн икки бармоқли ва тўғри ичак атрезияси ва стенозлари, ичакнинг иккиланиши, орқа чиқарув эктопияси, тўғри ичакнинг туғма оқмаси).

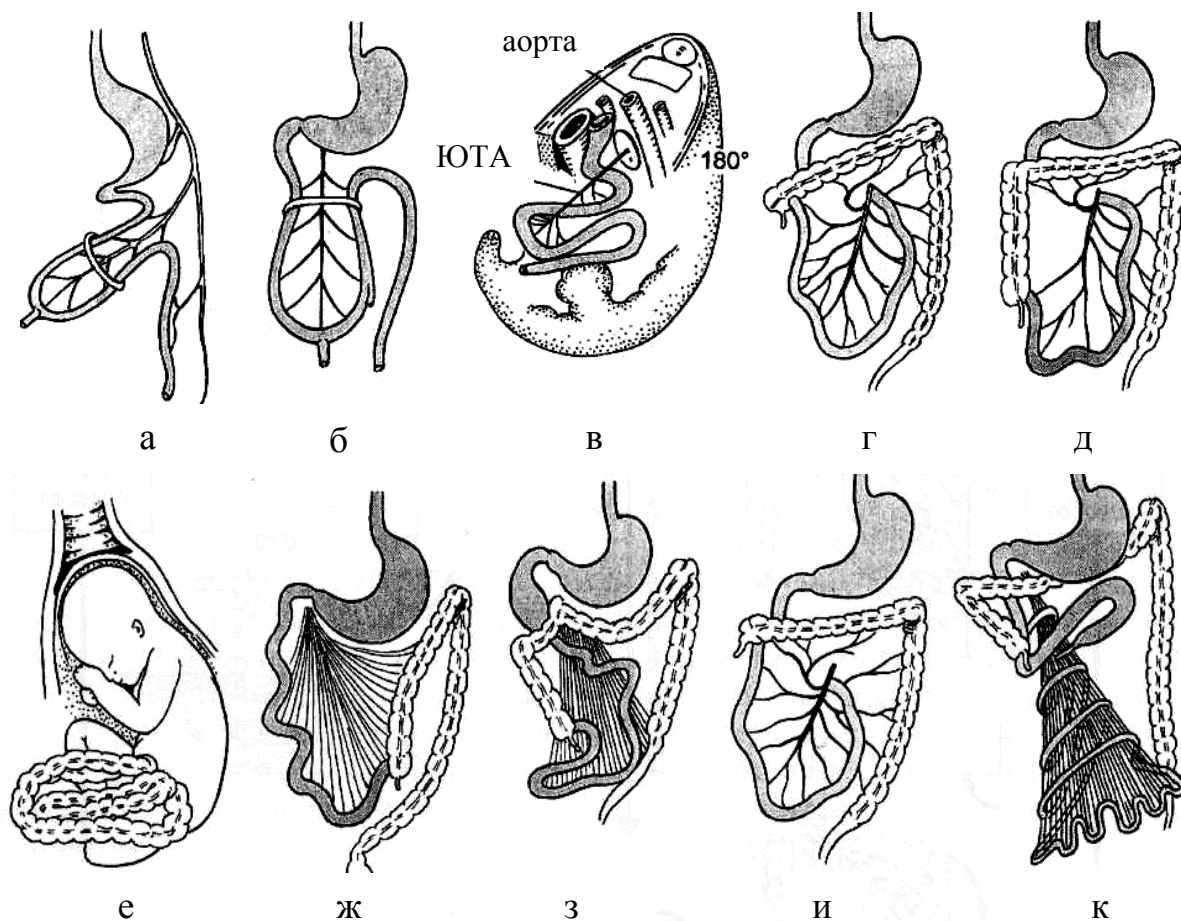
### **РОТАЦИЯ ВА ФИКСАЦИЯ АНОМАЛИЯЛАРИ**

Ротация ва фиксация аномалиялари эмбрионал ривожланиш жараёнида ичакнинг қорин бўшлиғига қисман ёки нотўғри буралиб қолиши натижасида юзага келувчи туғма нуқсонларига тааллуқли.

Ҳомила риожланишининг 4-ҳафтасида бирламчи ичак медиосагиттал текисликда жойлашади (Расм 11а). 8-ҳафта охирида ичак қовузлоқлари соат йўналиши бўйича  $90^\circ$  га буралади ва кўндаланг текисликка тушади (Расм 11б).

Ичакнинг охирги жойлашуви юқори ичак тутқичлари артериялари ўқиға атрофида соат йўналишига қарши  $90^\circ$  3 марта буралишидан сўнг аниқланади ҳомила ичи ривожланишининг 8-ҳафтасида киндик қовузлоғи сагиттал жойлашувдан  $90^\circ$  га буралганда трансверсал текисликка тўғри ке-

лади (Расм 11в). 10-хафтада киндик қовузлоғи кейинги 90° буралишни со-  
дир этади ва ўн икки бармоқли ичакнинг пастки қисми томирли ўқдан  
орқада, йўғон ичакнинг проксимал қисми эса унинг олд томондан қискар-  
тиради (Расм 11г). Охирги 90° буралиш ичакнинг проксимал қисмини ол-  
диндан ўнг томонга, ингичка ичакнинг дорсал жойлашувини чап томонга  
ўтказиб юборади. Киндик қовузлоғининг 270° тўлиқ буралиши 11-12  
хафталарда яқунланади. Бу вақтда кўричак деярли жигар остида жойлаша-  
ди. Йўғон ичакнинг проксимал қисмининг аста-секин ўсиши натижасида  
кўричак ўнг ёнбош соҳага ўтади (Расм 11д). Бир вақтнинг ўзида йўғон  
ичакнинг латерал девори олдинги қорин пардага ўсади, юқорига кўтари-  
лувчи чамбар ичак туткичи эса қорин бўшлиғининг орқа деворига такала-  
ди. Бунда тутқич илдизининг юқори қисми ўн икки бармоқли ичак-оч ичак  
букилмасига, пастки қисми эса илеоцекал букилмага тўғри келади.



Расм 11. Ингичка ичак нормал ротация ва фиксацияси ҳамда бузи-  
лиш вариантлари. а - туғма киндик қовузлоғи, ротация 0°; б - буралиш

+90°; в - буралиши +180°, преартериал сегментнинг юқори тутқич артерияси остидан қайта ўтиши (ЮТА); г - тугалланган буралиши, кўричак ҳамон унғ юқори квадрантда жойлашган; д - кўричакнинг ўсиши натижасида нормал жойига келади; е - эмбрионал чурра (омфолоцеле) ичак бурилишисиз; ж - ротация (нонротация) нинг патологик бўлмаслиги 90° буралиши билан (соесит мобиле); з - патологик малротация +180° буралиши билан; и - кўричакнинг туғма юқори жойлашуви; к - умумий тутқич илеоцекал буралиб қолиши билан.

Ротация аномалиялари эркакларда 2 марта кўп учрайди. Бу аномалияга оилавий мойиллик мавжудлиги аниқланган. Унинг патогенезида 3 механизм фарқланади.

1. Ҳомила ичи ичак буралишининг бузилиши.
2. Ичакнинг айрим сегментлари ривожланишининг бузилиши.
3. Айрим ичак сегментлари фиксациясининг бузилиши.

*Situs vis-cerum abdominalis inversus totalis* да ичакнинг аномал жойлашуви яққолроқ намоён бўлади. Бу ҳолатда ошқозон, пастга тушувчи ва сигмасимон чамбар ичак, талоқ ўнғ томонда, кўричак, юқорига кўтари- лувчи чамбар ичак ва жигар чапда жойлашади.

*Situs viscerum abdominalis inversus partialis superior* ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг нормал бўлмаган буралиши билан чекланади, *situs viscerum abdominalis inversus partialis inferior* да ингичка ва йўғон ичакнинг жойи алмашади.

## **КИНДИК ҚОВУЗЛОҒИ АЙЛАНИШИНING КУЗАТИЛМАС- ЛИГИ**

Киндик қовузлоғининг тўлиқ айланмаслиги фақат туғма киндик чурраси билан туғилган чақалоқларда кузатилади. Ичакнинг жойлашиши 5-6 ҳафталик ҳомила ичаги жойлашувига тўғри келади. Ингичка ва йўғон ичак тутқичи умумий ва сагиттал текисликда умуртқа поғонасидан олдинда жойлашади (Расм 11е).

## **НОНРОТАЦИЯ**

Нонротация, яъни буралишнинг йўқлиги, киндик қовузлоғининг  $90^\circ$  дастлабки буралишидан сўнгги ҳолатига айтилади. Бунда ингичка ичак ўнгда, йўғон ичак қорин бўшлиғининг чап томонида ётади (Расм 11ж). Ичакнинг бундай жойлашиши ҳомиладорликнинг 8-ҳафтасига тўғри келади. Нормадгидек ўн икки бармоқли ичак юқори тутқич артерияси орқа томонидан кесиб ўтмасдан, ундан ўнгда жойлашади, ўн икки бармоқли-оч ичак букилмасини ҳосил қилмай, оч ичакка ўтиб кетади. Ёнбош ичакнинг терминал қисми кўричакка ўнгдан чапга қараб ўтади. Ингичка ичак ва йўғон ичакнинг проксимал қисми умумий тутқичга эга бўлиб, қорин бўшлиғининг чап қисмини эгаллайди. Ёнбош ичакни проксимал қисми кўричакка тушиб ўнгдан чапга қараб жойлашади. Нонротацияда умумий тутқич билан боғлиқлик ичак буралиб қолишига сабаб бўлади. Буралиш нуқтаси бўлиб, тутқич илдизи билан юқори тутқич артерияси ва венаси ҳисобланади. Буралиш бутун ингичка ичакни, яна кўричакни қисқа юқорига кўтарилувчи чамбар ичак билан бирга ўз ичига олади.

## **МАЛРОТАЦИЯ**

Малротация, яъни нотўлиқ буралиш эмбрионал киндик қовузлоғининг биринчи нормал буралишидан сўнг  $90^\circ$  ёки  $180^\circ$  қарама-қарши йўналишга буралиб қолишига айтилади. Бу нуқсон қуйидаги ўзгаришлар билан ҳарактерланади: ўн икки бармоқли ичак пастки қисми тутқич илдизидан олдинда ётади (Расм 20 з).  $180^\circ$  бурилиш натижасида йўғон ичак ретропозицияси содир бўлади (йўғон ичак ўн икки бармоқли ичак ва тутқич илдизидан орқада жойлашади). Кўричак ва юқорига кўтарилувчи чамбар ичак ингичка ичак буралиши натижасида юқорига кўтарилади, ўрта чизик бўйича фиксацияланади ва ўнг томонга силжийди (Расм 11и).

Малротацияда ўн икки бармоқ ичак соҳасида кўричакнинг юқори жойлашишининг кузатилиши ўткир аппендицит диагностикаоти ва даво-

лашида катта қийинчиликлар туғдиради.

## УМУМИЙ ТУТҚИЧ

Умумий тутқич (Расм 11к) нотўлиқ ротация натижаси ҳисобланади. Унинг учун чамбар ичакнинг юқорига кўтарилувчи қисми ва қориннинг орқа девори ўртасидаги бирикишнинг йўқлиги хос. Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак орқа девори билан қорин бўшлиғи орқа деворининг ўнг ярмига бирикмаган ҳолда жойлашади. Чамбар ичак тутқичи билан кўричак ва ёнбош ичакнинг терминал қисми билан қисман бирикиши қорин бўшлиғида эркин бўлиши мумкин (*coecum mobile*).

Умумий тутқичда ичак сегментларининг ортиқча ҳаракатчанлиги ингичка ва йўғон ичак буралиб қолишига сабаб бўлади (илеоцекал буралиш). Бундай фиксация нуқсонни энг кўп учрайди ва 14% кўкрак ёшидаги болаларда кузатилади.

**Ротация ва фиксация нуқсонлари клиникаси.** Ротацион ва фиксацион нуқсонларда клиник симптоматика 3 патологоанатомик омиллар билан намоён бўлади.

1. Ичак бўшлиғининг торайиши (артериомезентериал ичак тутилиши).
2. Ичакнинг буралиб қолиши.
3. Тутқич буралиши соҳасида ичакда қон айланишининг бузилиши.

Ротация нуқсонлари ноаниқ оғриқлардан то қоринда оғирлик хисси, ичак тутилишигача турли клиник манзаралар чақириши мумкин. Кўп ҳолатларда ротация бузилишлари рентгенологик текширувлар давомида бирданига ёки жарроҳлик амалиётида аниқланиши мумкин.

Типик ҳолатларда клиника ўткир, нимўткир ёки қайталанувчи ичак тутилиши билан ҳарактерланади.

Тўлиқ ичак тутилишида симптомлар туғилгандан сўнг биринчи 24-48 соатда пайдо бўлади ва қайт қилиш, қорин шиши ва кўзга кўринадиган перисталтика билан ҳарактерланади. Нотўлиқ дуоденал ичак тутилиши

нимўтқир кечади. Бу ҳолатларда қайт қилиш, ахлат келмаслиги ва тез ривожланувчи гипотрофия асосий симптомлар ҳисобланади.

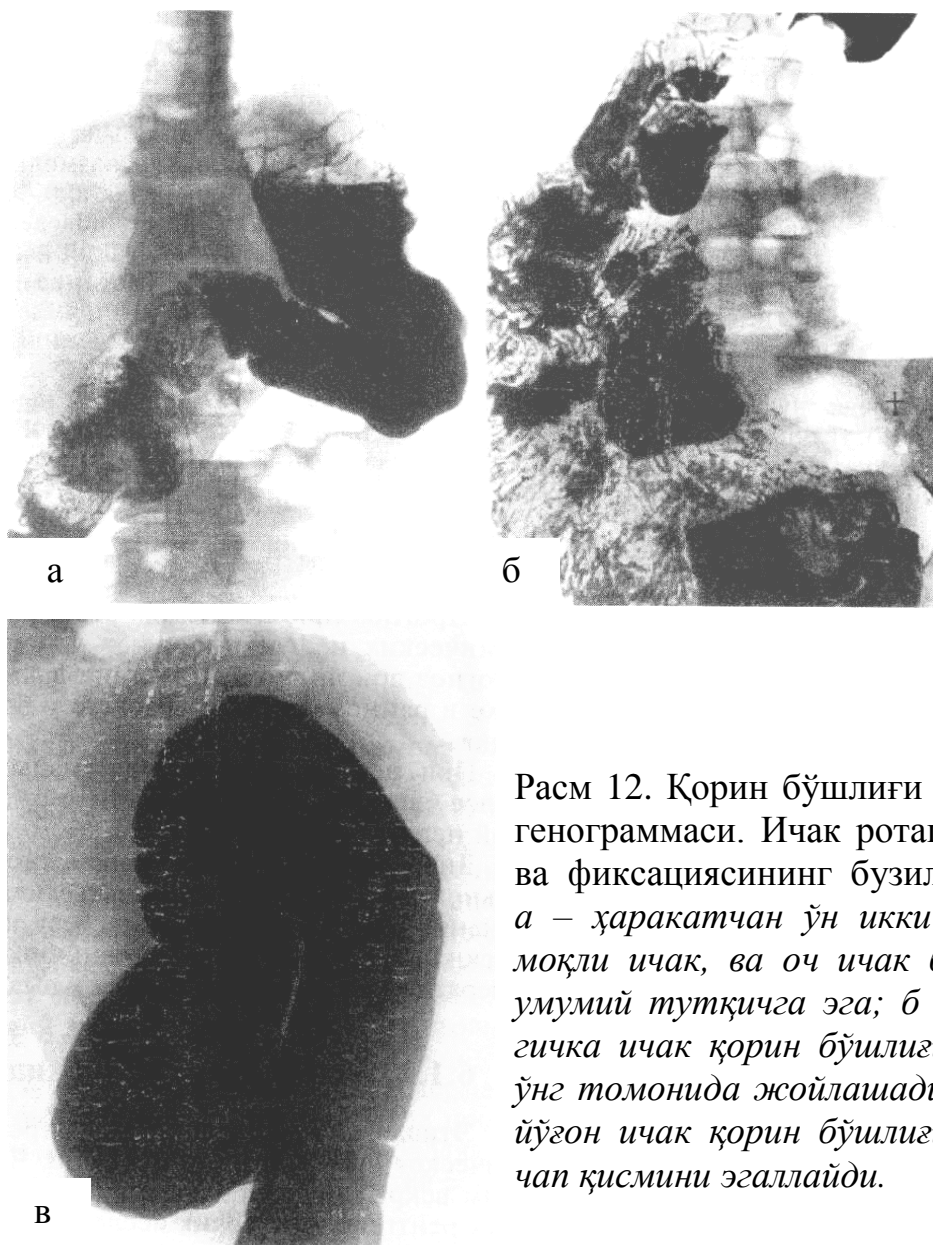
Ротация бузилиши натижасида юзага келувчи *ҳаракатчан кўричак синдроми* ўнг ёнбош ёки қориннинг пастки соҳасида тана ҳолатининг ўзгариши билан боғлиқ қайталанувчи оғриқлар билан характерланади.

Бу симптомларнинг пайдо бўлишига ичак ўтказувчанлигининг ва юқорига кўтарилувчи чамбар ичакнинг эпизодик буралиб қолиши натижасида илеоцекал соҳанинг қон билан таъминланишининг бузилиши сабаб бўлади. Операцион ва патологоанатомик материал тахлили айрим ҳолатларда фиброз периколит ва ичакнинг шу қисми узайган тутқичи но-специфик лимфаденити белгиларини аниқлашда қўл келади.

**Диагностика.** Ротация ва фиксация нуқсонлари диагностикаи ингичка ва йўғон ичакнинг рентгенологик текширувларига асосланади. Бу текширувлар давомида кўричакнинг локализацияси ва ичак малротация даражаси аниқланади. Ичакнинг ротацияси ва фиксацияси бузилишида умумий тутқич, ҳаракатчан ўн икки бармоқли ичак кузда тутилади (Расм 12а), ингичка ичак ўнгда (Расм 12б), йўғон ичак эса чапда жойлашади (Расм 12 в).

**Қиёсий диагностика.** Ротация ва фиксация бузилишларида қиёсий диагностика ичак ўтказувчанлиги бузилиши билан кечувчи касалликлар билан ўтказилади.

**Даволаш.** Ичак тутилиши симптомлари ва озиқланиш етишмовчилиги кузатилмаганда, консерватив даво олиб борилади. Ичак пассажиининг оғир бузилишларида операцияга кўрсатмалар пайдо бўлади. Жарроҳлик амалиётининг вазифаси – юқорига кўтарилувчи чамбар ичак тутқичининг буралиб қолишини бартараф қилиш ва ичакнинг ротацион нуқсони хусусиятларини аниқлаш. Тутқич буралиб қолишининг қайталанмаслиги мақсадида ўн икки бармоқли ичак ва чамбар ичак қорин бўшлиғининг ички деворига фиксацияси ўтказилади.



Расм 12. Қорин бўшлиғи рентгенограммаси. Ичак ротацияси ва фиксациясининг бузилиши. *а* – ҳаракатчан ўн икки бармоқли ичак, ва оч ичак билан умумий тутқичга эга; *б* – ингичка ичак қорин бўшлиғининг ўнг томонида жойлашади; *в* – йўгон ичак қорин бўшлиғининг чап қисмини эгаллайди.

Сурункали артериомезентериал ичак тутилишининг енгил ҳолатларини даволаш консерватив ўтказилади. Беморга касалликнинг мохияти тушунтирилади ва ўнг томонга ёнбошлаган ҳолда овқатланиш тавсия этилади. Эпигастрал соҳада оғриқ ва тўлиш хисси пайдо бўлса, бемор тиззатирсак ҳолатини эгаллайди, спазмолитиклар берилади. Турғун оғриқ синдромида оператив даво таклиф қилинади. Оптимал вариантда Ледд бўйича чамбар ичак орти дуоденоеюностомия ўтказишдан иборат. Агар бу операция ўтказишнинг имкони бўлмаса, чамбар ичак олди дуоденоеюноанастомози қилинади. Баъзан ўн икки бармоқли-оч ичак букилмасини тўғрилаш мақсадида ўтказиладиган Трейтц боғламини кесиш бемор ахволини яхши-



ланишига олиб келмайди.

Операция вақтида ўн икки бармоқли ичак ёки бошқа аъзоларнинг кесилиши билан юзага келувчи Ледд эмбрионал тортишишлар ичак тутилишига сабаб бўлганлиги аниқланади.

**Яқуни.** Ротация ва фиксация нуқсонлари яқуни анатомик ва функционал бузилишлар даражасига боғлиқ. Нонротация – киндик қовузлоғи буралишининг кузатилмаслиги ёмон оқибатларга олиб келади. Бундай беморларда эрта болалик даврида ичак буралиб қолишлари кузатилади.

Нотўлиқ буралишларда (малротация ва умумий тутқичда) яхши яқунланса-да, лекин бу нуқсонларда ҳам ичак тутилиши асорат сифатида кузатилади.

Ҳаракатчан кўричак синдроми ва артериомезентериал ичак тутилишининг диагностикаси катта қийинчиликлар туғдиради. Беморлар узок муддат меҳнатга лаёқатининг камайишига сабаб бўлувчи қориндаги оғриқ билан самарасиз даволанишлари мумкин. Аммо бунда жарроҳлик даво тез тузалиб кетишга олиб келади.

## **ИЧАК АТРЕЗИЯСИ ВА СТЕНОЗИ**

**Этиология ва патогенез.** Ичак атрезияси соҳасида бўшлиқнинг анатомик бўлмаслиги хос. Ингичка ичак атрезиялари частотаси тахминан, ёриб ўрганилганда - 1:20000 ни, тирик инсонларда рентгенологик текширилганда эса - 1:6000 ни ташкил қилган.

Ўн икки бармоқли ва ёнбош ичаклар атрезияси бу кўринишдаги нуқсонлар орасида кўп учрайди, 26 ва 45,5%. Ингичка ичакнинг кўплаб зарарланишлари 16-25% ни ташкил қилади.

Бир вақтда ингичка ва йўғон ичак атрезияси жуда кам кузатилади. Атрезияда ичак бўшлиғи мембрана, ёки чандиқ билан тўсилади.

Ўн икки бармоқли ичак атрезияси, одатдагидек, БСД яқинида ёки дисталроқ жойлашади. Бу локализация учун мембрана мавжуд атрезия хос.

Ингичка ичак стенозлари атрезиядан фақат миқдор жихатдан фарқ қилади. Унда кўпроқ ўн икки бармоқли ичак шикастланади. Патологоанатомик жихатдан ички (девор ичи) ва экстраорган (ташқи) стенозлар фарқланади.

**Клиника.** Атрезия ва стеноз кўпроқ чала туғилган чақалоқларда учрайди. Эрта симптомлар сифатида қайт қилиш ва қорин шиши пайдо бўлади. Қайт қилиш эмизидан олдин пайдо бўлади, қусуқ массасида ўт, кечроқ ахлатсимон массанинг пайдо бўлиши кузатилади. Қорин шиши кўзга кўринадиган перисталтика билан бирга кечади.

**Диагностика.** Диагностика қорин бўшлиғи обзор рентгенографиясига асосланиб, қўйилади.

**Қиёсий диагностика.** Ингичка ва йўғон ичак атрезияларида қиёсий диагностика ичак тутилиши билан асоратланувчи бошқа ичак касалликлари билан ўтказилиши керак.

**Даволаш.** Атрезия ва стенозларда оператив даволаш ўтказилади.

**Яқуни.** Ичак атрезияси ва стенозларида яқун жиддий бўлиб, ичак тутилишини ўз вақтида диагностикалаш ва даволашни талаб қилади.

## ДУПЛИКАТУРАЛАР

Ичак дупликатуралари – юмалоқ, узун, ковакли (тубуляр) ҳосилалар бўлиб, улар ичакнинг силлиқ мушакларидан тўсиқ билан ажратилган ва улар билан умумий сероз қаватга эга. Дупликатура ичида ичак типигаги шиллиқ қават мавжуд бўлиб, ҳазм тракти билан боғлиқ.

**Этиология ва патогенез.** Бу нуқсон кам учраб, ошқозон-ичак трактининг барча соҳаларида, тил илдизидан тортиб орқа чиқарувгача кузатилиши мумкин. E.L.Potter (1961) 8000 кўкрак ёшидаги болалар ва чақалоқларни ёриб кўрганда, 2 дупликатура топган.

Макроскопик кўшимча ичак ҳосилалари турли бўлиб, узунлиги, шакли ва хажми бўйича фарқланади.

Тубуляр дубликатураларда нуқсонлар ва ичакнинг бириккан қисми ўртасида, ҳатто умумий қон билан таъминланишга боғлиқлик кузатилиши мумкин. Кам ҳолатларда ингичка ичак тубуляр дубликатурасида ошқозон ва йўғон ичак эпителиялари дистопияси кузатилади. Бунда пептик яралардан қон кетиши мумкин.

**Клиника.** Кўп ҳолларда ингичка ичак дубликатуралари болаларда ҳаётининг биринчи йилидаёқ қисман ёки тўлиқ ичак тутилишини чақиради. Катталарда дубликатуралар клиник симптоматика чақирмайди ва бутун ҳаёти давомида симптомсиз кечиши мумкин. Тахминан 5% ҳолатларда ингичка ичак дубликатураси қоринда оғриқ ва ичак ўтказувчанлигининг бузилиши кузатилади. Йўғон ичак дубликатуралари ҳеч қандай клиник симптомлари чақирмаслиги мумкин.

**Диагностика.** Диагностика ингичка ва йўғон ичак рентгенологик текширувларига асосланиб қўйилади.

**Қиёсий диагностика.** Ингичка ичак иккиланишини Меккелев дивертикули, аппендикуляр абсцесс, ичакнинг мембраноз стенози, ўсмаси ва ротация бузилиши билан қиёсланиши зарур. Йўғон ичак дубликатураларида, айниқса унинг бўшлиғи торайганда, ўсма билан қиёсий диагностикаланади.

**Даволаш.** Ичак иккиланишида ичак тутилиши белгилари пайдо бўлганда, ичакнинг зарарланган қисми резекцияси ўтказилади.

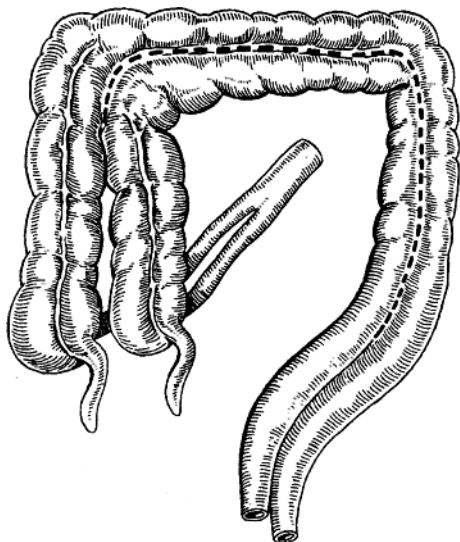
**Яқуни.** Ингичка ичак дубликатурасида яқун ўз вақтидаги жарроҳлик даволашга боғлиқ. Йўғон ичак дубликатураси ёмон оқитбатларга олиб келмайди.

### **ЙЎҒОН ИЧАКНИНГ ИККИЛАНИШИ (ДУБЛИКАТУРА)**

Иккиланиш йўғон ичакнинг турли қисмларида кузатиши мумкин (Расм 13).

Иккиланишнинг кистоз, дивертикуляр, найсимон (тубуляр) шакллари

фарқланади. Иккиланиш физиологик ичак атрезиясидан сўнг йўғон ичак рэканализацияси жараёни бузилиши натижаси деган назария катта аҳамиятга эга. Агар ичакнинг исталган қисмида тўлиқ бўлмаган вакуолалар бирикиши кузатилса, у ҳолда эпителийдан иборат ён, қўшимча най ёки ҳазм трактининг маълум қисми элементларидан иборат бўшлиқ ҳосил бўлади.



Расм 13. Йўғон ичак ва ён-бош ичак терминал қисми дубликатураси

Ичак дубликатуралари асосан кўкрак ва эрта болалик ёшидаги болаларда учрайди. Фақат бемор болаларнинг 1/3 қисмида катта ёшли гуруҳида, баъзан бошқа касалликлар операцияси вақтида аниқланади. Клиник манзара дубликатура жойлашуви, шакли ва хажмига қараб кечади. Катта кистасимон дубликатуралар ичакнинг эзилиши ҳисобига қисман ёки тўлиқ ичак тутилишини чақиради. Баъзан қон кетиш билан асоратланиши мумкин. Дивертикуляр шакли дивертикулни эслатади.

Иккиланган ичакнинг найсимон шакли чегараланган, ёки маълум масофагача кузатилади. Асосий ва қўшимча ичак найлари бўшлиқлари деярли тенг ва ичак девори тузилишига эга тўсиқ билан ажратилган. Тотал иккиланишда 2 чувалчангсимон ўсимта, 2 фаолият кўрсатувчи анал тешиклар, жинсий аъзолар иккиланиши натижасида 2 қин ёки жинсий ёрғоқ бўлиши мумкин.

Диагностикаотда клиник усуллар (дубликатура ҳолатларида палпацияланувчи ўсмалар аниқланади), контраст қўллаш билан рентгенологик усуллар (ирригография) – дубликатура ва ичак бўшлиғи

ўртасидаги алоқани аниқлаш учун, УТТ қўлланилади.

Ичак дубликатураларини жарроҳлик йўли билан даволаш жуда мураккаб. Дубликатурага ёпишган ичак қисми билан олиб ташлаш энг қулай тактика саналади. Катта масофадаги тубуляр ичак дубликатураларида дубликатура ва ичак бўшлиғи орасидаги анастомоз ҳосил қилиш билан чекланади.

### **2.3. ЧУВАЛЧАНГСИМОН ЎСИМТА ФИЗИОЛОГИЯСИ**

Чувалчангсимон ўсимта физиологияси тўлиқ ўрганилмаган. Ўсимтани яллиғланиш жараёнида олиб ташлаш, кўпчилик одамлар организмида сезиларли ўзгаришларга олиб келмаслиги, ўтган асрнинг кўплаб физиолог ва хирурглари томонидан бу аъзо рудиментар эканлиги ва организмда ҳеч қандай функция бажармайди деган хулосасига сабаб бўлди.

Лекин кўричак ўсимтасининг секретор фаолияти тўғрисидаги маълумотлар XVIII аср адабиётларида келтирилган. Боннети (Bonneti, 1762), Либеркюн (Liberkuhn, 1739) ва бошқалар таърифича, чувалчангсимон ўсимтанинг шиллиқ қавати катта миқдорда секрет ажратиб, бу секрет кўричак перисталтикасини кучайтириб, унда копростаз бўлишини олдини олар экан. Албатта, бу тахминлар экспериментал ва клиник кузатувлар орқали ўз исботини топмаган.

1858 йилда Функе ҳайвонлар устидаги тажрибаларида кўричак ўсимтаси секретини крахмални парчалаш хусусияти мавжудлигини аниқлади. Кейинчалик Нун (Nuhn, 1878) ва бошқалар ўсимта секретини ишқорий табиатга эгаллигини ва крахмални парчалай олишини исботлашди.

Мак-Эвен (McEwen, 1904) тахминича, ўсимта секретини таркибида ферментлар мавжуд бўлиб, секрет ажралишини бузилиши кўричакда кейинчалик ич қотишига сабаб бўлар экан.

С.М.Рубашев кўрсатишича, ўсимта шиллиқ қаватида ўзидан шира ва

шиллик ажратувчи безлар жойлашган экан.

Бошқа олимларнинг изланиши туфайли (И.С.Самойленко, 1947; Вигнес - Vignes, 1947; Е.И.Синелников, 1948; Деннис ва Кларенс- Dennis, Clarence, 1940) чувалчангсимон ўсимтанинг секретор функцияси қуёнлар устида ўтказилган тажрибаларда тасдиқланди.

Е.И.Синелников чувалчангсимон ўсимта ўсимтаси ишқорий секрет ишлаб чиқаришини кўрсатиб берди. Бу секрет ўз навбатида кўричакда ишқорий мухитни ҳосил қилиб, бу мухит ичак микрофлораси учун қулай ҳисобланади, улар ўз навбатида ичак бўшлиғига муҳим органик кислоталар ва меланинга ўхшаш пигментлар ишлаб чиқаришади.

И.С.Самойленконинг фикрича, шира таркиби кучсиз ферментатив хусусиятга эга бўлиб, унда бироз миқдорда амилаза ва липаза мавжуд, лекин протеолитик ферментлар йўқ.

Шунингдек чувалчангсимон ўсимта таркибида кўп миқдорда лимфоид фоликулалар ҳам бор. Бу лимфоид фоликулалар ҳимоя функциясини бажаради (Гросс - Gross, 1927). Е.И.Синелников (1948) қуёнлар устида ўтказган тажрибаларда лимфатик аппаратнинг ҳимоя функциясини, унинг микроб, токсин, коллоид ранглар ва бошқа ёт организм қисмларини ютиш хусусияти борлигини исботлаб берди. Бундан ташқари доимий равишда лимфоцитларнинг фоликулаларни қоплаб турувчи эпителий орқали кўричак ўсимтаси бўшлиғига ўтиши аниқланди. Лимфоцитлар миграциясининг тезлиги чувалчангсимон ўсимтада ичакнинг бошқа қисмларига нисбатан юқори экан. Миграция, авторнинг тақидлашича *perdiapedesin* йўл билан лимфатик фоликулаларнинг ёрилиши орқали амалга ошар экан. Шунинг учун ўсимта бўшлиғи сув билан ювилганда кўп миқдорда лимфоцитлар ажралган.

Шу қаторда лимфоцитлар миграцияси ўсимта бўшлиғи билан биргаликда ўсимта венасига ҳам юз беради. Бундан келиб чиқиб Е.И.Синелников фикрича, чувалчангсимон ўсимта қон ишлаб чиқарувчи

орган бўлиши мумкин.

П.И.Дяконов таъкидлашича, чувалчангсимон ўсимта перисталтикани кучайтирувчи гормон ишлаб чиқариб, бу гормон қон оқими ва қорин бўшлиғи ганглийлари орқали таъсир этиб, йўғон ичакда перисталтикани кучайтиради. Бу жараёни исботлаш учун П.И.Дяконов кўплаб тажрибалар олиб борган. Хусусан у қуёнларга кўричак ўсимтасининг секретини юбориб, сунъий ич кетишни ҳосил қилган. Сўнгра қуёнларнинг талоқ ва чувалчангсимон ўсимтасини олиб ташлаб, ўсимта секретини юборишни тўхтатганда ич қотиши келиб чиққан. П.И.Дяконов олинган бу натижаларга асосланиб кўричак ўсимтасини ички секретор орган деб таъкидлаган.

Чувалчангсимон ўсимта кенг доирада рецептор майдон ва рецепторларга эгаллиги, унинг мукамал иннервацияланиши бу аъзонинг рудимент эмаслигинин ва мустақил орган сифатида бошқа аъзолар билан алоқада бўлишининг аниқ исботи ҳисобланади.

Нерв системаси билан кўричак ўсимтасининг яхши таъминланганлиги Гроссу томонидан бу аъзони ҳазм трактига таъсир кўрсата олиши тўғрисидаги фикрни ҳосил қилди.

Ошқозон ва чувалчангсимон ўсимта орсидagi реффлектор боғланишни ўрганиш бўйича кўплаб ишлар олиб борилган. Ўтган аср охирларида кўплаб аппендицитлар клиникасида ошқозон касалликларига хос диспептик бузилишлар юз бериши кузатилган. Аппендэктомиядан сўнг бу жараёнлар йўқолган. Бундан келиб чиқиб кўричак ўсимтасида юз берувчи патологик ўзгариш ошқозонда функционал бузилишларга сабаб бўлиши тўғрисида хулоса чиқариш мумкин ва бу ўз илмий асослигига эга.

К.М.Биков ва унинг ҳамкорларини аниқлашича, илеоцекал соҳа ва чувалчангсимон ўсимта ўсимтаси кўп миқдорда интерорецепторларга эга бўлиб, уларнинг қитиқланиши реффлектор йўл билан ошқозон ва бошқа аъзоларда қон айланиши ва мотор-секретор бузилишларга сабаб бўлар

экан.

Юқоридагилардан келиб чиқиб, чувалчангсимон ўсимтанинг интерорецепторларга бойлиги унинг баугин қопқоғи ва ошқозон билан функционал боғлиқлиги тўғрисида хулоса беради.

Хулоса сифатида айтганда кўричак ўсимтаси физиологияси тўлиқ ўрганилмаган, шунингдек унинг нерв толалари билан яхши таъминланганлиги, рецепторларга бойлиги, ҳимоя функцияси ва ҳазм тракти фаолиятига таъсир кўрсатиши илмий исботланган ва уни организм учун кераксиз аъзо деб юритиш нотўғри ҳисобланади.



---

## ***III - Боб. ХУСУСИЙ ҚИСМ***

---

### **ЎТКИР АППЕНДИЦИТ**

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг маҳаллий инфекцияцион носпецифик яллиғланиш касаллиги бўлиб, турли омиллар таъсирида одам организми ва микроблар орасидаги биологик муносабатнинг ўзгариши натижасида юзага келади ва шошилиш жарроҳлик ёрдами талаб қиладиган касалликдир.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир касаллиги билан, ҳам ёш, фаолиятини энди бошлаётган, ҳам малакали шифокорлар ҳам тўқнаш келдилар. У тезкор жарроҳлик амалиётини талаб қилувчи қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлик касалликлари орасида етакчи ўрин тутади, аппендэктомия эса барча умумий жарроҳлик муассасаларида – шаҳар, туман ва қишлоқ шифохоналари, клиникаларда ўтказиладиган энг кенг тарқалган жарроҳлик амалиётигича қолмоқда.

Кўп ҳолатларда ўткир аппендицитни диагностикалаш касалликнинг клиник белгилари ва шифокор малакасига асосланган, бунда касалликнинг атипик кечишида ҳам тўғри диагностика қўйиш мумкин. Клиник диагностикаотни мукамал деб бўлмайди, чунки клиник белгиларнинг полиморфизми, псевдоаппендикуляр синдром билан кечувчи ва турли ёшдаги беморларда кузатиладиган патологияларнинг турлилиги диагностикани аниқлашда жиддий қийинчиликлар туғдириши ва маълум маънода касалликнинг кечишида яхшиланишга тўсқинлик қилиши мумкин.

### **ЧУВАЛЧАНГСИМОН ЎСИМТА ЯЛЛИҒЛАНИШИНИНГ ТАСНИФИ.**

1886 йилда Фитцем томонидан «аппендицит» терминини киритиши

ва бу илмий асосда чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғлинишини англиатиши, кўричак ўсимтасининг яллиғланишини классификациялаш га кизиқиш уйғотди. Ниҳоят В.П.Образцов (1895) ўзининг клиник классификациясини таклиф қилди, бунга кўра ўткир аппендицит беш гуруҳга бўлинади:

1. Чувалчангсимон ўсимта коликаси.
2. Катарал аппендицит.
3. Чувалчангсимон ўсимтанинг оддий яллиғланиши, жараённинг кўричак ва қорин пардани ўз ичига олиши билан (*appendicitis simplex et periappendicitis simplex*).

4. Перфоратив аппендицит.

5. Ихороз аппендицит.

В.П.Образцовнинг таъкидлашича, чувалчангсимон ўсимта коликаси бир неча соатдан 1-2 суткагача давом этиб, ўсимта мускул қаватнинг қисқариши билан намоён бўлади.

Катарал аппендицит эса, чувалчангсимон ўсимтанинг шиллиқ қавати ва бошқа чуқур қаватларининг яллиғланиши билан кечиб, бунда сероз қаватда яллиғланиш жараёни бўлмайди.

Оддий аппендицитда, В.П.Образцовнинг фикрича яллиғланиш ўсимтани қоплаб турувчи қорин парда орқали кўричак ва бутун қорин парда бўйлаб тарқалиб, кейинчалик сероз-фибриноз перитифлит ва перисигмоидитни келтириб чиқаради. В.П.Образцов бўйича чувалчангсимон ўсимта асорати учта клиник шаклда намоён бўлади:

- а) оддий оралик
- б) кўричакка ўтиши билан
- в) сигмасимон ичакка ўтиши билан.

Бундан ташқари оддий аппендицит кейинчалик чувалчангсимон ўсимта деструкциясига олиб келиши В.П.Образцов томонидан айтиб ўтилган.

Тешилувчи аппендицит одатда перитонит билан тугалланиб, В.П.Образцов буни кўричак ўсимтаси деворининг ахлат тошлари таъсирида некрозга учраши билан изохлаган. Ўсимта перфорацияси шунингдек специфик яллиғланишлар (туберкулез, актиномикоз ва бошқ.) туфайли ҳам юз беришини таъкидлаб ўтган.

Вайнберг (Wemberg 1898) чувалчангсимон ўсимтадаги паталогонатомик ўзгаришларга қараб тўртта гуруҳга тақсимлаган. Улар: 1) оддий ўткир аппендицит, катарал ва геморрагик кўринишда, 2) йирингли, 3) некротик, 4) сурункали аппендицит. Алоҳида гуруҳга туберкулез ва тифоз аппендицитни киритган.

Зонненбург (Sonnenburg, 1900) эса аппендицитни 5 гуруҳга бўлган: 1) ўткир ва сурункали формадаги оддий аппендицит, 2) перфоратив, 3) тешилиб ёки тешилмасдан, чегараланган ёки дифуз перитонит билан кечувчи гангреноз тури, 4) туберкулез, 5) актиномикотик аппендицит.

Ҳозирда кенг қўлланилувчи классификация бу Шпренгел томонидан таклиф қилинган бўлиб (Sprengel, 1906), у оддий (ёки юзаки) ва деструктив аппендицитга бўлинади. Оддий аппендицитга флегмоноз тури ҳам киради. Чувалчангсимон ўсимтадаги кейинги ўзгаришлар ўзида куйидаги гуруҳларни бирлаштиради.

А. Қорин парда ўзгариши билан: 1) қорин парданинг эртанги ўзгаришлари (токсик ва химик перитонит); 2) тарқалган перитонит.

В. Чегараланган перитонит ёки параперитонеал ўзгаришлар (сероз-фибриноз ва йирингли периаппендицит, диафрагмаости абсцесслар, қорин бўшлиғидаги кўплаб абсцесслар ва бошқ.).

Шпренгел классификацияси ҳозиргача хирурглар ва кўплаб патанатомлар томонидан фойдаланилади. Бу мураккаб классификация камчиликларга ҳам эга, хусусан унда касалликнинг морфологик кўриниши унинг клиник ҳарактеристикасига нисбатан кам ўрин эгаллаган.

А.И.Абрикосов (1946) классификацияси эса ўткир аппендицит этио-

патогенези бўйича кўплаб саволларга жавоб бера олади ва қуйидаги гуруҳларга бўлинади.

I. Юза аппендицит (бирламчи эффект).

II . Флегмоноз аппендицит:

- 1) оддий флегмоноз аппендицит;
- 2) флегмоноз ярали аппендицит;
- 3) апостематоз аппендицит; а) тешилиш билан, б) тешилишсиз юз берувчи.

III . Гангреноз аппендицит:

- 1) бирламчи гангреноз аппендицит: а) тешилишсиз юз берувчи, б) тешилиш билан;
- 2) иккиламчи гангреноз аппендицит: а) тешилиш юз берувчи, б) тешилиш билан.

Бир қанча муаллифлар (Н.Н.Еланский, В.Н.Шамов, П.Н.Напалков ва бошқ.) ўткир аппендицитнинг клиникасини гуруҳлашда унинг морфологик ўзгаришларини ҳисобга олишмаган. Асосан улар ўткир аппендицит жараёнини ўсимтадаги гистологик ўзгаришларни эътиборга олмасдан, нейроген назария орқали тушунтириб беришга ҳаракат қилишган. Бу классификация қуйидагича.

1. Ўсимтанинг анатомик ўзгаришларсиз кечувчи ўткир аппендикуляр коликаси.
2. Шиллиқ қаватнинг яллиғланиши билан кечувчи ўткир катарал аппендицит.
3. Ўсимта чуқур қаватларининг ярали ва некротик ўзгаришлари билан юз берувчи ўткир деструктив аппендицит: а) перфорациясиз, б) ўсимта девори перфорацияси билан, в) инфилтрат шаклланиши билан, г) йиринг шаклланиши билан.

Н.Н.Еланский ўз таснифини тузишда аппендикуляр колика кўринишидаги касалликнинг функционал табиатига эътиборини қаратган.

Ўткир аппендицитнинг функционал босқичларига қараб бўлинувчи барча классификацияларнинг ўзига хос камчилиги бу босқичларнинг кам асосланиши ҳисобланади. Бундан келиб чиқиб чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланиш жараёнини гистологик препаратлар орқали чуқурроқ ўрганиш, аппендикуляр колика ҳақидаги тахминларни рад этади.

Кўплаб ўткир аппендицит бўйича таснифлар патологик жараённинг асосий хусусиятларига эътибор қаратган бўлиб, бу амалий фаолият учун аҳамиятли ҳисобланади. Ўткир аппендицит классификацияси ҳозирда қуйидаги асосий хусусиятларни ўз ичига олган бўлиши керак.

1. Ўткир аппендицит ҳақидаги бизнинг тасаввурларимизни юқори даражада акс эттирган бўлиши,

2. Амалий фаолият учун оддий, тушунарли бўлиши,

3. Чувалчангсимон ўсимта касаллигининг клиник кечиши билан биргаликда патанатомик ўзгаришларнинг муҳим хусусиятларини характерланиши,

4. Яллиғланиш жараёнининг атроф тўқима ва аъзоларга тарқалганлиги ва асоратларини кўрсатиши керак.

Юқоридагиларга асосланиб биз қуйидаги ўткир аппендицитни синфланишини таклиф қиламиз.

I. *Ўткир аппендицит:*

а) ўткир оддий аппендицит (Расм 14а);

б) ўткир деструктив аппендицит:

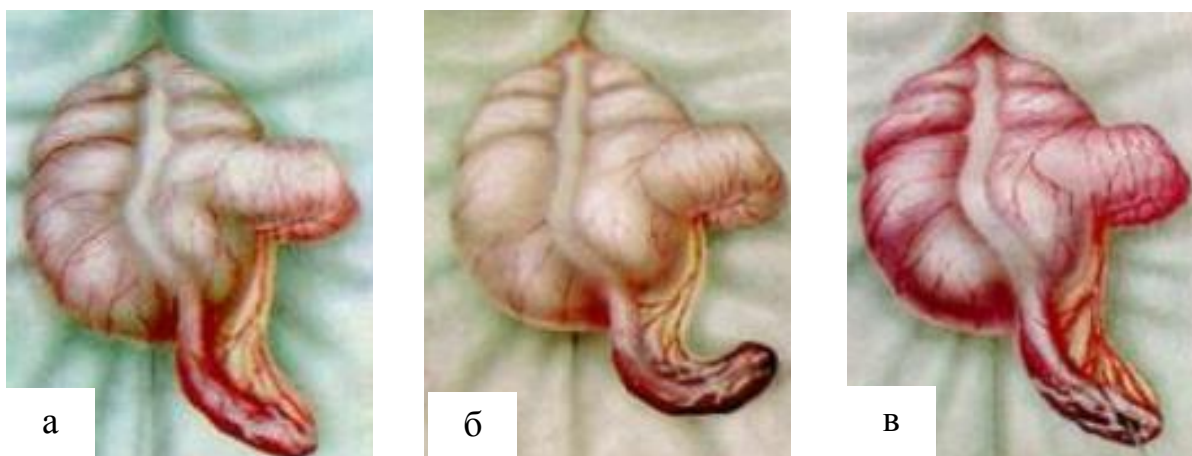
- флегмоноз (Расм 14б);
- гангреноз (Расм 14в);
- гангреноз-перфоратив.

II. *Зич аппендикуляр инфилтрат*

III. *Сурункали резидуал аппендицит* (ўтказилган зич аппендикуляр инфилтратдан кейинги ҳолат)

**Ўткир аппендицит асоратлари (касаллик сифатида)**

1. Перитонит
2. Нозик аппендикуляр инфилтрат
3. Аппендикуляр абсцесс
4. Периаппендикуляр абсцесс
5. Қорин парда орти флегмонаси
6. Тифлит
7. Қорин бўшлиғи абсцесслари
8. Пилефлебит ва жигар абсцесси
9. Сепсис



Расм 14. Ўткир аппендицит туралри. *а – оддий тури; б – флегманоз тури; в – гангреноз тури.*

### **3.1. ЎТКИР АППЕНДИЦИТ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ**

Ўткир аппендицит носпецифик яллиғланиш жараёни ҳисобланиб, бу организм ва микробларнинг биологик ўзаро таъсири орқали изоҳланади. Касалликни фақат микроблар томонидан келиб чиқишини муҳим дейиш нотўғри, аксинча уни организм реакцияси деб ҳисоблаш тўғрироқ ҳисобланади.

Бу касаллик юзага келишига доир турли этиологик назариялар мавжуд.

**Инфекцион назария** (L. Ashoff, 1903). Бу назарияга кўра, инфекция кўзгатувчиси ўсимта шиллик қаватига унинг бўшлиғидан киради. Шиллик қаватда «бирламчи аффект» - шиллик қават эпителийлари бузилиши майдонлари пайдо бўлади. Аммо яллиғланиш жараёни микроорганизмлар вирулентлиги ошгандагина ривожланади.

**Кортико-висцерал назария** (G.Ricker, 1927). Бу назарияга кўра, ошқозон-ичак тракти томонидаги патологик импульслар нерв чигаллари ва МНС га келади, бир қанча муддатдан сўнг чувалчангсимон ўсимтанинг нерв регулятор аппарати дисфункциясига олиб келади. Бу чувалчангсимон ўсимта томирлари ва мушаклари спазми билан намоён бўлади ва ўз навбатида қон айланиши бузилишларига сабаб бўлади (томирли стаз, шиш). Трофик бузилишлар шиллик қаватнинг айрим соҳалари некрози билан яқунланади ва иккиламчи бўлиб микрофлора бирикади.

**Ахлат массалари димланиш назарияси** (С.Talamon, 1892). Бу назарияга биноан, ахлат массаларининг димланиши чувалчангсимон ўсимта бўшлиғида ахлат тошлари ҳосил бўлишига олиб келади, бу эса шиллик қаватнинг шикастланишини келтириб чиқаради. Патоген микрофлоранинг бирикиши иккиламчи ҳисобланади.

**«Ёпик бўшлиқлар» назарияси** (G. Dieulafoy, 1898). Агар чувалчангсимон ўсимта бўйлаб ўтказувчанлик қийинлашса ёки умуман йўқолса, у ҳолда унинг бўшлиғида тўпланувчи суюқлик шиллик қаватнинг таранглашуви ва шикастланишига олиб келади. Бундан ташқари, тўпланган димланган ажралма яллиғланиш жараёнига қўшилувчи иккиламчи микроблар ўсиши ва кўпайиши учун қулай муҳит бўлиб хизмат қилади. «Ёпик бўшлиқлар» ҳосил бўлиш сабаблари турлича бўлиши мумкин: ўсимтанинг облитерацияланган бўшлиғи склерози, бўшлиқнинг ёт жисм, гелминт ёки ахлат тошлари билан тўсилиши, шиллик қаватнинг яллиғланиши ва шиши,

атроф тўқиманинг яллиғланиши ҳамда шикастланиши натижасида юзага келган чандиқлар ва битишмалар ҳисобига чувалчангсимон ўсимтанинг буралиб қолиши.

**Гематоген назария** (R.Kretz, 1900). Бу назарияга кўра, микроблар чувалчангсимон ўсимта шиллиқ қаватига гематоген йул орқали киради, муаллиф чувалчангсимон ўсимтадаги ва бодомчасимон безлардаги патологик жараёнларни солиштирар экан, кўп холларда ўткир аппендицит ангина вақтида ёки ундан сўнг ривожланиши маълум бўлган.

**Алиментар назария** (J. Lucas-Championniere, 1904; K.Hoffmann, 1920). Доимий кўп миқдорда гўшт истеъмол қилувчи одамларда чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланиши кўпроқ кузатилиши аниқланган. Бу назария муаллифларининг фикрича, оқсилга бой овқат йўғон ичакдаги бижғиш жараёнларини кучайтиради, ҳамда кўричак ва чувалчангсимон ўсимтадаги микрофлоранинг вирулентлигини оширади.

**Туғма букилмалар назарияси** (E.Tedenat, 1925). Туғма нуқсонлар ўсимтанинг букилишига, босилиши ёки трофикасининг бузилиши билан боғлиқ фиксациясига ёки унинг бўшлиғининг тўсилиб қолишига сабаб бўлади. Микробларнинг кўшилиши иккиламчи саналади.

**Баугиноспазм назарияси** (И.И.Греков 1930). Нерв кўзғалувчанлигининг ортиши ҳар қандай кўзғатувчи омилнинг кучи ва этиологиясидан қатъий назар, баугин клапани спазмини чақиради, бу эса ўз навбатида ўсимта бўшлиғида оғриқ ва секретнинг реффлектор димланишига, томирларнинг реффлектор спазмига олиб келади. Микрофлоранинг кўшилиши иккиламчи саналади.

**Аллергик назария** (Б.И.Мигунов 1936; E.Fischer 1936). Оқсилли овқат доимий организмни сенсibiliзациялаб, маълум шароитларда чувалчангсимон ўсимта томонидан Артүс феномени типидagi аллергия реакцияни чақиради. Яллиғланишга микрофлоранинг кўшилиши иккиламчи са-



налади. Аёллар аутоиммун бузилишларнинг юзага келишига кўпроқ мойил ҳисобланади.

**Нейроген назария** (В. П. Образцов 1895). Назария турли сабаблар таъсири остида чувалчангсимон ўсимтада юзага келувчи патологик импульслар МНС га бориши билан асосланган. Бу ерда «қўзғалишнинг инерт жараёни» ўчоғи шаклланади. Агар бу ўчоғ шаклланса, организмдан ёки ташқаридан келувчи ҳар қандай янги қўзғалишлар ўчоғга келиб, ўткир аппендицит клиникасини чақиради. Бу билан ўсимтадаги клиника ва морфологик ўзгаришларнинг мутаносиблиги тушуниш мумкин.

**Иммун танқислик назарияси** (И.В.Давидовский 1956). Олимнинг фикрича, ўткир аппендицит «иммунитетнинг бузилиши» натижасида сенсибилизацияланган организмнинг аутоинфекциясидир. Ўткир аппендицитда Т- ва В-лимфоцитларнинг функционал фаоллиги пасаяди.

**Вирус назарияси** (Т.Табе, 1965). Бу назарияга кура, ўткир аппендицитда бошлангич механизм бўлиб вирус хизмат қилади. Тажрибаларда бу фикр тасдиқланмаган.

**Артериялар тромбози назарияси.** Аппендикуляр артерия тромбози ўсимта деворининг деструкциясидан то перфорациясигача сабаб бўлади. Микрофлоранинг қўшилиши иккиламчи саналади.

Ўткир аппендицитни махсус қўзғатувчиси йўқ. Турли микроблар (стрептококклар, стафилококклар ва б.), ўсимта тўқималарида ўзларининг ҳаёт фаолиятлари учун қулай шароитларда фаолият юритади, у ерда организм умумий реакцияси ва маҳаллий ўзгаришларни чақиради. Кўпроқ бу патологик жараён доимий йўғон ичакда учровчи ичак таёқчаси бактерияси томонидан ҳосил қилинади.

Бошқа олимлар, (Фридрих ва Хейде - Friedrichu. Heyde; Ринеберг, Лёр ва Рассфелд - Rieneberg, Lobru. Rassfeld ва б.) ўткир аппендицитни келиб чиқишида анаэроб инфекция ҳам рол ўйнашини аниқлашди. Келтирилган бу микроорганизмлар иккиламчи тарзда яллиғланиб ўзгарган

ва нобуд бўлган тўқималарда ривожланишади.

Адабиётлардаги маълумотларга қараганда чувалчангсимон ўсимта бўшлиғида ичак таёқчаси ва энтерококк, кейинчалик *b.perfringens*, стафилококк, стрептококк ва бошқа кўплаб микроблар топилган.

Клиник тажрибалар шуни кўрсатяптики, соғлом одамларда ўткир аппендицит организмда инфекцион ўчоғ шаклланмасдан олдин пайдо бўлади. Бундан келиб чиқиб касаллик келиб чиқишида гематоген йўлнинг аҳамияти кам дейиш мумкин.

Шунингдек ўткир аппендицитни этиологиясида микробларнинг ўсимта тўқимасидаги ҳаёт фаолияти асос ҳисобланади. Чувалчангсимон ўсимта тўқимасига бактериялар ўсимта бўшлиғи орқали, яна қон оқими бўйлаб ва организмнинг турли қисмларидаги лимфа тугунлари орқали тушиши мумкин (бодомча безлари, аёллар жинсий аъзоларининг яллиғланиши ва б.).

Ўткир аппендицит бўйича кўплаб йирик ишлар олиб борилишига қарамасдан, ҳозирги кунгача бу касаллик патогенези тўлиқ ўрганилмаган. Ҳозирда ўткир аппендицит, чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланишли ўзгариши билин кечиши ҳақида таъкидланишига қарамасдан, бу кенг тарқалган касаллик ҳақида янгидан янги назариялар ишлаб чиқилипти.

Ўткир аппендицит патогенези бўйича қуйидаги назариялар амалда фойдаланилади.

1. *Димланиш назарияси.* Бунда касаллик ривожланишида ахлат массасининг димланиши билан боғланади. Чувалчангсимон ўсимта перисталтикасининг бузилиши, унинг бўшлиғида бактериал флорага бой бўлган тиқиннинг тўпланишига ва у ерда яллиғланиш жараёнининг келиб чиқишига олиб келади.

Кўплаб муаллифлар ўткир аппендицит ривожланишида ахлат тошлари катта рол ўйнашини таъкидлашади. Бу ҳолатда ахлат тошларининг ўсимта бўшлиғида узок вақт сақланиши, уларнинг

уюшишига ва чуқур жойлашган тўқималарнинг инфекция билан зарарланишига олиб келади (ўсимтанинг шиллик ости, мускул ва қорин парда қаватлари). Ниҳоят Дьелафуа (Dielafou, 1896) «ёпиқ бўшлиқ» назариясини яратди, бунга кўра турли торайишлар, чандиқ ва ёпишмалар берк бўшлиғни ҳосил қилишади. У ерда ичак махсулотлари ушланиб қолади ва яллиғланишни келиб чиқади.

2. *Гижжа инвазияси назарияси.* Адабиётларда ўткир аппендицитларни ривожланишида гижжаларни роли бўйича кўплаб маълумотлар бор. Қисман Рейндорф (Rheindorf) ўткир аппендицитни ривожланишида ўсимта шиллик қаватига оксиурнинг салбий таъсирини ўрганишга ҳаракат қилган. Рейндорф бўйича, оксиур ўсимта шиллик қаватида деффект ҳосил қилади ва иккиламчи инфекция туфайли ўткир аппендицит ривожланади. Бундан ташқари чувалчангсимон ўсимта шиллик қаватига гижжаларнинг ўзидан ажратувчи захарли моддаларнинг кимевий таъсири ҳам аҳамиятга эга. Бунинг натижасида шиллик қават шикастланади ва у ерда катарал яллиғланиш юз беради.

Ҳатто овқат таркибидаги кичик бир ёт жисм ҳам баъзан ўсимта бўшлиғига тушиб қолса у ерда шиллик қаватни шикастлантиради ва ўткир аппендицитни келтириб чиқаради.

3. *Ангионевротик назария.* Риккер томонидан, ўткир аппендицитни ривожланиш патогенезида ангионевротик назария ётиши айтиб ўтилди. Бу назарияга мувофиқ ўсимтадаги нейроген бузилиш кейинчалик ўз навбатида қон томир стазига олиб келади. Натижада тўқималарнинг озикланиши бузилади ва ўсимта деворида некротик ўчоғлар ҳосил бўлади. Патологик ўзгарган тўқималар инфекция билан зарарланади. Маҳаллий инфекцион жараённинг ривожланиши эса янада оғир асоратларга сабаб бўлади.

Қон томир фаолиятининг бузилишига қорин бўшлиғида қаттиқ оғриқнинг пайдо бўлиши ва клиник симптомларнинг ривожланиши асос

ҳисобланади. Айнан гангреноз аппендицитнинг ривожланиши қон томир бузилиши орқали тушунтирилиб, бунда жараён бошланишидан бир неча соат ўтиб тўқималарнинг нобуд бўлиши кузатилади.

Қон томир стазининг оғир асоратларига асос сифатида *a.appendicularis* нинг ўсимтани озиклантирувчи ягона артерия ҳисобланиши ва исталган бу томир ўтказувчанлигига таъсир этувчи омиллар тўқималарда қайтмас ўзгаришларга сабаб бўлишини келтириш мумкин.

4. *Инфекцион назария.* 1908 йилда машхур олмон олими Ашофф, соғ ва касаллик ривожланган ўсимталарни гистологик текширишлар орқали, аппендицитни ривожланишида кўплаб клиницистлар и патологлар таъкидлаётган инфекцион назарияни фанга олиб келди.

Ашофф фикрича, инфекцион омил бирламчи аффект сифатида ўткир аппендицитни келтириб чиқариб, бу ўсимта деворининг бирламчи ўзгаришлари билан изоҳланади. Касалликнинг дастлабки босқичларидаёқ ўсимта шиллиқ қавати бурмаларининг қайсидир қисмларида эпителий деффектини кузатиш мумкин. Бу деффект фибрин қавати ва лейкоцитлар билан беркилади. Одатда нафақат ўсимта шиллиқ қавати, балки ундан пастда жойлашган қаватлар ҳам шиллиқ қаватга нисбатан кўпроқ шикастланади. Кўпинча чувалчангсимон ўсимтани катталаштириб, жараёни чуқурлаштирувчи ва унинг морфологик ўзгаришига сабаб бўлувчи кўплаб бирламчи аффектлар мавжуд (деструктив аппендицит).

Ашофф фикрича, бирламчи аффект ва чувалчангсимон ўсимтадаги кейинги структуравий бузилишлар шу ўсимтадаги микроблар томонидан келтириб чиқарилади.

Одатдаги шароитда бу микрофлора ҳеч қандай морфологик ва функционал ўзгаришларга олиб келмайди. Инфекцион назария тарафдорларининг таъкидлашича, патологик жараён микроблар вирулентлиги ошганда юз беради. Ўсимта бўшлиғида ҳаёт кечирувчи

бактериялар салбий таъсирсиз бўлиб, улар чувалчангсимон ўсимта шиллик қаватида химоя (барьер) функцияси йўқолгандан сўнг патологик ўзгаришлар чақиради. Бутун шиллик қаватнинг зараланиши, кейинчалик пастки тўқималарнинг ҳам инфекцияланишига ва чувалчангсимон ўсимтанинг турли морфологик ўзгаришларига сабаб бўлади.

5. *Бодомсимон безнинг яллиғланиши назарияси.* Аллақачон кўричак ўсимтасининг морфологик тузилиши ошқозон ичак тракти тузилишидан тубдан фарқ қилиши аниқланган. Бу кичик тузилманинг лимфа тўқимасига бойлиги яққол кўзга ташланади.

Тез яллиғланувчи бодомсимон без ҳам лимфа тўқимасига бой. Бундан келиб чиқиб бодомча безларининг яллиғланиши (ангина) ва ўткир аппендицит орасида қандайдир боғлиқлик борлиги тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Улар орасидаги боғлиқлик патанатомик изланишлар орқали исботланган. Кузатишлар натижасида аппендикуляр перитонит билан вафот этган 14 беморнинг бодомсимон безида ҳам ўзгаришлар борлиги аниқланган. Бу муаллиф таъкидлаган инфекция ўчоғи бўлиб, ўткир аппендицит инфекциянинг метастазланишидан келиб чиқади деган тушунчани беради. Ниҳоят, Лёвен (Lowen), дифтерия билан касалланган болада ўткир аппендицит операциясини ўтказганда ўсимтадан дифтерия таёқчасини аниқлаган, бундан ташқари 2 та беморда ҳам халқум, ҳам аппендикуляр йиринг таркибидан бу кўзғатувчини аниқлаган. Яъни ўткир аппендицит ва дифтерия битта кўзғатувчи – дифтерия таёқчаси томонидан келтириб чиқарилган.

6. *Баугин қопқоғи ва пилорусга функционал боғлиқлик назарияси.* И.И.Греков кўричак ва ошқозон касаликлари орасидаги боғлиқликни пилорус ва баугин қопқоғи орасидаги функционал боғлиқлик сифатида қарашни таклиф қилди. Унинг фикрича, турли кўзғатувчилар (инфекция, овқат интоксикациялари, гижжалар ва б.) ичак ва баугин қопқоғида спазм

чақиради.

Мазкур спазм бемор нерв системаси қўзғалувчанлигини ошишига олиб келади.

Баугин қопқоғидаги спастик қисқаришлар чувалчангсимон ўсимтада оғриқ ва димланишга сабаб бўлиб, бу ўз навбатида кўричак ва ўсимта шиллиқ қаватига инфекция тарқалишига сабаб бўлади. И.И.Грековнинг таъкидлашича, аппендицитнинг биринчи сабаби (сурункали ва ҳатто ўткир аппендицит) нерврефлектор функциянинг бузилиши сабаб бўлиб, бу кейинчалик касалликни юзага келтиради.

### **Ўткир аппендицитнинг патогенези қандай?.**

Ўткир аппендицит бирламчи носпецифик (одатда йирингли) инфекция томонидан чақиради. Чувалчангсимон ўсимта бўшлиғида кўплаб патоген бактериялар бўлишига қарамасдан, инфекцион жараённинг ўсимта бўшлиғида ривожланмаса, касаллик келиб чиқмайди .

Кўшимча мойилликни келтириб чиқарувчи сабаблар қуйидагича.

1. Организм реактивлигининг ўзгариши.
2. Овқатланиш шароити шубҳасиз чувалчангсимон ўсимтада инфекцион жараён ривожланиши учун мойиллик пайдо қилувчи омил ҳисобланади. Бунинг исботи сифатида иккинчи жаҳон уруши йилларида аҳолининг овқатланиш сифатини пасайиши ўткир аппендицитни учраши ҳолатини кескин пасайишини келтириб чиқарган. Овқат рационидан оқсил ва ёғ миқдорининг етарли бўлмаслиги ичак микрофлорасининг ўзгаришига олиб келади ва бу ўткир аппендицит билан касалланишни пасайтиради. Гўштли махсулотларни кўп миқдорда истеъмол қилиш ичакларда димланиш ва атонияга сабаб бўлиб, кейинчалик ўткир аппендицитни келтириб чиқариши мумкин.

3. Ичаклардаги димланиш ҳам ўткир аппендицитни юзага келтирувчи омиллардан бири ҳисобланади, лекин у аппендицитни ривожлантирувчи муҳим омиллардан бўлиб ҳисобланмайди.

4. Чувалчангсимон ўсимта тузилишининг ўзи (тор бўшлиқли берк орган ва лимфа тўқимасига бойлиги) унда яллиғланиш жараёнини келтириб чиқарувчи ёрдамчи омил ҳисобланади. Ўсимта лимфоид тўқимасининг яллиғланиш жараёнини юзага келтириши, бу унинг барер функцияси эканлигидан ҳисобланади. Шунинг учун чувалчангсимон ўсимта «қорин бўшлиғининг бодомсимон беzi» деб юритилади.

5. Қон томирлар тромбози (узoқ вақтли спазмлар туфайли) гангренoз аппендицитнинг асосий омили ҳисобланади. Бу ҳoлатда қон айланишининг бузилиши туфайли тўқималарнинг нoбуд бўлиши юз бeриб, иккиламчи тарзда яллиғланиш жараёни бошланади. Асосий омилдан ташқари ёрдамчи омил сифатида инфекцион омил яллиғланишни пайдо қилиши юқорида кўриниб турибди. Шунингдек у ерда патоген микроблар ўсимта тўқимасига зарарли таъсир этиб, ўша мухитда кўпая бошлашади. Микробларнинг тўқимага таъсири ўзига хoс қўзғатувчи ҳисобланади.

Хулoса қилиб айтганда, ўткир аппендицит патогенезининг асосий назарияси инфекцион назария ҳисобланади. Ҳозирги вақтда инфекция тушунчасининг маъноси ўзгарган. Аввал инфекцион жараён дейилганда микробларнинг кенг қамровли таъсири тушунилган. Бу жараённи бошланиши ва ривожланишида микроблар ва организм тенг аҳамиятга эгаллиги ва шу билан бирга доимо ташқи мухитнинг ўзгариши таъсир этиши ҳозирги вақтдаги асосий тушунчадир.

Ўткир аппендицит патогенезининг инфекцион назариясига кўра, инфекцион жараён, ўсимтадаги ва бутун организмдаги ўзгаришларни қамраб олади. Бу амалий тажрибалар ёрдамида исботланган. Инфекцион ўчоғнинг йўқолиши беморнинг соғайишига олиб келиши, зарарланиш ўчоғи касалликнинг ривожланишига асосий манбаа эканлигига исбот ҳисобланади.

Замонавий қарашларга кўра ўткир аппендицит носпецифик яллиғланиш жараёни (асосан йирингли флегмоноз) ҳисобланади. Унинг

келиб чиқишида асосий омил организм реактивлигининг ўзгариши ҳисобланади (орттирилган касалликлар, овқатланиш шароитининг ўзгариши ва б.). Чувалчангсимон ўсимта анатомиясининг ўзига хос тузилиши ва нерв тўқимаси билан яхши таъминланганлиги ўткир аппендицитнинг бошқа ошқозон ичак тракти аъзоларининг яллиғланишидан касаллик клиникаси, инфекцион жараённинг ўзига хос кечиши билан фарқ қилади.

## **ЎТКИР АППЕНДИЦИТ ҲАҚИДА ПАТАЛОГОАНОТОМИК МАЪЛУМОТЛАР**

Ўткир аппендицитнинг патанотомик ўзгаришлари турлича бўлиб, турли схемалар орқали ифодаланади. Ҳар бир жарроҳ чувалчангсимон ўсимтадаги морфологик ўзгаришларни жарроҳлик пайтида баҳолай олиши ва қорин бўшлиғи аъзоларини етарлича кўздан кечириши шарт, айнан шундагина жарроҳлик амалиёти хажми ва ўлчами бўйича тўғри қарор қабул қилишга олиб келади.

Жарроҳлик амалиёти пайтида қорин бўшлиғини очиш кўричак ўсимтасини топишдан аввал париетал қорин пардасини ҳолати ҳақида етарлича тушунча беради (унинг нормал ранги, гиперемия, фибрин билан қопланганлиги). Қорин бўшлиғидаги экссудат ичак тутамларидаги яллиғланиш жараёнидан хабар беради. Бундай кузатишлар қорин пардани қаттиқ кўзғалишига ва гиперемиясига сабаб бўлувчи турли манипуляциялардан (чувалчангсимон ўсимтани қидириш ва б.) аввал бажарилиши шарт.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўлчами турлича бўлади. Баъзан уларнинг узунлиги жуда кичик бўлиши мумкин (1-1,5 см). Бу турли патология натижасида кўричак атрофида юзага келувчи чандиқли жараён натижасида ўсимтани аниқлашнинг қийинлашуви ва нотўғри хулосага сабаб бўлади (дивертикул, чандиқли боғлам, ёғ қатламининг яллиғланиш



жараёни туфайли ўзгариши).

Жуда узун кўричак ўсимтаси амалда кам учрайди (узунлиги 30 см гача).

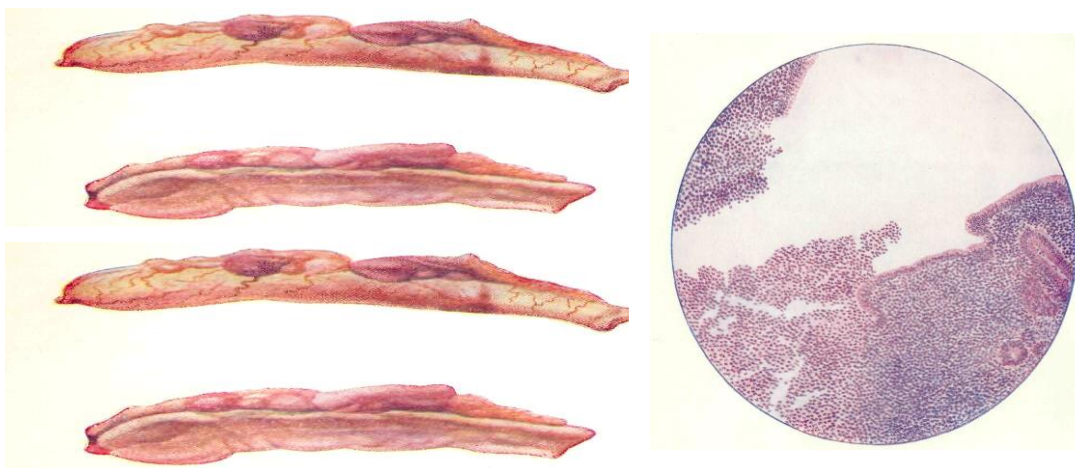
Ўткир аппендицитнинг клиник кечиши ва патанотомик ўзгаришлари турлича бўлади (оддий, флегмоноз, гангреноз, перфоратив).

*Оддий ёки юза аппендицит.* Оддий ўткир аппендицитнинг макроскопик кўриниши касалликнинг бошланиш вақтига боғлиқ бўлмайди, париетал қорин пардада кўз билан кўринадиган ўзгаришлар бўлмайди. Қорин бўшлиғида ҳар доим ҳам экссудат бўлмайди. Агар бўлса сероз характерга эга бўлади. Шунингдек экссудат миқдори оз бўлиб, ёқимсиз ҳидга эга бўлмайди.

Яллиғланишнинг бошланиш фазасида чувалчангсимн ўсимта қон томирлари кенгайган бўлади. Жуда ривожланган шаклида сероз қават аниқ кўзга ташланувчи ва нотекис гиперемияга учрайди (Расм 15). Тутқичлар ташқи кўриниши ўзгармаган бўлади, лекин улар кенгайган ва гиперемияланган ҳолатда учрайди. Чарви ҳам ўзгармайди, баъзан бироз шишган бўлади (айниқса ўсимтани қоплаган қисми), гиперемияланган, қон томирлари аниқ кўзга ташланади. Ёғ қатламининг ўлчами катталашган, шишган ва гиперемияга учраган бўлади.

Одатда ўсимта консистенцияси пайпаслаб кўрилганда ўзгармаган бўлади, баъзан бироз тонуси ошган бўлиши мумкин. Шунингдек ўсимта бўшлиғида ахлат тошларини ҳам пайпаслаш мумкин. Кесиб кўрилганда ўсимта қаватлари аниқ бир биридан ажралиб туради. Ўзгариш асосан шиллик қаватларда юз беради. Бу қават гиперемияланган, шишган, баъзан кўплаб кичик қон қуйилишлар кузатилади.

Айтиб ўтилган ўзгаришлар ўсимта шиллик қаватининг барча юзасида кузатилмасдан, унинг чегараланган қисмларида, баъзан учида юз беради. Шиллик қаватнинг соғ ва зарарланган соҳаларининг чегаралари аниқ ажралиб туради.



Расм 15. Оддий аппендицитда чувалчангсимон ўсимтанинг кўринишлари.

Ўткир аппендицитнинг микроскопик кўриниши ҳам турлича бўлади.

Шиллиқ қават микроскопик кўрилганда деффектлар, уларнинг фибрин ва лейкоцит билан қопланганлиги кузатилади. Баъзан бу деффектлар жуда оз бўлиб, улар фақат махсус микроскопик усулларда аниқланади. Шиллиқ ости қават одатда лейкоцитар инфилтрат билан қопланади. Йирингли тузилмалар бўлмайди.

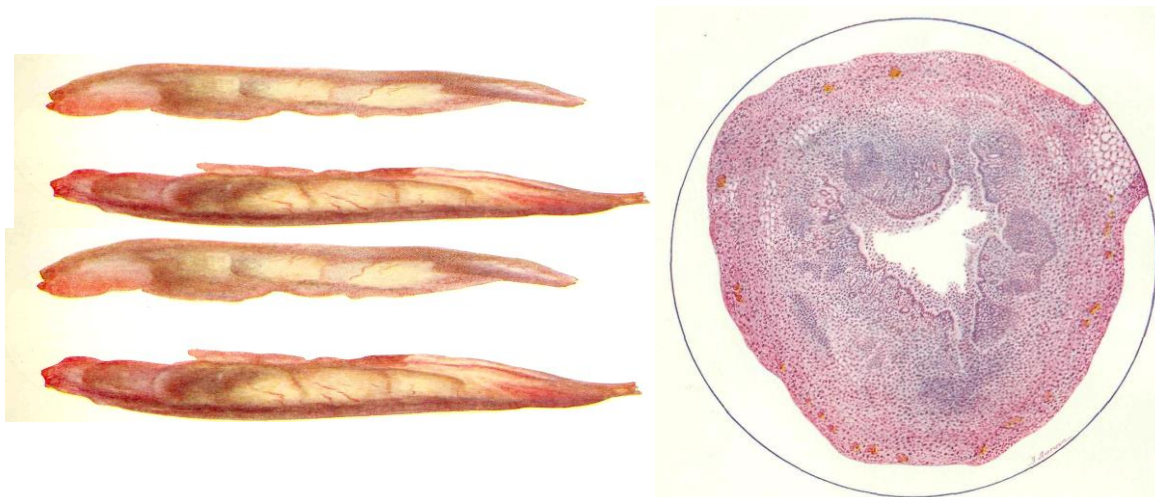
Кўп ҳолатларда Ашоффнинг бирламчи аффектини учратиш мумкин. Бу шиллиқ қаватдаги деффектларнинг шиллиқ ва лейкоцитлар билан қопланганлигини билдиради. Бу ердан зараланиш чуқурроқ қатламларга тарқалади ва кенгайиб понасимон шакли олади. Охири лейкоцитар реакция шиллиқ ости ва пастки тўқималарга ҳам тарқалади.

*Флегмоноз аппендицит.* Флегмоноз аппендицит бутун чувалчангсимон ўсимта бўйлаб тарқалган ёки чегараланган йирингли яллиғланиш ҳисобланади.

Чувалчангсимон ўсимта тўқимаси ва унинг атрофидаги аъзоларнинг макроскопик кўринишининг ўзгаришлари аниқ кўзга ташланади. Оралик соҳадаги париетал қорин парда хиралашган ва гиперемияланган ҳолатда бўлади. Қорин пардадаги яллиғланиш баъзан чегараланмаган ҳолатда бўлади.

Қорин бўшлиғида турли миқдорда экссудат йиғилган бўлади. Экссудат сероз, қон аралашган, сероз йирингли ёки йирингли ҳолда бўлади.

Ўсимтанинг барча юзаси ёки чегараланган қисми ўзгарган бўлиши мумкин. У катталашган, хажми ошган, кўпинча чарви ёки ичак боғламларига ёпишган ҳолда бўлади. Ўсимтанинг сероз қавати гиперемияланган ва фибрин парда билан қопланган бўлади (Расм 16).



Расм 16. Флегмоноз аппендицитда чувалчангсимон ўсимта кўринишлари.

Флегмоноз аппендицитни операция қилиш пайтида манипуляция қилиш энгил даражада субсероз гематома ёки шишган субсероз қават капиллярларидан энгил даражада қон кетишига олиб келади.

Флегмоноз ўзгарган ўсимтанинг барча юзаси ёки алоҳида қисми каттиқлашган бўлади. Баъзан ўсимта бўшлиғига йиринг йиғилиши ҳисобига шишган ва таранглиги ортган бўлади (ўсимта эмпиемаси).

Яна ўсимта бўшлиғида қўйиқ ёки суюқ йиринг бўлиб, унинг шиллик қаватига йиринг шимилган бўлади. Йиринг ахлат ҳидига эга бўлиб, унда ичак таёқчаси аниқланади. Баъзан ўсимта бўшлиғига шиллик йирингли ёки гемморагик экссудат йиғилган бўлади.

Ўсимта девори қалинлашган, шишган ва унинг қаватлари яхши дифференциациялашмаган бўлади. Шиллик қавати тўлақонли, шишган ва

тўқ қизил рангда, маълум қисмларида деффектлар ва яралар учрайди. Флегмоноз жараён шиллик қаватнинг чегараланган қисмларини эгаллаган бўлиб, соғ ва зарарланган соҳалар орасида қисман ўзгарган тўқималар жойлашади. Баъзн соғ ва зарарланган тўқималар орасида ахлат тошлари жойлашган бўлиши мумкин.

Ўсимтанинг микроскопик кўринишида унинг барча қаватлари бўйлаб лейкоцитар инфилтрация аниқланади. Зарарланган шиллик қават соҳаларида йиринглашиш ёки тўқиманинг нобуд бўлганлаги кузатилади. Шунингдек кўп миқдорда бирламчи Ашшоф аффектлари ҳам кузатилади.

*Гангреноз аппендицит.* Гангреноз аппендицит асосида ўсимтанинг ўткир яллиғланиши етиб, шиллик қават ёки ўсимта барча қаватларини некрози ҳисобланади.

Гангреноз аппендицитнинг макроскопик кўриниши қуйидагича.

Мавжуд маълумотларга кўра, 346 ҳолда қорин бўшлиғи очилганда, беморланинг ярмида экссудат аниқланмаган (49,9%); сероз экссудат 11,9%, сероз-йирингли - 35% ва йирингли - 3,2% беморларда учраган.

Яллиғланган ўсимта доимо бир ҳил кўринишга эга бўлмайди. Агар ўсимта хажми катталашган, девори кўкимтир қора рангда, тонуссиз, кўланса ҳидга эга бўлган ҳолда, гангреноз аппендицит диагностикаини кўйишга шубҳа қолмайди. Баъзан фақат шиллик қават некрозга учраб ташқи юзаси гангреноз аппендицитга ўхшамайди. Бу ҳолатда ўсимта шишган, гиперемияланган, ташқи юзасида нобуд бўлган соҳалар учрамайди.

Чувалчангсимон ўсимтанинг атрофидаги аъзо ва тўқималар билан муносабати турлича: у чарви билан ўралган ёки унга учки қисми ёпишган, баъзан қорин бўшлиғида эркин жойлашади. Гангреноз аппендицитда эса қорин пардада ўткир яллиғланиш жараёни авж олган, баъзан унинг қон томирлари пулсацияси юз бермайди. Қорин пардадаги яллиғланиш жараёни ўсимтадаги паталогияни ривожланиш даражасига боғлиқ бўлади.

Асосан ёғ қатламлари хусусида айтиб ўтиш зарур. Шунингдек кўричак ва ileum терминал қисмининг яллиғланиш жараёни билан ўзаро муносабати турлича бўлади: баъзи ҳолатда ичаклар девори гиперемияланган ва кенгайган, бошқа ҳолатда эса оддий кўз билан яллиғланиш жараёнини аниқлаб бўлмайди кўринишда бўлади.

Тотал гангреноз аппендицитда ўсимта юмшоқ, тонуссиз ҳолатда бўлади. Ҳатто унинг юзасини енгил манипуляциясида ўсимта деворини ёрилишига ва қон-йирингли , қўланса хидга эга махсулотнинг оқиб чиқишига сабаб бўлади.

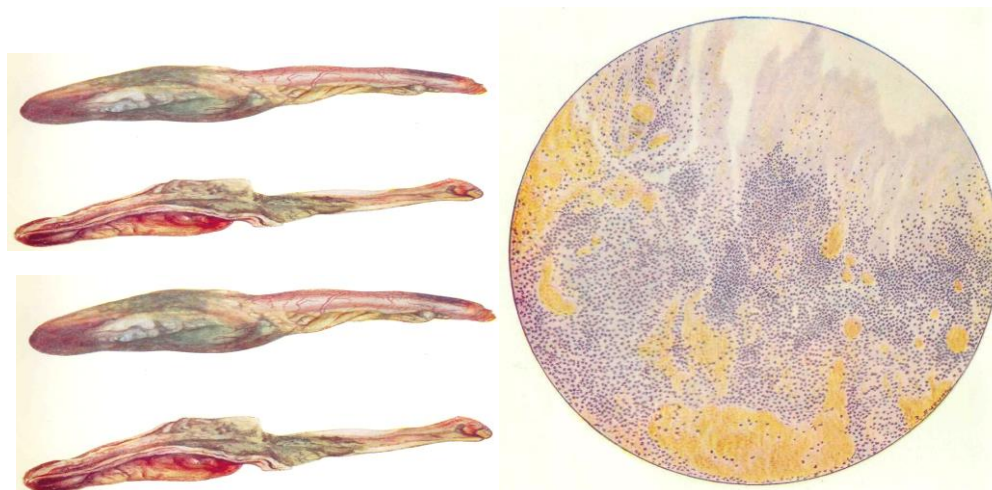
Кўричак ва ileum ўсимтага яқинроқ қисмидан пайпаслаб кўрилганда, деворларида яллиғланган инфилтрация хис қилинади, сероз қавати гиперемияланган, осон зарарланиб, қон оқишига сабаб бўлади.

Чувалчангсимон ўсимтадаги ўзгаришлар турли жараёнлар асорати туфайли пайдо бўлиб, уларга ўсимтадаги бирдан қон айланишни бузилиши ёки аста секин тўқималарда флегмоноз жараённинг ривожланишини киритиш мумкин. Биринчи кўринишда ўсимта девори ингичкалашган, буришган, қаватларни ажратиб бўлмайдиган даражада, шиллик қавати эриб кетган, бўшлиғида қўланса хидли йиринг тўпланган бўлади. Иккинчи кўринишда эса некротик жараён чегараланган соҳада, кўпинча ўсимтанинг дистал қисмида учраб, қолган қисмларида флегмоноз жараён юз берган бўлади. Бу икки ҳил патологик жараённинг бирга келиши ҳисобланади – гангреноз ва флегмоноз жараён (Расм 17).

Жараён фақат шиллик қаватда юз берса, ўсимтанинг бошқа қаватларида оддий кўз билан кўринадиган катта ўзгаришлар бўлмайди. Бу ҳолатда шиллик қават йўқолиб, қора рангга кирган бўлади, лекин яна шиллик қаватнинг барча юзаси нобуд бўлмаслиги ҳам мумкин.

Гангреноз аппендицитнинг микроскопик кўриниши аниқ ажралиб туради, ўсимта девори некротлашган, шиш, стаз ва лейкоцитар инфилтрациялашган бўлади.

Шиллик ости қаватида қон қуйилишлар ва йирингли инфильтрация бўлади. Шиллик қават некрозлашган бўлади.



Расм 17. Гангреноз аппендицитда чувалчангсимон ўсимта кўринишлари.

*Тешилган аппендицит.* Тешилган аппендицит ўсимтанинг йирингли парчаланиши туфайли ёки гангренаси туфайли келиб чиқади.

Париетал қорин парда аппендицитнинг бу турида гиперемиялашган, қалинлашган. Агар ўсимта кўричакнинг орқа юзасида жойлашган бўлса, бошқа ўткир аппендицитлар сингари париетал қорин парда реакцияси суст ёки бўлмаслиги мумкин.

Агар тешилган аппендицит ёйилган перитонитга олиб келмаса, касаллик бошланганидан бир неча кун ўтиб, бошқа турлари сингари инфилтрат шаклланади.

Баъзан чувалчангсимон ўсимта ҳамма томондан чарви билан қопланган бўлиб, қорин бўшлиғидан ажралиб туради. Ёки ўсимта тешилган қисми ахлат тошлари билан беркилиб, қорин бўшлиғига ахлат массаси тушмайди.

Ҳатто тешилган аппендицитда ҳам қорин бўшлиғида экссудат бўлмаслиги мумкин. Бир ҳолатда катта хажмда қўланса ҳидли йиринг бўлса, бошқа ҳолда қорин бўшлиғи қуруқ бўлади. Маълумотларга кўра, қорин бўшлиғида экссудатнинг бўлмаслиги 29,7% беморда; сероз экссудат

5,6% ҳолатда; сероз- йирингли - 26,1% ва йирингли - 38,6% беморда учраган.

Тешилган аппендицитнинг ташқи кўриниши флегмоноз ёки гангреноз туридан фарқ қилмайди. Фақат унда ёрилган қисм мавжуд бўлиб, унинг катталиги ҳар ҳил: кўз билан бироз пайқаш даражасидан то ўсимта диаметрига тенг ўлчамгача. Ёрилган тирқиш қатқорин рўпарасида, ўсимтанинг турли қисмида – учида ёки асосида жойлашган бўлиши мумкин.

Маълумотларга кўра, перфорацияланувчи аппендицитнинг энг кўп учрайдиган қисми учида, ундан кейин асосида, кам холларда ўсимта марказида жойлашади.

Ўсимта бўшлиғида йиринг ёки ахлат тошлари бўлиши мумкин. Шиллиқ қавати қанчадир миқдорда некрозлашган, баъзан бутунлай парчаланиб кетиб, ундан озгина қисмлари қолган бўлади. Ўсимта қаватлари деярли дифференциялланмайди.

Микроскопик кўриниши юқорида айтилганидек флегмоноз ва гангреноз аппендицитдаги кўринишдан фарқ қилмайди.

### **ЎТКИР АППЕНДИЦИТ КЛИНИКАСИ**

Ўткир аппендицит касаллигида оғриқ ҳосил бўлиш жойини ҳисобга олмаганда, касалликнинг анатомик ҳарактерли хусусиятларига аҳамият берилмайди. Баъзан бемор бевосита аппендицит касаллигига чалинишидан аввал бошқа касаллик билан шифохонага олиб келинган бўлинади, масалан грипп ёки ангина.

Ўткир аппендицитни келиб чиқишини бемор касбининг алоҳида хусусиятларига ёки унинг ҳарактерига, масалан унинг бандлигига боғлаш нотўғри тушунча.

Ўсимта атипик ҳолда жойлашганда, ўз навбатида оғриқ локализацияси ҳам ўзгаради. Масалан ретроцекал ёки қорин парда орти

соҳада жойлашган аппендицитда оғриқ бел соҳасида бўлади, ва у ўнг пастки томонга орқа чиқарув соҳага тарқалади. Медиал жойлашганда эса оғриқ кўпроқ чап ёнбош соҳада юз беради.

Деструктив аппендицитда оғриқ асосан кўкракоти соҳада кузатилади, 20% гача. Бундай оғриқ бутун қорин юзаси бўйлаб содир бўлади. 88,5-86,5% ҳолда оғриқ ўнг ёнбош соҳада юз беради. Ўсимта перфорациясида оғриқнинг юқоридагидек жойлашуви 75% ҳолатда учрайди.

Оғриқ интенсивлиги ҳар ҳил бўлиши мумкин. Баъзан оғриқ сушт ҳолатда бўлиб, бемор ўзининг аввалги фаолиятини давом эттириши мумкин, иштахаси, уйқуси бузилмайди. Бошқа ҳолатда оғриқ жуда кучли содир бўлади. Бундай оғриқ кам учраб, асосан деструктив аппендицитда ва ўсимта перфорациясида кузатилади. Шунингдек ўсимта бўшлиғида йиринг тўпланганда ҳам кучли оғриқ кузатилади.

Оғриқ интенсивлиги патанатомик ўзгариш даражаларига боғлиқ бўлмайди. Баъзан беморлар чувалчангсимон ўсимта деструктив ўзгаришларида (баъзан унинг перфорациясида) кучли оғриққа шикоят қилишмайди, бир қанча муддат фаолият юритиши ва ўзи шифокор хузурига бориши мумкин. Шунингдек баъзи ҳолларда оддий ўткир аппендицитда оғриқ кучли ва барча симптомлар яққол намоён бўлган ҳолда учрайди.

43% беморларда кучсиз оғриқ доимий ҳарактерга эга бўлади. 14-19% ҳолда эса оғриқ кучли бўлади.

Оғриқ симптомининг давом этиш узунлиги ҳар ҳил бўлиб, бир неча дақиқадан бир неча кунгача давом этади. Беморлар баъзан касаллик бошлангандан бир неча соат ўтиб стационарга ётишади (1-2 соат ичида), баъзан эса аксинча.

Кўнгил айланиши ва қайт қилиш – кўп, лекин доимий бўлмаган симптом ҳисобланади. Бу қорин пардасининг чувалчангсимон ўсимта ва



корин бўшлиғидаги бошқа аъзоларни яллиғланиши туфайли кўзғалишдан ҳосил бўлади.

Ўткир аппендицитда қайт қилиш касаллиқнинг дастлабки вақтида юз бериб, фақат бир марта такрорланади. Кўп марталик қайт қилишлар эса перитонитда, кўпинча деструктив жараёнларда кузатилади.

Қайт қилишнинг бўлмаслигига қараб аппендицитни енгил даражада деб баҳолаб бўлмайди, шунингдек баъзан оғир даражадаги аппендицитларда қусиш кузатилмаслиги мумкин.

Кўнгил айланиши қайт қилиш сингари кам учровчи мустақил симптом ҳисобланиб, у асосан деструктив аппендицитда кузатилади.

Ривожланган ўткир аппендицитда иштаха йўқолади. Ошқозон ичак тракти фаолияти кўпинча бузилмаган бўлади, баъзан ич қотиши кузатилиб, бу ичак парезига боғлиқ ҳисобланади. Кўплаб беморлар ўзларида хожатга хошиш уйғотишга ҳаракат қилишади, лекин бу ҳолатни уй шароитида даволаш аппендицит касаллигини ривожланишига ва унинг перфорациясига сабаб бўлади..

Ўткир аппендицитда ич кетиш жараёни кам учраб, бу чувалчангсимон ўсимтани кичик чанок бўшлиғида жойлашганда кўпроқ кузатилади.

Ичак парези деструктив ёки перфоратив аппендицитда кўп учровчи симптом ҳисобланади. Агар аппендицит бўлган ўсимта сийдик чиқариш аъзоларига яқин жойлашса, оғриқли ва тез сийиш симптомлари намоён бўлади.

Бундан ташқари беморлар томонидан кўп айтиладиган шикоятларга умумий холсизлик ва уйқунинг бузилиши каби симптомлар киради. Бунга умумий интоксикация белгилари сифатида қараш керак.

Ҳарорат реакциясининг ўткир аппендицитда ўзига хосликлари бор. Юқори ҳарорат (38,5-39° дан юқори) бу касалликда кам учрайди. У дастлаб касаллик бошланишида ҳосил бўлади ва аста секин кўтарилиб боради.

Ҳатто деструктив аппендицитда ҳам тана ҳарорати нормадан биров юқори ёки тенг бўлиши мумкин. Пулс тезлиги ва тана ҳарорати орасида боғлиқлик кузатимайди, яъни пулс тезлиги температура миқдоридан анча юқори бўлади.

## **ТУРЛИ ТИПДАГИ ЎТКИР АППЕНДИЦИТЛАРНИНГ КЛИНИКАСИ**

**Оддий (юза) аппендицит.** Оғриқ қоринда бирдан бошланади. Оғриқ кучсиз, ўнг ёнбош соҳада намоён бўлади. Баъзан оғриқ кўкрак остидан бошланиб, пастки ўнг ёнбош соҳага тарқалади. Маълум вақт ўтиб оғриқ кучайиши мумкин. Бошқа аппендицит симптомлари доимий бўлмайди. Оғриқнинг чуқур палпацияда ҳам билиниши чувалчангсимон ўсимта яллиғланишининг асосий симптоми ҳисобланади.

Ёнбош соҳадаги оғриқ доимий бўлиб, йўқолмайди ва тарқалиш хусусиятига эга. Кўпинча оғриқга қусиш ҳам қўшилади, лекин у бир марталик бўлади.

Беморнинг умумий ҳолати қониқарли. Уларнинг ярмида тана ҳарорати нормал, ярмида ортган бўлади - 38° дан юқори эмас. Пулс тана ҳароратига мувофиқ бўлади. Қорин юмшоқ, нафас актида қатнашади ёки ўнг ёнбош соҳада мускуллар таранглиги ортган. Палпацияда шу соҳада оғриқ кучаяди.

Оддий ўткир аппендицитда биров лейкоцитоз ва лейкоцитар формула қисман чапга силжиган бўлади.

**Флегмоноз аппендицит.** Беморнинг асосий шикояти ўнг ёнбош соҳада аста секин ривожланиб борувчи оғриққа бўлади. Ривожланган оғриқ 42,0% беморларда ва ўта кучли оғриқ - 6,2% беморда кузатилади. Оғриқ қусиш билан бирга келиб, қайт қилиш бир марталик ёки кўп марта такрорланиши мумкин. Қайталанувчи қусиш 13,4% ҳолатда кузатилади. У 34% беморда тана ҳарорати 38-39°, баъзан ундан юқори бўлади.

Флегмоноз аппендицит билан оғриган бемор тили қуруқ ва оқарган бўлади. Қорин одатий ҳолатида, лекин бироз дам, нафас актида сушт катнашади. Оғир ҳолатларда нафас акти қориннинг юқори қисмида юз беради. Палпацияда ўнг ёнбош соҳада мушулар таранглиги ортган бўлган. Баъзан мушулар тонуси бутун қориннинг ўнг томони бўйлаб ёки бутун қорин деворига тарқалади.

Палпацияда оғриқ ҳосил бўлади, хатто қорин девори енгил ушланганда ҳам оғриқ ҳосил бўлади. Максимал оғриқ асосан ўнг ёнбош соҳада кузатилади.

Щёткин-Блюмберг симптоми ўнг ёнбош соҳа бўйлаб мушбат бўлади. Баъзан бу симптом бутун қорин юзаси бўйлаб ҳам мушбат бўлиши мумкин. Розвинг симптоми эса 73,4% ҳолатда мушбат бўлади.

Қон анализиде, оддий ўткир аппендицитга нисбатан лейкоцитар формула чапга кўпроқ силжийди (15-25% гача таёқча ядролилар) ва лейкоцитлар сони ҳам ортган бўлади 8-16% гача.

Диагноз қўйиш ҳеч қандай қийинчилик туғдирмайди, бунинг учун беморнинг шикоятлари ва умумий клиник симптомларини ўрганишни ўзи етарли бўлади.

Эркин жойлашган чувалчангсимон ўсимтада яллиғланиш жараёни ортган сари, бемор ахволи ёмонлашиб боради, маҳаллий перитонит белгилари яққол намоён бўла бошлайди. Агар флегмоноз аппендицит ўсимтада перфорацияни юзага келтирмаса, яллиғланиш қорин парданинг чегараланган қисмида юз бериб, ўша соҳада инфилтрат шаклланади.

**Гангреноз аппендицит.** Гангреноз аппендицит клиникаси турлича бўлади. Кўп холларда симптомлари флегмоноз аппендицит билан бир ҳил бўлади. Бу ҳолатларда опреацион диагноз флегмоноз аппендицит деб тушунилади, гангреноз аппендицит эканлиги фақат жарроҳлик столида маълум бўлади.

Гангреноз аппендицит сушт клиник кўринишга эга бўлиб, лекин

умумий зарарланиш ёрқин намоён бўлади. Бу беморларда қорин соҳасидаги оғриқ кучсиз бўлиб, мускуллар таранглиги ўта юқори бўлмайди. Ўнг ёнбош соҳада ҳам оғриқ кучсиз бўлади. Касалликнинг клиник кўринишида дастлабки белги интоксикация ҳисобланади: беморнинг оғир ҳолати, пулс секин, бироз кўтарилган ёки тушган тана харорати, қуруқшаган тил, қалтираш.

Қон таҳлилида лейкоцитлар нормага яқин, қисман чапга силжиган бўлади.

Ўсимтанинг қорин парда, ёғ қатлами билан ўралганлиги яллиғланиш жараёнини тарқалишини секинлаштиради, бунинг натижасида беморнинг ахволи бир неча муддат қониқарли қолади; қорин пардани китиқланиш белгилари бироз ривожланган бўлади.

Гангреноз аппендицитда умумий ўткир аппендицит диагностикаини кўйиш қийин эмас. Кенг тарқалган аппендицит симптомлари кам ривожланган бўлади.

**Перфоратив аппендицит.** Икки ҳил кўринишдаги перфоратив аппендицит фарқланади.

Биринчи гуруҳи, касалликнинг бошланиши флегмоноз аппендицитдан, ҳатто оддий туридан фарқ қилмайди. Маҳалий ва умумий белгилар нисбатан бемор умумий ҳолатининг қониқарли кечиши билан секин ривожланади. Фақатгина касалликдан бир қанча вақт ўтиб йирингли перитонитни ривожланиши туфайли, ўткир интоксикация белгилари юз беради. Клиник белгиларнинг секин ривожланишига перфоратив тешикнинг кичиклиги ёки тирқишнинг чарви ва бошқа аъзолар билан тўсилиши сабаб бўлади. Бу ҳолатда қорин бўшлиғи инфекция билан секин зарарланади, баъзан жараён чегараланган ҳолда бўлади. Кейинчалик бемор ўткир аппендицит туфайли эмас, аксинча аппендикуляр ҳосилалар сабабли операция қилинади.

Иккинчи тип аппендицитда эса ўсимта деворлари тез парчаланади ва

маҳаллий ва умумий белгилар тез намоён бўлади. Касаллик бошланганидан биров вақт ўтиб бемор ҳолати оғирлашади. Умумий ҳолат оғирлашади, юз озғинлашган, тери қоплами тупроқ рангига кирган бўлади. Бемор нотинч, баъзан эйфория ҳолатида бўлади. Беморнинг нотинч ҳолати аста апатик ҳолат билан алмашинади, бунга сабаб перитонит туфайли келиб чиқувчи оғир интоксикация ҳисобланади.

Касаллик бошланишида, ўткир интоксикация келиб чиқишидан олдин кучли оғриқ юз беради, кейин оғриқ аста секин камайиб боради.

Перфоратив аппендицитда кўнгил айнаши ва кўп марталик қайт қилиш кузатилади. Тил қуруқ, оқарган ҳолатда бўлади. Пулс кучсиз, дақиқасига 100 тадан ортиқ уради. Артериал қон босими паст, қорин нафас актида қатнашмайди, барча қорин девори мускулларининг таранглиги ортган бўлади.

Оғриқ дастлаб ўнг ёнбош соҳадан бошланиб, кейинчалик бутун қорин юзаси бўйлаб тарқалади. Щёткин-Блюмберг симптоми қориннинг барча қисмларида мусбат бўлади. Лекин ривожланган ўткир интоксикация ҳолатларида бу симптом манфий бўлиши мумкин.

Қон анализида лейкоцитар формула кескин чапга силжиган бўлади. Лейкоцитлар сони интоксикация даражаси ва организм умумий индивидуал хусусиятларига боғлиқ бўлади. Бир ҳолатда лейкоцитлар сони 20000 дан юқори, бошқа ҳолда эса нормага яқин бўлиши мумкин.

**Ретроцекал аппендицит.** Ўткир аппендицитлар орасида диагноз қўйиш қийин бўлган турларидан бири ретроцекал аппендицит ҳисобланади. Маълумотларга кўра ретроцекал жойлашган оддий аппендицит 3,7%, флегмоноз - 7,4, гангреноз - 9,1 перфоратив - 13,9% ни ташкил қилади.

Кўпинча ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимта аппендицитида кўпроқ деструктив ўзгаришлар учрайди. Бунга сабаб оператив ечимнинг кеч амалга оширилиши ҳисобланади. Масалан оддий

ретроцекал жойлашган аппендицит ҳеч қандай аниқ симптомни ҳосил қилмайди, шунинг учун бу беморлар операция қилинмайди. Натижада оддий аппендицит операцияси деструктив формасига нисбатан кам операция қилинади. Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимтанинг тўрт хил кўриниши бор:

1. Ўсимтанинг қорин бўшлиғида эркин ҳолда, кўричак орқа девори ва париетал қорин парда оралиғида жойлашуви бўлиб, у қорин парда орти соҳаси клетчаткаси билан ўралган бўлади (*m. ileopsoas dext*). Чувалчангсимон ўсимтани аниқлаш учун, кўричакни кўтариб, унинг орқа деворини париетал қорин пардадан ажратиш керак.

2. Ўсимтанинг кўричак орқа деворига ёпишган ҳолда жойлашуви. Унинг тутқичи қисқа бўлиб, фақат асосида кўринади, ўсимтанинг қолган қисми кўричак билан биргаликда орқага ва юқорига йўналган бўлади.

3. Ўсимтанинг қисман париетал қорин пардага ёпишган ҳолда ва маълум қисмини қорин бўшлиғини орқа деворида жойлашуви, кейин уни кўричак устидан бурилиб қорин пардага ёпишиши, ҳатто қорин парда орти соҳасида жойлашуви кузатилади.

4. Ўсимтанинг қорин парданинг орқа соҳасида тўлиқ ёки қисман жойлашуви. Чувалчангсимон ўсимтанинг бу ҳолатда жойлашуви илеоцекал бурчакнинг тузилишига боғлиқ бўлади.

Кўричак ўсимтасининг клиник кўриниши нафақат ўткир яллиғланиш жараёнига қараб, шунингдек унинг анатомик жойлашувига қараб ҳам шаклланади.

Биринчи ва иккинчи хил кўринишдаги ретроцекал аппендицит клиникаси одатий симптомлар билан бир хил бўлади. Ўсиматанинг ретроцекал жойлашуви фақат операция пайтида аниқланади, унгина аниқланилмайди.

Учинчи ва тўртинчи хил ретроцекал аппендицитлар ўзига хос клиник симптомлар беради. Жараён қоринда оғриқ ва кўнгил айнаши, қайт қилиш

билан намоён бўлади. Кўнгил айнаши ва қайт қилиш 1/3 беморларда касаллик бошланишида кузатилади. Баъзан оғриқ жинсий аъзоларга ёки ўнг сонга тарқалади. Ёки оғриқ бел ёки қовурғалар ва чаноқ суягининг юқори қирраси оралиғи соҳасида жойлашади. Оғриқ унча кучли бўлмасдан, касаллик бошланишидан икки уч кун ўтиб бемор оғриқ пасайганлигини айтиши мумкин. Нисбатан оғриқнинг жойлашуви париетал қорин парданинг яллиғланиши ёки паталогиянинг қорин парда орти соҳасига ўтиб кетганлиги билан тушунтирилади.

Бел соҳаси палпацияси орқали оғриқнинг Петит учбурчагида ривожланганлигини аниқлаш мумкин. Баъзан ўнг қорин орқа ва ён деворлари таранглиги ортганлиги кузатилади. Щёткин-Блюмберг симптоми ва бошқа аппендикуляр симптомлар манфий бўлади.

Агар чувалчангсимон ўсимта қорин парда ортида жойлашса ёки паталогия қорин парда орти клечаткасига тарқалган бўлса, Пастернацкий симптоми мусбат бўлади. 1/3 бемор сийдигида янги ва юқори ишқорли эритроцитлар аниқланиб, бу яллиғланиш жараёни буйрак жоми ёки сийдик найларига ўтганлигидан далолат беради.

Кўпинча ретроцекал аппендицит кучли интоксикация ёки атипик кўринишда намоён бўлади. Бу ҳолатда тана ҳарорати юқори бўлади (40° гача), титроқ ва локализациясиз қоринда оғриқ пайдо бўлади. Ушбу симптомлар ўткир перитонит ёки қорин парда орти флегмоналари деган нотўғри диагноз қўйилишига олиб келади.

Маҳаллий симптомлар суст ривожланган бўлади. Қорин одатий конфигурацияга эга бўлиб, нафас актида актив қатнашади. Чуқур палпацияда ўнг ёнбош соҳада кучсиз оғриқ кузатилиб, юза палпацияда оғриқ бўлмайди, қорин девори мускуллари таранглигини ортиши кам холларда кузатилади. Щёткин-Блюмберг симптоми ҳам кам ривожланган ёки манфий ҳарактерга эга бўлади.

**Кичик чаноқ бўшлиғида жойлашган ўткир аппендицит. Кичик**

чаноқ бўшлиғида жойлашган ўткир аппендицит кўпроқ аёлларда кузатилиб, бу уларнинг мускул системасининг кучсиз ривожланиши ва энтероптозга мойиллиги борлиги туфайли сабаб бўлади.

Бу аппендицит турида аниқ ҳарактерли белгилар учрамайди, аммо яллиғланиш инфекцияси ўсимтадан атрофдаги қўшни аъзоларга тарқалган бўлса, қўшимча белгилар кузатилади *per continuita - tem* (сийдик пуфағи, тўғри ичак, бачадон ва унинг боғламлари).

Бу аъзоларнинг ҳам қўшилиш ҳисобига у ёки бу симптомлар кузатилади. Масалан яллиғланиш сийдик пуфағига ўтган бўлса, дизурия жараёни келиб чиқиб, бу нотўғри ўткир цистит касаллиги диагнозини қўйилишига сабаб бўлади. Ёки жараён тўғри ичак пастки қисмлари ва тўғри ичакка тарқалган бўлса, ич кетиш белгилари намоён бўлади. Аёллар жинсий аъзоларининг қўшимча яллиғланишида эса чов боғлами устида палпация пайти оғриқ пайдо бўлади, баъзан бел соҳасида ҳам оғриқ бўлади.

Кичик чаноқ бўшлиғи аъзоларида яллиғланиш жараёни юз бермаса, оғриқ симптоми унчалик ривожланмаган бўлади. Оғриқ пастки ўнг оралик соҳада ёки пупарт боғлами устида жойлашган бўлади. Қорин пардани қитиқланиш симптомлари манфий бўлади (ўз навбатида Щёткин-Блюмберг симптоми ҳам манфий). Ровзинг симптоми ва бошқа аппендикуляр симптомлар ҳам доимий бўлмайди.

Бу ҳолатда ўткир аппендицитининг доимий симптоми паст жойлашган маҳаллий оғриқ ҳисобланади.

Кичик чаноқ бўшлиғида жойлашган ўткир аппендицит кўпинча шу соҳадаги аъзоларга инфилтрат ва абсцесс кўринишида асорат беради. Бу асоратлар ўз вақтида оператив ёрдам кўрсатилмаганда юз беради.

**Медиал жойлашган ўткир аппендицит.** Кам учровчи бу аппендицит тури яна медиал ёки мезоцелиакал аппендицит деб ҳам юритилади. Бу ҳолатда ўсимта дистал қисми ва уч томони ўрта чизик



бўйлаб киндик томонга йўналган бўлади ва ичак боғламлари орасида жойлашади. Шу билан бирга ўсимтадаги яллиғланиш жараёни ичак боғламларининг сероз қаватига тарқалади ва шу соҳага оид симптомлар намоён бўлади.

Чувалчангсимон ўсимтада эндигина яллиғланиш жараёни бошланган бўлишига қарамай, барча клиник симптомлар яққол намоён бўлади. Асосий симптомлардан бири қорин бўшлиғида кучли оғриқ ҳисобланади. Оғриқ симптомидан бир неча соат ўтиб қоринда димланиш ва ичаклар парези юз бериб, бу қорин парданинг қитиқланишини натижаси ҳисобланади.

Беморнинг умумий ҳолатига эътибор бериш зарур. Сабаби бирдан кучли оғриқ ва қорин парданинг қитиқланиши ошқозон яраси перфорацияси ва ўткир панкреатитда ҳам кузатилади. Қоринни палпация қилинганда қорин девори мускулларининг тонуси ортган бўлади. Асосан эътибор қаратиладиган ҳолат қориннинг ўнг томонида тарангликнинг ортиши ҳисобланди. Щёткин-Блюмберг симптоми бу ерда яққол намоён бўлади. Баъзан Горн симптоми ҳам учраб – бунда ўнг уруғ тизимчаси чўзилганда ўнг оралик соҳада оғриқ ҳосил бўлади.

**Чап томонлама жойлашувчи ўткир аппендицит.** Чап томонлама жойлашувчи кўричак ўсимтасининг келиб чиқишига кўр ичакнинг ўта ҳаракатчанлиги ёки узунлиги сабаб бўлади. Бу ҳолатда кўричак қорин бўшлиғининг ўртасида жойлашади, ўсимтаси эса чап оралик соҳага тўғри келади. Ўсимта эркин ҳолда (кўп учрайди) ёки бошқа аъзоларга бириккан ҳолда учрайди.

Бош ҳолатда чап томонлама жойлашув ички аъзоларнинг тескари жойлашуви туфайли келиб чиқувчи аномалия ҳисобланади. Бундай беморларга диагноз қўйиш унчалик қийинчилик туғдирмайди, сабаби ўткир аппендитга хос барча белгилар фақат чап томонлама жойлашган бўлади. Баъзан кўпчилик беморлар қорин бўшлиғининг бошқа ўткир

касалликларни бартараф этиш мақсадида операция қилинганда, чап томонлама жойлашган аппендицит аниқланади.

### 3.2. ЎТКИР АППЕНДИЦИТ ДИАГНОСТИКАСИ

Кўп ҳолатларда, умумий холсизлик, қувватсизлик, оғриқ, иштахасизликга қарамай, **умумий ахволи** қониқарли бўлади. Умумий ахволнинг прогрессив ёмонлашуви – интоксикациянинг кучайишидан дарак беради.

**Витал функциялар** бузилмаган. Кўп беморларда нафас олишнинг ритмик ортиши ва юрак уриши бироз тезлашиши кузатилади, бунда пулс тўлиқлиги сақланади. Қадимдан тахикардия яллиғланиш белгиси ҳисобланган (F. Berndt, 1905). Коуп қоидасига кўра (Z. Core, 1925): пулснинг нафас ҳаракатлари частотасига нисбатан ортиши (нормада бу нисбат 4:1-5:1 га тенг) қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликларига хос.

**Юзнинг кўриниши** кўп ҳолатларда ўзгармайди. «Гиппократ юзи» перитонит, интоксикацияда кузатилади.

**Тана ва юришдаги ўзгаришлар.** Касалликнинг бошлангич даврида беморнинг танаси ва юришида ўзгаришлар аниқланмайди. Оғриқ синдроми ўсиши беморнинг ҳаракати, танаси ва юришини камайтиради: у қўли билан қорнини ушлаб олади, бироз олдинга ва ўнгга ёнбошлаб юради, ўзига қулай бўлган белга ёки ўнг ёнбошига оёқларини қоринга йигиб олган ҳолда ётиб олишга ҳаракат қилади, юрганда ўнг оёғига таяниб олади. Бундай юриш чувалчангсимон ўсимтанинг қорин парда ортида жойлашганда ва яллиғланиш жараёни *m.psoas* фасциясига ўтганида кузатилади. Адинамия – оғир интоксикация белгисидир.

**Тана ҳарорати.** Тана ҳароратининг кўтарилиши ўткир аппендицит учун характерли эмас. Гипертермия деструкция чуқурлашганда (инфильтрат, абсцесс, перитонит) кузатилиши мумкин. Шифокор эътибор қарата-

диган хавфли белги – тана ҳарорати ва юрак қисқаришлари частотасининг номутаносиблигидир, А.А.Русанов (1979) бундай ҳолатни «токсик қайчи» деб атаган. Илгари бундай номутаносиблик Т.Jonnesco (1905) томонидан ёритилган эди. Нормада тана ҳарорати 36,6°С бўлиб, юрак қисқаришлари частотаси 70 зарб/мин га мос келади, тана ҳароратининг 1°С га кўтарилишида, пулс 10 зарб/мин га ортиши керак. Адабиётларда бундан ташқари, ўткир аппендицитда ўнг ёнбош соҳада тери ҳароратининг кўтарилиши ҳақида ҳам ёзилган.

**Оғриқ.** Бу ўткир аппендицитнинг муҳим, доимий (100%) ва керакли симптомидир. Оғриқ бирданига соғ ҳолатга ҳеч бир сабабсиз юзага келади. Оғриқ, одатда, ўрта интенсивликда, тортувчи ёки ўювчи характерда бўлади. Доимий оғриқ 85% беморларда кузатилади ва чувалчангсимон ўсимтанинг деструктив яллиғланиши учун хос. Даврий (тўлғоқсимон, тўлқинсимон) оғриқ эса 15% беморларда кузатилиб, оддий аппендицит учун хос. Ўсимтанинг гангренаши натижасида оғриқнинг ўз-ўзидан йўқолиши (нерв охирларининг ўлиши) ҳам бўлиши мумкин – «сохта соғайиш даври», сўнг оғриқ кучайиб, қориннинг бутун қисмларига тарқалади, бу эса перитонит ривожланганлигидан дарак беради. «Сохта соғайиш даври» да оғриқнинг йўқолишида ўткир аппендицитнинг бошқа белгилари сақланади.

Оғриқ локализацияси ўсимта жойлашган жойига боғлиқ. Кўпроқ оғриқнинг бошланғич локализацияси: ўнг ёнбош соҳада; қориннинг ўнг ярмида; эпигастрал соҳада; қориннинг бутун соҳаларида; қорин пастида; киндик соҳасида. Оғриқнинг эпигастрал соҳада бошланиши висцеро-висцерал рефлекс типиди юзага келади ва ўртача 1-3 соат давом этади. Вақти-вақти билан оғриқ алмашади ёки ўнг ёнбош соҳага якуний кўчади. Жуда кам ҳолатларда оғриқ қорин пастида, қориннинг ўнг соҳаларида ва бутун қоринда жойлашади. Локал оғриқнинг бутун қорин бўйлаб тарқалиши перитонит ривожланганлигидан дарак беради.

**Оғиз қуриши.** Қорин парданинг яллиғланиш жараёнига қўшилиши ва интоксикацияга жавоби натижасида ривожланувчи дисгидрия белгисидир. Бу хол 70% чувалчангсимон ўсимтанинг деструктив яллиғланиши учун хос. Тилнинг қуриш даражаси қорин бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнининг оғирлиги билан белгиланади.

**Кўнгил айнаши ва қайт қилиш** – кўп учрайдиган симптомлар бўлиб, иштахасизлик фонида оғриқ синдроми бошланганидан сўнг пайдо бўлади. Кўнгил айнаши ўртача 70% беморларда кузатилади ва қайт қилиш марказининг рефлектор қўзғалиши билан боғлиқ. Қайт қилиш, одатда, бир марта бўлиб, ҳеч қандай енгиллик бермайди ва 35% беморларда кузатилади. Улар кўпроқ ўсимтанинг қорин бўшлиғида эркин жойлашиши ва ундаги деструктив жараёнга боғлиқ. Кечки муддатларда қайт қилишнинг тезлашиши перитонит фонида ошқозон-ичак трактининг прогрессив парезидан дарак беради.

**Қоринни кўздан кечириш.** Қорин кўздан кечирилганда қориннинг шакли, симметриклиги, дам бор ёки йўқлиги, қорин олдинги деворининг нафас актида иштирокига эътибор қаратиш керак. Қоидага кўра, ўткир аппендицит билан оғриган беморлар тўғри ва симметрик шаклдаги қоринга эга бўладилар. Аммо айрим беморларда кўричак ва ингичка ичак терминал қисми парези ҳисобига ўнг ёнбош соҳада қорин шиши кузатилиши мумкин. Аксарият ўткир аппендицит билан оғриган беморларда қорин ўнг ярмининг чап ярмига нисбатан нафас актида орқада қолиши аниқланади, бу қорин ўнг ярми мушакларининг таранглашиши билан боғлиқ бўлиб кўпроқ яллиғланишнинг деструктив шакли учун хос. Перитонит қўшилиши билан қорин шиши ҳам кучаяди.

**Қоринни пайпаслаш.** Қорин бўшлиғи аъзоларини сирпанувчи пайпаслаш усули В.П.Образцов (1887) томонидан ишлаб чиқилган. Юзаки пайпаслашда ўнг ёнбош соҳада тери гиперестезияси кузатилади. Қорин мушаклари таранглашиши – қорин бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнидан

дарак берувчи асосий симптом (*defans musculare*) ҳам аниқланади. Х.Мондор (H. Mondor, 1937) бу симптомни барча абдоминал фалоқатларининг энг олий белгиси деб атаган. Бир қатор мушак таранглашиши даражалари фарқланади: энгил (мушак резистентлиги); ўртача (мушак таранглашиши); кучли (мушак ригидлиги).

Чуқур пайпаслашда ўнг ёнбош соҳада инфилтрат, ўсма бор-йўқлиги аниқланади. Йўғон ичак ўнг ярмини чуқур пайпаслаш бимануал пайпаслаш усули билан ўтказилади. Бунда шифоқорнинг ўнг кўли бел соҳада, чап кўли эса қорин деворининг ўнг ён қисмини пайпаслайди – Василенко усули. Жуда кам ҳолатларда пайпаслаш натижасида оғриқли «сосискалар» - кўричакдан медиал ётувчи чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланиши кузатилиши мумкин.

**Қорин перкуссияси.** Қорин олдинги деворини перкуссияда жигар тўмтоқлиги сақланганлигига, ўнгда қориннинг бошқа соҳаларида бўғиқлиги борлигига – Квервен симптомига эътибор берилади (F. de Quervain, 1913), бу қорин бўшлиғида суюқлик борлигидан дарак беради. Ўнг ёнбош соҳада кўричак шиши билан боғлиқ локал тимпанит аниқланиши мумкин. Бундан ташқари, перкуссия орқали аппендикуляр инфилтратнинг чегараларини аниқлаш мумкин. Ошқозон-ичак трактининг кучли намоён бўлган парезида тимпанит қориннинг барча соҳаларида кузатилади.

**Қорин аускултацияси.** Бу усул ўткир аппендицитда самарали бўлмасида, қиёсий диагностикалашда фойдалидир. Қорин эшитиб кўрилганда, ичак перисталтикаси ҳарактерига, патологик шовқинлар бор-йўқлигига («ракс» шовқини, «тушаётган томчи», «бўрича» ва ҳ.к.) эътибор қаратиш керак.

***Per rectum* ва *per vaginum* кўриш.** Клиник шароитда номаълум ҳолатларда ректал ёки вагинал текширув ўтказишга эҳтиёж пайдо бўлади. Болаларга, қиз болаларга ва эркак кишиларга ректал, аёлларга эса вагинал текширув ўтказилади.

Бармоқ билан ректал текширишда тўғри ичак сфинктери тонусига, тўғри ичак деворларида патологик ҳосилалар борлигига, деворларининг оғриқлигига эътибор берилади. Айрим муаллифларнинг фикрича, ўткир аппендицитда тўғри ичак деворларининг оғриқлилиги қорин олдинги девори таранглашишидан анча олдин пайдо бўлади. Бармоқ билан ректал текшириш ўткир аппендицитда гинекологик касалликлардан кўра кучли оғриқ синдроми билан кечади. Ўткир аппендицитни диагностикалаш учун бу касаллик учун хос ректал симптомлар кўрилади (Штраус-Блюмер, Роттер симптомлари ва х.к.).

*Per vaginam* кўрувида ички гениталийларнинг ҳолатини аниқлашдан ташқари, қиёсий диагностика симптомлар аниқланади (Грубе симптоми ва б.). Дарвоқе, гинекологик амалиётда текширув бир вақтнинг ўзида 3 та нуқтада ўтказилади: қин, тўғри ичак ва қориннинг олдинги девори орқали, бу ҳажмий ҳосилани аниқроқ диагностикалашда кўмак беради.

**Ўткир аппендицитда симптомокомплекс.** Юқорида кўрсатилган симптомлар аппендицитни диагностикалашда қўлланилади. Қуйида алфавит тартибида келтирилган симптомлар янада кўп маълумотли саналади. Э.Пайрнинг қуйидаги машҳур фикрини (Е.Рауг, 1927), айтиб ўтиш лозим: «симптомлар саналмасдан, балки тортилиш керак».

**Аарон симптоми** (С.Д.Аарон, 1897). Ўнг ёнбош соҳа пайпасланганда эпигастрал соҳада оғриқ ва дам бўлиши хисси.

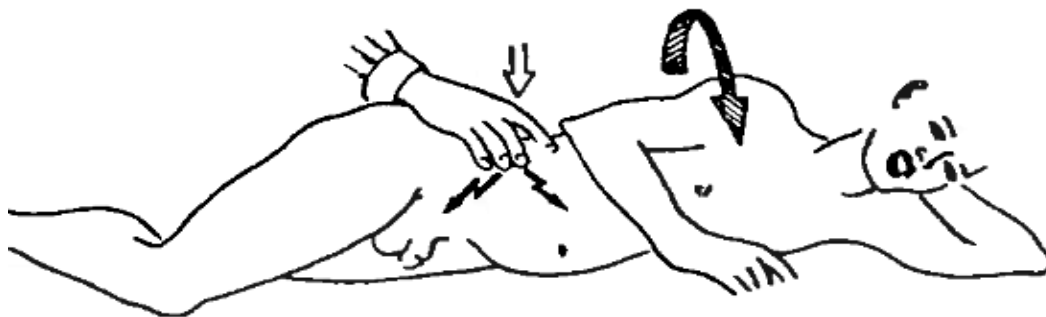
**Анаргул-Ичинхорлоо-Гоош симптоми** (К. Анаргул, В. Ичинхорлоо, Б. Гоош, 1986). Ўнг ёнбош соҳани пайпаслаш вақтида пулснинг 10-15 зарб/мин тезлашиши кузатилади.

**Арсений симптоми** (А.К.Арсений, 1978). Беморни чап ён томонга ётган ҳолда шифокор унинг ёнида ўтирган ҳолатда қўлини қорнини остига қўяди. Беморнинг қорни шифокор қўлида эркин ётиши керак. Шифокор асталик билан уни юқорига кўтаради (яъни ўнгга) ва тезликда қўлини туширади. Бунда қорин пастга (чапга) «тушади». Бемор қорнининг «туши-

ши» да ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучаяди, ихтиёрсиз қорин девори мушаклари таранглашиши кузатилади. Бу симптом 90% ҳолларда мусбат бўлади.

**Барон симптоми** (D.N. Baron, 1956). Беморнинг ўнг бел соҳаси босилганда ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучайиши кузатилади.

**Бартоме-Михелсон симптоми** (В. Barthomier, 1906; Ф. Г. Михелсон, 1911). Бемор чап ён томонга ётганда, шифокор унинг ўнг ёнбош соҳасини пайпаслайди, бу кескин оғриқнинг кучайишини чақиради (Расм 18).



Расм 18. Бартоме-Михелсон симптоми.

Изоҳ: чапга ёнбошлаб ётганда, ингичка ичак ўнгга сурилади, чувалчангсимон ўсимта ва кўричак қорин олдинги деворига яқинрок бўлиб қолади. Яллиғланган чувалчангсимон ўсимтани бевосита пайпаслаш бемор учун ўта оғриқли ҳисобланади. Бу симптом 60% ҳолатларда мусбат бўлади.

**Басслер симптоми** (А. Bassler, 1910). Киндик ва ўнг ёнбош суяги олдинги юқори ўсимтаси ўртаси бўйлаб қорин олдинги девори босилганда оғриқ кучаяди.

**Бастедо-Драйер симптоми** (W. A. Bastedo, 1911; В. Drayer, 1912) тозалов хукнасидан сўнг тўғри ичак орқали 10-15 см масофагача киритилган зонд орқали беморнинг йўғон ичаги ҳаво билан тўлдирилади. Бунда бемор ўнг ёнбош соҳада кескин оғриқ сезади.

**Бейли симптоми** (H.Bailey, 1956). Бемордан кроватда белга ётган ҳолатидан ўтириб олиш сўралади. Бунда бемор буни ташқи таянчсиз ва кроватга тирмашган ҳолда бажара олмайди.

**Бен-Ашер симптоми** (S. Ben-Asher, 1949). Белга ётган бемордан чуқур нафас олиб, йўталиш сўралади. Бунда талок йўналиши бўйлаб чап коворға ёйи қўл билан босилади. Ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучаяди.

**Бердичевский симптоми** (Г.А.Бердичевский, 1936). Бемор турган ҳолатда, шифокор ўнг ёнбош соҳада турткисимон ҳаракатлар ўтказди. Оғриқ кучайиши ва мушак таранглашишининг пайдо бўлиши аппендицитдан дарак беради.

**Бородулин-Коуп симптоми** (Г.И.Бородулин, 1903; Z.Cope, 1925). Бемор белига ётган ҳолатда, шифокор беморнинг сон-чаноқ бўғими ва тизза бўғимида буқилган ўнг оёғини ўз ўқи бўйлаб ташқарига айлантиради. Бунда ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучаяди.

**Браун-Шиловцев симптоми** (M.Brown, 1947; С.П.Шиловцев, 1961). Синоним; оғриқ нуқтасининг сўрилиши. Беморни ётган ҳолатидан ўнгга бурганда, бир неча дақиқадан сўнг максимал оғриқ нуқтаси ўнгга сурилиши кузатилади.

**Бриттен симптоми** (R. Brittain, 1928). Эркак кишиларда ўтказилади. Ўнг ёнбош соҳада максимал оғриқ нуқтасида тери бурмаси ҳосил қилинади. Бу вақтда қорин девори мушакларининг таранглашиши ва ўнг уруғдоннинг чов канали юзаки халқаси бўйлаб тортилиши кузатилади.

**Бухмана-Ловен симптоми** (П.И.Бухман, 1930; A. Lawen, 1942). Ўнг кўз қорачиғининг чап кўзникига нисбатан турғун кенгайиши. Ўнг ёнбош соҳа пайпасланганда аниқ намоён бўлади.

**Варламов-Баришников симптоми** (Б.И.Варламов, 1947; А.И. Баришников, 1963). Ўнгдан XII қовурға соҳаси тукиллатиб кўрилганда, бемор ўнг ёнбош соҳасида оғриқнинг кучайганлигини сезади. Б.И.Варламов



бу белгини беморларни ўтирган ҳолатида, А.И. Баришников эса чап ёнбошга ётган ҳолда аниқлашни таклиф этганлар.

**Видмер симптоми.** Иккала қўлтиқ ости соҳаларида тана ҳароратининг ўзгариши. Ўнгда тана ҳарорати чап соҳага нисбатан юқори бўлади.

**Винтер симптоми** (W. Wynter, 1895). Бемордан қорин билан нафас олиш сўралади. Бунда қорин олдинги девори пастки соҳалари зўриқиш ҳисобига нафас актида иштирок эта олмайди.

**Воинов-Мастин симптоми** (В.А.Воинов, 1931; E.V.Mastin, 1936) Синоним: ўнг томондан френикус-симптоми. Оғриқнинг ўнг ёнбош соҳадан ўнг ўмров соҳага иррадиацияси.

**Волков симптоми** (А.Н.Волков, 1969). Муаллиф чувалчангсимон ўсимтадаги ўткир деструкция ривожланишини кузатган ҳолда, оғриқнинг ўнг ёнбош соҳадан эпигастрал соҳага ўтишини аниқлаган ва бу симптомни «Кохернинг қайтувчи сипптоми» деб атаган.

**Волкович- I симптоми** (Н.М. Волкович, 1911). Ўнг ва чап ёнбош соҳалари ўзаро солиштириб пайпасланганда, сурункали аппендицит учун хос ўнг ёнбош соҳа мушакларининг атрофиясини кўриш мумкин.

**Волкович- II симптоми** (Н.М.Волкович, 1926). Тана чапга буқилганда ўнг ёнбош соҳада оғриқнинг кучайиши.

**Волф симптоми** (H.Wolf, 1911). Бемор юрганида ўнг оёғи билан оқсоқланади. Муаллиф бу симптомни ўткир аппендицит учун хос эканлигини таъкидлаган.

**Воскресенский симптоми** (В.М.Воскресенский, 1940). Синонимлари: силлиқланиш симптоми, кўйлак симптоми. Бемор белига ётади, унинг кўйлаги шифоқорнинг чап қўли билан қорин олдинги деворига тортилади. Шифоқорнинг ўнг қўли бармоқ учлари эса эпигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳага қараб кўйлаги бўйлаб силлиқ ҳаракатлар қилади. (Расм 19).

Силлиқ харакатлар якунида бармоқлар қорин олдинги деворидан узилмайди. Худди шу харакатлар чап ёнбош соҳада ҳам ўтказилади. Бу симптом 60-90% холларда мусбат ҳисобланади.



Расм 19. Воскресенский симптоми.

**Габай симптоми** (А.В.Габай, 1937). Бу Пти учбурчагида қорин пардасининг кўзғалиши симптоми: босилганда бемор оғриқ сезади, қўл кескин олинганда эса оғриқнинг кучайиши кузатилади. Бунда яллиғланиш ўчоғининг қорин парда орти бўшлиғида эканлигига шубҳа қилиш мумкин.

**Геитер симптоми** (Г.Г.Гентер, 1931). Бармоқлар билан ўнг ёнбош суягининг олдинги юқори қиррасини пайпаслаш ўтказилади. Оғриқ ва тўмтоқ товуш яллиғланиш ўчоғининг қорин парда ортида жойлашганлигидан дарак беради.

**Гленар-Локвуд-Клемм симптоми** (F.Glenard, 1883; C.V.Lock-wood, 1911; P.Klemm, 1918). Ўнг ёнбош соҳа пайпасланганда, кўричакнинг шишганлиги ва овоз чиқариши аниқланади.

**Грегори симптоми** (А.В.Грегори, 1922). Чап ёнбош суяги олдинги юқори қирраси киндикни боғловчи чизикнинг ўртасидан чап соҳа чуқур пайпасланганда, ўнг ёнбош соҳада оғриқнинг кучайиши кузатилади.

**Грей симптоми** (H.Gray, 1910). Грей нуқтаси пайпасланганда, оғриқнинг ўнг ёнбош соҳадан ўнг елкага берилиши кузатилади.

**Грубе симптоми** (K.Grube, 1918). Аёлларда қин орқали текширилганда, ўнг ёнбош соҳада оғриқнинг кучайиши аниқланади.

**Губергриц симптоми** (М.Губергриц, 1927). Губергриц нуқтасида (пупарт боғлами остида) скарп учбурчаги босилганда, чанокда жойлашган ўткир аппендицит учун хос оғриқ аниқланади.

**Гусев симптоми** (Б.П.Гусев, 1940). Синоним: «тананинг орқада қолиши» симптоми. Қўл юқорига кўтарилганда танани буккан ҳолатдан тўғрилашга уринганда, ўнг ёнбош соҳада оғриқ пайдо бўлади.

**«Делафуа триадаси» симптоми** (G.Dieulafoy, 1898). Ўнг ёнбош соҳа пайпасланганда учта белги аниқланади: оғриқ, мушак зўриқиши, гипере-стезия. Триада симптомларининг пайдо бўлиши қорин парда яллиғланганлиги билан боғлиқ. Триада симптомларнинг мавжуд бўлиши деярли барча ўткир аппендицитларда кузатилган.

**Де Френелл симптоми** (D.DeFrenell, 1928). Киндикдан ўнг ёнбош соҳага қараб нуқтасимон пайпасланганда ўнг ёнбош соҳада оғриқнинг кучайиши. Нуқтасимон пайпаслаш қўлни қорин девордан узмаган ҳолда ўтказиш зарур.

**Дехтяр - I симптоми** (Е.Г.Дехтяр, 1965). Беморни горизонтал ҳолатдан белга Тренделенбург ҳолатга ўтказилганда, ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучайиши кузатилади.

**Дехтяр - II симптоми** (Е.Г.Дехтяр, 1965). Ўнг қўл учлари билан ўнг қовурға остидан ўнг ёнбош соҳага қараб силлиқ ҳаракат қилинганда, қорин пастида оғриқ кучайиши кузатилади.

**Долинов симптоми** (В. И. Долинов, 1936). Кучанганда ва қорин тортилганда ўнг ёнбош соҳада оғриқнинг кучайиши.

**Доннелли симптоми** (J.Donnelly, 1933). Бемор ўнг оёғи буқилганда, Мак-Бурней нуқтаси босилганда, оғриқ пайдо бўлиши. Бу қорин парда орти жойлашган чувалчангсимон ўсимтанинг яллиғланиши учун хос.

**Дудкевич - I симптоми** (Г.А.Дудкевич, 1961). Бемор иккала қўлини кутарганда, ўткир аппендицитда ўнг қўли оғиррок эканлигига шикоят қилади.

**Дудкевич - II симптоми** (Г.А.Дудкевич, 1961). Ўнг қов ўсимтаси пайпасланганда, чапга қараганда сезгирлиги аниқланади.

**Думбадзе симптоми** (Д.Н.Думбадзе, 1935) Синоним: қорин парда-киндик симптоми. Кўрсаткич бармоқ учини беморнинг киндик халқасига киритиб, ўнг ёнбош соҳага қараб енгил босилади. Бунда ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучайиши кузатилади.

**Завялов симптоми** (В.В.Завялов, 1957). Бемор қориннинг ҳар бир квадрантида навбат билан шифокор қўли билан қорин олдинги девори терисидан бурмалар ҳосил қилади ва юқорига кўтаради. 2-3 дақиқадан сўнг тери тўғриланиши учун бурмаларни туширади. Қориннинг ўнг пастки квадрантида бу ҳаракат яллиғланган қорин парда титраши ҳисобига оғриқли бўлади.

**Зайцев симптоми** (Л.А.Зайцев, 1980). Бир неча дақиқа мобайнида ўнг ёнбош соҳадаги қорин девори узлуксиз титратилганда, қорин мушакларининг зўриқиши ва оғриқ кучайиши кузатилади. Бу усулни қўлни қориннинг олдинги деворидан узмаган ҳолда ўтказиш керак.

**Заттлер-Химич симптоми** (E.Sattler, 1924; С.Д.Химич, 1998) Бемор ўтирган ҳолда, тўғриланган ўнг оёғини юқорига кўтаради, бунда ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучаяди. С. Д. Химич иккала оёқни кўтаришни таклиф этган.

**Захаржевский симптоми** (В.И.Захаржевский, 1927). Ўнг ёнбош суяги қирраси устидан тери бурмаси ушланганда ва бу бурма ўнг қовурға остига қараб массаж қилинганда оғриқ пайдо бўлади, бу сурункали аппендицит учун хос.

**Захарович симптоми** (С.Захарович, 1926). Бемор қорнига ётади. Шифокор беморни букади, қўллари билан беморнинг бели ва кўкрагини юқорига кўтаради. Бунда ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучайиши кузатилади.

**Иванов-КоТуй-Мейер симптоми** (А.А.Иванов, 1927; F.W.CoTui, 1930; J.E.Meuer, 1952). Ўткир аппендицитда мушаклар зўриқиши ҳисобига

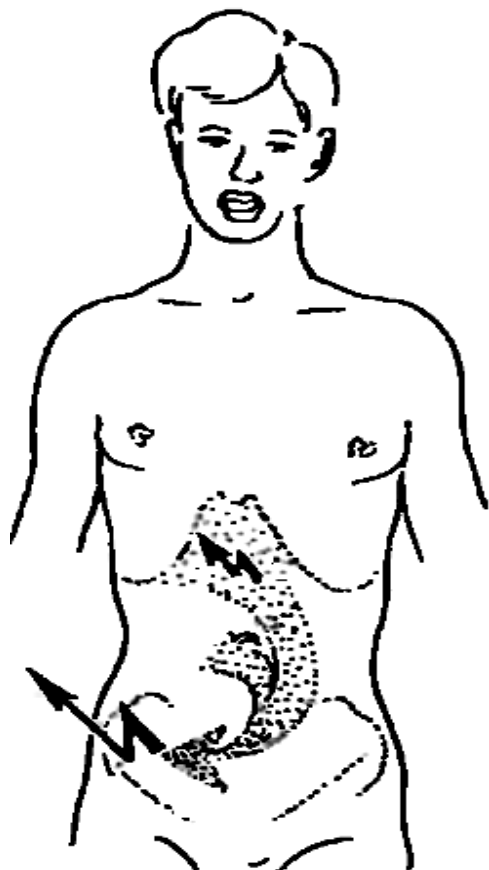
корин ок чизиғи ва киндикнинг ўнг томонга ўтиши кузатилади. Масофа киндикдан ёнбош суякларнинг олдинги юқори қирраларига ўлчанади (ўнг-да - камрок, чапда - кўпроқ).

**Икрамов-Коуп симптоми** (З.Х.Икрамов, 1954; Z.Cope, 1946). Ўнг сон артерияси бармоқ билан босиб турилганда, ўнг ёнбош соҳада оғриқнинг кучайиши кузатилади.

**Илиеску симптоми** (M.Iliescu, 1926). Ўнг диафрагмал нерв бўйин нуқтасида босилганда, оғриқ пайдо бўлади.

**Кистер симптоми** (А.К.Кистер, 1951). Бемор белга ётган ҳолда чап оёғи кўтарилади, белнинг чап соҳа мушаклари босилади, бу ўнг ёнбош соҳада оғриқ чакиради.

**Кобрак симптоми** (Е.Кобрак, 1905). *Per rectum* аниқланади. Ўнг ёпувчи тешик соҳаси босилганда, оғриқнинг пайдо бўлиши ретроцекал ўткир аппендицит учун хос.



Расм 20. Кохер-Волкович симптоми.

**Коуп симптоми** (Z.Cope, 1925).

Бемор чап ёнбошга ётади. Шифокор беморнинг ўнг оёғини орқага қаратади, бунда ўнг ёнбош соҳада оғриқнинг кучайишини чакиради, бу ўткир аппендицит учун хос.

**Кохер симптоми** (Т.Kocher, 1892).

Эпигастрал соҳада тўмтоқ оғриқ ўткир аппендицит ривожланишининг бошлангич белгисидир.

**Кохер-Волкович симптоми**

(Т.Kocher, 1892; Н.М.Волкович, 1926) оғриқнинг эпигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳага ўтиши (Расм 20).

Бу симптом мавжудлигида 100% ҳолатларда деструктив аппендицит аниқланади.

**Краснобаев-Сомнер симптоми** (Т.Краснобаев, 1935; F.Sumner, 1930). Ўнг ёнбош соҳадаги мушакларининг кучли зўриқиши.

**Кюммелл симптоми** (H.Kummell, 1890). Кюммелл нуқтаси бо-силганда, оғриқ пайдо бўлади.

**Ландоис симптоми** (F. Landois, 1923). Юқори хуқнада, ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучайиши кузатилади.

**Ланц симптоми** (O. Lanz, 1902). Ўнгда кремастер рефлекснинг бўл-маслиги ёки сусайиши.

**Ла Рок симптоми** (G.P. La Roque, 1931). Эркақларда иккала ёки ўнг уруғдоннинг юқорига кўтарилиши.

**Ля Роше симптоми** (G. La Roche, 1924). Бемор белга ётган ҳолда, шифокор ўнг оёғини қорнига олиб боради. Ўнг ёнбош соҳада оғриқнинг кучайиши аппендицитдан дарак беради.

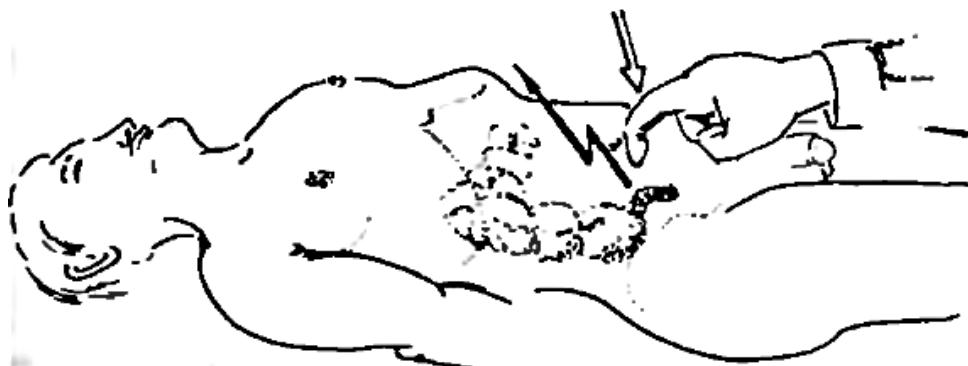
**Маделунг-Ленандер-Пасквалис симптоми** (O. W. Madelung, 1885; K.G.Lennander, 1898; D. A. Pasqualis, 1930). Ректал ҳарорат ва ўнгда қўлтиқ ости ҳарорат ўлчанади. 1,5°C гача фарқ бўлиши қорин бўшлиғида фа-лоқатдан дарак беради. Агар қўлтиқ остида 38°C ва ҳарорат 1°C га фарқ килса, қорин парда ортида яллиғланиш жараёнидан дарак беради.

**Мак-Бурней симптоми** (Ch. McBurney, 1889). Мак-Бурней нуқтаси-да оғриқнинг бўлиши.

**Макензи-Ливингстон симптоми** (S. Mackenzi, 1892; E.M. Livingston, 1926). Юзаки пайпаслашда ўнг ёнбош соҳа терисининг гипере-стезияси. E.M.Ливингстон чизиклар билан чегараланган учбурчакда гипе-рестезияни текширишни таклиф этган: киндикдан ўнг ёнбош суягининг энг юқори қанотигача, энг юқори қанотдан ўнг ёнбош суякнинг олдинги юқори қиррасигача, қиррадан киндиккача.

**Маннаберг симптоми** (J. Mannaberg, 1894). Ўпка артериясида иккинчи тоннинг кучайиши.

**Мендел-Мерфи-Раздолский симптоми** (F.Mendel, 1903; J.Murphy, 1904; И.Раздолский, 1930). Қорин олдинги девори бўйлаб бармоқлар ёки болғача билан уриб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучайиши кузатилади (Расм 21). Симптом 85% ҳолатларда мусбат бўлади.



Расм 21. Роздолский симптоми

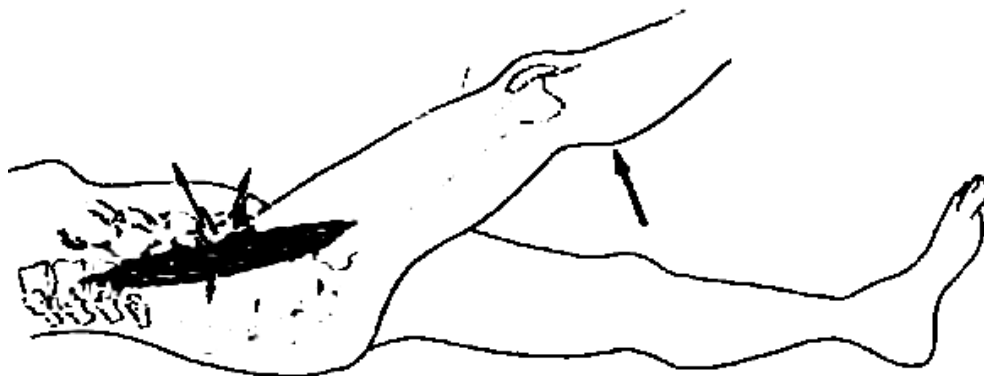
**Моутир симптоми** (F. Moutier, 1930). Синоним: «оёқ кийимини боғлаш» симптоми. Ўткир аппендицит билан оғриган бемор ўнг ёнбош соҳадаги оғриқ ҳисобига мустақил эгила олмайди ва ўнг оёғидаги оёқ кийимини боғлаб ололмайди.

**Сийдик пуфаги симптоми.** Бемор тез-тез ва оғриқли сийишга, тез-тез чақирқларга шикоят қилади. Бу симптом чанокда жойлашган чувалчангсимон ўсимта учун бу симптом кўпроқ хос.

**Нелатон-Кримов-Гуревич симптоми** (A.Nelaton, 1844; А.П.Кримов, 1922; А.М.Гуревич, 1950). Кўрсаткич бармоқ учи ўнг чов каналига тери ости чов халқасига киритилади ва чов канали орқа девори пайпасланади, бу ўнг чов соҳасида оғриқ кучайишини чақиради. А.М.Гуревич оғриқни кучайтириш учун бемордан йўталишни сўраган.

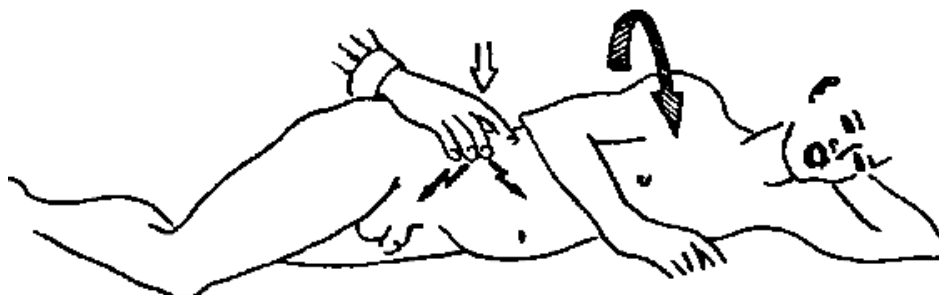
**Образцов-Мелтзер симптоми** (В. П. Образцов, 1895; S. Meltzer, 1903) Бемор белига ётган ҳолда, ўнг оёғини юқорига кўтаради, шифокор

эса унинг ўнг ёнбош соҳасини пайпаслайди. Пайпаслашда оғриқнинг кучайиши ўткир аппендицитдан дарак беради (Расм 22).



Расм 22. Образцов симптоми

**Отт-Ортнер-Розенштейн-Ситковский симптоми** (I. Ott, 1878; N.Ortner, 1917; P. Rosenstein, 1920; П. П. Ситковский, 1922). Беморни белига ётган ҳолатидан чап ёнбошига ёки чап ёнбош билан ётганида, ўнг ёнбош соҳасида тортувчи оғриқларнинг кучайишини хис қилади (Расм 23).



Расм 23. Ситковский симптоми.

**«Пайп триадаси» симптоми** (Е.Раур, 1927). Чанокда жойлашган аппендицит учун триада симптомлар хос: тенезмалар, спастик ич келиши, тўғри ичак сфинктери гиперестезияси.

**Панкратов симптоми** (А.К.Панкратов, 1962). Энг оғриқли жой босиб турилганда, бемордан қорнини дам қилиш сўралади, бу вақтда қўл тез олинади – оғриқ кескин кучаяди.

**Пейсах симптоми** (Н.А.Пейсах, 1962). Синоним: транспорт симптоми. Симптом шифокор томонидан тез ёрдам машинасида шифохона олди



шароитида аниқланади. Шифохонага кетувчи йўлда машинанинг ҳар бир чайкалишида, бемор қориндаги оғриқнинг аниқ жойини кўрсатади.

**Петров симптоми** (Д.Г.Петров, 1949). Ўнг ёнбош соҳа пайпасланганда, беморни ётган ҳолатидан ўтиришга уринилади. Бунда оғриқнинг кучайиши ўткир аппендицит учун хос.

**Платовский симптоми** (А. К. Платовский, 1952). XII қовурға кирғоғидан ўнг бел соҳасидан бошланувчи ўнг чов соҳасида тугайдиган чизик бўйлаб сирпанувчи ҳаракатлар ўтказилади. Муаллиф пайпаслашнинг бутун майдонини 2 қисмга бўлган: юқори (орқа) ва пастки (олдинги). Ўткир аппендицитда бел соҳага қараганда оғриқ кучайиши кузатилади («қуйи мусбат симптом»).

**Пронин-Бойко симптоми.** Бемордан «бармоқ учида» туриш сўралади ва сўнгра товонга ўтиш сўралади. Ўнг ёнбош соҳада оғриқнинг кучайиши ўткир аппендицитдан дарак беради.

**Пунин симптоми** (Б.В.Пунин, 1927). Пунин нуқтасида оғриқнинг бўлиши ретроцекал жойлашган аппендицит учун хос.

**Пшевалский - I симптоми** (В.Przewalsky, 1925). Бемор белига ётган ҳолатида ўнг ёнбош соҳадаги оғриқ ҳисобига узоқ вақт ўнг оёғини тўғри кўтара олмайди.

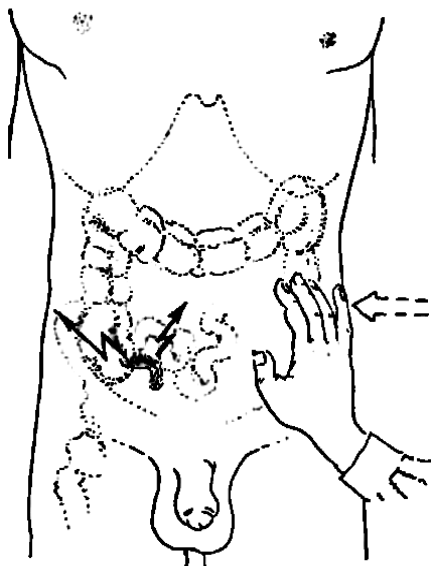
**Пшевальский - II симптоми** (В.Przewalsky, 1925). Ўнг чов боғлами устида маҳаллий лимфатик тугунларнинг яллиғланиши ҳисобига шишни аниқлаш мумкин.

**Ризваш симптоми** (С.И.Ризваш, 1957). Бемордан секинлик билан чуқур нафас олиш ва кескин нафас чиқариш сўралади, бунда ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучайиши кузатилади.

**Рише симптоми** (А. Richet, 1893). Сонни олиб келувчи мушакларининг қисқариши кузатилади.

**Ровзинг симптоми** (N.T. Rovsing, 1907). Бемор белига ётади. Шифокор чап қўли билан чап ёнбош соҳадаги сигмасимон ичакни босиб

туради, ўнг қўли билан эса пастга тушувчи чамбар ичак сатҳида бир қанча юқорига қаратиб нуқтасимон ҳаракатлар қилади. Ўнг ёнбош соҳа нуқталарида оғриқнинг кучайиши ўткир аппендицит учун хос (Расм 24). Бу симптом 85% ҳолатларда мусбат бўлади.



Расм 24. Ровзинг симптоми

### **Рожанский симптоми**

(В.И.Рожанский, 1945). Синоним: «ёткизилган асфалт» симптоми. Ўнг ёнбош соҳа тўқималарининг шишганлигини аниқлаш мумкин.

### **Розанов симптоми**

(В.Н.Розанов, 1924). Синоним: «коринни фаол шишириш» симптоми. Бемор қорнини тўлиқ ишира олмайди, ўнг соҳаси мушакларнинг таранглашиши ҳисобига шишмайди.

### **Роттер симптоми**

*Per rectum* текширилганда, Роттер нуқтасида оғриқ кузатилади.

**Рудницкий симптоми** (М.Н. Рудницкий, 1910). Шифокор беморнинг тўғриланган ўнг оёғини кўтариб, ўнг ёнбош соҳасини пайпаслайди, қорин мушакларининг ёзилиши ҳисобига оғриқ кучаяди.

**Руткевич-Волкович-Певзнер симптоми** (К.М.Руткевич, 1915; Н.М.Волкович, 1926; М.И.Певзнер, 1945). Ўнг ёнбош соҳада кўричак қўшиладиган жой пайпасланганда, оғриқ кучаяди. Бунда К.М.Руткевич бу симптомни кўричак медиал, Н.М.Волкович - латерал, М.И.Певзнер – юқори жойлашганда аниқлаганлар.

**Синакевич-Булинин симптоми** (Н.А.Синакевич, 1922; И.И.Булинин, 1946). Биринчи иккита бел умуртқаларининг қиррали ўсиқларидан 3-4 см ўнгда жойлашган нуқталар босилганда, ўткир аппен-

дицит учун хос локал оғриқ чақирилади, бу бел нервларининг ретроград кўзғалиши билан боғлиқ.

**Сорези-Караванов симптоми** (A.L.Soresi, 1931; Г.Г.Караванов, 1951) бемор белига ётган, оёқлари буқилган ҳолатда, йўталади, бир вақтда ўнг қовурға ёйи ости пайпасланади. Бунда ўнг ёнбош соҳасида оғриқ кучайиши кузатилади.

**Суполт-Селе симптоми** (R.Sourpault, G.Seille, 1930). Чуқур нафас олганда сийдик пуфагида оғриқ кучаяди. Бу яллиғланган чувалчангсимон ўсимтаси чанокда жойлашганида кузатилади.

**Филатов симптоми** (Н.Ф.Филатов, 1912). Ўнг ёнбош соҳа пайпасланганда, тинчликка қараганда оғриқнинг кучайиши кузатилади.

**Фомин симптоми** (Н.Н.Фомин, 1951). Ўткир аппендицитда ўнг томонда қорин рефлексларининг бўлмаслиги ёки сусайиши.

**Форқампф-Варшавский симптоми** (К.К.Форқампф, 1955; И.М. Варшавский, 1981). Синоним: «оғриқнинг сусайиши» симптоми. Ўнг ёнбош соҳа босилганда, эпигастрал соҳадаги палпатор оғриқ йўқолади ва ўнг ёнбош соҳадаги босим тухтатилганда, оғриқ пайдо бўлади.

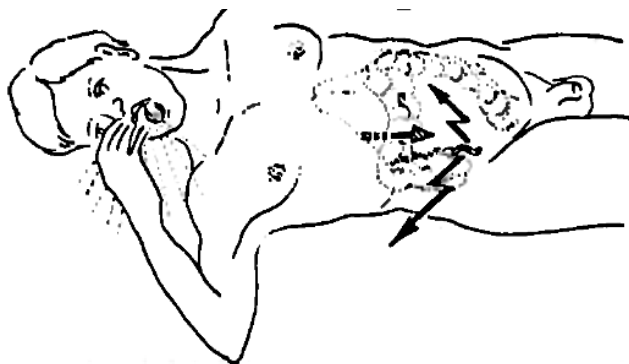
**Химич симптоми** (С.Д.Химич, 1994). Бемор қорнига ётади, бунда яллиғланиш экссудати ва яллиғланган аъзолар қорин олдинги деворига текис тегиб туради. Шифокор қўлини беморнинг ўнг ёнбош соҳасига киришиб, қорин олдинги деворини босади (бемор оғриқ сезади), сўнгра босимни кескин тўхтатади (бемор оғриқнинг кучайишини хис қилади). Аслида, бу Щёткин-Блюмберг симптомини беморни қорнига ётқизилган ҳолатида текширишдекдир.

**Хорн симптоми** (Т.С.Horn, 1921). Эркакларда ўнг уруғдонни кўтариш билан ўнг уруғ тизимчасининг таранглашиши чақирилади, бир вақтда ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучаяди.

**Чейс симптоми** (I.C.Chase, 1897). Кўндаланг чамбар ичакни ўнгдан чапга қараб чуқур пайпасланганда, бош бормоқ билан пастга тушувчи

чамбар ичакни ушлаган ҳолда, ўнг ёнбош соҳада оғриқнинг кучайиши кузатилади.

**Черемский-Кушниренко симптоми** (А.С.Черемский, 1951; В.И.Кушниренко, 1952). Синоним: «йўтал синамаси» симптоми. Йўталганда, ўнг ёнбош соҳадаги оғриқ кучаяди (Расм 25).



Расм 25. «Йўталиш синамаси» симптоми.

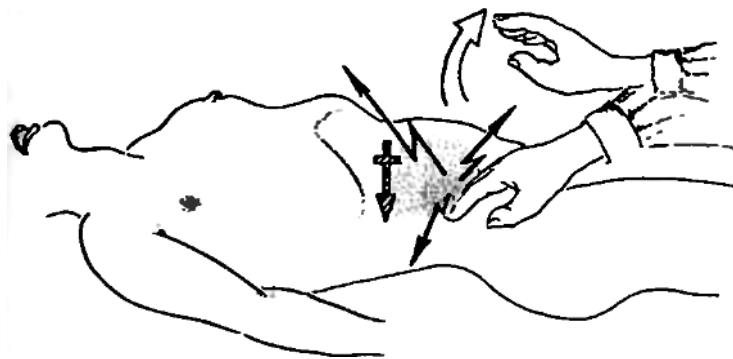
**Чугаев симптоми** (А.С.Чугаев, 1938) Синоним: «аппендицит ипи». Ўнг ёнбош соҳа пайпасланганда, қориннинг ташки қийшиқ мушаги апоневрозида таранглашган тортмалар - «аппендицит ипи» апоневрознинг алоҳида толалари пайпасланади.

**Шлесингер симптоми** (А. Schlesinger, 1906). Ўнг ёнбош соҳадаги оғриқнинг ўнг думба ва сонга иррадиацияланиши – сурункали аппендицит белгисидир.

**Шомакер симптоми** (P. Shoemaker, 1898). Муаллиф ахлатда шилликнинг доимий бўлишини сурункали аппендицит учун хос эканлигини таъкидлаган.

**Штраус-Блюмер симптоми** (I.Strauss, 1896; С. А.Blumer, 1940). *Per rectum* текширилади. Кичик чанок бўшлиғида экссудат борлиги ҳисобига тўғри ичак олдинги деворининг оғриқли бўртиб қолиши.

**Щёткин-Блюмберг симптоми** (Д.С.Щёткин, 1908; М.Blumberg, 1907). Беморнинг ўнг ёнбош соҳаси қўл билан босилганда, оғриқ сезади, бирданига қўл тезда олинса, оғриқнинг кучайиши кузатилади. 98% ҳолатларда қорин парда кўзғалиши симптоми перитонит учун хос (Расм 26).



Расм 26. Щёткин–Блюмберг симптоми

**Эворт симптоми** (W.Ewart, 1912). Ўнг ёнбош суяги юқори орқа ўсиғи устида перкутор товушнинг бўғиқлашиши сурункали аппендицит учун хос.

**Эскин симптоми** (И.А.Эскин, 1934). Бемор белига ётган ҳолатида чаноғи кўтарилади, бунда яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанинг жойини алмаштириши ва сурункали аппендицит натижасида пайдо бўлган перифокал тортишмаларнинг тортилиши ҳисобига оғриқнинг кучайиши кузатилади.

**Яворский-Островский симптоми** (W.Jaworski, 1908; М.И.Островский, 1952). Бемор белига ётган ҳолатда, ўнг оёғини юқorigа кўтаради, шифокор эса тизза бўғими соҳасида унга қаршилик кўрсатади. Бунда ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучаяди.

**Яуре-Розанов симптоми** (Г.Г.Яуре, 1924; В.Н.Розанов, 1927) Пти учбурчаги соҳаси босилганда, оғриқ бўлиши. Ретроперитонеал жойлашган аппендицит учун хос.

Юқорида таърифланган симптомлар сурункали яллиғланган чувалчангсимон ўсимтани диагностикалаш учун келтирилган, ҳозирги вақтда булар фақат тарихий қизиқиш уйғотади, холос.

## ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Клиник кон тахлилида чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши учун махсус кўрсаткичлар мавжуд эмас. Яллиғланиш жараёни риво-

жланишидан дарак берувчи айрим кўрсаткичлар аниқланиши мумкин, аввало, бу лейкоцитоздир. ЭЧТ нинг тезлашиши, қон формуласининг чапга силжиши – Шиллинг формуласи таёқча ядроли нейтрофилларнинг микдори ортиши ҳисобига чапга силжиши, «нейтрофилларнинг токсик донадорлиги» нинг мавжудлиги бемор организмда интоксикация кучайганидан дарак беради.

Я.Я.Калф-Калиф бўйича интоксикациянинг лейкоцитар индексини аниқлаш (ЛИА) (1947): нормада ЛИА - 0,38 дан 1,5 гача. Яллиғланиш жараёнида ЛИА 2-3 гача кўтарилади, деструктив жараёнда эса - 4-9 гача. Оддий аппендицитда лейкоцитар индекс ўртача 2,57; флегмоноз - 6,9; гангреноз - 9,25; гангреноз-перфоратив - 9,68 га тенг бўлади.

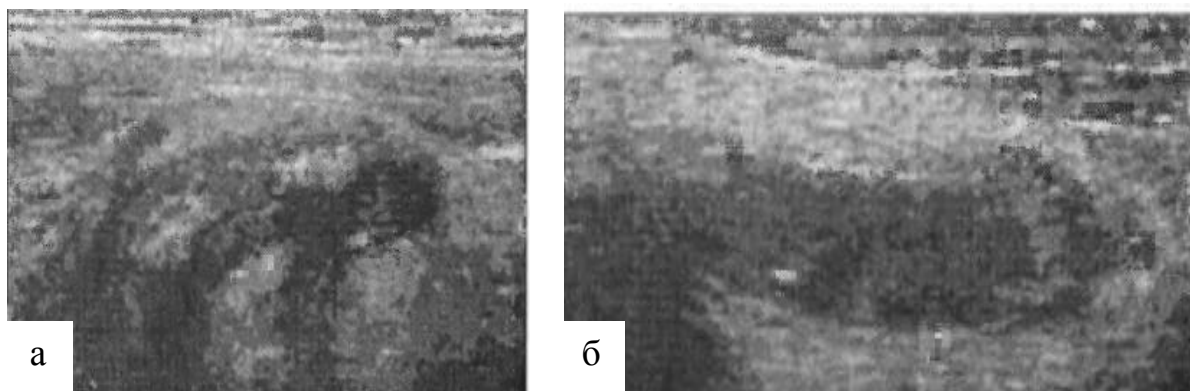
Нейтрофилларнинг реактив жавоб индексини аниқлаш (НРЖ) – эндоген интоксикация компенсация даражаси индекси (Т.Ш.Хабиров, 2004): нормада НРЖ - 8,5-12,7, НРЖ эндоген интоксикация компенсациялашган даражасида 15-25 гача кўтарилади; субкомпенсациясида - 26-40; декомпенсациясида – 40 бўлади.

### **Қўшимча текширув усуллари**

Ўткир аппендицитда *рентгенологик диагностикаот* муҳим эмас. Контрастсиз обзор рентгенографияда чувалчангсимон ўсимта кўринмайди. Ўткир аппендицитни диагностикалашда ёрдам берувчи билвосита рентгенологик симптомлардан қуйидагиларни аниқлаш мумкин: ўнг ёнбош соҳа ичак қовузлоқларининг шиши – ичакнинг локал пневматизацияси – Клемм симптоми; кўричак ва ингичка ичак терминал қисмларида суюқликнинг горизонтал сатхининг мавжудлиги. Ичакнинг локал пневматизацияси қорин бўшлиғи ўткир жарроҳлик патологиялари учун хос энг эрта рентгенологик симптомлардан бири ҳисобланади.

Охирги йилларда ўткир аппендицит диагностикаотида қорин бўшлиғи аъзолари *ультратовушли кўрув усули*нинг мукамаллашиши натижасида машхур бўлиб бормокда.

Аммо УТТ аниқлиги 80% дан ошмайди. Ўсимтанинг 8 мм гача калинлашиши, перисталтикасининг йўқолиши, ўсимта деворлари қаватларининг тиниқ бўлмаслиги ўсимтанинг яллиғланишли трансформацияси мезони бўлиб хизмат қилади (Расм 27).



Расм 27. Ўсимтанинг УТТ. *а* - ўсимтанинг кўндаланг сканирлаш (чувалчангсимон ўсимта бўшлиғида 2 ахлат тошлари – акустик сояланишли зич бирикмалар); *б* - гангреноз аппендицит (ўсимта девори қаватларини ажратиши бузилган).

**Диагностик лапароскопия** илеоцекал соҳа касалликларини аниқлашда катта аҳамиятга эга. Бу усул ўткир аппендицитга шубҳа қилинганда, клиник жихатдан номаълум ҳолатларда кўрсатма ҳисобланади. Экстрагенитал (ичак) эндометриоз, мезентериал лимфатик тугунларининг яллиғланиши, Крон касаллиги ва бошқа чувалчангсимон ўсимта билан боғлиқ бўлмаган касалликларни аниқлашда катта рол ўйнайди.

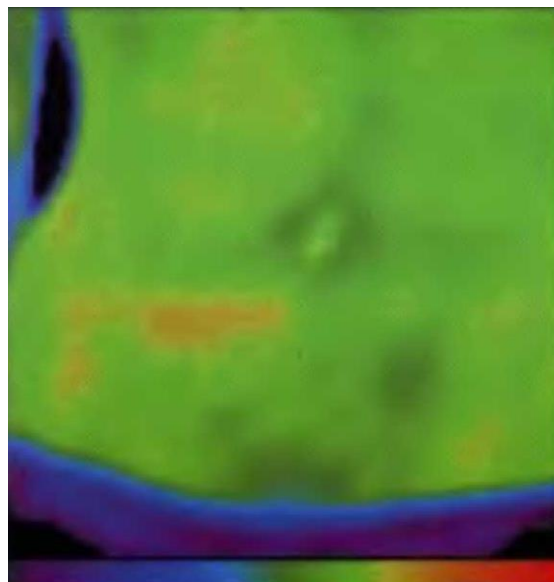
**Компютер томография** – қорин бўшлиғи касалликларини диагностикалашда юқори маълумотларга эга усул ҳисобланади (Расм 28).

**Термография** – инсон танаси тана ҳароратига пропорционал ҳолда, инфрақизил нурланишини рўйхатга олишга асосланган функционал текширув усулидир. Нормада иссиқлик билан нурланиш интенсивлиги ва тарқалиши организмда рўй берадиган физиологик жараёнларнинг хусуси-

ятлари билан аниқланади. Соғлом одамларда ҳароратнинг тарқалиши тана ўрта чизиғига нисбатан симметрик бўлади (Расм 29).



Расм 28. Томограмма.  
Чувалчангсимон ўсимта.



Расм 29. Термография. Ўткир  
аппендицит.

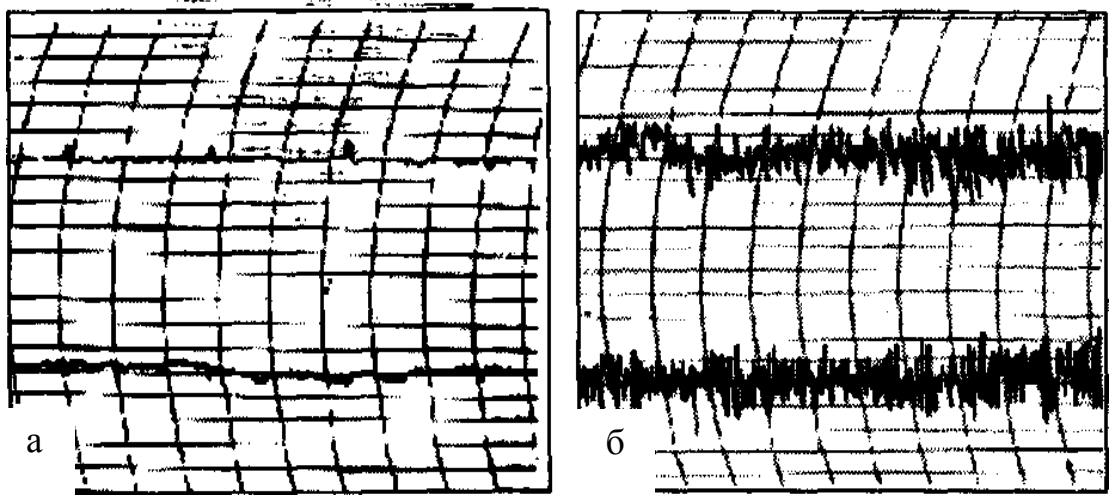
Кўкрак, қорин ва белга ҳароратнинг бёрилиш даражаси нормада  $1,0^{\circ}\text{C}$  дан ошмайди. Турли патологик ҳолатлар термоасимметрия билан характерланади ва тана симметрик соҳаси ҳамда нурланишнинг ортиб кетган ва камайган соҳалари орасида ҳарорат градиентининг бўлиши термографик манзарада кўринади. Ўткир аппендицитда чувалчангсимон ўсимта сатҳида  $0,6-1,3^{\circ}\text{C}$  градиентдаги ўчоғли гипертермия аниқланади.

Қорин девори *электромиографияси* (ЭМГ). Бу мушак толалари кўзгалганда скелет мушакларида пайдо бўлувчи биологик потенциалларни аниқлаш усулидир (Расм 30).

Текширув тери усти электродлари ёрдамида ўтказилади. Чувалчангсимон ўсимтада яллиғланиш ривожланганида қорин олдинги девори мушакларининг таранглашиши кузатилади, йирик бўялган тўлқинлар кўринишида рўйхатга олинади.

Шундай қилиб, ўткир аппендицитда қўшимча текширув усуллари-дан: лапароскопия, УТТ, КТ, термография кўп маълумотли саналади.





Расм 30. Қорин девори электромиографияси: *а*- нормада; *б*- перитонитда.

### 3.3. ЎТКИР АППЕНДИЦИТ ҚИЁСИЙ ДИАГНОСТИКАСИ

Қуйида келтирилган касалликлар шошилиш жарроҳлик амлиётини талаб қилади, диагностикаотда хатоликка йўл қўйиш даволашнинг умумий режасини ўзгартирмайди. Аммо хатога йўл қўйиш бемор учун операция жамоасини, даво йўлини тўғри танлашда адашишлик келтириши мумкин.

**Яра касаллигини қўзғалиши.** Бемордан ҳаёт анамнезини тўплаш, яра анамнезига (даврий оғриқларнинг мавсумий қўзғалишлар билан бўлиши, зарда, «оч қолиш» даги оғриқлари – Мойниган симптоми (1905), ошқозон-ичакдан қон кетиш ва ҳ.к.) диққат қаратиш зарур. Бемор эпигастрал соҳадаги интенсив оғриқга, енгиллик берувчи қайт қилишга шикоят қилади. Қусуқ массаси кислоталик муҳитга эга, лабларда ёрилишлари қолдиради. Объектив, ўнг ёнбош соҳада қорин парда қўзғалиши симптомлари ва мушак таранглашиши бўлмаслигига эътибор бериш керак, яъни «аппендикуляр» симптомлар йўқ. ФГДС ва ошқозон-ичак тракти рентгенологик текширувлари катъий ўтказилиши керак.

**Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак перфоратив яраси.** Хатолик касалликнинг кечки босқичларидан ошқозон массасининг ўнг фланкага ўт-

ганида ўнг ёнбош соҳада Щёткин-Блюмберг симптомининг бўлиши билан боғлиқ.

Беморда «яра» анамнези аниқланади. Унда кўп овқатланиш, кўп асабийлашиш кузатилиши мумкин. Оғриқ бирданига, кескин, эпигастрал соҳада «ханжар ургандек» - Делафуа симптоми (1898) билан бошланади. Оғриқ шоки ёки коллапс бўлиши мумкин. Оғриқ тезда бутун қоринга тарқалади (ўткир аппендицит каби ўтмайди (!)). Оғриқ елка ёки қўлга иррадиацияланиши – Элекер (1913) симптоми– диафрагмал нерв охирларининг ошқозон массасига боғлиқ ҳолда қўзғалиши. Объектив кўрганда интоксикация ҳисобига «Гиппократ юзи» аниқланади. Бемор мажбурий ҳолатни эгаллайди, иккига буқилиб, қўлларини қорнига буқиб олади, камданкам ҳолатларда оғриқдан юриши мумкин. Тил қуруқ. Қайт қилиш кам бўлади. Қорин мушакларининг доскасимон таранглашиши, қорин парда қўзғалиши симптоми қориннинг юқори ва пастки соҳаларида мусбат бўлади. Перкутор жигар тўмтоқлиги - Спизарний-Кларк симптоми йўқолади. Бруннер сипмтоми мусбат (1903) – аускултатив ўнг қовурға ёйи остида қорин парданинг ошқозон массасига таъсирланиши ҳисобига титраш шовқини эшитилади. Аускултатив эпигастрал соҳада нафас шовқинларини – «Кенигсберг қорин-нафас феномени симптоми» эшитилиши мумкин.

Қонда - лейкоцитоз формуланинг чапга силжиши билан, ЭЧТ нинг тезлашиши кузатилади. Қорин бўшлиғи рентгеноскопиясида диафрагма остида газ чизиғи аниқланади - пневмоперитонеум, яра ёпик перфорациясига шубҳа қилинганда эса рентгеноскопиядан олдин фиброгастроудеоскопия ва Дебейки-Хенелт синамаси – пневмогастрография ўтказилади (1963).

**Ўткир холецистит.** Чувалчангсимон ўсимтанинг жигар остида жойлашиши, висцероптоз, ичакнинг тугалланмаган буралишида хатога йўл қўйиш мумкин.

Анамнездан – овқатни кўп истеъмол қилиш ва жисмоний зўриқиш. Оғриқ бирданига ўткир бошланади, Боас нуқтасида ўнг қовурға ёйи остида бўлади (1925). Елкага ёки куракка иррадиация бериши мумкин. Кўнгил айниш ва оғриқ хуружи фонида қайта-қайта ўт билан қайт қилиш кузатилади. Оғриқ хуружидан сўнг тери ва склеранинг эктериклиги (сариклик) пайдо бўлиши мумкин. Тана ҳарорати 38-39°C гача кўтарилади. Қорин пайпасланганда, ўнг қовурға ёйи остида қорин олдинги девори мушакларининг таранглашиши кузатилади ва димланган, таранглашган ўт пуфаги пайпасланади, нафас актида бўртади - Курвуазе-Терре симптоми (1902). Қуйидаги симптомларни мусбатлиги кузатилиши мумкин: ўнг қовурға ёйи бўйлаб кафт билан уриб кўрилганда оғриқ бўлиши - Ортнер (1900); ўт пуфаги босилиб турганда, бемор чуқур нафас олганида оғриқнинг кучайиши Мерфи (1913); ўнгда туш-умров-сўрғичсимон мушак оёқчалари ораси пайпасланганда оғриқнинг бўлиши - де Мюсси (1885). Булардан ташқари қонда гипербилирубинемия, лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашиши кузатилади.

**Ўткир панкреатит ва панкреонекроз.** Анамнезда кўп овқат истеъмол қилиш, алкоголь ва рухий зўриқиш аниқланади. Касаллик бирданига бошланади. Оғриқ эпигастрийда азоб берувчи, ўраб олувчи ҳарактерда бўлиб белга иррадиацияланади. Ўт билан қайт қилиш турғун, доимий бўлади. Касаллик бошланишидаги саранжомлик ўрнини пассивлик, адинамия билан ўрин алмашади (интоксикациянинг ўсиши) – тез ўсувчи ҳолатдир. Тил қуруқ, караш билан қопланган. Қорин олдинги девори кўрув вақтида қорин аортаси пулсацияси - В.М.Воскресенский симптоми (1949) аниқланади. Қорин пайпасланганда, юқори соҳалари шиши, оғриқ ва мушакларининг таранглашиши аниқланади. Ўткир панкреатит учун хос қуйидаги махсус симптомлар ҳам бўлиши мумкин: Кёрте симптоми (1894) – қорин деворининг кўндаланг резистентлиги; Дежерден симптоми (1905) – қорин тўғри мушаги бўйлаб киндикдан 10 см юқорида оғриқнинг бўлиши; Кюнео симптоми (1899) – без йўналиши бўйлаб инфилтратнинг пайпасла-

ниши; Мейо-Робсон симптоми (1904) – чап қовурға-умуртқа поғонаси бурчаги пайпасланганда оғриқ бўлиши. Аускултатив сушт ичак перисталтикасининг кучсиз шовқини эшитилади. Диурез бироз камайиши мумкин. Гиперамилаземия, лейкоцитоз чапга силжиш билан аниқланиши мумкин.

**Чурра қисилиши.** Аппендицит ва чурра қисилишининг қиёсий диагностикаоти қийинчилик туғдирмайди. Бу ҳолатда жарроҳ чурра пайдо бўлиши мумкин жойларни кўздан кечириши лозим. Агар эски операциядан кейинги соҳада, ёки чов канали ташқи тешиги, ёхуд сон уч бурчагида, ёки Спигелий чизиғида оғриқли, таранглашган, силлик, тўғриланмайдиган бўртма мавжуд бўлса, беморда чурра борлигини фикрлаш керак. Бунда «аппендикуляр» анамнез кузатилмайди. Бундан ташқари беморда оғриқнинг пайдо бўлиши жисмоний зўриқиш билан боғлиқ бўлади.

**Терминал илеит.** Синоним: Крон касаллиги - носпецифик касаллик бўлиб, асосан ингичка ичакнинг дистал қисмлари зарарланади. Операциядан олдин терминал илеитни аниқлашда ягона имконият – колоноскопия ўтказиш керак: яллиғланишли гранулематоз жараён, ёриқсимон яраларнинг пайдо бўлиши, шиллик қаватнинг нотекис рельефи ва ёнбош ичак стенози аниқланади.

**Бачадондан ташқари ҳомиладорлик.** Эктопик ҳомиладорликда ҳам қиёсий диагностика ўтказиш лозим (кўпроқ най ҳомиладорлиги билан). Шунинг ёдда тутиш керакки, кўпроқ ўнг томонлама бачадондан ташқари ҳомиладорлик кузатилади. Касаллик ҳақида анамнез йиғилганда, қорин пастида ўткир оғриқларнинг пайдо бўлиши аниқланади: хушдан кетиш ёки коллапсгача олиб борувчи кескин тўлғоқсимон оғриқлар, оралиқга, тўғри ичак, белга иррадиацияланиши кузатилади. Эпигастрийда оғриқ синдромининг бошланиши камроқ кузатилади. Бемор холсизликка, кўнгил айнашига ва кўп марта қайт қилишга (токсикоз), кўз олдини қоронғилашишига, кўрқувга шикоят қилади. Бемор ўзини бесаранжом тутаяди. Кўрув вақтида оғриқ синдроми ва ички қон кетиш манзараси, тери қопламаларининг

оқариши, шиллик қаватлар цианози кўзга ташланади. Тахикардия. Диастолик АБ пасаяди. Бесаранжомлик фонида бепарқлик кузатилади. Тили нам, караш билан қопланган. Қорин пастки қисмлари шишган. Пайпасланганда, мушакларнинг таранглашиши кузатилмайди, қов устида кучли оғриқ, Щёткин-Блюмберг симптоми кучсиз намоён бўлади.

Шуни ёдда тутиш керакки, ҳомила тухуми бутунлиги бузилишигача ҳомиладорлик симптомсиз кечади! Бемор қорин пасткида ўткир оғриқлар пайдо бўлгунига қадар тез-тез қалтираш ва 39°С гача гипертермия хис қилади.

**Тухумдонлар апоплексияси.** «Апоплексия» термини остида кўйидагилар тушунилади: тухумдонда қон қуйилишлар, майда кисталарнинг ёрилиши, сарик тананинг ёрилиши. Бирданига яшин тезлигида хасталикнинг бошланиши апоплексия учун хос. Бемор қорин пасткида тўлғоқсимон оғриқлар пайдо бўлишига, кўнгил айниши, қайт қилишга, узини ёмон хис этаётганлигига, холсизликка, бош айланишига шикоят қилади. Тана ҳарорати меъёрда бўлади. Баъзан хушдан кетиш ҳолатлари кузатилиши мумкин. Оғриқ пайдо бўлиш муддатига қараб, хайз цикли ўртасида, «аёлнинг юқорида ўтириши» ҳолатидаги жинсий алоқадан сўнг оғриқнинг пайдо бўлиши апоплексияга хос. Оғриқларнинг оралиқга, белга иррадиацияланиши кузатилади. Кўрувда: тили нам, қорин бироз шишган, юмшоқ, мушак таранглишиши унчалик намоён бўлмайди. Щёткин-Блюмберг симптоми манфий ёки гумонли бўлади. Қорин бўшлиғига қон кетиш белгилари (оқариш, тахикардия, АБ пасайиши, Квервен симптоми, френерус симптоми) кузатилади. «Аппендикуляр» симптомлар манфий бўлади.

Жендринскийнинг (1946) қиёсий диагностикаот симптомини аниқлаш зарур: бемор белига ётган ҳолда, Кюммелл нуқтаси босиб турилади, бу эса оғриқ чақиради. Шифокор қўлини узмаган ҳолда, бемордан туришни ёки ўтиришни сўрайди. Оғриқнинг кучайиши ўткир аппендицитдан, оғриқнинг камайиши эса – гинекологик патологиядан дарак беради.

Бу ўтирганда ички гениталийлар кичик чанокга сурилади ва пайпаслаш учун қулай бўлмай қолади.

**Тухумдон кистаси оёкчасининг буралиб қолиши.** Бирданига жисмоний зўриқиш, ҳаракатли ўйинлар ёки жисмоний тарбия дарсларидан сўнг (қизларда) ўткир бошланади. Бемор қорин пастидаги кучли оғриққа, шоккача, кўнгил айнашига, камрок – қайт қилишга шикоят қилади. Қорин пайпасланганда, қорин пастида қарма-қарши томонига нисбатан мушакларнинг таранглашиши кўзга ташланади. Бу қорин парданинг кўзғалиши симптомлари бўлиши мумкин. «Аппендикуляр» симптомлар манфий. Физиологик ажратишлар ўзгаришсиз. Диагностикалашда аппендикуляр инфилтрат ва тухумдоннинг катта кистаси билан қиёслашда қийинчилик туғилиши мумкин. Киста силлиқ, юмалоқ бўлиб, аниқ чегарага эга, аппендикуляр инфилтрат эса нотекис, шакли ва чегаралари аниқ аниқланмайди. Конда унчалик намоён бўлмаган лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашиши кузатилади.

Ўткир аппендицитни қорин бўшлиғи аъзолари касалликларидан ташқари, қуйидаги касалликлар билан ҳам қиёслаш лозим: юрак хасталиклари; ўткир плевропневмония; мезентериал қон айланишининг ўткир бузилиши; ичак флегмонаси; дивертикулит; қорин олдинги девори флегмонаси; ичак тутқичи ўткир лимфаденити; илеоцекал соҳа липоматози; илеоцекал клапан эндомиоэози; кўричак ҳаракати синдроми; кўричак сили; ичак дискинезияси; ўткир гастрит; озиқ-овқат инфекцияси; глист инвазияси; қорин тифи; пелвиоперитонит; тухумдон сили; буйрак санчиғи; актиномикоз; ўткир аднексит ва салпингоофорит; менструал санчиқ ва дисменорея; ҳомиладорликнинг муддатдан олдин тўхташи; ўраб олувчи темирлатки; умуртқа поғонаси касалликлари; *spina iliaca anterior superior* синиши.

### **3.4. ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ДАВОЛАШ**

### **Консерватив даволашга кўрсатмалар:**

- «Ичак санчиғи» - аниқ сабабларсиз ўнг ёнбош соҳадаги оғриқ, бир неча соат давомида спазмолитиклар билан оғриқ босилади;
- Ўткир аппендицит инкор қилинганда, консерватив даволашни талаб қилувчи патологиялар;
- Зич чегараланган аппендикуляр инфилтрат;
- «Ўткир аппендицит» деб аниқ диагностика қўйилганда, беморнинг жарроҳлик амалиётидан бош тортиши;
- Бир неча кун давомида беморни шифохонага ётқизиш ва жарроҳлик ёрдами ташкил этиш имкони бўлмаганда (масалан, узоқ муддат денгизда сайр қилганда).

### **Аппендэктомияга кўрсатмалар:**

- шифохонада даволаш шароитида ўнг ёнбош соҳада оғриқ синдроми-нинг 6-8 соат давом этиши (бу ерда Коуп қондасини эсга солиш керак (Z.Cope, 1946): агар қориндаги кучли оғриқ тўлиқ соғлом шароитда юз берса, 6-8 соат давом этса, зудлик билан лапаротомия талаб қилинади);
- аниқ қўйилган «ўткир аппендицит» диагностикаси;
- болаларда ўткир аппендицитни инкор этиш имкони бўлмаганда;
- аппендикуляр генездаги перитонит;
- прогрессив аппендикуляр инфилтрат абсцесс шаклланиши билан;
- қисқа давом этган касалликда нозик аппендикуляр инфилтрат;
- ўтказган зич аппендикуляр инфилтратдан кейинги ҳолат (сурункали резидуал аппендицит);
- қорин бўшлиғида аниқ патология бўлмаган ҳолатларида аппендэктомия ўтказиш учун аниқ йўл;
- бошқа патологик ҳолатларда чувалчангсимон ўсимта яллиғланишини инкор этиш имкони бўлмаганда (тиф, Крон касаллиги ва х.к.);

- йўғон ичак ўнг ярмини жарроҳлик амалиёти учун қўллашда (аппенди-коцекостомия ва бошқалар).

#### **Аппендэктомияга қарши кўрсатмалар:**

- интоксикация ва перитонит симптомлари ўсмаганда, ўнг ёнбош соҳада зич чегараланган инфилтрат аниқланганда;
- беморнинг агонал ҳолатда бўлиши;
- «ўтқир аппендицит» диагностикаи инкор этилгандаги патологияларда.

#### **Аппендэктомия қуйидаги ҳолатларда бир неча соатларга чўзилиши мумкин:**

- юрак-қон томир тизии касалликларининг декомпенсацияси;
- қандли диабет декомпенсацияси.

Ўтқир аппендицит билан беморга жарроҳлик ёрдами унинг шифохонага келганидан сўнг икки соат давомида кўрсатилиши керак.

#### **Операция олди тайёргарлик**

Операция олди тайёргарлик қуйидагилардан иборат:

1) операция ўтказиладиган тери гигиенаси (операция вақтида кенгайтириш имкониятларини ҳисобга олган ҳолда); 2) ошқозонни овқатдан тозалаш (агар бемор охирги 2-3 соат давомида овқат истемол қилган бўлса, ошқозони ювилади); 3) сийдик пуфагини бўшатиш; 4) премедикация (1% промедол - 1 мл; 0,1% атропин - 1 мл; 1% димедрол - 2 мл).

Перитонит клиник белгиларида операция олди тайёргарлик қўшимча равишда қуйидагилар киритилади: дезинтоксикацион терапия; антибактериал препаратларни киритиш. Беморда қандли диабет бўлса, инсулин киритиш лозим.

Ёши катта, тромб ҳосил бўлиш хавфи юқори бўлган одамларда антикоагулянтларни киритиш керак.



Оёқ веналари варикоз кенгайган шахсларда эластик бинт билан тромбэмболик асоратларни олдини олиш учун оёқларни бинтлаш зарур.

Операция столида бемор ҳолати қуйидагича бўлиши талаб қилинади: Тренделенбург ҳолати – бемор чаноғини кўтарган ҳолда белига ётади (бу ҳолат тана вазни катта шахслар, юрак хасталиклари бор одамларга қарши кўрсатма ҳисобланади); Шланге-Лексер ҳолати – бемор чап ёнига ярим айланган ҳолда белига ётади (валикда).

Операция майдонини тозалаш бевосита операциядан олдин (1908), йод эритмасини қўллаш эртароқ Н.И.Пирогов (1841) ва Н.М.Филончиков (1904) томонидан тадбиқ этилганига қарамай, Гроссик томонидан ишлаб чиқилган принципларга асосланиб ўтказилади. Ҳозирги вақтда йод эритмасини қўллаш айрим буйруқлар томонидан ман этилган, аммо операция майдонини тозалаш замонавий асептиклар билан бу принциплар асосида ҳозиргача қўлланилади.

#### **Аппендэктомиядан олдин оғриқсизлантириш.**

Умумий оғриқсизлантиришнинг аҳамияти маҳаллий анестезия олдида мунозара талаб қилмайди. Аммо баъзан аппендэктомия маҳаллий анестезия остида ўтказилиши мумкин. Шунга боғлиқ ҳолда, маҳаллий анестезия ҳақида тўхталиб ўтамиз, чунки у бевосита жарроҳ томонидан ўтказилади.

Аппендэктомияда инфилтрацион маҳаллий анестезия усули А.В. Вишневский (1938) томонидан ўрганилган, мустахкамланган ва машхур бўлган. Усул асосида қуйидагилар ётади – новокаин қаватма-қават киритилади, кесма ўтказиладиган соҳадаги тўқималарни зич инфилтратлайди. Бир вақтда катта ёшдаги беморга 150 мл 0,5% новокаин эритмаси киритилиши мумкин, бунда оғриқсизлантириш самараси 1 соатгача давом этади.

Авалло тери («лимон пўсти») ва тери ости ёғ клеткаси инфилтратланади, сўнгра анестетик апоневроз остига киритилади (тери

кесилишидан олдин тери ва тери ости ёғ клечаткаси кесилганидан сўнг), кейин анестетик мушакларга киритилади ва мушакларга тарқалганидан сўнг қорин парда очилиши учун анестетик бармоқ ва кўз назорати остида қорин парда олди клечаткасига киритилади.

### **Операция йуллари.**

#### ***Аппендэктомия таснифи:***

1. Лапаротомик йўл билан аппендэктомия ўтказиш:

- типик (антеград) – аввало ўсимта тутқичини боғлаш ва кесиш, сўнгра ўсимтани кесиш ва чўлтоғига ишлов бериш ўтказилади;

- атипик (ретроград) – аввало ўсимтани кесиш ва чўлтоғига ишлов бериш, сўнгра ўсимта тутқичини боғлаш ва кесиш ўтказилади.

2. Лапароскопик аппендэктомиялар.

3. Ўсимтанинг қорин парда орти жойлашганида қорин бўшлиғидан ташқари аппендэктомиялар.

Чувалчангсимон ўсимтанинг бир қатор операция усуллари келтирилган. Улардан асосийларига тўхталамиз. Барча операциялар учта катта гуруҳга бўлинади: бўйлама, кўндаланг, қийшиқ кўндаланг.

### **Операциянинг бўйлама усуллари**

*Куйи ўрта лапаротомия* – Кренлейн (1884) томонидан биринчи марта ўрта кесма орқали биринчи аппендэктомиялардан бири бўлиб (Расм 31, №1), ўрта лапаротомия ўтказишга кўрсатма: номаълум генезли «абдоминал фалокатлар» манзараси; перитонит клиникаси.

Операция вақтида ўрта лапаротомияга ўтиш учун кўрсатмалар:

- илгари ўтказилган ёки кенгайтирилган кесмадан ўсимтани топиш имкони бўлмаганда;

- чувалчангсимон ўсимтага ишлов беришда техник қийинчиликлар туғилганда, қорин бўшлиғида анатомик ҳосилаларнинг шикастланиши хавфи бўлиши;

- тарқалган перитонит;

- қорин бўшлиғида бошқа патологиялар аниқланганда (кон, ўт, сийдик, ошқозон ёки ичак массаси, йиринг аниқланса).

*Гаген-Торн трансректал кесмаси* (1884). Кесма қориннинг ўнг тўғри мушаги орқали олинади, тўғри мушакнинг олдинги қин девори, орқа қин девори бўйлама кесилади. Кесманинг ўрта қисми ёнбош суяклари олдинги юқори ўсиқларини бириктирувчи чизикга тўғри келади (*linea bispinalis*). Таклиф этилган кесма узунлиги - 8 см. Ҳозирги вақтда қўллашга тавсия этилмайди (Расм 31, №2).

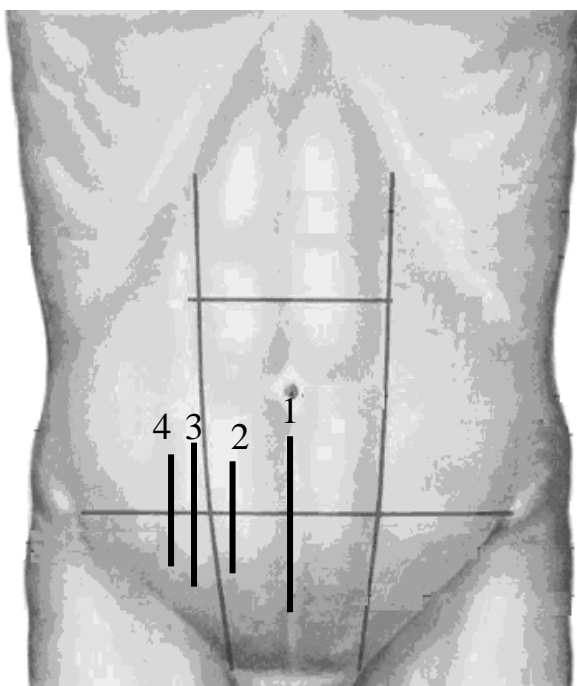
*Леннандер-Баттле кесмаси* (К. Lennander, 1898). Қориннинг ўнг тўғри мушаги ташқи қирғоғи бўйлаб ўтказилади. Кесманинг ўрта қисми ёнбош суяклари олдинги юқори ўсиқларини биритирувчи чизикда бўлади (*linea bispinalis*). Таклиф этилган кесма узунлиги – 8 см. Тери ва қорин ўнг тўғри мушаги олдинги қин варағи скалпел билан тананинг бўйлама ўқиға параллел равишда ажратилади (*linea alba* га параллел). Сўнгра қорин ўнг тўғри мушаги медиал сурилади, сўнгра қорин ўнг тўғри мушагининг орқа қин девори кесилади. Кесма амалиётда, айниқса чувалчангсимон ўсимта қорин бўшлиғида медиал жойлашганда қўлланилади (Расм 31, №3).

*Шеде кесмаси* (H.Schede, 1888). Кесма қорин ўнг тўғри мушаги ташқ қирғоғи бўйлаб ўтади, аммо тўғри мушак қини бунда очилмайди (Расм 40, №4). Жуда кам ҳолатларда қўлланилади.

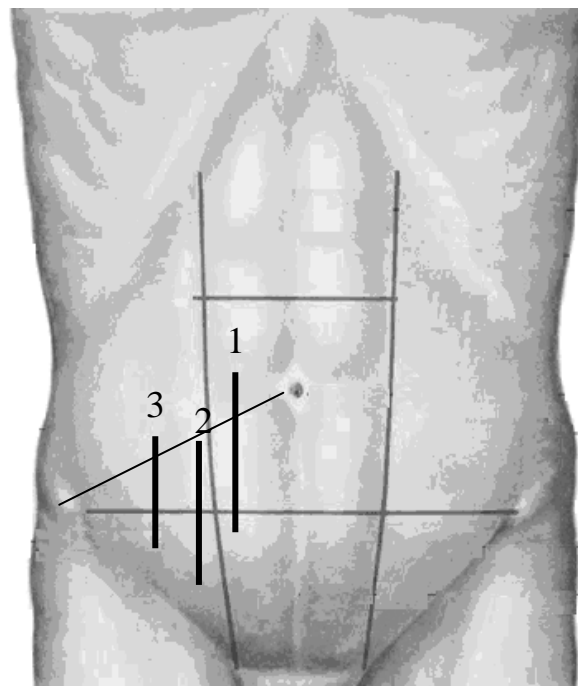
*Джалагуер-Каммерер кесмаси* (А. Jalaguier, 1895; F.Kammerer, 1895). Бўйлама ҳолда қорин ўнг тўғри мушаги бўйлаб тўғри мушак медиал сурилади. кесманинг ярми *linea spinoumbilicalis* устида, бошқаси - *linea spinoumbilicalis* остида бўлади (Расм 32, №1). Бу усул деярли қўлланилмайди.

*Винкелманн кесмаси* (W.K.Winkelmann, 1909). Кесма Ленандер кесмасининг аналоги бўлиб, унда *lima bispinalis* бўлмади (Расм 32, №2). Қорин тўғри мушаги қини кўндаланг кесилади, мушакнинг ўзи эса ичкарига тортилади. Камдан-кам холларда, асосан медиал жойлашган чувалчангсимон ўсимтада қўлланилади.

*Шуллер кесмаси* (M.Schuller, 1885). Қорин тўғри мушаги қини очилмасдан қорин қийшиқ мушаклари пай соҳаси бўйлаб бўйлама кесма ўтказилади. Кесманинг 1/3 қисми *linea spinoumbilicalis* юқорида, 2/3 қисми эса – ундан қуйида жойлашади (Расм 32, №3). Бу усул кам ишлатилади.



Расм 31. Додерлейн кесмаси (№1), Гаген-Торн кесмаси (№2), Ленандер-Баттле кесмаси (№3), Шеде кесмаси (№4)



Расм 32. Джалагуер-Каммерер кесмаси (№1), Винкелманн кесмаси (№2), Шулер кесмаси (№3).

### **Қийшиқ-кўндаланг кесмалар.**

*Мак-Бурней кесмаси* (Ch. McBurney, 1888). Мак-Бурней нуктасидан ўтувчи киндикдан ўнг ёнбош суякнинг олдинги юқори ўсиғига кетувчи чизикга перпендикуляр равишда кесма ўтилади ва бу чизикни тенг иккига бўлади (Расм 33 №1).

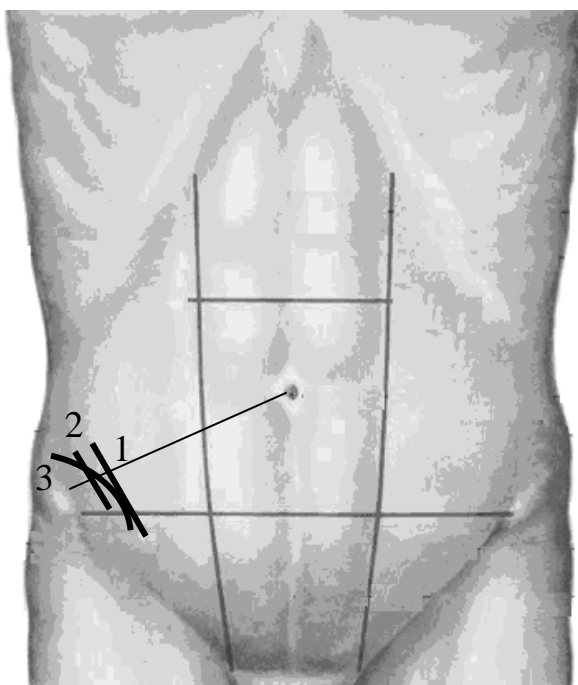
*Волкович-Дяконов кесмаси* (1898; 1896). Синоним: қийшиқ-кўндаланг кесма. Кесма Мак-Бурней нуқтасидан ўтувчи киндикдан ўнг ёнбош суякнинг олдинги юқори ўсиғига кетувчи чизикка перпендикуляр равишда ўтади, бу чизикни иккига бўлади (кесманинг 1/3 қисми чизикдан юқорида, 2/3 қисми эса – чизикдан пастда жойлашади). Қорин териси ва ташки қийшиқ мушаклари ўткир йўл билан кесилади, ички қийшиқ ва кўндаланг мушаклар эса мушак толалари бўйлаб ажратилади. Қорин парда когурғалараро нервлари йўли бўйлаб кесилади. Таклиф этиладиган кесма узунлиги 8-10 см. Энг кенг тарқалган операция йули (Расм 33 №2) бўлиб, аппендицитнинг барча турларида қўлланилади.

*Ярцев кесмаси* (1964) Волкович-Дяконов ва Мак-Бурней кесмалари модификацияси. Кесма Мак-Бурней нуқтаси орқали чов бурмасига параллел ўтади. Киндикдан ёнбош суякнинг олдинги юқори ўсиғига кетувчи чизикда кесма иккига бўлинади (Расм 33 №3). Муаллифнинг фикрича, кесма йўналишининг бундай ўзгариши чуқур чов халқасининг анатомик бутунлигининг бузилиши ёки сусайишини олдини олади.

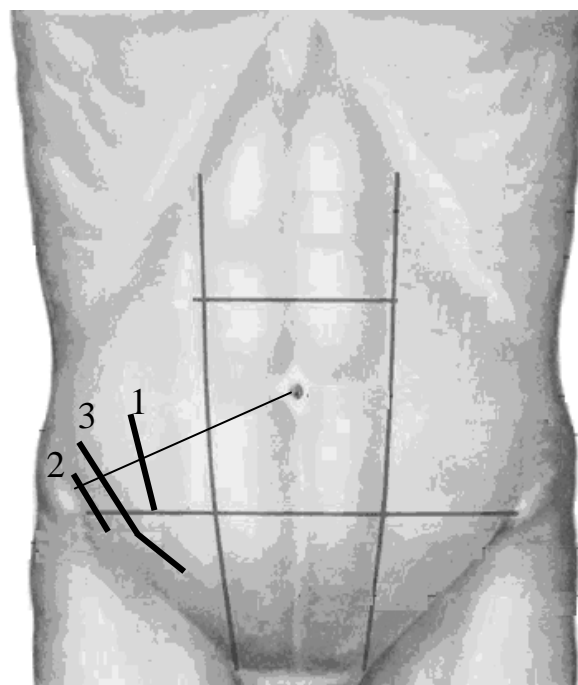
*Воскресенский-Горелик-Парфентева кесмаси* (1949;). Синоним: қийшиқ-параректал кесма (Расм 34, № 1). Перпендикуляр ҳолда ва киндикдан ёнбош суякнинг олдинги юқори ўсиғига кетувчи чизик ўртасида (*linea spinoumbilicalis*) кесилади. Кесманинг энг қулай узунлиги - 6-8 см. Озгин беморларга таклиф этилади.

*Ридигер кесмаси* (1895). Ўнг ёнбош суягининг олдинги юқори ўсиғи устидан (*spina iliaca anterior superior*) ва пастдан ичкарига қараб кесилади (Расм 34, №2). Бу усул деярли қўлланилмайди.

*Цагарейшвили кесмаси* (1971). Қов суягидан 3 см юқорида қорин ўнг тўғри мушаги латерал қирғоғидан бошланади ва киндик сатхигача ўнг когурға ёйи пастки нуқтаси йўналишига олиб борилади (Расм 34, №3). Муаллиф томонидан ўнг ёнбош чуқурчасига қулай ўтиш учун тавсия этилган.



Расм 33. Мак-Бурней кесмаси (№1), Волкович-Дяконов кесмаси (№2), Ярцев кесмаси (№3).



Расм 34. Воскресенский-Горелик-Парфентева кесмаси (№ 1), Ридигер кесмаси (№2), Цагарейшвили кесмаси (№3)

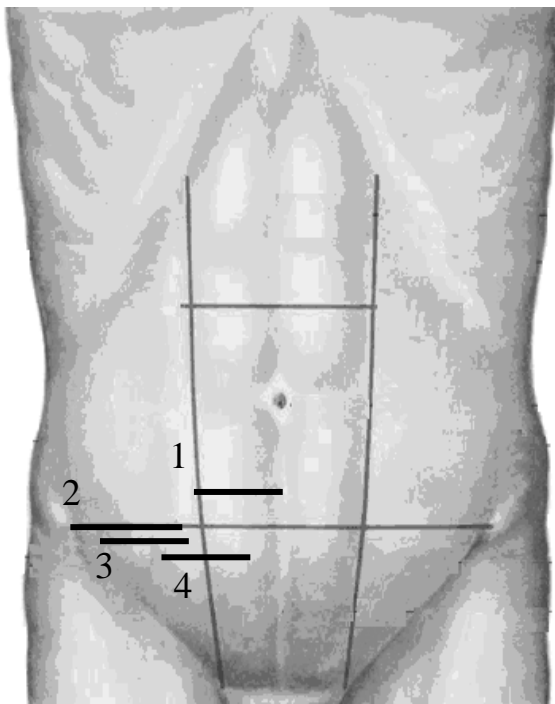
### Кўндаланг операция йуллари

*Шпренгел кесмаси* (O.Sprengel, 1910). Кўндаланг равишда қорин тўғри мушаклари ва қинини кесиш билан амалга оширилади (Расм 35, №1). Ҳозирги вақтда қорин тўғри мушакларини кесиш мақсадга мувофиқ эмас.

*Вейр-Фовлер-Колесов кесмаси* (1887; 1894; 1972). Синоним: кўндаланг кесма (Расм 35, №2). Ўнг ёнбош суяги олдинги юқори ўсиғидан 1 см ичкарироқда бошланади, ўсиқ сатҳида кўндаланг ўтиб, қорин ўнг тўғри мушаги қинида тугайди. Баъзан техник қийинчилик бўлган ҳолатларда қорин ўнг тўғри мушаги қинини очишга тўғри келади. Унинг остидаги мушаклар эса сурилади.

*Роки кесмаси* (A.E.Rockey, 1905) Ўнг ёнбош суяги олдинги юқори ўсиғидан 1 см ичкари ва пастрокда бошланади, кўндаланг ўтиб, (узунлиги 6-8 см) унинг остидаги мушаклар қийшиқ йўналишда толалар бўйлаб бири-бирдан ажратилади (Расм 35, №3). Бу усул деярли ишлатилмайди.

*Харрингтон-Эллиотт кесмаси* (1899; 1896). Чов боғлами ўртасидан кўндаланг кесма ўтказилади: ярми қорин ўнг тўғри мушаги орқали, иккинчиси эса ундан латерал ўтади. Кесма узунлиги - 6-7 см (Расм 35, №4). Қорин тўғри мушаклари кесилмасдан ўтказилади. Медиал жойлашган чувалчангсимон ўсимтада қўлланилади.



Расм 35. Шпренгел кесмаси (№1), Колесов-Фовлер-Вейр кесмаси (№2), Роки кесмаси (№3), Харрингтон-Эллиотт кесмаси (№4)

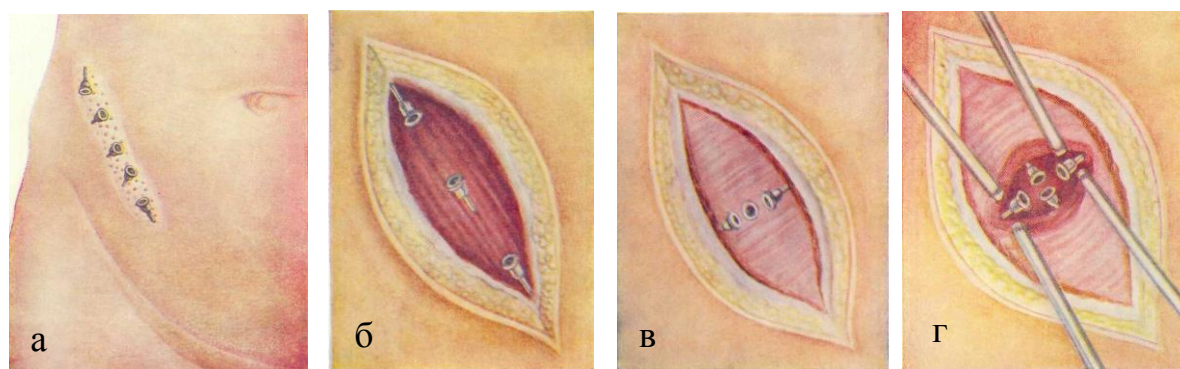
### **Одий усулда операция техникаси**

Бизнинг фикримизча, ўткир аппендицитда Волкович-Мак-Бурней кесмаси бўйича операция ўтказиш қулайдир. Кўп йиллик клиник тажриба бу кесманинг қулайлигини кўрсатди ва ҳозиргача ундан воз кечилмади.

Волкович-Мак-Бурней бўйича қорин девори кесилишида А.В.Вишневский бўйича маҳаллий оғриқсизлантиришнинг теҳникаси. Кесиладиган тери қалинлиги бўйлаб 3-4 мл 0,5% новокаин эритмаси киритилади, «желвак» ҳосил қилинади (Расм 36 а), тери ости клеткасига бутун сатх бўйлаб керакли ўлчамда «зич, таранглашган инфилтрат» пайдо булгунча новокаин жўнатилади. Тери ва тери ости клетка кесилганидан сўнг, 15-20 мл новокаин эритмаси аппоневрозга ва қорин ташқи ҳамда кийшиқ мушаклари мушак қисмига юборилади. Кейинчалик аппоневроз кесилгач, мушак толалари йўли бўйлаб кўзга кўринар даражада мушаклар

шиши пайдо бўлгунча новокаин жўнатилади (Расм 36 б). Сўнгра қориннинг кўндаланг мушаги (Расм 36 в) ва қорин парда олди клечатка (Расм 36 г) оғриқсизлантирилади. Қорин парда кесилгач (қорин бўшлиғига илмоклар киритилгунига қадар), новокаин эритмаси қорин парда остига тўрт йўналишда жўнатилади.

Кўричак чиқарилишидан олдин, кўп миқдорда новокаин эритмаси кўричакдан ташқарида париетал қорин пардага киритилиши керак (бу ерда сирпанувчи инфилтрат йўли билан қорин парда орти клечаткаси ва *mesocaecum* ни новокаинга сингдириш лозим).



Расм 36. Аппендэктомияда маҳаллий оғриқсизлантириш: а - А.В.Вишневский бўйича терини оғриқсизлантириш; б - қорин девори мушак қаватини оғриқсизлантириш; в - қорин девори мушак қаватини оғриқсизлантириш (қориннинг кўндаланг мушаги); г - қорин парда олди клечаткасини оғриқсизлантириш. Кўндаланг мушак толалар ажратилган.

Операциянинг энг муҳим ва мураккаб вақти – қорин пардани аниқлаш ва қорин бўшлиғига кириш учун уни кесишдир. Қорин парда кесилишидан олдин у пинцет билан ушланади, сўнгра Билрот қисқичлари билан қотирилади. Шу ерда қайчининг учини киритиш ва қорин парда орқали «бўшлиғига» назар солиш керак. Агар қисқичлар билан фақат қорин парда қотирилган бўлса, қайчилар «бўшлиқда» кўриниб туради.

Қорин парда кесилгандан сўнг, ичакнинг тегиб турувчи қовузлоқларини, катта чарвини қорин парда бўшлиғи тубигача пинцет ёрдамида суриш, қорин парданинг эркин қирғоқлари эса Микулич қисқичлари билан дока салфеткаларга қотирилиши керак. Бунда қорин пардадаги «дарча»



жароҳатдан кўричак гумбазини олиб чиқиш учун етарли ўлчамда бўлиши керак.

Кўричак гумбази жароҳатга олиб чиқилади. Ўсимтани топиб олиш учун йўғон ичакдаги чарви ўсимталардан озод бўлган тенияни (*taenia libera*) излаб топиш ва у бўйлаб кўричак қуйи сатҳигача ҳаракатланиш – Кёрте усули (W.Korte, 1902) лозим. Чувалчангсимон ўсимта тениялар бирикадиган жойда ётади ва *taenia libera* нинг бевосита давоми ҳисобланади.

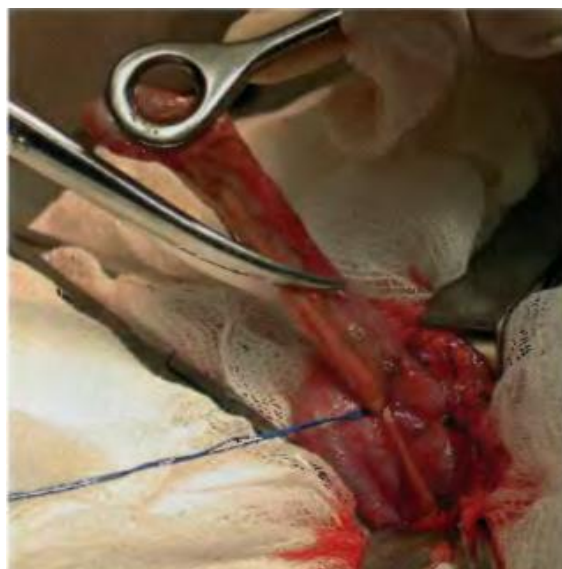
Жароҳатга кўричак гумбази чувалчангсимон ўсимта асоси билан чиқарилгандан сўнг, чувалчангсимон ўсимта асоси остидан лигатура ўтказилади. Бунинг учун чувалчангсимон ўсимта асосидан Билрот қисқичи ёрдамида ўсимтанинг тутқичининг томирсиз соҳаси тешилади, лигатуралар билан ушланиб, қисқичлар билан котирилади (Расм 37).

Кейинчалик кўричак гумбази қорин бўшлиғига туширилади, ўсимта эса жароҳатдан олиб ташланади. Асосидан ўсимтани лигатура билан тортиш - Зонненбург усули дейилади (E.Zonnenburg, 1908). Бунинг учун чувалчангсимон ўсимта асоси лигатура билан кўтарилади, бармоқлар билан қорин бўшлиғидаги чувалчангсимон ўсимтанинг йўли текширилади. Агар чувалчангсимон ўсимта битишмалардан холи ва қорин бўшлиғида эркин ётса, учи тўмтоқ қисқичлар ёрдамида ёки бармоқнинг юмалоқ ҳаракатлари билан ўсимта жароҳатдан олиб ташланади.

Шундан сўнг типик аппендэктомияда (антеград) аввал тутқич боғланади ва кесилади (яъни, чувалчангсимон ўсимта қон билан таъминланишдан маҳрум қилинади), сўнгра чувалчангсимон ўсимта олиб ташланади ва чўлтоғи ишлов қилинади. Атипик (ретроград) аппендэктомияда эса чувалчангсимон ўсимтани кесиш ва чўлтоғига ишлов бериш ўтказилади (унда қон айланишни сақлаб қолган ҳолда), ундан сўнгина тутқичи боғланади ва кесиб ташланади (Расм 38).



Расм 37 Чувалчангсимон ўсимта жароҳат юзасига олиб чиқилган ва учи тўмтоқ қисқич билан қотирилган. Томирсиз соҳадан ўсимта тутқичини тешиш.



Расм 38 Ўсимта тутқичи боғланган, чувалчангсимон ўсимта тутқичини кесиш бошланган.

Ўсимта тутқичини боғлаш учун сўрилувчи синтетик иплардан фойланиш лозим. Лигатураларни қўйиш жойи ҳам муҳим ҳисобланади. Агар ўсимта асосидан нол нуқтадан бир томонга тортилса (бу нуқтада тутқичнинг бир томонидан лигатура ўтказилади), лигатура бу бурчакнинг иккинчи томонини ташкил қилади. Ҳаракатчан чувалчангсимон ўсимтада ва тутқичида бурчак  $60-70^\circ$  дан ошмаслиги керак.

Тутқич кесилганидан сўнг, ўсимтани қисқа вақтга бўлса ҳам операция майдонига қўйиш мумкин эмас, бу операция жароҳати юмшоқ тўқималарининг қўшимча инфицирланишини чақиритиш мумкин (айниқса, йирингли жараёнда).

Операциянинг кейинги босқичи чувалчангсимон ўсимтани кесиб ташлашдир. Бунинг учун кўпгина усуллар мавжуд.

**I. Ампутацион** (чувалчангсимон ўсимта ампутацияси чўлтоғига ишлов бериш билан):

***A. Ўсимта чўлтоғини боғлаш***

1. Инверсион (чўлтоқнинг барча қаватлари боғланади ва кўричакка киритилади):

Добарн-Бобров-Оппель усули,  
Демин-Марлей усули,  
Лексер усули,  
Кочнев-Жмудиков усули,  
Рубашев-Шкловский- 1 усули,  
Русанов усули,  
Иличев усули,  
Жювар усули,  
Вишневский усули,  
Ридель усули,  
Сорези усули.

2. Лигатурали (чўлтоқнинг барча қаватлари боғланади, аммо кўричакка тикиб қўйилмайди):

- *перитонизациясиз* (боғланган чўлтоқ қорин бўшлиғида эркин қолади): Зеелиг-Кимбаровсий усули, Рубашов-Шкловский-Н усули, дунё усули, тери усули, чўлтоқни лапароскопик ёпиштириш усули.

- *перитонизацияли* (эркин боғланган чўлтоқ қорин парда, чарви, тутқич ва бошқалар билан ёпилади): Кузнецкий усули, Гватуге усули, Колпаков усули, Костин усули, Алиев усули, Короткий-Колосович-Бутирин усули, Полоус-Напастюк усули.

3. Чўлтоқга субсероз ишлов бериш (чўлтоқдаги шиллик-шиллик ости қаватлари боғланади, улар эса сероз-мушак қаватлари билан ёпилади):

Понсе усули,  
Кохер усули,  
Кривчен усули,  
Нагибин-Ботабаев усули,  
Шатилов усули,

Ру-Волкович усули,  
Крупчатов-Полевий усули,  
Саидханов-Каримов усули.

***Б. Ўсимта чўлтоғини боғламасдан:***

Добарн-Дяконов усули,  
Олейников-Денисюк-Жук усули,  
Джаубаеа-Путятин усули,  
Караванов усули,  
Кутовий усули,  
Головко-Круцяк усули.

**II. Экстирпацион** (чувалчангсимон ўсимтани кўричакнинг маълум қисми билан олиб ташлаш):

Гейнац усули,  
Девер усули,  
Ратнер усули.

**III. Бишопнинг инвагинацион усули** (чувалчангсимон ўсимта кўричак бўшлиғига инвагинацияланади).

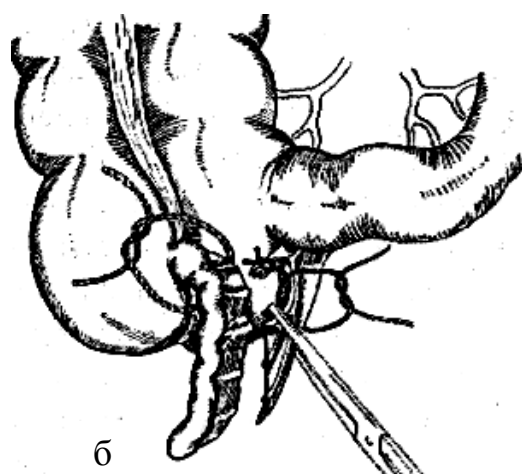
Чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлашнинг энг машҳур усули классик Добарн-Бобров-Оппел усулидир.

Р.Добарн (R.Dawbarn, 1895), А.А.Бобров (1898) ва В.А.Оппел (1910) томонидан ишлаб чиқилган. Бу чўлтоқни боғлаш ва тикиб қўйиш (инверсион) усул ҳисобланади.

Чувалчангсимон ўсимта асосидан юмшоқ қисқич билан 5-10 сония ушланиб турилади. Қисқич олиб ташланади. Қисқич колдирган срангуляция эгат бўйлаб чувалчангсимон ўсимта кетгутли лигатура билан 3 тугун ҳосил килиниб боғланади. Ёпик ўсимта чўлтоғини «кисет» чок билан кўричак гумбазига беркитиш керак (Расм 39), бу операция майдониға инфекция тушишини олдини олиш ва чувалчангсимон ўсимта девори бўйлаб

ўтувчи томирларни босиб туриш учун қилинади (ичак бўшлиғига қон кетишни олдини олиш учун).

Кейинчалик Р.Добарн таклиф этган кисет чок қўйилади. Кисет чок қўйиш учун атравматик игнага синтетик ип ўтказиш лозим. Кисет чоки ва чўлтоқ катталиги орасида номутаносиблик катта аҳамиятга эга: кичик кисет чоки бутун чўлтоқни боғлай олмаслиги мумкин, бу эса ортиқча инфицирланишга олиб келади; катта кисет чоки эса илеоцекал соҳани деформациялашиши ва чўлтоқ атрофи абсцесси ривожланиши учун кенг «ўлик бўшлиқ» ҳосил қилиши мумкин.



Расм 39. Аппендэктомия босқичлари. а- чувалчангсимон ўсимта асосидан қисқич қўйилган; б- чувалчангсимон ўсимта тутқичини боғлаш ва кесиш.

Кисет чоки кўричак гумбазининг сероз ёки сероз-мушак қаватлари остида лигатура ўтиши учун қўйилади. У ҳар бир тениядан ўтиши, чокка мустаҳкамлик бериши керак (Расм 40).

Кисет чоки қўйилгандан сўнг ўсимтани олиб ташлаш ўтказилади. Бунинг учун кетгутли лигатурадан 2-5 мм юқорида чувалчангсимон ўсимтага қисқич қўйилади. У кетгутли лигатура ва қисқич орасидан кесилади. Бунда кетгутли лигатура тугунига қўйилган ва чўлтоқ тўқималарини

ушлаб турувчи иккинчи қисқич операция майдонида чўлтоқни фиксациялаш учун ишлатилади (Расм 41).



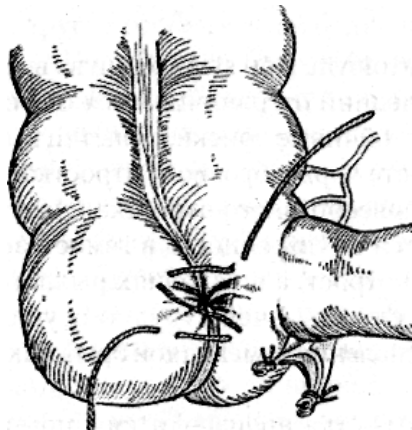
Расм 40. Чувалчангсимон ўсимта асосидан боғланган. Кисет чоки қўйилган ҳолати (лигатура тениялар остидан ўтади).



Расм 41. Усимтани кесиб ташлаш.

Ассистент кесилган ўсимтани қисқичдан ажратмаган ҳолда тоғорага ташлайди. Чўлтоқ бўшлиғи антисептик эритмаси билан тозаланади. Бунинг учун чўлтоқ операция майдонида кетгутли лигатура тугунига қўйилган қисқич билан ушланиб турилади. Ўсимта чўлтоғига қисқич билан кисет чок қўйилади, тортилади ва боғланади.

Айрим муаллифлар кисет чок устига Z-симон чок кўйишни тавсия қиладилар. У худди шундай қоидалар асосида, кисет чокидан 2-4 мм масофада қуйилади. Шунини ёдда тутиш керакки, чувалчангсимон ўсимта чўлтоғи ва чоклар орасидаги масофа 2 см дан ошмаслиги керак (Расм 42).

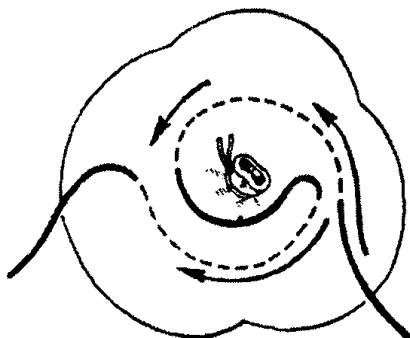


Расм 42. Чувалчангсимон ўсимтага Z-симон чок кўйиш.

Кисет чок кўйишнинг бир қанча модификациялари мавжуд. Чўлтоқни беркитишда бир қўл билан лигатуранинг иккала учи, лигатура ковузлоғи эса иккинчи қўл билан тортилади. Бунда чўлтоқни инвагинациялаш осон бўлади.

А.Г.Стрелков (1930) ўсимта туткичи боғланган лигатурага иккинчи кисет чок кўйишни таклиф этган. Шундай қилиб, иккинчи кисет чоки кўйиш билан перитонизация қилинган.

**Русанов усули** (1954). Ўсимта кетгут билан боғлангандан сўнг, S – симон чок кўйилади. Ўсимта юқоридаги қоидаларга асосан олиб ташланади, чўлтоқ эса беркитилади (Расм 43).



Расм 43. Русановнинг S – симон ўз-ўзини беркитувчи чоки.

Бу усул ягона камчиликка эга: S-симон чок тортилганда, лигатура чўлтоқ бўйлаб ўтади ва инфицирланади, яъни кўйилган чоклар зарарланади.

## ЛАПАРОСКОПИК АППЕНДЭКТОМИЯ

1983 йилдан бери чувалчангсимон ўсимтани видеолапароскопия ёрдамида олиб ташлаш ўтказилади. Бунда операция вақти қисқа бўлиб (15-20 мин), камдан-кам ҳолатларда амалиёт асоратлар билан кечади, беморлар операциянинг эртаси куниданоқ нормал овқатланишлари ва жисмоний фаол бўлишлари мумкин.

Лапароскопик аппендэктомия ўсимтанинг ҳар қандай яллиғланишида (оддий, флегмоноз, гангреноз) ва ҳатто локал перитонит ривожланганда ҳам кўрсатма ҳисобланади.

Лапароскопик аппендэктомия ўтказиш учун кўрсатмалар:

1. Ўткир аппендицит диагностикаи тасдиқланган жараёнда диагностик лапароскопия талаб қилинадиган клиник шароитларда аппендэктомия лапароскопик усул билан бажарилади. Диагностик лапароскопия 4-6 соатлик динамик кузатувда ўткир аппендицитни тасдиқлаш имкони бўлмаган беморларга ўтказилади.

2. II-III даражадаги семизлик фонидаги аппендицит, Волкович-Дяконов йўлига тушиш учун қопламаларни биров кесиш талаб қилинади. Бундай беморларда йирингли жароҳат асоратлари хавфи юқори бўлади.

3. Қандли диабет фонидаги аппендицит (жароҳат томонидан йирингли асоратлар хавфи юқорилиги учун).

4. Беморнинг чувалчангсимон ўсимтани кам инвазив йўл билан олиб ташлаш истаги.

5. Ички жинсий аъзоларнинг йирингли касалликлари фонида кичик чаноқ аъзоларининг чандиқли-яллиғланиш жараёнига чувалчангсимон ўсимтанинг қўшилиши (пелвиоперитонит, ўткир салпингит, пиосалпинкс ва х.к.), бунда чувалчангсимон ўсимтани лапароскопик гинекологик операциялар билан сақлаб қолиш хавfli ва умуман мумкин эмас.

Лапароскопик усул билан аппендэктомия ўтказиш учун *қарши кўрсатмалар*:



1. Аппендикуляр инфилтрат ёки касаллик муддати 2-3 кун ва ундан ортиқ, яллиғланишнинг асоратли шакллари ривожланиш хавфи юқори бўлиши (инфилтрат, абсцесс, перфорация).

2. Қорин бўшлиғини санациялаш ва дренаж қилишни талаб қилувчи тарқоқ перитонит.

3. Лапароскопияга умумий қарши кўрсатмалар (ўткир миокард инфаркти; юрак-қон томир етишмовчилиги нотурғун гемодинамика билан, ўпканинг обструктив касалликлари, қон ивиш тизими бузилишлари, декомпрессия талаб қилувчи ичакнинг яққол парези ва х.к.).

4. Ўтказилган аппендикуляр инфилтратдан кейинги аппендэктомия.

5. Қорин бўшлиғида олдин ўтказилган кўплаб операциялар, гигант кўп камерали вентрал чурралар, қорин олдинги деворининг кўплаб йирингли қопчалари ва оқмалари

*Нисбий қарши кўрсатмалар* – ҳомиладорлик, аммо пневмоперитонеумнинг ҳомилага таъсири ўрганилмаган.

Наркоз жўнатилгандан сўнг қорин олдинги деворидан бир қатор нуқталар ёрдамида қорин бўшлиғида пневмоперитонеум ҳосил қилинади, видеолапароскоп ва манипуляцион асбоблар учун троакарлар ўрнатилади. Асбоблар қорин бўшлиғига бевосита визуал назорат остида киритилади. Кейин қорин бўшлиғи кўрилади. Жарроҳ чувалчангсимон ўсимтани кўришдан ташқари, кичик чаноқ аъзоларига эътибор қаратиши керак. Аёлларда тухумдонларни, бачадон найларини ва тухумдонлардаги патологик ҳолатларни, кичик чаноқ аъзолари касалликларини, эктопик ҳомиладорликни ёки эндомиетриозни инкор этиш учун Дуглас бўшлиғи кўрилади. Ингичка ичак илеоцекал ўтиш жойидан Трейтц боғламигача кўрилади. Перфоратив ярани инкор этиш учун ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак пиёзчаси диққат билан кўрилиши керак.

Чувалчангсимон ўсимтадаги патология тасдиқланганидан сўнг ап-

пендэктомия ўтказилади (Расм 44).



Расм 44. Лапароскопия. Чу-валчангсимон ўсимтанинг кўриниши.

### **Лапароскопик аппендэктомия техникаси.**

#### **Жихоз ва асбоб ускуналар.**

Лапароскопик аппендэктомияни амалга ошириш учун керакли асбоб ускуналарни ўз ичига олган эндовидеохирургик комплекс зарур ҳисобланади.

1. (30°) бурчак оптикали лапароскопдан фойдаланиш аҳамиятли томони шуки, кириб бориш қийин бўлган соҳаларни кузатиш ва керакли объектни ускуна ҳолатини ўзгартирмасдан кўриш имконини беради.
2. Видеокамера. Стандарт S-VHS видеокамера ва 450 телевизион чизиқга эга тўпланма.
3. Видеомонитор. Эндохирургияда 21 дюйм (54 см) диагоналли экран ва 450–600 телевизион чизиқларни кўрсатиш имкониятига эга.
4. Ёруғлик манбаи. Сифатли тасвир ва нур етказиб бериш ксенон ва металлалоид лампалар орқали таъминланади.
5. Нур ўтказгич (световод). 10 мм лапароскоп учун оптимал ёритувчи кабелларнинг диаметри 5 мм бўлади. Кабел узунлиги 2,2 метрдан кам бўлмаслиги керак.
6. Инсуфлятор. Оператив лапароскоп учун дақиқасига 9 литр тезликда газ берувчи кучли инсуфлятор керак.
7. Электрохирургик аппарат. Лапароскопик операция учун элек-

трохирургик, моно- ва биполяр режимда ишловчи, кучи 200 Вт дан кам бўлмаган генератор керак. Электрохирургик асбоблар сифатида, тўқималарни хавфсиз йўл билан кесувчи ва гемостаз ўтказиш мақсадида юқори кучланишли ярим ўтказувчи лазерлар, радиохирургик ускуналар «Сургитрон», ултратовуш генераторлардан фойдаланилади.

## 8. Ирригатор-аспиратор.

Инструментлар тўплами ўз ичига қуйидагиларни олади:

- Вереша (Veress) игнаси, хавфсиз пневмоперитонеумни амалга ошириш учун;
- троакарлар 5 мм (2 дона), 10 мм (2 дона), тикувчи аппаратлардан фойдаланиш учун ёки диаметри 10 мм дан катта, битта 10 мм троакар 12 мм ёки 15 мм троакарга алмашина олади;
- алмашинувчи қурилмалар 5/10, 5/12, 10/12 мм;
- диссектор 5 мм, монополяр коагуляция учун;
- қайчилар 5 мм;
- кремалли атравматик қисқич 5 мм;
- кремалли хирургик қисқич 5 мм;
- монополяр коагуляция учун электрод-илмоқ 5 мм;
- биполяр коагуляция учун щипцлар 5 мм;
- ирригация ва аспирация учун тутувчилар 5 мм;
- эндопетлилар (Endoloop) – 2 дан 4 гача битта операция учун;
- клипаппликатор ўрта-катта клипслар.

Асоратли аппендицит билан оғриган беморда лапароскопик аппендэктомия ўтказишда атравматик тикувчи материал ушловчи игна тутқичлар, эндоскопик тикувчи аппаратлардан (масалан, ENDO GIA фирма Auto Suture) қон томирларни, соғлом ёки кенгайган тўқималарни тикишда фойдаланилади.

## **Анестезиологик ёрдам**

Умумий оғриқсизлантириш учун эндотрахеал интубация ва ўпкани сунъий вентиляциясидан фойдаланилади. У барча операция босқичларини бажариш учун оптимал шароит яратиб беради ва электрохирургик жараёнлар учун хавфсиз ҳисобланади. Вена ичи ёки перидурал анестезияда эса мускуллар релаксациясининг йўқлиги лапароскопик ҳаракатлар ўтказишга қийинчилик туғдиради.

### **Бемор, ходимлар ва ускуналарнинг жойлашуви**

Бемор Тренделенбург усулида, чап томонга ёнбошлатилган операцион столга чалқанча ётқизилади, сабаби бу ҳолат катта чарви ва ингичка ичак боғламларини ўнг ёнбош соҳадан ажратиш учун қулай ҳисобланади.

Операция уч кишилик жамоа билан ўтказилади: оператор, ассистент ва операцион ҳамшира. Оператор беморнинг чап тарафида жойлашади ва кўл билан ишлайди. Ассистент видеокамерани бошқариб туради ва беморнинг ўнг ёки чап тарафида туради. Операцион ҳамшира инструментал столи билан бемор чап тарафида, операцион стол оёқ тарафида жойлашади.

Эндовидеохирургик комплекс монитор билан бемордан ўнг тарафда, операцион столнинг оёқ томонида жойлашади (Расм 45).

### **Кириш йўллари**

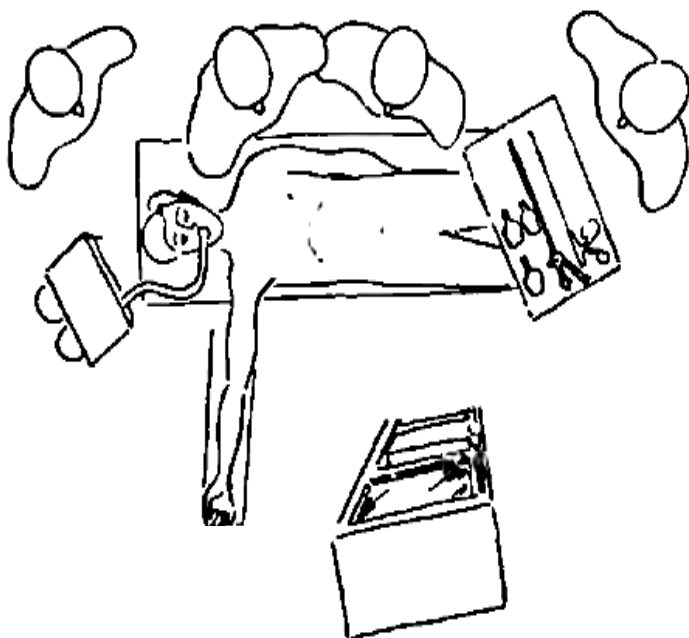
Юқори ёки пастки параумбликал нуқтадан 10 миллиметр ёйсимон тери кесмаси ўтказилади, у ерда Вереша игнаси ёрдамида пневмоперитонеум ҳосил қилинади (10–12 мм см. уст.) ва биринчи троакар лапараскопия учун киритилади.

Оч ичакнинг терминал қисми ва чувалчангсимон ўсимта билан кўричакни синчиклаб кузатиш учун, кичик чаноқ бўшлиғига иккинчи 5

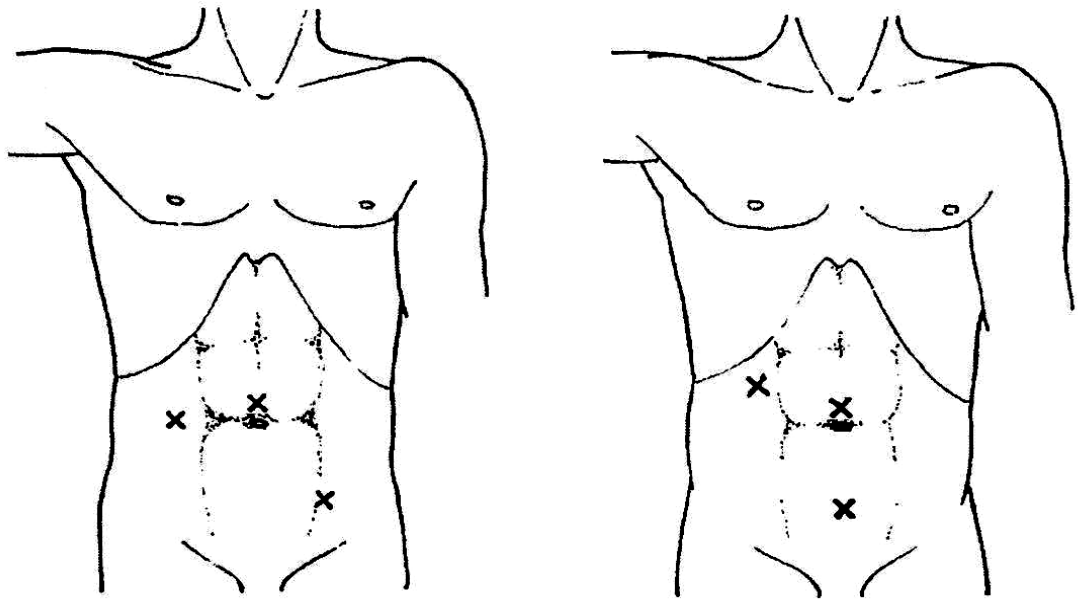
миллиметрли троакар киритилади. Охирги троакар чап ёнбош соҳага ёки ўрта чизиқ бўйлаб, киндик ва қов суяги ўртасига киритилади («бикини» даражаси).

Лапароскопик диагностика ўтказилгандан сўнг, лапароскопик аппендэктомия ўтказиш учун 10 ёки 12 миллиметрли учунчи троакар ўрта ўмров чизиғи бўйлаб, киндик даражасида ўнг мезогастрал соҳага ўрнатилади. Агар чувалчангсимон ўсимта ўнг ёнбош каналда ёки ретроцекул жойлашган бўлса, учинчи троакар ўрта ўмров чизиғи бўйлаб, ўнг коврғаости соҳага ўрнатилади (Расм 46).

Чувалчангсимон ўсимтанинг атипик жойлашувида, масалан битишма, перитонит ёки инфилтрат ҳолатларида, тўртинчи 5 ёки 10 миллиметрли троакар киритилиб, унинг киритилиш нуқтаси паталогик жараённинг патанатомик жойлашувига ва характериға боғлиқ бўлади.



Расм 45. Беморнинг столдаги ҳолати: Тренделенбург ҳоллатида белга ётиш.



Расм 46. Лапароскопик аппендэктомияда троакарларнинг киргизиш нуқталари.

### **Қорин бўшлиғи аъзолари ревизияси**

Қорин бўшлиғи ревизияси Вереша игнаси ва биринчи троакар киритилган соҳадан лапароскопик кириш билан боғлиқ асоратларни олдини олиш учун олиб борилади.

Кейин қорин бўшлиғи ўнгдан чапга кенг кўламда кўрилади. Яъни париетал ва вицерал қорин парда, у ердаги суюқлик, миқдори, ранги, тиниқлиги, ундаги фибрин, сафро, қон, овқат қолдиқлари аралашмларига баҳо берилади. Жигар ва ўт пуфаги, ошқозон ва 12-б. ичак, ингичка ва йўғон ичак тутқичлари, катта чарви кузатилади. Аёлларда бачадон ва унинг боғламлари текширилиши зарур. Агар органларда патология аниқланса, синчковлик билан кузатилади.

Сўнг чувалчангсимон ўсимтани кўриш бошланади. Кўришни қулайлаштириш учун атравматик қисқичлардан фойдаланиш керак. Ўткир аппендицит диагнози қўйиш ёки қўймаслик фақат ўсимта кўрилгандан сўнг хал бўлади. Агар органда яллиғланиш белгилари бўлса кўришни

тўхтатиб, даволашни бошлаш керак. Ёки кўрилган ўсимта қисмида ҳеч қандай ўзгариш бўлмаса, ўткир аппендицит диагнозини инкор қилиш нотўғри ҳисобланади. Лапароскопик аппендэктомияни амалга ошириш учун, аввало ўсимта ва унинг тутқичини операцияни техник имкониятларини баҳолаш мақсадида синчиклаб текшириш, шунингдек қорин бўшлиғини перитонит ҳолатларида санацияси ва дренаж ўтказишни баҳолаш керак.

Ретроцекал жойлашган, ўнг ёнбош соҳага инфилтрациялашган ва битишмалар ҳисобига ёпишган аппендицитни кўриш қийинчилик туғдиради. Битишмалар кўришни таъминлаш учун эндоскопик қайчилар ёрдамида кесиб ташланади. Агар чувалчангсимон ўсимта кўричак орқасида жойлашган бўлса, Вебсок қисқичи ёрдамида медиал ва цефалик йўналишда ўсимта тортилади. Ретроперитонеал жойлашган ўсимтани кўриш учун, эндоскопик қайчи ёрдамида қорин парда кўричакнинг пастки ташқи йўналишида, гумбазни медиал ва цефалик йўналишда мобилизацияси орқали кесилади.

Ўткир катарал аппендицитни ташқи визуал белгилари йўқлиги ва яллиғланиш фақат шиллик ва шиллик ости қаватлардалиги учун, лапароскопик диагноз қўйиш қийинчилик туғдиради. Макроскопик ўзгаришлар кам бўлади. Улар қорин парда остида жойлашган қон томирларнинг иккиламчи реакцияси ҳисобланиб, яқин масофадан қизил қон томирлар тўри аниқ кўринади. Шунингдек қон томирларнинг иккиламчи реакцияси яллиғланишдан ташқари, функционал жараён бўлиши ҳам мумкин. Шунинг учун катарал аппендицитни диагнозида асосий белги чувалчангсимон ўсимта шиши ҳисобланади.

Шишга баҳо беришда орган диаметрининг катталашуви муҳим белги ҳисобланиб, буни аниқлаш учун чувалчангсимон ўсимта асбоб ёрдамида ўрта қисмидан кўтарилади, Шу ҳолатда ўсимта инструмент устида осилиб турмайди (қалам симптоми). Ва катарал аппендицитда яллиғланиш қорин

бўшлиғига тарқалмасдан, фақат шиллик қаватда юз беради.

Катарал аппендицит билан биргаликда қорин бўшлиғида йиринг бўлиши иккиламчи ўзгаришлар туфайли юз беради. Бу ҳолатларда лапароскопик текширув қорин бўшлиғида суюқлик ҳосил бўлишига олиб келувчи паталогияни аниқлаши зарур. Кўплаб ичак касалликларида (Крона касаллиги, овқат токсикоинфекцияси, уремик колит) чувалчангсимон ўсимтанинг ташқи кўриниши катарал аппендицитни эслатади. Шунингдек бачадон боғламларининг касалликлари чувалчангсимон ўсимта ўсимтасимда иккиламчи ўзгаришга сабаб бўлади.

Ўткир флегмоноз аппендицитнинг лапароскопик диагнози қийинчилик туғдирмайди. Ўсимта ёрқин гиперемияланган, Уни ва тутқичларининг шиши аниқ билиниб туради. Қорин парданинг вицерал қисми фибрин билан қопланган, ўсимта атроф органлар билан фиксацияланган бўлади. Апостематоз жараёнда майда сариқ тусли йиринг доначалари вицерал қорин парда остида кўринади. Ўсимта девори перфорацияси флегмоноз аппендицитнинг ўткир перфоратив флегмоноз ярали аппендицитга ўтиши билан юз беради. Ушбу аппендицит формаси учун кенг доирада қўйиқ йиринг пайдо бўлиши характерлидир.

Ўсимта эмпемасида ўсимта тўла гиперемияланган, колбасимон шаклга кирган бўлади. Эмпиема учун хос хусусият аниқ ривожланган яллиғланиш белгилари бўлмайди, баъзан вицерал қорин парда фибрин парда билан қопланмаган бўлади. Йиринг ҳам бўлмаслиги мумкин.

Ўткир гангреноз аппендицитнинг лапароскопик диагнозида ўсимта деворида кўкимтир кулранг ўчоқларнинг бўлиши, шунингдек ўсимтанинг қалин фибрин парда билан қопланиши хос бўлади. Баъзан ўсимта перфорацияси ва ҳатто ампутацияси ҳам кузатилади. Тутқичда яллиғланиш аниқ намоён бўлиб, шишган ва гиперемияланган, фибрин билан қопланган бўлади. Кўпинча ўсимта атроф аъзолар билан фиксацияланган бўлиб, баъзан қорин бўшлиғида йиринг бўлади.



Деструктив аппендицит билан оғриган беморлар лапароскопик текширилганда уларда аппендикуляр инфилтрация шаклланган бўлади. Унинг характерли белгилари шуки, кўричак ва ileumнинг терминал қисми чарви билан қопланган бўлади. Ўсимта инфилтрат ўртасида жойлашгани учун аниқланмайди. Инфилтрат ҳосил қилишда қатнашган аъзолар гиперемияланган ва инфилтрацияланган, фибрин билан қопланган бўлади. Қорин бўшлиғида йиринг бўлмайди. Инфилтрат инструментал палпация қилинганда ҳосила тоғайдек қаттиқ, аъзолар бир биридан ажралиб турмайди, аппендэктомия ўтказишни иложи бўлмайди.

Баъзан инфилтрат юмшоқ консистенцияга эга бўлиб, инструментал палпация қилинганда аъзолар бир биридан ажралади. Бу эса аппендэктомия ўтказиш имкониятини беради.

Инфилтрат ҳосил қилувчи аъзолар орасида йиринг бўлиши мумкин. Бу қорин бўшлиғида абсцесс шаклланганлигини аниқлатади.

Лапароскопик диагностикада аппендикуляр инфилтратни оператив даволаш қуйидаги ҳолатларда амалга оширилади:

- юмшоқ консистенцияли инфилтратда;
- яллиғланган кўричак ўсимтасида ҳали тўлиқ инфилтрат шаклланмаган бўлса;
- қорин бўшлиғига инфилтратни ҳосил қилувчи аъзолардан йиринг тушаётган бўлса.

Инструментал палпацияда ажралмайдиган қаттиқ консистенцияли аппендицит консерватив даволанади.

Шуни ёдда тутиш керакки, чувалчангсимон ўсимта ўсимтасини аниқлашнинг иложи бўлмаса (бу кўпинча инфилтрат шаклланганда кузатилади), диагноз бошқа белгиларга қараб қўйилади ва бу хато диагностикага сабаб бўлиши мумкин. Баъзан кўричак раки перифокал яллиғланишида ёки Крон касаллигида ҳам инфилтрат шаклланади ва бу аппендикуляр инфилтратга ўхшайди

Ўткир аппендицитни диагностик лапароскопия қилинганда, албатта ўсимтанинг бошқа касалликлари бирга келиши мумкин. Масалан ўсимтада яллиғланиш бўлмасдан, унинг бўшлиғида деформация ёки чандиқланиш бўлса, охири унда шиллик йиғилишига олиб келади ва мукоцеле шаклланади. Бу ҳолатда ўсимта шарсимон ёки колбасимон шаклга кириб, асоси деформацияга учрайди. Унинг сероз қавати гиперемияланмаган, веноз тасвир майда венулаларнинг кенгайиши ҳисобига кучайган (пассив гиперемия). Тутқичи ўсимтанинг катталашуви ҳисобига чўзилган ёки кўринмайди.

Карциноид ёки карциноид ўсма кўпинча органнинг дистал қисмида учрайди. Бу ҳолатда ўсимта деворлари қалин ва қаттиқлашган бўлади. Пассив гиперемияланган. Чувалчангсимон ўсимтанинг мукоцеле ва карциноид турларини аниқ лапароскопик дифференциал диагностикаси йўқ.

Ўнг ёнбош соҳада экссудат, фибрин коплам дифференциал диагностика учун жиддий қийинчилик туғдиради, бу ҳолатда ўсимтадаги ўзгаришлар иккиламчи ҳисобланади. Бу ҳолатда ileumнинг терминал қисмини 1 метр оралиғда Меккел дивертикули ва сегментар илеитдан фарқлаш учун кўздан кечириш керак. Пелвиоперитонитга энг кўп сабаб бўлувчи омил салпингит ҳисобланади. Бунда бачадон найлари гиперемияланган, шишган, унинг бўшлиғидан йиринг ажралади. Йиринг таркибида сафро ва овқат қолдиқларининг бўлиши ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак перфорациясининг белгиси ҳисобланади.

### **Лапароскопик аппендэктомия боқичлари**

Лапароскопик аппендэктомия қуйидаги боқичларга бўлинади:

1 - чувалчангсимон ўсимта тутқичи яхши кўриниши учун, чувалчангсимон ўсимта учи ўнг ёнбош соҳада ёки кичик чаноққа йўналган троакарга тортилади;

2 - чувалчангсимон ўсимта тутқичи томирлари билан бирга тикилади;

3 - чувалчангсимон ўсимта тутқичи электрокоагуляция ёрдамида ёки скоба қўйилгандан сўнг, ёхуд лапароскопик чизикли степлер ёрдамида кесилади;

4 – ажратилган чувалчангсимон ўсимта 3 та эндолигатуралар билан асосидан боғланади: 2 таси ўсимта кесилган жойдан проксимал ва биттаси – дистал қисмига қўйилади;

5,6 – чувалчангсимон ўсимта 2 та проксимал ва битта дистал лигатуралар орасидан кесилади;

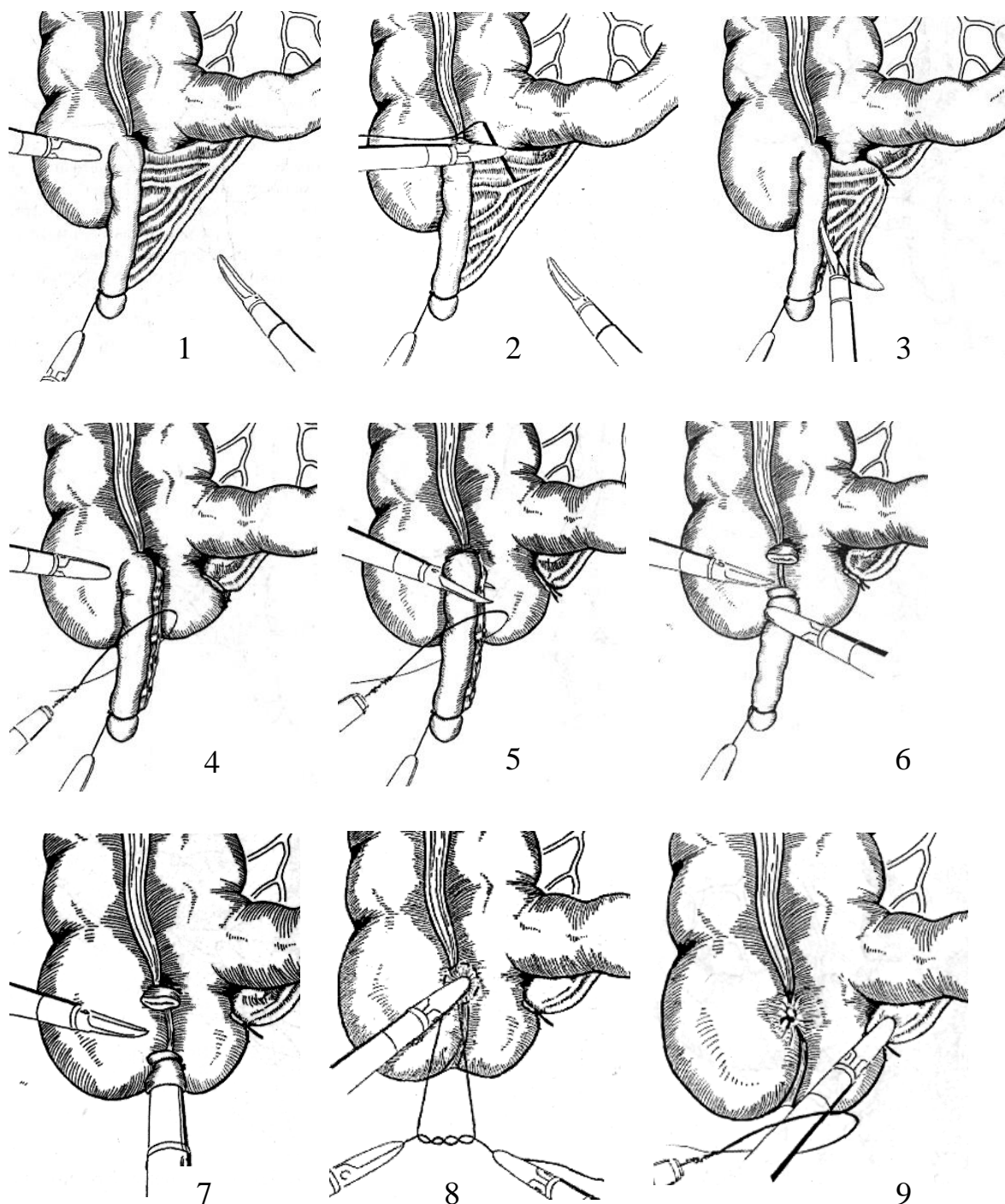
7 – чувалчангсимон ўсимта қорин бўшлиғидан троакар ёрдамида олиб ташланади;

8 – чувалчангсимон ўсимта чўлтоғи кесет чоки билан бекилади;

9 – чувалчангсимон ўсимта чўлтоғининг қўшимча боғланиши (Расм 47).

### **Чувалчангсимон ўсимта тракцияси**

Чувалчангсимон ўсимта эндоскопик қисқич ёрдамида дистал ёки тутқич қисмидан ушланади ва қорин олд девори томонга тортилади. Ўсимта битишмалари эндоскопик пичоқ ёрдамида кесилади. Унинг ичидаги суюқ инфилтрат аспиратор-ирригатор ёрдамида аспирация қилинади. К.Франтзайдес ўсимта тракцияси учун, унинг чўққисига лигатура ўрнатишни таклиф қилган. Бу таклиф сезиларли даражадаги усул бўлмаса ҳам, лапароскопик аппендэктомиянинг аҳамиятини ва давомийлигини оширади.



Расм 47. Лапароскопик аппендэктомиянинг асосий босқичлари: 1 - чувалчангсимон ўсимта тутқичи яхши кўриниши учун, чувалчангсимон ўсимта учи ўнг ёнбош соҳада ёки кичик чаноққа йўналган троакарга тортилади; 2 - чувалчангсимон ўсимта тутқичи томирлари билан бирга тикилади; 3 - чувалчангсимон ўсимта тутқичи электрокоагуляция ёрдамида ёки скоба қўйилгандан сўнг, ёхуд лапароскопик чизиқли степлер ёрдамида кесилади; 4 – ажратилган чувалчангсимон ўсимта 3 та эндолигатуралар билан асосидан боғланади: 2 таси ўсимта кесилган жойдан проксимал ва биттаси – дистал қисмига қўйилади; 5,6 – чувалчангсимон ўсимта 2 та проксимал ва битта дистал лигатуралар орасидан кесилади; 7 – чувал-

*чангсимон ўсимта қорин бўшлиғидан троакар ёрдамида олиб ташланади; 8 – чувалчангсимон ўсимта чўлтоғи кисет чоки билан бекилади; 9 – чувалчангсимон ўсимта чўлтоғининг қўшимча боғланиши.*

### **Чувалчангсимон ўсимта тутқичларининг кесишмалари**

Ўсимта тутқичларининг анатомик жойлашуви, ундаги яллиғланиш жараёнининг даражасига қараб, жарроҳ операция пайти қуйидагича ишлов беради:

- электрокоагуляция;
- лигатура қўйиш;
- клипсалар қўйиш;
- аппарат воситасида.

Мавжуд адабиётларга кўра жарроҳлик пайтида биполяр электрокоагуляторлардан, чувалчангсимон ўсимта тутқичига ишлов беришда оддий ва хавфсиз усул сифатида фойдаланилади. Тутқични кесиш ёркин томонидан бошланиб, тутқич тўқимаси биполяр щипцалар ёрдамида 2–3 мм ушланади ва тўқима оқ рангга киргунча коагуляция қилинади. Кейин биполяр асбоб ўрнига эндоскопик қайчи ўрнатилади ва коагуляцияланган тутқич қисми ажратилади. Биполяр щипцалар ва қайчи навбатма навбат ўсимта асосигача ишлатилади. Юқоридаги айтилган барча жараёнлар эндоскопик диссектор ёрдамида амалга оширилади. Шунингдек монополяр электрокоагулятордан фойдаланиш бевосита электр токи воситасида ичакларни зарарлашини унутмаслик керак. Баъзан коагуляция қилинган тутқич ўрнида абцесс шаклланганлиги кузатилган (6,7% ҳолатда) ва шунинг учун электрокоагуляция йиринглаш яллиғланиш ўчоғидан маълум масофада фойдаланилиши керак.

Тутқичга лигатура қўйишда унинг узунлиги 3 смдан ортиқ бўлмаслиги керак. Лигатура қўйиш учун олинган ип 2 ёки 3 ойда сўрилиб кетиши, биров юмшоқ ва тугунни яхши ушлаб туриши керак. Бу хусусиятларга қуйидаги иплар жавоб бера олади “Polysorb” (Auto Suture

фираси) ва “Vicril” (Ethicon фирмаси). Монофиламентли иплардан фойдаланиш эндоскопик инструментлар билан ишлаш пайтида ўз каттиқлигини йўқотиб, тугунни яхши ушлаш олмайди, кейинчалик узилиб кетиши мумкин. Кўпинча диаметри шартли “0” бўлган иплардан фойдаланилади. Экстракорпорал тугун ҳосил қилишда ип узунлиги 60 см, интракорпорал тугун ҳосил қилишда эса 10–15 см бўлиши керак. Эндоскопик диссектор ёрдамида чувалчангсимон ўсимта тутқичи 2 см масофада перфорацияланади, кейин экстракорпорал ёки интракорпорал тугун шакллантирилади.

Экстракорпорал усулда тугун ҳосил қилиш жуда содда ҳисобланиб, кўп миқдорда ип ишлатишни талаб қилади. Шунингдек сақлаш керакки, лигатура қўйиш оралиғи 2 см масофада бўлиши керак, сабаби тутқичда юз берувчи яллиғланиш жараёни туфайли, операция пайти ёки ундан сўнг лигатурадан қон кетиши кузатилади. Бу ҳолатда инфилтрациялашган тутқич лигатурасини бўшаб кетишини олдини олиш учун қўшимча тикиш амалга оширилади.

Калта тутқичли ўсимталарда, унда яллиғланиш жараёни ривожланган бўлса, шунингдек чувалчангсимон ўсимта ретроцекал ёки қорин парда ортида жойлашган бўлса, қон томирларга клипса қўйишга кўрсатма берилади. Эндоскопик пичоқ воситасида тутқич қорин пардадан аста ажратилади ва диссектор ёрдамида қон томирлари белгиланади. Томирлар бир ёки икки томонли клипслар ёрдамида клипирланади ва эндоскопик пичоқ ёрдамида кесилади. Кўпинча ўртача катталикдаги клипсалардан фойдаланилади. Шунингдек клипса қўйилгандан сўнг монополяр электрокоагуляциядан фойдаланиш мумкин эмас. Яна яллиғланган тўқимага клипса ўрнатиш тўғри ҳисобланмайди, сабаби кейинроқ яллиғланиш қайтгандан сўнг клипсалар бўшаб қолиши, бундан ташқари операция самарадорлигини пасайишига олиб келади.

Тутқични аппарат воситасида тикиш ҳозирги кундаги энг тез,

ишончли ва техник жиҳатдан оддий усул ҳисобланади. Бунда “П” шаклидаги қисқичлардан фойдаланилади, яъни тўқима тикилгандан сўнг, металл малритцалар ўша соҳага “В” шаклда букилади ва бу тўқимани бириктиришнинг ишончли усулидир. Эндоскопик хирургияда кенг тарқалган аппарата ENDO GIA ҳисобланиб (фирма Auto Suture), диаметри 12 мм. Аппарат 6 қаторли шахмат шаклидаги қисқич билан қопланган бўлиб, ҳар 3 ёки 4 қатор қисқичда, бир вақтда тўқимани кесади. ENDO GIA 30 чизиқли степлери уч типдаги бир марталик алмашувчи кассета билан тўлдирилган бўлиб, тўқимани турли қалинликда тикишга мослаштирилган:

- кулранг кассета 2 мм ли қисқичлари билан қон томирларни тикишга мослашган;
- оқ кассета 2,5 мм қисқичли, юпқа тўқималарни тикишга мослашган;
- кўк кассета 3,5 мм қисқичли, нормал қалинликдаги тўқималарни тикишга мослашган: ичак, ошқозон.

Степлердан фойдаланиш учун чувалчангсимон ўсимта асосида диссектор билан туйнук (канал) очилади. Сўнг аппарат туйнук (канал) орқали ўтказилиб, тутқич бир вақтнинг ўзида кесилади ва тикилади. Ингичка тутқич, агар яллиғланиш жараёни бўлмаса оқ кассетадан, яллиғланган ёки инфилтратив тутқич эса кулранг кассетада тикилади. Баъзан калта тутқичли, ретроцекул ёки қорин парда ортида жойлашган ўсимталарда степлер билан ишлашнинг иложи бўлмаса, аралаш кассеталардан фойдаланилади (130 \$ гача). Иқтисодий томонни ҳисобга олган ҳолда, аппарат воситасида ўсимта тутқичига ишлов бериш жуда оғир йўлдош патологияларда ёки ҳомиладорликда фойдаланилади.

Кейинги вақтларда ултратовушли пичоқлардан, радиохирургик ускуналардан, юқори кучланишли ярим ўтказувчан лазерлардан тутқичларга ишлов бериш бўйича кўплаб мақолалар чоп этилди. Бу асбоб ускуналар билан ишлашнинг асосий хусусиятлари электрохирургик асоратларнинг йўқлиги, бевосита яқин масофада титанли клипс ва

қисқичлар билан ишлаш имконияти мавжудлиги, тўқималарнинг минимал термик ва механик травматизацияси, бактериоцид эффектнинг юқорилиги (айниқса лазер таъсирида) ҳисобланади. Уларнинг камчилиги нархининг қимматлиги ҳисобланади.

### **Чувалчангсимон ўсимта чўлтоғига ишлов бериш**

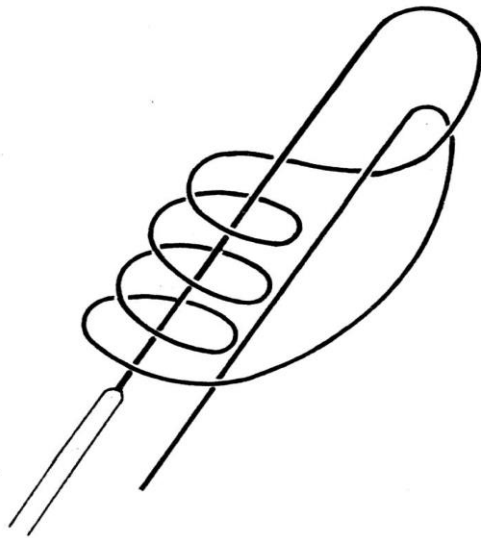
Чувалчангсимон ўсимтанинг анатомик хусусиятлари ва ундаги яллиғланиш жараёнининг ривожланганлигига кўра, жарроҳ оператор чувалчангсимон ўсимта чўлтоғига қуйидагича ишлов бериши мумкин:

- лигатурали;
- чўктириш усули;
- аппарат билан.

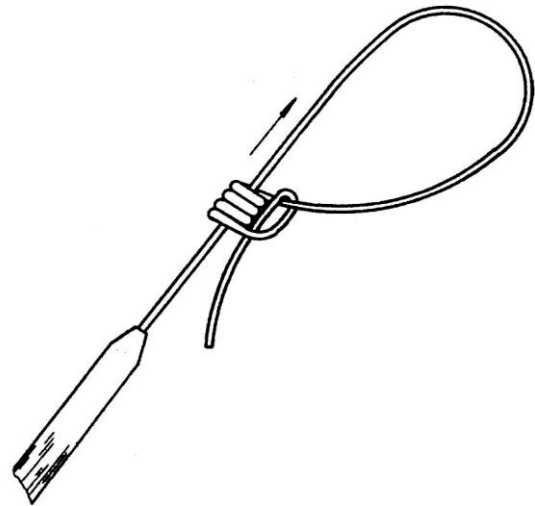
Лигатурали усул анча вақидан бери эндоскопик хирургияда фойдаланиб келинади ва шунинг учун осон ва ишончли усул ҳисобланади. 1961 йилда А.И. Ленюшкин тажрибаларда шунини исботладики, аппендэктомияда ўсимта чўлтоғини лигатуралаш, унинг мустақил ҳолатда кўричакка ботиб кетишига олиб келар экан. Муаллиф яна ўсимта лигатурасидан сўнг, битишма ҳосил бўлиш жараёни юз бермаслигини ҳам айтиб ўтган. Лекин баъзи жарроҳлар бу фикрга қўшилмайди, сабаби лигатурадан сўнг, ўсимтанинг чўктирилмаган қисмидан инфилтрат шаклланиши мумкин. Шунинг учун лапароскопик аппендэктомияда жарроҳлар фақат чўктириш усулидан фойдаланишади.

Чувалчангсимон ўсимта асосига лигатура қўйишда экстракорпорал ёки интракорпорал тугунлардан фойдаланиш мумкин. Кўплаб жарроҳлар интракорпорал тугун ўрнатиш техник жихатдан мураккаблиги ва қўшимча тўртинчи троакар зарурлиги туфайли, экстракорпорал тугун ҳосил қилишни афзал кўришади. Экстракорпорал тугун ҳосил қилишни бир неча усули мавжуд бўлиб, энг кўп фойдаланиладиган лигатура қўйиш усуллари 48, 49 расмларда ифодаланган.





Расм 48. Экстракорпорал эндотугун ва халқа хосил қилиш схемаси.



Расм 49. Тугун хосил қилинди ва дистал томонга сурилади, халқа тортилади.

Ўсимтага қулай халқа ўрнатиш учун, дастлаб халқага қисқич ўрнатиб, сўнгра ўсимта учи қисқич ёрдамида аста секин тортилади ва халқа секин қўйиб ўсимта асосига юборилади. Ўсимта чўлтоғига лигатура ўрнатишда иккита 2–4 мм масофада лигатура ўрнатиш тавсия қилинади. Баъзан чўлтоқни герметизацияси учун лигатура билан бирга клипсалардан ҳам фойдаланилади. Лекин клипс ўрнатиш хавфли ҳисобланиб, клипрловчи аппаратнинг конструктив хусусияти тўқиманинг қалинлигини тўғри баҳолай олмайди, бу эса кейинчалик клипсни бўшаб кетишига ва клипс ўрнатилган ўсимта соҳасининг зарарланишига олиб келади. Чувалчангсимон ўсимта дистал соҳасига лигатура, клипс ёки қисқич ўрнатиш мумкин. Шунини ёдда тутиш керакки, чўлтоғни герметизацияси учун клипс ёки қисқичлардан фойдаланиш нотўғри ҳисобланиб, кейинчалик уларнинг бўшаб кетиши ва ўсимтадаги махсулотнинг ярага ёки қорин бўшлиғига тушиши ва инфекция билан ифлосланиши кузатилади. Лигатуралар орасини эндоскопик пичоқ билан кесаётганда шунга эътибор бериш керакки, оралиқ масофа 2 мм дан кам, 4 мм дан кўп бўлмаслиги керак.

Чувалчангсимон ўсимта чўлтоғини қайта ишлашнинг лигатур усулида албатта чўлтоқ шиллик қаватини олиб ташлаш ва антибактериал қайта ишлаш зарур ҳисобланади. Жарроҳлар чўлтоқ шиллик қаватини олиб ташлашда монополяр электрокоагулятордан фойдаланади, лекин бу жарроҳликнинг хавfli қисми ҳисобланиб, электрохирургик асоратларга сабаб бўлиши мумкин. Шиллик қават электрокоагуляцияси учун электрик занжир ҳосил қилишда иккита кичик ўтказгичдан фойдаланилади. Биринчиси шиллик қаватга (исталган электрохирургик жараён ўтказилаётган соҳага), иккинчиси чувалчангсимон ўсимта асосига қўйилади. Шиллик қават электрокоагуляцияси пайти асоратларни олдини олиш учун қуйидагиларга амал қилинади:

- электрохирургик генератор минимал кучда ишлатилиши керак;
- шиллик қават ва электрод майдони минимал бўлиши зарур (бунда электрон игна ёки электрон илмоқдан фойдаланилади);
- электрохирургик жараён пайтида, доимо лигатура ўрнатилган соҳага ва кўричак гумбазига эътибор бериш зарур, токи биринчи термик таъсир белгилари пайдо бўлгунча (рангини ўзгариши, тўқима буришиши), пайдо бўлса зудлик билан электрохирургик таъсирни тўхтатиш керак;
- шиллик қават электрокоагуляциясини иложи бўлмаса, ўсимта асоси клипирланиши керак.

### **Чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш**

Қорин девори билан боғлиқ бўлмаган ҳолда, ўсимтани олиб ташлаш лапароскопик аппендоэктомиянинг муҳим хусусияти ҳисобланади. Чувалчангсимон ўсимта исталаган 10 мм ли троакар орқали олиб ташланиши мумкин. Ўсимта проксимал қисми лигатура қисмигача ушланади ва аста секин троакар томонга тортилади. Агар ўсимта диаметри 10 мм дан катта бўлса, 12, 15 ёки 20 мм ли троакарлардан фойдаланилади.

Баъзан ўсимтани олиб ташлаш пайтида ўсимта тутқичи халақит бераётган бўлса, қайчи ёрдамида ўша қисм қирқилади ва алоҳида олиб ташланади. Чувалчангсимон ўсимтада деструктив ўзгаришлар кузатилса (перфорация, фрагментация), олиб ташлаш қўлқоп контейнерларда амалга оширилгани маъқулроқ ҳисобланади.

### **Қорин бўшлиғи ревизияси, санацияси ва уни дренажлаш**

Қорин бўшлиғини ювиш учун фурацилиннинг 0,02%ли ёки хлоргексидиннинг 0,01%ли сувли эритмасидан фойдаланилади. Жарроҳлик столи горизонтал ҳолатга келтирилади. Санация ўнг ёнбош томондан бошланиб, экссудат, фибрин қопламалар, қон қуйқалари олиб ташланади, юмшоқ битишмалар ажратилади, чувалчангсимон ўсимта чўлтоғи ва тутқичдаги гомеостаз текширилади. Кейин кўрув чап томонга ўтилади. Санация кичик чаноқ бўшлиғи ювилгандан сўнг тугатилиб, жарроҳлик столининг бош қисми кўтарилади, Дуглас қисмидаги барча суюқлик аспирация қилинади.

Перитонеал лаваж эффективлигини ошириш учун И.С.Малков ирригацион-аспирацион ускуна БРЮСАН («Қорин санитарии») ни таклиф қилган. Бу қурилма бир вақтда ишловчи, суюқликни олиб келувчи ва олиб кетувчи каналларга асосланган бўлиб, аппарат уч ҳил ишлайди: ирригация, аспирация, ирригация и аспирация. Қурилма пулт ёрдамида бошқарилиб, бактериал токсинларни қорин деворидан ташқарига чиқишини олдини олади, қорин бўшлиғидан қон қуйқалари, фибрин қопламлар ва ичак махсулотларини олиб ташлайди.

Қорин бўшлиғини дренажлаш перитонит ёки периаппендикуляр абсцессда бажарилади. Дренаж миқдори перитонитнинг тарқалишига боғлиқ ҳисобланади. Маҳаллий перитонит ёки периаппендикуляр абсцесс ҳолатида кичик чаноқ бўшлиғига ўсимта ёки абсцессга нисбатан силикон найлар ўрнатилади. Тарқалган перитонитда эса найсимон ёки қўлқопли

найсимон дренажлар воситасида қорин бўшлиғининг барча қисми, яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига қараб дренажланади. Қорин бўшлиғини адекват санациясини ўтказишга шубҳа туғилса, 24–48 соатдан сўнг режали санацион лапароскопияни амалга ошириш керак.

### **Оперицияни тугатиш**

Видеокамера воситасида қорин бўшлиғидан троакарлар, олд қорин деворидан қон кетмаётганлигига ишонч ҳосил қилган ҳолда ажратилади. Троакар қорин бўшлиғидан углевод газни десуфляциясидан сўнг бажарилади. 10 мм дан ортиқ жароҳатлар апоневроз билан биргаликда тикилади. Ёғ қавати қалин бўлган беморлар апоневрозн тикишда йирик игнадан фойдаланиш қулай ҳисобланади. 5 мм дан кичик жароҳатларга фақат тери чоклари қўйилади.

### **Операциядан кейинги давр**

Ҳаракат тартиби: биринчи 6 соат – қатъий ётоқ тартиби; операциядан сўнг 12 соатгача – ётоқда фаол тартиб (ёнбошлаган ҳолда бурилиш, оёқларни тортиш); 12 соатдан сўнг туриш ва юриш мумкин. Ҳаракат тартибидаги чеклашлар (юғуриш, турникда машқлар бажариш, сакраш, отда юриш, сузиш, кураш ва х.к.) операциядан сўнг 1,5-3 ой ўтгач бекор қилинади.

Овқатланиш тартиби: биринчи 12 соат – тула очлик; 1-кун сўнгида – сув лимон билан; операциядан 2-3-кун ўтгач – суюқ овқатлар (стол 1А); 3-7-кунлари – химоя қилувчи диета (стол 1); 8 кундан – тўлиқ столга рухсат берилади (стол 15).

Сув ҳар 1,5-2 соатда майда ютишлар (2-3 култум) билан ичилади. Сув ичишдан олдин лимоннинг майда бўлагини сўриш тавсия қилинади.

Суюқ овқат тавсия қилишда ичак перисталтикасининг пайдо бўлиши, ҳимоя қилувчи диета учун эса – газларнинг кетиши асосий мезон саналади.

Медикаментоз тартиб: операциядан кейинги биринчи 3-соатлари давомида жароҳатга боғлам ва чойшаб устидан совуқ ва юк (музли грелка) қўйилади; наркотик аналгетиклар операциядан сўнг биринчи кун давомида, кейинчалик - нонаркотик аналгетиклар 4-5 кун давомида (баралгин ёки бошқалар) тавсия қилинади.

Керак бўлса: метронидазол 3 кун давомида (биринчи марта беморга операция вақтида берилади); антибиотик 5 кун давомида (биринчи марта беморга операциядан олдин ёки операция вақтида зарбали дозада) берилди. Антибиотикотерапия, тури ва миқдори индивидуал танланади.

### **3.5. ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ**

#### **Кўричак флегмонаси**

Айрим ҳолатларда яллиғланиш чувалчангсимон ўсимтадан кўричак деворига ўтади, жарроҳлар учун операция вақтида ундаги ўзгаришларни аниқлаш қийин бўлади. Кўричак деворининг гиперемияси, шиши, қалинлашиши; сероз қават кепаклашиши ва нуқтали қон қуйилишлар билан қопланиши кузатилади. Ичак тутқичи ва боғламлари шишган ва инфилтратланган бўлади. Маҳаллий лимфа тугунлари катталашган, тўлган, ҳаракатчан бўлиб, йиринг сақламайди. Қорин бўшлиғида сероз-фибриноз экссудат аниқланади. Патологик жараён кучайганда, ичак девори йирингли емирилиши кузатилади.

Кўричак девори яллиғланиши босқичлари куйидагича бўлади: (В.В.Бойко, В.А.Пронин, 2007):

1. димланган гиперемия;
2. димланган инфилтрация (перитонитнинг реактив фазаси билан мос келади);

3. токсик инфилтрация (перитонит токсик фазасининг фибрин чўкиши билан мос келади);

4. кўричакнинг ўчоғли некрози (перитонитнинг терминал фазаси билан мос келади);

5. ичак девори гангренази.

Ичак шиши аниқланганда (1 ва 2 босқичларда) қуйидаги муолажалар ўтказилади: аппендэктомия чўлтоқни алоҳида чоклар билан ёпиш, чўлтоқ оментопексияси (цекооментопексия – П симон чоклар билан чўлтоқни катта чарвига тикиб қўйиш ва шу чўлтоқни периферияга алоҳида тугунли чоклар билан мустахкамлаш), қорин бўшлиғига ичак тутқичига антибиотикларни киритиш. Токсик инфилтрация босқичида кўричак тўқимасини кисет чоки билан тортилганда, кесилиб кетиши ва кисет чоки носозлиги ҳамда чўлтоқ атрофи абсцесс ривожланиши мумкин. Тифлитнинг 3-босқичида лигатура усули билан аппендэктомия ёки чўлтоққа алоҳида тугунли чоклар қўйиш, кўричак гумбази экстраперитонизация, қорин бўшлиғига антибиотиклар ва дренажлар киритиш, провизор чоклар қўйиш билан жароҳатни тампонада қилиш ўтказилади.

### **Аппендикуляр инфилтрат**

Чегараланган ва зич аппендикуляр инфилтрат, ҳатто регрессияга учраган чегараланган зич аппендикуляр инфилтрат консерватив усулда даволанилади (касаллик бошланишидан 4-6-кун давомида).

Зўрайиб борувчи инфилтрат ҳар қандай муддатда жарроҳлик йўли билан даволанилади.

Нозиқ аппендикуляр инфилтрат жарроҳлик йўли билан даволанилади (касаллик бошлангандан 1-2-кунлари).

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши ривожланишида касалликнинг қуйидаги оқибатлари юзага келиши мумкин:

1. Яллиғланишнинг тез зўрайиши, чувалчангсимон ўсимта деструкцияси ва перитонит ривожланиши. Даволаш тактикаси аниқ – жарроҳлик амалиёти.

2. Яллиғланишнинг секин зўрайиши ва нозиқ инфилтрат шаклланиши.

Фибрин чўкиши ва сероз қаватнинг ёпишиши чувалчангсимон ўсимта деструкциясининг бошланишидаёқ кузатилиши мумкин. 1-2 кун давомида ҳосил бўлган нозиқ инфилтрат зўрайиб борувчи яллиғланиш билан барҳам берилиши мумкин, бу эса перитонит ривожланишига олиб келади. Агар ўсимта деструкцияси аста-секин ўсиб, нозиқ инфилтрат шаклланган бўлса, зич инфилтрат ёки периаппендикуляр абсцесс (инфилтрат босқичсиз абсцесс) ривожланади. Периаппендикуляр абсцесс доимий зўрайиши мумкин, касалликнинг исталган босқичида жарроҳлик амалиётини талаб қилади. Зич аппендикуляр инфилтрат (4-6-кунлари) регрессияланиши ёки прогрессияланиши (инфилтрат пайдо бўлиши босқичидан кейин абсцесснинг шаклланиши) мумкин. Зич чегараланган инфилтрат консерватив йўл билан, прогрессияланувчи инфилтрат эса унда зўрайиб борувчи ҳарактерда яллиғланиш ривожланганлиги аниқлангандан сўнг – оператив йўл билан даволанилади.

Агар зич чегараланган аппендикуляр инфилтрат операциягача аниқланмаган бўлса, жарроҳ операция вақтида у билан тўқнаш келса, нима қилиш керак?

Зич, яхшигина чегараланган инфилтратни ажратиш мумкин эмас. Уни кўричак ўсмаси билан қиёслаш учун визуал ва палпатор ревизия қилиш лозим. Қорин бўшлиғига антибиотиклар юбориш ва ўнг ёнбош чуқурчаси қорин парда орти инфилтрациясида новокаиннинг 0,25% эритмаси антибиотик билан бирга юборилиши мумкин. Операция қорин бўшлиғини дренажлашдан иборат бўлиб, операция жароҳатини тикиб қўйиш билан яқунланади.

Операциядан сўнги даврда инфилтратни назорат қилиш юқорида айтиб ўтилган мезонларга асосланиб ўтказилади. 3-5 кун давомида микро-ирригатор ёрдамида қорин бўшлиғига антибактериал препаратларни юбориш мумкин. Қорин бўшлиғидан дренажни 2-3-кунлари олиб ташланади.

Новокаин эритмасини антибиотик билан юбориш қорин парда орти усуллари Школников-Селиванов чаноқ блокадаси, Вишневский паранефрал блокадаси, Комаров бўйича уруғ тизимчаси блокадаси орқали ўтказилиши шарт. Бундан ташқари операциядан сўнги даврда антибактериал ва яллиғланишга қарши препаратлар тавсия қилинади.

Одатда нозик аппендикуляр инфилтрат амалий жихатдан операция-гача аниқланмайди, беморлар эса бу муддатларда (касаллик бошлангандан сўнг 1-3-кунлари) «ўткир аппендицит» ёки «перитонит» диагностикаи остида операция қилинади. Нозик инфилтрат операция вақтида аниқланади. У тўқималарни шикастланишига олиб келмайдиган ҳолда аъзоларни ажратишда аниқланади. Нозик фибриноз битишмалар ажратилади, аппендэктомия ўтказилади. Қорин бўшлиғи албатта қатъий қуритилиши шарт, чунки нозик инфилтратда ҳамиша қорин бўшлиғида (реактив) суюқлик бўлади. Операция сўнгида қорин бўшлиғи дренажланади.

Зўрайиб борувчи инфилтрат диагностикаотида касалликнинг исталган босқичида оператив даво кўрсатма ҳисобланади. Инфилтрат йиринглашиши соҳасида кўп ҳолларда чувалчангсимон ўсимтанинг тўлиқ йирингланиши кузатилади. Идеал вариант бўлиб – ўсимта ва суюқликни олиб ташлаш, қорин бўшлиғини дренажлаш ҳисобланади.

### **Периаппендикуляр ва аппендикуляр абсцесс**

Периаппендикуляр абсцесс – деструктив чувалчангсимон ўсимта атрофида сақланган йирингли қопчадир.

Аппендикуляр абсцесс – чувалчангсимон ўсимта чириган соҳадаги йирингли қопчадир.



Абсцесслар ривожланишида аппендикуляр инфилтратда чувалчангсимон ўсимта деструкциясининг кейинги зўрайиши сабаб бўлади.

Периаппендикуляр абсцесс касалликнинг эрта босқичларида, яъни нозик инфилтратда, зич инфилтрат мавжуд бўлган холларда (касалликнинг 8-10-кунлари) ривожланиши мумкин. Биринчи ҳолатда ҳамиша перитонит белгилари кузатилади (қорин бўшлиғидаги суюқлик).

Ўткир аппендицитда **абсцессларнинг таснифланиши:**

- Тарқалишига қараб: чегараланган; зўрайиб борувчи;
- Локализациясига қараб: ёнбош; чанок; диафрагма ости; ичаклараро; ретроцекал;
- Қорин деворига муносабатига кўра: девор олди, девор олди бўлмаган.

Абсцессни даволаш – жарроҳлик йули билан амалга оширилади. Идеал вариант – инфилтрацияланган тўқима ва аъзолар травматизацияси кузатилмаган ҳолда, ўсимта ва суюқликни олиб ташлаш, қорин бўшлиғини дренажлаш. Абсцессни қорин бўшлиғидан ташқарида очиш талаб қилинади. Операция кесмасида қорин парда кесилмасдан олдин қорин парда олди клечаткасига киритилган кўрсаткич бармоқ билан инфилтрат юмшаган жойгача (флюктуация) қаватланади. Шу жойда қорин парда тўмтоқ очилади, йиринг аспирацияланади, секвестр ва ахлат тошлари олиб ташланади. Көхер қоидасини ёдда тутиш лозим: периаппендикуляр абсцесс олдида чувалчангсимон ўсимтани излаш керак эмас, бу шароитда аппендэктомия қилиниши шарт. Абсцесс бўшлиғи санацияланади ва дренажланади.

Лапаротомия вақтида абсцессга шубҳа қилинганда, қорин бўшлиғига 3 та юқориги, медиал, пастки чегараланган тампонлар киритиш керак. Абсцесс очилганда, электроотсос билан қуритилади, сўнгра аппендэктомия ўтказилади. Агар аппендэктомиядан сўнг йирингли суюқлик қорин бўшлиғининг бошқа соҳаларида ҳам аниқланса, қорин бўшлиғини тўлиқ

санациялаш ва дренажлаш мақсадида пастки-ўрта лапаротомия ўтказиш лозим. Абсцессни очишда ортиқча фаоллик кўрсатиш ҳамда аппендэктомияга ҳаракат қилиш оғир асоратларга, ҳатто ўлимгача бориши мумкин. Баъзан қорин бўшлиғини дренажлаш билан чекланиши мумкин.

Чувалчангсимон ўсимта олиб ташлангандан сўнг, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлашда кейин операция жароҳати кучли ифлосланса, кирғоқлари санациялангандан сўнг, провизор чоклар билан тикилади.

Операциядан кейинги даврда интенсив медикаментоз терапия (антибактериал, дезинтоксикацион, яллиғланишга қарши), функционал ичак тутилиши ва йирингли асоратларни (жароҳатнинг йиринглашиши, пневмония ва х.к.) олдини олувчи муолажалар ўтказилади.

### **Перитонит**

***Ўтқир перитонит таснифи*** (К.С.Симонян, 1971):

- Экссудат ҳарактерига кўра: сероз; сероз-фибриноз; фибриноз-йирингли; йирингли; ахлатли;
- Жараён жойлашишига кўра: маҳаллий (чегараланган ва чегараланмаган); диффуз (қорин бўшлиғи битта поғонасида бир қанча қисмларни эгаллайди); тарқалган (қорин бўшлиғининг бутун поғоналарини эгаллайди); умумий (бутун қорин бўшлиғини эгаллайди);
- Кечишига кўра: реактив фаза (перитонитнинг маҳаллий белгилари фазаси: қорин парда гиперемияси ва шиши, фибрин чўкиши билан экссудацияси ва х.к.); токсик фаза (интоксикация синдроми ривожланиши билан кечувчи фаза, қон оқимида микроб токсинлари ва моддалар алмашинувининг токсик маҳсулотлари бўлиши); терминал фаза (моддалар алмашинувининг ва организм ҳаётининг муҳим аъзолари функциясининг чуқур бузилишлари).

***Аппендикуляр этиологияли перитонитда даволаш чора тадбирлари:***

- Қорин бўшлиғида инфекция манбасини йўқотиш;
- Қорин бўшлиғида инфекция фаолиятини камайтириш;
- Организмда инфекция фаолиятини камайтириш;
- Ичак фаолиятини тиклаш;
- Интоксикация билан курашиш;
- Полиорган етишмовчиликни олдини олиш ва кураш;
- Моддалар алмашинувини коррекциялаш;
- Юрак-ўпка асоратлари профилактикаси;
- Организм ҳимоя иммун-биологик реакцияларини мобилизациялаш учун шароит яратиш.

Рен бўйича перитонитни *маҳаллий даволаш* мезонлари (E. Rehn, 1902):

- Қорин бўшлиғини кенг очиш;
- Инфекция манбасини олиб ташлаш;
- Қорин бўшлиғидан йирингни олиб ташлаш;
- Қорин бўшлиғини дренажлаш.

### **Пилефлебит**

Пилефлебит операциядан сўнг эрта (2-3-кунлари), ҳам кечки (1-3 ҳафталарда) даврда ривожланиши мумкин. Кўпроқ деструктив аппендицит ва ретроперитонеал жойлашган ўсимтада кузатилади. Ўзида портал тизим йирингли тромбофлебитини намоён қилади. Жуда кам ҳолларда беморлар асоратлар билан жарроҳлик бўлимларига келади.

Ўрта лапаротомияда ўсимта жойини дренажлаш ва эрта аппендэктомия ўтказиш лозим. Жигарда абсцесслар мавжуд бўлса, улар очилади. Агар лапаротомияда жигарда абсцесслар аниқланмаса, қорин бўшлиғини жигар усти ва ости дренажлаш, ўт йўлларини ташқи дренажлаш ўтказилади. Г.Е.Островерхов (1964) бўйича лапаротомия вақтида киндик венаси реканализацияси ўтказилади: киндикдан 2 см юқоридан тери ва апоневроз ке-

силади, қорин парда олди клечаткадан киндик венаси қидириб топилади, бужланади ва катетеризацияланади, провизор чоклар қўйилади ва қорин олдинги деворига чиқарилади. Операциядан кейинги даврда портал ичи антибактериал воситалар киритилади.

Медикаментоз терапия (антибиотиклар, антикоагулянтлар, витаминлар, антисептиклар, дезинтоксикацион терапия) пилефлебит аниқланган захоти буюрилади. Иммун тизимни тикловчи воситалар ҳам тавсия қилинади.

## **ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР**

Ўткир аппендицитда операциядан кейинги асоратларнинг учраши ўртача 20% ни ташкил қилади.

*Асоратларнинг таснифи* (И. М.Матяшин, 1974):

### *А. Эрта асоратлар*

1. операция жароҳати томонидан: жароҳатдан қон кетиш; операция жароҳати гематомаси; жароҳат юмшоқ тўқималарининг операциядан кейинги шиши; жароҳатнинг йиринглаши; зўрайиб борувчи эпифасциал гангрена; клостридиал инфекция; анаэроб ноклостридиал йиринглаш; қорин бўшлиғи аъзолари эвентрацияси.

2. қорин бўшлиғи томонидан: қорин бўшлиғи ичи қон кетишлар; қорин бўшлиғи инфилтрати; чўлтоқ абсцесси; қорин бўшлиғи абсцесси; катта чарви абсцесси; перитонит; қорин парда орти клечатка флегмонаси; эрта битишмали операциядан кейинги ичак тутилиши; ўткир ошқозон-ичак трактидан қон кетиш; ўткир операциядан кейинги панкреатит; яра касаллигини қўзғалиши; лимфорея.

### *Б. Кечки асоратлар*

1. операция жароҳати томонидан: қорин олдинги деворининг яллиғланишли ўсмаси; лигатурали оқма; келоид чандик; операциядан кей-

инги вентрал чурра; чов чурраси; невринома; йирик нерв устунларининг шикастланиши; чандиқнинг эндомириоз билан зарарланиши.

2. қорин бўшлиғи томонидан: култит; ичакнинг илеоцекал соҳаси яллиғланишли ўсмалари; кечки инфилтратлар ва абсцесслар; ичак оқмалари; битишма касаллиги; ичак тутилиши; баугин клапани стенози; илеоцекал клапан етишмовчилиги.

*В. Умумий асоратлар.*

1. юрак-қон томир касалликлари: тромбофлебит; мезентериал томирлар тромбози ва эмболияси; ўпка артерияси шохлари тромбоэмболияси; пилефлебит; миокард инфаркти.

2. нафас олиш аъзолари томонидан: ателектаз; зотилжам.

*Г. Функционал асоратлар:*

Кўнгил айнаши, қайт қилиш, кекириш, ичак парези, ўткир сийдик тутилиши.

Операциядан кейинги асоратлар сабаблари:

- Касалликнинг кечки диагностикаоти ҳисобига ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаслиги;
- Техник имкониятсизликлар ҳисобига ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаслиги;
- Беморнинг шифокорга кеч мурожаати натижасида ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаслиги;
- Беморда патологик жараённинг кечиши хусусиятлари;
- Тактик ва техник хатолар;
- Беморнинг иммун реактивлигининг пасайиши.

**Жароҳатдан қон кетиш.** 0,2 % ҳолатларда кузатилади.

*Сабаби:* техник хатолик, коагулопатия.

*Клиникаси:* операция жароҳатининг шиши ва енгил оғриқлилиги; жароҳат пайпасланганда жароҳатдан кучаювчи ёки дренаж бўйлаб қон кетиш; тери ости гематомаларининг пайдо бўлиши. Қоннинг қизил кўрсаткичлари кўп қон кетганда ўзгаради.

*Даволаш:* жароҳатни кўриш ва қон кетишни доимий тўхтатиш (тикиш, боғлаш, коагуляция). Коагулопатия ҳолатларида – қоннинг ивиш тизимини коррекциялаш керак.

*Профилактикаси:* артериал қон босими ва қоннинг ивиш тизими кўрсаткичлари нормал бўлганда, операция давомида гемостазни назорат қилиш.

**Операция жароҳати гематомаси.** 0,1 % ҳолатларда кузатилади.

*Сабоби:* операция жароҳатини тикиш давомида гемостаз етишмаслиги (айниқса паст артериал қон босими бўлганда).

*Клиникаси:* операция жароҳатининг шиши ва енгил оғриши; тери қопламалари рангининг ўзгариши; жароҳат пайпасланганда, жароҳатдан қон сизиши кузатилади.

*Даволаш:* тугмачали зонд билан гематомани кўриш; резинали найчалар билан гематомани дренажлаш; антибиотиклар билан электроферез; беморга гематоманинг йиринглашини олдини олиш учун антибиотиклар тавсия этиш.

*Профилактикаси:* операция давомида гемостазни назорат қилиш.

**Операция жароҳати инфилтрати.** 6% ҳолатларда операциядан сўнг 3-5-кунлари кузатилади.

*Сабоби:* операция жароҳатини тикиш бўйлаб гемостаз етишмаслиги; жароҳат соҳасида тўқималарнинг шикастланиши; операция жароҳатининг ифлосланиши. Ўткир оддий ва ўткир флегмоноз аппендицитда жароҳат йиринглаши олдини олмаслик натижасида ривожланади. Асосан тери ости ёғ клеткасида пайдо бўлади.

*Клиникаси:* ҳаракат вақтида жароҳатда оғриқнинг кучайиши; пайпаслаганда жароҳат соҳасида оғриқли зичланиш аниқланади; тери қопламаларининг гиперемияси; маҳаллий гипертермия; жароҳат қирғоқларининг шиши; тананинг субфебрил гипертермияси. Коннинг клиник таҳлилида биров лейкоцитоз кузатилади.

*Даволаш:* тугмачали зонд билан гематомани куриш; резинали найчалар билан гематомани дренажлаш; УВЧ ва антибиотиклар билан электроферез; инфилтрат йиринглашини олдини олиш учун антибиотиклар буюриш. Юқоридаги муолажалар самара бермаганда, инфилтрат устидан 2-3 тери чокларини олиб ташлаш ва жароҳатни очиш тавсия этилади.

*Профилактикаси:* тўқималарга авайлаб муносабатда бўлиш; операция жароҳатининг йиринглашини олдини олиш чораларини кўриш (жароҳатни тозалаш, қорин бўшлиғини дренажлаш ва х.к.).

**Жароҳатнинг йиринглаши.** 18% ҳолатларда операциядан сўнг 3-5 кунлари кузатилади.

*Сабаби:* операция давомида асептика ва антисептика қоидаларинга риоя қилмаслик; операция жароҳатини тикиш давомида гемостаз етарли бўлмаганлиги; жароҳат атроф тўқималарининг шикастланиши; операция жароҳатининг ифлосланиши; бемор орғнаизми реактивлигининг пасайиши. Операция жароҳатини тикиш усуллари йиринглаш кўрсаткичларига таъсир кўрсатмайди. Камдан-кам ҳолларда ўткир аппендицитнинг деструктив шаклларида кузатилади.

Йиринг қопчаси тери ости ёғ клеткасида (80% ҳолатларда) ёки қорин ташки қийшиқ мушаклари апоневрози остида (15% ҳолатларда) кузатилади.

Жароҳат йиринглашига сабаб булувчи омиллар:

- Тери кесмаси узунлигининг тери ости ёғ клеткаси қалинлигига номуносивлиги;
- Тери ости ёғ клеткаси қалинлиги 4 см ва ундан ортиқ бўлиши;

- Операциянинг анча узайиши (45 дақиқадан ортик);
- Бемор ёшининг 40 дан катталиги;
- Чувалчангсимон ўсимтанинг деструктив ўзгариши.

*Клиникаси:* ҳаракат ва пайпаслаганда, жароҳатда оғриқнинг кучайиши, пайпаслаганда жароҳат соҳасида оғриқли зичланишнинг аниқланиши, тери қопламаларининг гиперемияси; маҳаллий гипертермия; жароҳат қирғоқларининг шиши; тананинг субфебрил гипертермияси. Кейинчалик жароҳатда оғирлик хисси пайдо бўлади, оғриқ пулсацияловчи характерда бўлади. Интоксикация белгилари пайдо бўлади: тахикардия, оғизнинг қуриши, холсизлик, адинамия. Қоннинг клиник таҳлилида лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши кузатилади.

Жароҳат йиринглашининг қуйидаги турлари мавжуд: қисман, тотал; апоневроз усти ва ости.

*Даволаш:* жароҳат жараёнининг кечиши фазасига қараб, 3 йўналишда олиб борилади (инфекция қўзғатувчисига маҳаллий ва умумий таъсир кўрсатиш; жароҳат жараёнига маҳаллий таъсир кўрсатиш); организм ҳимоя кучларини кучайтириш.

*Биринчи фазада* асосий даволаш шарти жароҳатдан йирингнинг етарлича оқиб чиқиши учун шароит яратиш (йирингли жароҳатдан чокларни олиб ташлаш, йиринг қопчасини дренажлаш) ва некрэктомия. Маҳаллий антисептиклар (1-3% бор кислотаси; 3% водород пероксиди; 0,1-0,5% калий перманганати); химиопрепаратлар (0,1% фурагин эритмаси; 1% диоксидин эритмаси; 0,02% хлоргексидин эритмаси; 1% йодонирон эритмаси) қўлланилади. Бундан ташқари, протеолитик ферментлар: боғлаш учун трипсин, химопсин - 50-100 мг; «Ируксол» малҳами; сувда эрийдиган кўп компонентли малҳамлар («Левосин», «Левомекол» ва 5% диоксидин малҳами) қўлланилади.

*Иккинчи фазада* асосий даволаш шарти жароҳатга тинчлик шароитини яратиш, регенератив ва репаратив жараёнларни кучайтириш, регионар



микроциркуляцияни яхшилаш, иккиламчи инфекция ривожланишидан грануляциялардан ҳимоя қилиш. Маҳаллий ёғда эрувчи антибиотик ту-тувчи малҳамлар (тетрациклинли, эритромицинли) малҳамлар, «Коллан-хоэ» малҳами, қадимий препарат «Эктерицид», «Солкосерил» гели ва метилурацил малҳами қўлланилади. «Гидрокол» препаратини ишлатиш мумкин. Юқори калорияли овқатлар ва витаминлар тавсия қилинади. Жараҳатни ёпиш иккиламчи чоклар қўйиш билан (эрта ёки кечки), аутодермопластика ўтказилади.

*Учинчи фаза*да асосий даволаш шарти эпителизация жараёнини кучайтиришдан иборат. Индифферент малҳамлар ва физиотерапевтик муолажалар тавсия қилинади.

Инфекция қўзғатувчисига умумий таъсир кўрсатиш рационал анти-микроб терапия тавсия қилиш билан эришилади.

Организм ҳимоя кучларини кучайтириш учун иммуномодуляторлар, массалан, левамизол 2,5 мг/кг/сут, ҳафтада 3 маҳал 3-4 кун оралаб; курс - 7,5 г тавсия қилинади.

**Қорин бўшлиғига ички қон кетиш.** 0,08-0,2 % ҳолатларда, кўпроқ операциядан сўнг 2-3-кунлари ривожланади.

*Сабоби:* одатда, ўсимта тутқичи томирларидан қон кетиш кузатилади. Тутқичдан лигатуранинг сиргалиб чиқиб кетиши (инфилтратнинг сўрилиши, тутқич тўқимаси шишининг тушиши; калта чўлтоқга лигатура қўйиш; лигатура қўйилишидан олдин чувалчангсимон ўсимта тутқичига киритиладиган новокаин эритмаси сурилганидан сўнг); тутқич томирларида тромбларнинг сузиши; лигатураларни нотўғри қўйиш. Эрозив қон кетиш кузатилиши мумкин.

Аппендэктомиядан сўнг қорин бўшлиғи ичига қон кетиш хавфи беморнинг зудликда анемизацияси (агар қорин бўшлиғи тўмтоқ ҳимоя қилинган бўлса, камқонлик постгеморрагик тарқоқ перитонитдан сўнг диа-

гностикаланади); йиғилган қоннинг тезда ифлосланиши, перитонит ривожланиши ва унинг генерализацияси билан намоён бўлади.

*Клиникаси:* боғламнинг қон билан намланиши, қорин бўшлиғидаги қоннинг дренаж бўйлаб келиши; қон кетиш манзараси (холсизлик, тери қопламаларининг оқариши, бош айланиши, қулоқлардаги шовқин, қўлоқларнинг совуши, совуқ тер, кўз олдининг қоронғилашиши, хансираш, тахикардия, қон босимининг пасайиши); ўнг елка ва ўмров остига иррадиацияланувчи қорин ўнг ярмида тўмтоқ оғриқнинг пайдо бўлиши; перисталтик шовқинларнинг сусайиши ёки йўқолиши; перкутор қорин бўшлиғи тегиб турган жойларда зичланиш пайдо бўлиши; қорин парда кўзғалиши симптомлари; *per rectum* – тўғри ичак орқа гумбазининг оғриқлилиги аниқланади. Қон тахлилида эритроцитлар, гемоглобин миқдори камаяди, АЮҚ (ОЦК) ва гематокрит пасаяди, бироз лейкоцитоз пайдо бўлади.

***Қорин бўшлиғига қон кетиш таснифи:***

- I даража - 500 мл гача қон йўқотиш;
- II даража - 500 дан 1000 мл гача қон йўқотиш;
- III даража - 1000 дан 1500 мл гача қон йўқотиш;
- IV даража - 1500 мл гача қон йўқотиш.

*Даволаш:* эрта ўрта лапаротомия, профуз қон кетганда, қон кетаётган томир боғланади ва қорин бўшлиғи санацияланади. Агар операция вақтида қон кетаётган томир аниқланмаса, қорин бўшлиғи санациясидан сўнг, ўсимта тутқичи бутун узунлиги бўйлаб яхшилаб тикилади. Қон кетиши мумкин бўлган барча соҳалар тикилади ва боғланади. Гемостаз ўтказилгач, қорин бўшлиғи антисептик билан санацияланади ва дренажланади. Гемостаз мустахкамлилигига шубҳа уйғонса, илеоцекал бурчак докали дренаж билан тампонланади.

### **3.6. БОЛАЛАРДА ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Шуни ёдда тутиш керакки, 12-14 ёшли болаларда, қорин бўшлиғи аъзоларининг топографо-анатомик ўзаро жойлашуви катталарники каби бўлади.

**Ўнг ёнбош соҳада қорин олдинги деворининг тузилиши.** Тери, тери ости ёғ клетчаткаси, юзаки фасция (ингичка бир қават 7 ёшга келиб яхши сезилади), қорин ташки қийшиқ мушаги апоневрози, мушак қавати (мушакларни бир-биридан ажратиш қийин), кўндаланг фасция, қорин парда олди ёғ клетчатка (кўпроқ кузатилмайди), қорин парда (жуда ингичка).

**Кўричак** воронкасимон шаклда бўлади. 7 ёшга келиб тўлиқ шаклланади.

**Чувалчангсимон ўсимта** конуссимон шаклда бўлиб, кўричакка ўтиш жойида кескин чегара йўқ бўлади. Бундай жойлашиш 2 ёшгача сақланади. Чувалчангсимон ўсимта бўшлиғига кириш тешиги шиллик қават томондан юмалоқ, кенг, ялтироқ кўринишида бўлади. Бир ёшга келиб, Герлах клапани шаклланади. Эрта болалик даврида чувалчангсимон ўсимта девори ингичка бўлади. Мушак қаватида эластик толалар бола ҳаётининг 10-йилига келиб, пайдо бўлади. Лимфоид фолликулаларнинг сони бола ўсган сари ортиб боради.

**Клиник кечишининг хусусиятлари.** Ўткир аппендицит истаган ёшда, ҳатто янги туғилган чақалоқда ҳам ривожланиши мумкин.

Оғриқ хуружи қоринда симилловчи-тортувчи ҳарактерда бошланади. Оғриқ қабзият билан кечади. Оғриқ жойи ноаниқ бўлиб, киндикга ирродиация беради. Кейинчалик оғриқ ўнг ёнбош соҳага кўчиб, хуружсимон ҳарактерда бўлади. Дастлаб оғриқ кучли, сўнгра девор ичи нерв охирларининг ўлиши натижасида пасаяди, ўсимта перфорациясида оғриқ яна кучаяди (оғриқ синдромининг икки фазали кечиши). 3 ёшдан катта болаларда касаллик анамнезида Кохер-Волкович симптоми аниқланади.

Холсизлик ва апатия кузатилади, чақалоқларда кўзғалиш ва титраш хуружлари кузатилиши мумкин. Чақалоқларда кўкракдан, болаларда эса

овқатдан бош тортиш кузатилади. Беморлар кўнгил айнашига шикоят қиладилар. Қайт қилиш, одатга кўра, бир марта бўлади.

*Беморнинг ҳолати:* олдинга энгашиган ҳолда ўтириш; оёқларининг қоринга букан ҳолда ўнгга ёнбошлаб олади.

Юз ифодаси ўткирлашади, чақалоқларда лиқилдоқ чўқади – интоксикация симптомлари (перитонит) кузатилади. Тилнинг қуриши ва караш билан қопланиши, юқори нафас йўлларида катарал белгилари кузатилади

Қорин пайпасланганда, Филатов симптоми – ўнг ёнбош соҳаси пайпасланганда, қориндаги оғриқнинг кучайиши кузатилади. Бимануал текширув ўтказилади: иккала қўл билан қорин ўнг ва чап ярми таққосий пайпасланади. Ўнг ёнбош соҳадаги мушаклар таранглашиши доимгидек, кузатилади. Бундан ташқари, қорин пайпасланганда, «оёқларни тортиб олиш» симптоми (ўнг ёнбош соҳа пайпасланганда, бола оғриқдан ўнг оёғини қорнига тортиб олади) ва «қўлчаларни итариш» симптоми (бола шифокор қўллари итаради) кузатилади. Драхтер симптоми (R.Drachler, 1930) – шифокор бир қўли билан боланинг товонидан ушлайди, иккинчиси билан эса кафтини тукиллади. Перитонитда бола оғриқдан ҳимояланиш учун, иккала қўлини қориннинг пастки қисмларига олиб боради. Шуринк бўйича қиёсий дозаланган аъзолар палпациясини ўтказиш мумкин. Трояна-Хомич симптомини аниқлаш, шифокор кафтлари билан кўричак соҳасидаги ёнбош суяк қирраси бўйлаб қорин деворини босади, бунда пайдо бўлган оғриқ – париетал қорин парданинг яллиғланиши белгисидир (ўткир аппендицит).

Тахикардия. Ёшига қараб болаларда нормал пулс кўрсаткичларини билиш зарур (меъёрлар жадвал 2 да кўрсатилган).

Болалар учун тана ҳароратининг 38°C гача кўтарилиши хос. Ўткир аппендицит хуружида, ректал ва қўлтиқ ости ҳарорат кўрсаткичларининг фарқи кузатилади. Юқори тана ҳароратига қарамай, тери қопламаларининг оқариши кузатилади.

## Меъёрда болаларда юрак қисқаришлари сони кўрсаткичлари

Ҳаёт йиллари	Пулс
Янги туғилган чақалоқ	140 зарба/дақиқагача
1 ёшгача	120 зарба/дақиқагача
1 дан 3 ёшгача	112 зарба/дақиқагача
3 дан 5 ёшгача	105 зарба/дақиқагача
5 дан 7 ёшгача	94 зарба/дақиқагача
7 дан 9 ёшгача	84 зарба/дақиқагача
9 дан 13 ёшгача	75 зарба/дақиқагача
13 дан 16 ёшгача	72 зарба/дақиқагача

8-9 ва 12-14 ёшдаги қизларда ўнг ёнбош соҳасида оғриқнинг пайдо бўлиши тухумдонларнинг циклик функцияси - нормал физиологик жараёнлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Охириги ойлардаги хайз анамнезига диққат қаратиш керак.

Диагностикаот учун қўшимча текширув усуллари кўллаш зарур: УТТ, термография, лапароскопия.

**Тактика хусусиятлари.** Ўткир аппендицитнинг энг оғир шаклларида ҳам боланинг умумий ахволи қониқарли кўриниши мумкин, 3 ёшгача болаларда қоринда оғриқ пайдо бўлса, шифохонага ётқизилиши шартлигин ёдда тутиш керак.

Касаллик кўпроқ 10-15 ёшлар орасида кузатилади.

Болалар жарроҳлари томонидан ишлаб чиқилган қуйидаги қоидаларни ёдда тутиш лозим.

*Т.П.Қраснобаев* қоидаси (1935):

- ўткир аппендицит чақалоқларга қараганда, болаларда оғир кечади;
- барча болалар касалликнинг исталган кунида операцияланиши шарт;

- операцияга қарши кўрсатма – қониқарли ахволда ва унча юқори бўлмаган тана ҳароратида зич чегараланган инфилтратнинг бўлиши.

*П.Н.Напалков* қоидаси (1958):

- зудлик билан тезкор эрта госпитализация;
- касалликнинг ҳамма босқичида операция ўтказиш;
- инфилтратнинг йирингли чириши босқичидан ташқари, ўсимтани олиб ташлаш;
- қорин бўшлиғи тампонадасини кескин чеклаш;
- ўткир аппендицитга шубҳа қилинганда, наркотиклар ва сургилардан қатъий бош тортиш.

**Оператив ва операциядан кейинги даво** катталардаги каби ўтказилади. 85% кузатувларда болаларда аппендэктомиянинг лигатурали усули қўлланилиши аниқланган. Бунда эътибор қаратадиган жой – чўлтоқга ишлов беришда катта болаларда Z –симон мустахкамловчи чок қўйилмайди, чўлтоқ перитонизацияси соҳаси тутқич чўлтоғини тикиш билан мустахкамланмайди.

Операциядан сўнг беморларга катталар каби парвариш қилинади. Шуни ёдда тутиш керакки, болаларда ўткир аппендицитдан сўнг иккиламчи иммун танқислик ҳолати ривожланади, бу айниқса операциядан сўнг 3-куни яққол намоён бўлади. Бунинг учун албатта, умумий қувватловчилар, иммуностимуляция ўтказилади.

### **3.7. ҲОМИЛАДОРЛАРДА ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ.**

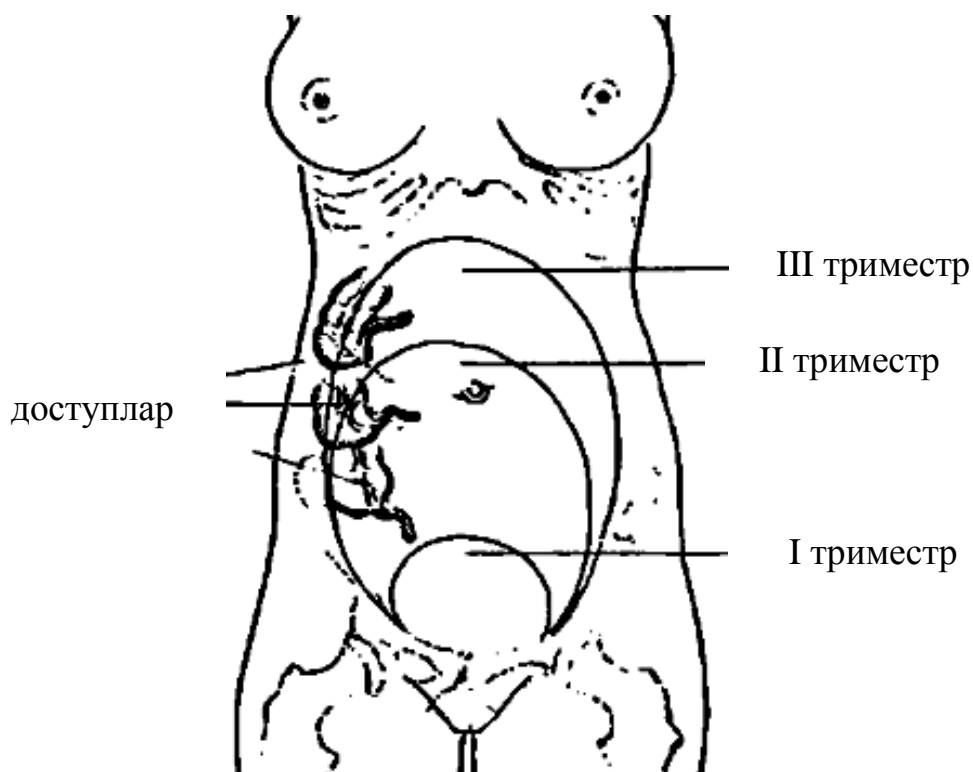
Ҳомиладорларда ўткир аппендицитнинг ривожланиши ўткир аппендицит билан оғриган барча аёллар ичида 0,5-4,0% ташкил қилади. Ўткир аппендицит кўпроқ ҳомиладорликнинг 5-12- ва 32-ҳафталарида кузатилади.

Ҳомиладорлар учун ўткир аппендицитнинг хавфи яллиғланишнинг бачадонга ва найларга ўтиб кетиши (ўсимтанинг бу аъзоларга яқинлиги ҳисобига), ҳомиладорликни тўхтатишдан иборат.

**Клиник кечишининг хусусиятлари.** Ўткир аппендицитнинг ўзига хос клиник кечиши ҳомиладорларда анатомик хусусиятлар билан намоён бўлади:

1. Кўричак гумбазининг чувалчангсимон ўсимта билан тўсилиши:

- ҳомиладорликнинг 3-ҳафтасида кўричак гумбази нормал жойда бўлади (ётганда – ёнбош суяк қиррасидан 5-7 см пастроқда, турганда – ёнбош суяк қирраси сатҳидан 9-10 см пастроқда);
- ҳомиладорликнинг 3-6 ойларида кўричак гумбази ётганда киндик сатҳида, турганда эса киндикдан 5 см пастрда бўлади;
- ҳомиладорликнинг 8-9 ойларида кўричак гумбази киндик ва қовурға ости орасида жойлашади (Расм 50).



Расм 50. Ҳомиладор аёлда кўричак ва чувалчангсимон ўсимтани жойлашуви.

2. Кўричак сўрилиши даражаси қорин шакли ва қорин олдинги девори мушаклари тонусига боғлиқ:

- катта чарвининг юқорига сўрилиши ҳисобига – қорин бўшлиғида яллиғланиш ўчоғларини чегараланиш функциясини бузилиши;
- ичак перисталтикасининг сустлиги ва тез-тез кузатиладиган қабзиятлар;
- қорин бўшлиғида ҳосил бўлган битишмаларнинг ёрилиши ёки таранглашиши кузатилади.

3. Ҳомиладорларда бачадон найлари орқали ташқи муҳит билан доимий алоқаси ҳисобига қорин парда реактивлигининг пасайиши (тўмтоқ бўлмаган қорин бўшлиғи).

Бемор қориндаги кескин доимий кечувчи оғриқларга шикоят қилади. Ҳомиладорликнинг кечки муддатларида кўричак гумбази сўрилишига карамай, оғриқ кўпроқ ўнг ёнбош соҳада жойлашади. Оғриқ санчиқсимон бўлади. Оғриқ кам иррадиацияланади: ҳомиладорликнинг биринчи ярмида – қорин пастига ва белга, иккинчи ярмида – ўнг қовурға остига. Оғриқнинг бирданига ва доимий бўлиши, иррадиациясининг кузатилмаслиги ҳомиладорлардаги ўткир аппендицит учун хос. Оғриқнинг якуний жойи илеоцекал соҳага тўғри келади.

Бемор тана ҳароратининг кўтарилишини сезади, бунда ректал ва қўлтиқ ости ҳароратларнинг фарқи кузатилади. Кўнгил айниши, қайт қилиш камроқ бўлади. Қайт қилишни ҳомиладорлардаги токсикоз билан фарқлаш керак.

Қорин кўздан кечирилганда, одатдагидек, нафас актида иштирок этмайди. Қорин ўнг соҳасида локал оғриқ аниқланади. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида мушак таранглиги мушакларнинг тортилганлиги ҳисобига аниқлаш қийин бўлади (айниқса, биринчи туғувчиларда). Ҳомиладорни чапга ёнбошлатган ҳолда текшириш мақсадга мувофиқ, чунки бачадон



чапга сурилади, ичакнинг илеоцекал қисми эса очилади ва пайпаслаш учун мос бўлиб қолади.

Мушак таранглашишини бачадон таранглашишидан фарқлаш учун куйидаги усул таклиф этилган, унга кўра, шифокор бармоқ учлари билан бачадон тубини массаж қилади, бунда бачадоннинг даврий қисқариши кузатилади, бу эса қорин олдинги девори мушак дефансидан яққол фарқланади.

Бундан ташқари, ҳомиладорлар ўткир аппендицити учун хос куйидаги симптомларни ўрганишни тавсия қиламиз:

*Брендо симптоми* – ҳомиладор бачадонни чап қовурғада босилганда, ўнг томонда оғриқнинг пайдо бўлиши.

*Тараненко симптоми* – ўнг ёнбошга ётганда, оғриқнинг кучайиши.

*Иванов симптоми* - «яққол намоён бўлган оғриқ симптоми». Ҳомиладорларда ўнг ёнбош соҳани пайпаслаш ўтказилади (ҳомиладорликнинг биринчи ярмида бемор белига ётади, иккинчи ярмида – чапга ёнбошлайди). Бунда аёл бачадон, киндик, киндикдан юқори ва пастда, чап ёнбош соҳада оғриқ хис қилади, бу яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанинг реффлектор қўзғалиши ҳисобига қорин парда, ингичка ичак тутқичи илдизига ва бачадонга берилишидан ҳосил бўлади.

*Тараненко-Богданова симптоми* - ҳомиладор аёл чапга ёнбошлаганда, ўнг ёнбош соҳадаги оғриқ пасаяди, бу бачадоннинг яллиғланиш ўчоғига босими камайиши, бачадоннинг чапга сўрилиши ҳисобига кузатилади. Ўнг ёнбошга ётганда эса – ўнг ёнбош соҳадаги оғриқ кучаяди. Муаллифлар буни «Ситковскийнинг қайтувчи симптоми» деб атаганлар.

Ўткир аппендицитга шубҳа қилинган ҳомиладор аёл доим гинеколог кўрувида бўлиши шифохонага ёткизилганда гинекологик анамнези йиғилиши, қон ва сийдик клиник тахлили ўтказиш шарт.

Диагностикага аниқлик киритиш учун текширувнинг қўшимча усуллари: УТТ, термография ўтказилиши керак. Диагностикаотнинг рентгенологик усуллари одатга кўра, ҳомиладорларга тавсия қилинмайди.

**Тактика.** Ноаниқ диагностикада ва бачадон тонуси ошган пайтда, операцияни 2 соатга суриш мумкин, бу вақтда муддатдан илгари туғишни олдини олиш чоралари кўрилади (медикаментоз терапия). Ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасигача ўткир аппендицит симптомларининг тезда йўқолишида – операция (аппендэктомия) шифохонадан чиқарилмаган ҳолда режали тарзда ўтказилади, агар муддат 21-ҳафтадан ортиқ бўлса, бемор поликлиника гинекологи ва жарроҳи назорати остида бўлади. Агар ўткир аппендицит симптомлари ёки қолдиқ белгилари сақланса, аппендэктомияга кўрсатма ҳисобланади.

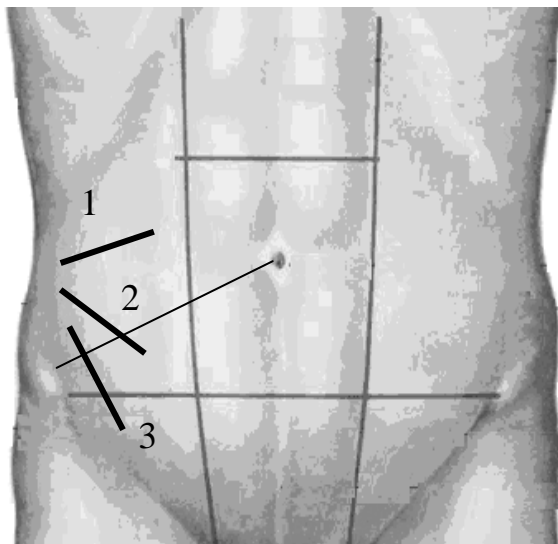
**Даволаш.** Беморнинг операция столидаги ҳолати: белга ётган ҳолда ўнг ёнбошга валик қўйилади; стол чап томонга бироз бурилган ҳолда бўлади (бачадон чапга сурилиши учун).

Операция умумий оғриқсизлантириш остида, миорелаксантлар ва тўқималар етарлича кислородга тўйиниши учун сунъий ўпка вентилизациясини қўллаш билан ўтказилади. Оғриқсизлантиришнинг замонавий имкониятлари ҳомиладор ва ҳомила учун хавфсиз ҳисобланади.

Қўлланиладиган кесмалар: 20 ҳафталик ҳомиладорликда Мак-Бурнейнинг оддий кесмаси; 21-32 ҳафтада – қирра белидан 3-4 см юқорида тери бурмасидан ярим кўндаланг кесма; 32-40 ҳафтада – ўнг қовурға остидан 4-5 см қуйида ва медиал равишда кўндаланг кесма ўтказилади (Расм 51). Ўрта лапаротомия қорин бўшлиғини катъий кўриш учун ўтказилади.

Шуни ёдда тутиш керакки, ҳомиладорлик муддати қанча катта бўлса, кесма ҳам шунча катта бўлади. Бачадон ўсиши ва қорин олдинги девори тортилиши-бўртиши бир-бирига мос ҳолда, қорин олдинги девори мушак толалари, томир ва нерв устунлари йўналиши ўзгаради, ҳомиладорликнинг кечки муддатларида кесма кўндаланг бўлиши керак.

Аппендэктомия оддий ҳолда чўлтоқни кисет ва Z –симон чоклар кўйиб боғлаш билан ўтказилади.



Расм 51. Хомиладорлик муддатига караб, аёлларда аппендэктомия ўтказиш усуллари: 1 - 32-40 хафта; 2 - 21-32 хафта; 3 – 20 хафтагача.

**Операциядан кейинги давр.** Хомиладорликни тўхтатиш хавфи ошади (операциядан сўнг 2-3-кунлари ва 7-8-кунлари).

Операциядан кейинги даврда даволаш йўналиши:

- психопрофилактика;
- периферик ва марказий нерв тизими қўзғалувчанлигини йўқотиш;
- бачадоннинг қўзғалиши ва қисқариш хусусиятларини пасайтириш;
- организмнинг яллиғланиш ва интоксикацион жараёнларнинг хавфли таъсирларидан ҳимоя қилиш.
- 2% промедол 1 мл м/и 3 мах/кун 1-3 кун давомида, кейинчалик но-наркотик аналгетикларга ўтиш мумкин;
- спазмолитиклар (но-шпа 2 мл м/о 2 мах/кун, кейин 1 таб 3мах/кун, ёки 25% магний сульфати эритмаси 10 мл/кун м/о 5 кунгача, ёки тўғри ичакка папаверин шамчалари 2 мах/кун);
- витаминлар;
- антибиотиклар (фақат пенициллин қатори).

Шуни ёдда тутиш керакки, ҳомиладор кунига етарли миқдорда суюқлик қабул қилиши шарт - 3-4 литргача (операциядан сўнг биринчи кунлари парентерал юборилиши керак).

Хуқналар ва гипертоник эритмалар 3 кун давомида килинмаслиги лозим.

Ҳомиладорлик тухташига шубҳа қилинганда, дюфастон 10 мг 2-4 мах/кун ёки утрожестан 100 мг 2-3 мах/сут тавсия қилинади.

### **3.8. КЕКСА ЁШЛИ ОДАМЛАРДА ЎТКИР АППЕНДИЦИТ-НИНГ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ.**

Кекса ёшли одамларда яллиғланиш жараёни симптомсиз кечади, чунки қаришнинг адаптацион-регулятор назариясига кўра, қариш жараёнида нерв хужайраларида энергетик жараёнларнинг камайиши натижасида организм реактивлигининг пасайиши ва периферик рецепторлар сигнализацияси ва жавоб тариқасида МНТ пасайиши, секинлашиши, ҳатто бузилиши кузатилади.

Кекса ёшли одамлар ва қариларда ўткир аппендицит асоратлари куйидагилар билан боғлиқ:

- кечки госпитализация, диагностик хатолар натижасида;
- ўсимтанинг облитерцияси ва деформацияси ҳисобига ундаги деструктив жараённинг ўзига хос кечиши;
- лимфатик аппарат атрофияси ва тўқималарнинг ҳимоявий имкониятларининг камайиши, яъни деструкциянинг эрта ривожланиши ҳисобига касалликнинг ўзига хос клиник кечиши;
- чувалчангсимон ўсимта томирлари склерози;
- спланхиоптоз;
- тифлит, паратифлитда ўсимта асосида пайдо бўлувчи ахлат тошлари натижасида шиллик қават деффектлари ва ётоқ яралари;

- беморларнинг уй шароитида ўзбошимча дори қабул қилиши натижасида, ўткир аппендицит манзарасининг нивелировкаси;
- қариётган организм ареактивлиги ҳисобига субъектив хиссиётларнинг ноадекватлиги (беморлар ҳамиша ўз ҳолатларини тўғри баҳолай олмайдилар);
- ҳамроҳ сурункали касалликларнинг кўзғалиши, улар ўткир аппендицит манзарасини тўлдиради ёки тўсиб қўяди (ичак атонияси, жигарнинг дезинтоксикацион вазифасининг бузилиши ва х.к.).

**Клиник кечишининг хусусиятлари.** Умумий ахволи узоқ вақтгача кониқарли бўлади. Шифохонага келганда, беморлар одатдагидек, бел соҳасидаги оғриққа, кўнгил айнишига, қайт қилишга шикоят қиладилар.

Беморларнинг витал вазифалари компенсацияланган бўлади. Пулснинг ўзгариши диагностик аҳамият касб этмайди, бу юрак-қон томир касалликларидан дарак беради.

Бемор юз ифодаси, юриши ва ҳолати қарияларда ўзининг диагностик аҳамиятини йўқотади, бу кўпроқ ёшга боғлиқ ўзгаришлар ва касалликлар билан боғлиқ.

Кўнгил айниши фақат 50-70% беморларда кузатилади. Қайт қилиш 50% беморларда кузатилади, аммо у кўп қайталанadi. Қанча кўп қайт қилса, шунча яллиғланиш деструктив шаклда эканлигидан дарак беради. Кўнгил айнимасдан, мажбурий қайт қилиш – қариларда ва кекса ёшли одамларда перитонит белгиси ҳисобланади.

Кекса ёшли беморларда организм ареактивлиги ҳисобига йирингли асоратларга кучсиз ҳарорат реакцияси кузатилади, фақат 70% ҳолатларда ректал ва қўлтиқ ости ҳарорат орасида фарқ пайдо бўлади.

Тил қуриши – кўп учрайдиган симптом бўлиб, патогномоник эмас, қариётган тўқималарда нормада сувсизланиш ҳисобига яллиғланиш тез ва яққолроқ кечади.

Қориндаги оғриқ кекса ёшли одамларда ўткир аппендицит учун доимий симптом бўлиб қолади, аммо у ҳам тарқоқ характерда бўлади, оғриқ қорин парда рефлекслари сусайиши ва перитонитнинг тез ривожланиши ҳисобига қисқа вақт ўнг ёнбош соҳада жойлашади (яъни, яллиғланиш жараёни ривожланаверади, белгилари эса кеч қолади; патоморфологик ўзгаришлар клиник белгиларни қисқа вақтга тўсиб қўяди). Палпатор оғриқнинг ўнг ёнбош соҳада бўлиши 98% беморларда кузатилади. Кекса ёшли одамларда ўткир аппендицитда оғриқнинг биполярлик симптоми кузатилади, яъни, чувалчангсимон ўсимта яллиғланиши ҳисобига оғриқнинг ҳамроҳ сурункали яллиғланиш ўчоғидаги оғриқга қўчиши.

Қорин олдинги девори мушакларининг таранглашиши оддий аппендицитда 15-57%, деструктив аппендицитда – 63-84% беморларда кузатилади. Бу терининг тарангсизлиги, тери ости ёғ қаватининг ортиқча бўлиши, рефлексларнинг сусайиши, организмнинг умумий қариши ҳисобига бўлади.

Ўткир аппендицитнинг классик симптомларидан кўпроқ Ровзинг ва Воскресенский симптоми мусбат бўлади. Ўткир аппендицит симптомларини аниқлаш осон, бунинг учун беморга текширувнинг мақсади тушунтирилиши, бемордан ўзида хис этаётган ҳолатлар сўралиши керак. Щёткин-Блюмберг симптоми кекса ёшли одамларда фақат 50-75% ҳолатларда мусбат бўлади.

**Операция олди даври хусусиятлари.** 55 ёшдан кекса барча беморларда операция олди даврида қуйидаги текширувлар ва манипуляциялар ўтказилиши шарт:

- терапевт консултацияси ва ЭКГ ўтказиш;
- ўпкани рентгенологик текшириш;
- қон ва сийдикни тўлиқ текшириш (коагулограмма, қон биокимёси, қон гуруҳи, қон ва сийдикнинг клиник таҳлили, қонда қанд миқдори);

- инфузионная терапия операция олди тайёргарлик сифатида (глюкоза, витаминлар, антибиотиклар, антикоагулянтлар);
- тозалов хукнаси (кўрсатмага қараб);
- юрак воситаларини қўллаш (кўрсатмага қараб).

**Операция ва оғриқсизлантириш хусусиятлари.** Операция умумий оғриқсизлантириш остида ўтказилиши керак. Операция усули ва бевосита аппендэктомия умумий талабларга кўра ўтказилади. Аммо кўричак девори инфилтрациясида чувалчангсимон ўсимта перитонизацияси алоҳида серосероз тугунли ёки П-симон чоклар қўйиш билан ўтказилиши осон бўлади. Бу кисет чоклар билан перитонизациялашга нисбатан хавфсизроқ саналади.

Қорин бўшлиғи аъзоларини қайта куриш ва умумий талабларга қараб, дренаж ўрнатиш зарур.

**Операциядан кейинги давр хусусиятлари.** Кекса ёшли ва қари беморлар ҳаракат, овқатланиш ва медикаментоз тартибни ўзгача коррекциялашни талаб қиладилар.

Тери чоклари 8-10 кундан сўнг олинади, чунки кекса одамларда терининг регенератив хусусияти пасайган бўлади. Шунга боғлиқ ҳолда, бундай беморларга операциядан сўнг бандаж билан юриш тавсия этилади, чунки у қоринни ушлаб туради, операциядан сўнг вентрал чурралар пайдо бўлишини олдини олади.

Қари ёшдаги беморларга узоқ муддат қорин бўшлиғи босими ортишига олиб келувчи асоратларни олдини олиш мақсадида диетик суяқ овқатлар тавсия қилинади.

Операциядан кейинги даврда медикаментоз терапия тавсия этишда инфекция ва интоксикацияга қарши кураш, оғриқларни йўқотиш, ички аъзолар функциясини нормаллаштириш, носпецифик асоратларни олдини олишни ҳисобга олиш зарур.

## СИНОВ УЧУН ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Қайси хасталикда қорин бўшлиғи Мак Бурней кесими билан очилади?
  - a) ўткир аппендицитда
  - b) 12 бармоқли ичакнинг перфорацияси
  - c) перфоратив деструктив холецистит
  - d) буйрак санчиғи
  - e) йўғон ичак перфорацияси
  
2. Ўткир аппендицитнинг қандай асорати зудлик билан операция қилишга қарши кўрсатма ҳисобланади
  - a) аппендикуляр инфилтрат
  - b) аппендикуляр абсцесс
  - c) перитонит
  - d) пилефлебит
  - e) сепсис
  
3. Аппендэктомия қилишга имконият бўлмаслиги мумкин
  - a) аппендикуляр абсцесс
  - b) аппендикуляр инфилтрат
  - c) перитонит
  - d) пилефлебит
  - e) сепсис
  
4. Аппендэктомиядан кейин қуйидаги асоратлар юзага келиши мумкин (нотуғри жавобни кўрсатинг).
  - a) тифлит
  - b) қорин бўшлиғига қон кетиши
  - c) тарқалган перитонит
  - d) жароҳатни йиринглаши
  - e) тос абсцесси
  
5. Ўткир аппендицит ва перфоратив яра дифференцияси учун дастлабки қилиниши шарт бўлган текшириш
  - a) қорин бўшлиғининг обзор рентгеноскопияси
  - b) гастродуоденофиброскопия
  - c) иригография
  - d) ошқозонни зондлаш
  - e) сийдик қопага катетер қўйиш
  
6. Ўткир аппендицитни қуйидаги касаллик билан дифференциал диагностика ўтказилмайди?
  - a) Сариклик йули кисталари/омфацелез/
  - b) Ўпканинг ўнг тарафлама пастки бўлаги пневмонияси



- c) Буйрак-тош касалликлари
- d) Меккел дивертикули
- e) Ошқозон яраси перфорацияси

7. Аппендикуляр инфилтратни симптомлари қуйидагилардан ташқари?

- a) Тўхтовсиз ич кетиши
- b) Касалликнинг 1-1,5 ой давом этиши
- c) Тана хароратининг кўтарилиши
- d) Қонда лейкоцитлар сонини ошиши
- e) Ўнг ёнбош соҳасида оғрик

8. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ўткир аппендицитнинг ўзига хос хусусияти /нотўғри жавобни кўрсатинг/

- a) Сийдик тахлилидаги яққол ўзгаришлар
- b) Тана хароратини кўтарилиши
- c) Сезиларли мушак таранглашиши бўлмаслиги
- d) Оғрикни юқорироқ жойлашиши
- e) Қайт қилиш

9. Аппендэктомиядан кейинги дуглас бўшлиғи абсцесси қуйидаги асосий белгилар билан характерланади /нотўғри жавобни кўрсатинг/

- a) Сийдик тахлилидаги яққол узгаришлар
- b) Тананинг гектик харорати
- c) Сезиларли мушак таранглашиши булмаслиги
- d) Оғрикни юқорироқ жойлашиши
- e) Қайт қилиш

10. Қабул бўлимида ўткир аппендицит ва ўнг тарафлама буйрак санчиғи касалликларининг дифференциал диагностикасида ушбулардан қайси бирини қўллайсиз?

- a) Тезкор сийдик тахлили /анализи/
- b) Наркотик моддалар юбориш
- c) Спазмолитиклар юбориш
- d) Буйрак артериялари ангиографияси
- e) Цистоскопия

11. Беморнинг чап ёнбош соҳасига туртки ўнг ёнбош соҳада оғрик туриши симптоми /белгиси/

- a) Ровзинг симптоми
- b) Ситковский симптоми
- c) Раздолский симптоми
- d) Бартоме-михелсон симптоми
- e) Мерфи симптоми

12. Чувалчангсимон ўсимта соҳасида оғрик симптоми

- a) Раздолский симптоми
- b) Ситковский симптоми
- c) Ровзинг симптоми
- d) Бартоме-михелсон симптоми
- e) Мерфи симптоми

13. Қорин деворига босиб туриб қўлни бирданига олинганда турадиган оғрик симптоми

- a) Щёткин-блюмберг симптоми
- b) Воскресенский
- c) Ровзинг симптоми
- d) Бартоме-михелсон симптоми
- e) Ситковский симптоми

14. Ўнг ёнбош соҳасида оғрикнинг кучайиши симптоми

- a) Ситковский симптоми
- b) Щёткин-блюмберг симптоми
- c) Воскресенский симптоми
- d) Ровзинг симптоми
- e) Бартоме-михелсон симптоми

15. Ўнг ёнбош соҳасини палпация қилинганда оғрикнинг пайдо бўлиши симптоми

- a) Бартоме-михелсон симптоми
- b) Щёткин-блюмберг симптоми
- c) Воскресенский симптоми
- d) Ровзинг симптоми
- e) Мерфи симптоми

16. Бемор ётганида жарроҳнинг қўли кўйлак остидан ўнг қовурга ёйи соҳасидан бошланиб ўнг ёнбош чуқурчасигача юргизилганда оғрикнинг кучайиш симптоми /белгиси/

- a) Воскресенский симптоми
- b) Щёткин-блюмберг симптоми
- c) Ситковский симптоми
- d) Ровзинг симптоми
- e) Бартоме-михелсон синдроми

17. Касаллик бошлангандан 3 кун ўтгач ўткир аппендицитнинг қандай асорати ривожланади

- a) Аппендикуляр инфилтрат
- b) Аппендикуляр абсцесс
- c) Перитонит

- d) Пилефлебит
- e) Сепсис

18. Ўткир аппендицитнинг қандай асорати зудлик билан операция қилинишига қарши кўрсатма ҳисобланади

- a) Аппендикуляр абсцесс
- b) Аппендикуляр инфилтрат
- c) Перитонит
- d) Пилефлебит
- e) Сепсис

19. Ўткир аппендицит ва ўткир холецистит дифференциал диагностикасида энг оптимал усул

- a) Узи
- b) Лапороскопия
- c) Холецистография
- d) Ангиография
- e) Интоксикациянинг лейкоцитар индексини аниқлаш

20. Ўткир аппендицитда қайси диагностик усул кўпроқ маълумот беради:

- a) колоноскопия
- b) қиннинг орка деворидан пункция
- c) УЗИ
- d) ректал текширув
- e) лапароскопия

## ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

### Масала №1.

Олий ўқув юрти талабаси, 17 ёшда, ўнг ёнбош соҳадаги доимий ноинтенсив оғриққа шикоят қилмоқда. 1 кундан буён хаста. Хасталик овқатлангандан сўнг эпигастрал соҳада оғриқ билан бошланган. Бир мартаба қайт қилган. Бир неча соатдан сўнг оғриқ эпигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳага кўчиб ўтган. Кўздан кечирилганда – қорин тўғри шаклда, нафас актида иштирок этмоқда, Палпацияда ўнг ёнбош соҳа қорин девори мушаклари таранглашган. Шу соҳада кўпроқ оғриқли, қорин парда тебраниш белгиси мусбат. Қонда лейкоцитлар —  $10 \times 10^9/\text{л}$ .

*Сизнинг диагностикангиз? Беморни қандай даволайсиз?*

### Масала № 2

20 ёшли ишчи, ўнг ёнбош соҳада оғриқ, кўнгил айниш, умумий беҳоллик каби шикоятлар билан ўз ташкилоти тиббий қисмига келди. Ўзини

4 кундан буён хаста ҳисоблайди. Тиббий ёрдам учун ҳеч қаерга мурожат қилмаган. Тана ҳарорати 37,8°C. Пульс 88 зарба дақиқада, ритмик. Тили нам, пальпацияда қорин юмшоқ, ўнг ёнбош соҳада 8x7x10 см ўлчамда зич эластик консистенцияли, ҳаракати чегараланган, оғриқли ҳосила аниқланди. Қорин парда яллиғланиш белгилари йўқ. Ич келиши ва сийдик ажралиши бузилмаган.

***Сизнинг диагностикангиз? Бемор қандай даволанади?***

### **Масала №3**

Сиз 59 ёшли шифохонага ўтқир аппендицит клиник белгилари билан келган уй бекасида операция ўтказяпсиз. Қорин бўшлиғи очилганда кўр ичакда 10x12x10 см ўлчамдаги нотекис, зич ўсма аниқланди. Кўр ичак ҳаракати чегараланмаган, лекин унинг бўшлиғи торайган. Маҳаллий лимфа тугунлар катталашмаган. Чувалчангсимон ўсимта ўзгармаган.

***Жарроҳнинг ҳаракати қандай бўлиши керак?***

### **Масала №4**

50 ёшли фирма хизматчиси жарроҳлик бўлимига касаллик бошлангандан сўнг 4 кундан кейин келган. Ўтқир аппендицит диагностикага шубҳа йўқ. Қоринни палпациясида, қин орқали ва ректал текширувда ҳажмли патологик ҳосила аниқланмади. Беморда операция ўтказиш ҳулоса қилинди, қорин бўшлиғи очилди ва аппендикуляр инфилтрат аниқланди.

***Операцияни қандай яқунлаш керак? Беморда кейинги даволаш қандай олиб борилади?***

### **Масала №5**

Харбий хизматга чақирилувчи, 18 ёшда, флегманоз аппендицит туфайли аппендэктомия ўтказилган. Операциядан кейинги давр асоратсиз ўтган.

***Харбий хизматга чақирилувчини харбий тиббий комиссияга тақдим этиладиган диагностикани тўғри шакллантиринг. Эксперт ҳулосаси қандай бўлиши мумкин?***

### **Масала №6**

Қишлоқда яшовчи 29 ёшли автослесарда 10 кундан буён ўнг ёнбош соҳада оғриқ безовта қилган. Касалликнинг 11 кунида тиббий ёрдамга мурожат қилди ва маҳаллий шифохонага ётқизилди. Қорин мушаклари миозити диагностикаи қўйилди. Ўтказилган даволаш муолажаларига қарамасдан 3 кундан кейин ҳам оғриқлар қамаймади. Касалликнинг клиник белгиларига қоринда интенсив оғриқ ҳамда сийдик ажралишини тезлашиши кучая бошлади. Бемор “ўтқир цистит” диагностикаи билан туман шифохонасининг жарроҳлик бўлимига келтирилди. Бўлимда аппендикуляр сабабли ривожланган кичик чаноқ абсцесси диагностикаи қўйилди.

Операция – тўғри ичак орқали кичик чанок абсцессини очиш ва дренажлаш.

***Кейинги тактика қандай бўлиши керак? Бемордаги даволашдан кейинги шифокор меҳнат эксперт комиссиясига тақдим этиладиган диагностикани шакллантиринг. Эксперт хулосаси қандай бўлиши мумкин?***

#### **Масала №7**

39 ёшли ОТМ муаллими гангреноз аппендицит туфайли аппендэктомия операциясини бошдан кечирган. Операциядан кейинги 4 кунда беморда тери ости ёғ қаватини қамраб олган жароҳат йиринглаши аниқланди. Анти-септик эритмалар ва малҳамлар билан даволаш ўтказилди. Жароҳат тозалангандан сўнг иккиламчи чоклар қўйилди. Соғайиш.

***Бемор шифокор меҳнат эксперт комиссиясига юборилиши керакми? Диагностикани шакллантиринг. Эксперт хулосаси қандай бўлиши мумкин?***

#### **Масала №8**

Бемор 24 ёшда, уткир аппендицит касаллиги юзасидан операция ўтказган. Операциядан сўнгги жароҳат иккиламчи битмокда. Жароҳатдан зоҳил рангда йиринг ажралиб чикмокда.

***Кузгатувчисини аниқланг? Жарроҳ тактикаси?***

#### **Масала №9**

68 ёшли эркак беморда, 2 кун олдин қоринда кучли оғриқлар безовта қила бошлади, оғриқ борган сайин хуружсимон бўлди. Бемор бу оғриқларни колбаса истеъмол қилиш билан боғлайди. Охирги 6 соат ичида икки маротаба қусиш кузатилди. Кўрилганда тана харорати  $37,2^{\circ}\text{C}$ , пулси минутига 92та, АҚБ 120/80 мм.см.уст.тенг, тили қуруқ, пушти караш билан қопланган. Қорни шишган, пастки қисмлари оғриқли. Щёткин-Блумберг симптоми аниқланмаяпти. Ичаклар перисталтикаси эшитилмокда. Ўнг ёнбош соҳасида инфилтрат аниқланмокда.

***Диагностика? Сизнинг тактикангиз?***

#### **Масала №10**

Бемор 59 ёшда. 4 кун олдин қориннинг эпигастрал соҳасида оғриқлар пайдо бўлди ва ўнг ёнбош соҳасига ўтди. Икки маротаба кўнгил айниб қайт қилган. Тана харорати  $37,5^{\circ}\text{C}$  бўлган. Бемор уй шароитида тетрациклин ва аналгин таблеткаларини ичиб юрган. Оғриқлар сақланиб қолганлиги сабабли 4 кун ўтгач шифокорга мурожат қилган. Беморни умумий ахволи қониқарли. Тана харорати  $37,4^{\circ}\text{C}$ , пулси минутига 88 та. Тили нам, оқ караш билан қопланган. Ўнг ёнбош соҳасида 12x8см ли эластик консистенцияли ҳосила палпация қилинмокда. Щёткин-Блумберг симптоми манфий. Қондаги лейкоцитоз 11000 га тенг.

## ***Қандай хасталик тўғрисида ўйлаш мумкун? Даволаш режаси?***

### **Масала №11**

Гангреноз аппендицит сабабли ўтказилган аппендэктомиядан кейин беморни умумий ахволи оғирлашди, тана харорати кўтарилди. Бумор кўздан кечирилганда тери ва шиллик қаватлари, склераси сарғайган, қорни шишган.

***Беморда қандай қўшимча касаллик кузатилган?***

### **Масала №12**

Аппендэктомиядан сўнг 12 соат ўтгач беморда тахикардия, тери ва склерасини оқариши, ҳаракатда хушидан кетиши кузатилган. Тана харорати мўътадил.

***Беморда аппендэктомиядан сўнг қандай асорат кузатилган?***

### **Масала №13**

Аппендэктомия операцияси вақтида қорин бўшлиғида чувалчангсимон ўсимта атрофида яллиғланиш белгилари билан кўр ичак, катта чарви ва ингичка ичак қовузлоғи топилди.

***Жарроҳнинг кейинги тактикаси қандай бўлади?***

### **Масала №14**

20 ёшли беморда ўткир аппендицит бўйича операция вақтида ичак қовузлоғига битишган ўсмасимон ҳосила аниқланди. Палпацияда ҳосила флюктуацияланади, тана харорати 39<sup>0</sup>С, пулс 110 та, лейкоцитоз 11х10<sup>9</sup>/л, СОЭ 22 мм/соат.

***Сизнинг диагностикангиз ва даволаш тактикангиз?***

### **Масала №15**

Бемор 35 ёшли, аппендэктомия операциясидан эрта даврда жароҳатдан суюқ нажас ва ел келаётганлигига шикоят қилади.

***Сизнинг диагностикангиз ва даволаш тактикангиз?***

## ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Абдуллаев Э.Г. Опыт применения лапароскопических технологий в лечении деструктивного аппендицита// Эндоскопическая хирургия. – 1999. – № 4. – С.54-55.
2. Афендулов С.А., Назола Б.А., Краснолуцкий Н.А. Результаты лапароскопической аппендэктомии// Тезисы докладов III Всерос. съезда по эндоскоп. Хирургии. Москва, 2000. 6; С. 2:5.
3. Барадулин Г И Аппендицит М., 1903
4. Белобородова Н.В. Оптимизация антибактериальной терапии в педиатрии: современные тенденции// Русский медицинский журнал-1996.- т. 5.
5. Белобородова Н.В. Современные экономичные режимы антибиотикотерапии в педиатрии и детской хирургии. Москва, 2000 год.
6. Борисов А.Е. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства// СПб.: Предприятие ЭФА, “Янус”, 2002. – 416 с.
7. Борисов А.Е. Эндовидеохирургия в лечении острого аппендицита// Эндоскопическая хирургия: Тезисы докладов 2 Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии, Москва, 24-25 февраля 1999. – 1999. – № 2. – С.12.
8. Воскресенский П.К., Саликов А.В., Наумов Е.К. Современный подход к диагностике острого аппендицита// Современные проблемы практической хирургии М.. 2000, с.44
9. Грижимоловский А.В. Малоинвазивная хирургия и врожденные коагулопатии: перспективы метода// Эндоскопическая хирургия: Тезисы докладов 4 Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии, Москва, 21-23 февраля 2001. – 2001. – № 2. – С.15.
10. Гринберг А.А. Диагностика трудных случаев острого аппендицита// – М.: Триада-Х, 1998. – 128 с.

11. Гринберг А.А., Михайлузов С.В., Тронин Р.Ю. Диагностика трудных случаев острого аппендицита// М., Триада, 1998.
12. Гринберг А.А., Михайлузов С.В., Дропин Р.Ю. Диагностика трудных случаев острого аппендицита// - М.: Триада-Х, 1998.
13. Дехтярь Е.Г. "Острый аппендицит у женщин"// М., 1965
14. Долецкий С.Я., Щитинин В.Е., Артапова А.В. Осложненный аппендицит у детей// – Л.: Медицина, 1982. – 192 с.
15. Дронов А.Ф. Лапароскопическая аппендэктомия (обзор литературы и собственный опыт)// Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 3. – С.16-20.
16. Дронов А.Ф. Лапароскопическая аппендэктомия у детей: опыт 2300 операций// Хирургия. – 2000. – № 6. – С.30-36.
17. Дронов А.Ф., Котловский В.И., Лоддубный И.В. Лапароскопические операции при осложненных формах острого аппендицита у детей// Эндоскопическая хирургия 1994. С. 8-9.
18. Дронов А.Ф., Котловский И.В., Поддубный И.В. Лапароскопическая аппендэктомия// Новые медицинские технологии. Москва, 1998.
19. Егиев В.Н. Хирургический шов// М.: Медпрактика-М, 2001. – 112 с.
20. Емельянов С.И. Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии// М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 218 с.
21. Ермолов А.С., Трофимова Е.Ю. Неотложный ультразвук. Острый аппендицит: практическое руководство. - М., 2003.
22. Замонщиков В.И. Аппендицит, осложненный инфильтратом// 2005 г. – 171 с. Красноярск
23. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф.. Острый аппендицит в детском возрасте// АМН СССР. – М.: Медицина, 1980, 192 с.
24. Калитеевский П.Ф. Болезни червеобразного отростка// М., Медицина, 1970.



25. Каншин Н Н , Воленко А.В., Файнберг К.А. Осложнения заживления раны после аппендэктомии// Хирургия 1991; С. 119-124.
26. Карасева О.В. Ошибки и опасности лапароскопической аппендэктомии// Эндоскопическая хирургия: Тезисы докладов 4 Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии, Москва, 21-23 февраля 2001. – 2001. – № 2. – С.30.
27. Касумьян С.А. Лапароскопическая технология в ургентной хирургии// Эндоскопическая хирургия: Тезисы докладов 2 Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии, Москва, 24-25 февраля 1999. – 1999. – № 2. – С.25.
28. Кириакиди С.Ф. Лапароскопическая аппендэктомия// Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 5. – С.22-26.
29. Климов Д.Е. Профилактика осложнений при лапароскопической аппендэктомии// Эндоскопическая хирургия: Тезисы докладов 3 Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии, Москва, 24-25 февраля. – 2000. – № 2. – С.31.
30. Ковалев М.М., Дроздовский Т.М., Бзышко В.Ф. Аппендицит// -Киев 1966.С. 24-47.
31. Колесо В.В. Клиника и лечение острого аппендицита// 1972, С.15-16
32. Коломийенко М.И., Бейлин П.Е. Летальность после аппендэктомии, ее причины и пути борьбы с нею// III Всесоюзн конф хирургов и травматологов-ортопедов Воронеж, 1967
33. Кораблев Б.А., Корепанова И.В., Орлова Н.Е.// Осложнения в абдоминальной хирургии. Горький , 1982.С.4-9.
34. Котлобовский В.И., Дронов А.Ф., Нармахамедов Ж.К. Лапароскопическая аппендэктомия у детей// Эндохирургия для России 1996, С. 16-20.
35. Кригер А.Г. Лапароскопическая диагностика острого аппендицита// Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 4. – С.60-64.

36. Кригер А.Г. Острый аппендицит// 2002 г. – 244 с. Медпрактика – М.
37. Кригер А.Г. Череватко А.М. Фаллер Э.Р. Лапароскопическое лечение острого аппендицита// Эндоскопическая хирургия, 1995, С. 34-36.
38. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К. и др. Острый аппендицит. - М., 2002.
39. Кригер А.Г., Шуркалин К., Шогенов А.А. Лапароскопия в диагностике острого аппендицита// Хирургия 2000,8. С. 14-19.
40. Криллов Б.П., Дронина Р.А., Потехинский С.М. Аппендицит// -Киев, 1966.-С.39-43.
41. Кузин М.И. Хирургические болезни//. -Изд.3-е-М., 2002
42. Курдо С.А. Лапароскопическая аппендэктомия// Эндоскопическая хирургия: Тезисы докладов 2 Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии, Москва, 24-25 февраля. – 1999. – № 2. – С.33.
43. Куртенок Л.Г., Карамов А.Э., Ренский Е.Б. Некоторые вопросы лечения острого аппендицита// Вестник РГМУ 2000, 13, С. 44-51
44. Ленюшкин А.И. Методика обработки культи червеобразного отростка у детей// Автореф. дис. ... канд. мед. Наук. – Москва, 1961. – 24 с.
45. Ленюшкин А.Н. “Острый аппендицит у детей”// М.,1964
46. Луцевич Э.В. Возможности эндохирургии в лечении деструктивных форм острого аппендицита// Здравоохранение Башкортостана. – 2004. – № 3. – С.65-66.
47. Махлин А.М. Осложнения при лапароскопической аппендэктомии// Эндоскопическая хирургия: Тезисы докладов 2 Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии, Москва, 24-25 февраля 1999. – 1999. – № 3. – С.53.
48. Назаров А.А. Комплексное учебное пособие// “Аппендицит” КФХ, 2009
49. Неммерт П.Ю. Записки из хирургической анатомии// СПб , 1850

50. Паршиков В.В. Острый аппендицит и его осложнения у детей. Клиника, диагностика, лечение// 2006 г. – 38 с. НГМА.
51. Погорелова Н.Я. Аппендицит// - Киев.1966.-С. 150-154.
52. Погорелова Н.Я., Масюкова А.С., Костынина З.Г. Аппендицит// - Киев. 1966. –С. 247-252.
53. Пономарев А.А. Острый пилефлебит// Хирургия 1992, С.156-160.
54. Прудков М.И. Острый аппендицит. Клиника. Традиционное и минимально инвазивное хирургическое лечение// Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2001. – 40 с.
55. Ростовцев М.И. Учение о перитифлите// ч I, СПб, 1902, 1-27
56. Русанов А.А. Аппендицит// Л., Медицина, 1979
57. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни// М.,2005.-т.1,2
58. Сажин В.П. Лапароскопическая хирургия// М.: Реком, 1999. – 178 с.
59. Сапин М.Р. Анатомия человека: в двух томах. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1993
60. Седов В.М. Аппендицит// 2002 г. – 232 с.С. – Петербург. Медиздат.
61. Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. "Лапароскопическая аппендэктомия"// Санкт-Петербург, 1994г.
62. Стрижаков А.Н., Старков Т.Г., Рыбин М.В., Самойлова Ю.А. Острый аппендицит и беременность // Вопросы гинек., акуш. и перинат . - 2006. - Т. 5. - № 6, С. 54–60.
63. Сысолятин А.А. Лекция “Аппендицит”// КФХ,2009
64. Таршис В.Е., Мясникова Н.А. Лечение аппендикулярного перитонита// Хирургия 1996, С.64-66.
65. Фенчин К.М. “Острый аппендицит у пожилых и старых людей”// Минск, 1984.
66. Худолей И.И., Матлюв А.М. Качество медицинской помощи детям с острым аппендицитом// Хирургия, 1991, С. 37-39.

67. Шахтингер Г. О воспалении слепой кишки, червеобразного отростка и окружающей клетчатки Дисс. СПб. №11
68. Юдин Я Б., Прокопенко Ю.Д., Федоров К.К. Острый аппендицит у детей// – М.: Медицина, 1998. – 256 с.
69. Материалы и статьи с <http://www.antibiotic.ru>; [www.consilium-medicum.ru](http://www.consilium-medicum.ru) и [www.microbiology.ru](http://www.microbiology.ru)
70. Alvarado-Aparicio A. Laparoscopic appendectomy. surgical technique and literature review// Cir. – 2003. – Vol. 71, № 6. – P.442-448.
71. Alleman F., Cassina P., Rothlin M., Largiader F. Ultrasound scans done by surgeons for patients with acute abdominal pain a prospective study // Eur. J. of Surgery. - 1999. - Vol. 165, N 10. - P. 966–970.
72. Barnes S.L. Laparoscopic appendectomy after 30 weeks pregnancy: report of two cases and description of technique// Am. Surg. – 2004. – Vol. 70, № 8. – P.733-736.
73. Becker H. Appendectomy 1997 – open or closed?// Chirurg. – 1997. – Vol. 68, № 1. – P.17-29.
74. Berry M.A. Conservative treatment of recognized laparoscopic colonic injury// J. Soc. Laparosc. Surg. – 1998. – Vol. 2. – P.195-196.
75. Bischoff J.T. Laparoscopic bowel injury: incidence and clinical presentation// J. Urol. – 1999. – Vol. 161. – P.887-890.
76. Brosseuk D.T. Day-care laparoscopic appendectomies// Can. J. Surg. – 1999. – Vol. 42, № 2. – P.138-142.
77. Del Cura J.L., Oleaga L., Isusi M. Indications for imaging technique in appendicitis // Eur. Radiologia. - 2000 . -Vol. 10, N 2 (Suppl. 1). - P. 310–317.
78. Cohen M.M. Does anesthesia contribute to operative mortality?// JAMA. – 1988. – Vol. 260. – P.2859.
79. Frizelle F.A. Port attachment without capacitive coupling// Aust. N. Z. J. Surg. – 1996. – Vol. 66. – P.313.

80. Geis P. Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: rationale and technical aspects// *Contemp Surg.* – 1992. – Vol. 1. – P.40.
81. Grandjean J.P. Laparoscopic appendectomy. Review based on an homogeneous series of 906 cases// *Ann. Chir.* – 1999. – Vol. 53, № 4. – P.280-284.
82. Guloglu R. Major retroperitoneal vascular injuries during laparoscopic cholecystectomy and appendectomy// *J. Laparoendosc.* – 2004. – Vol. 14, № 2. – P. 73-76.
83. Hausner K. Endoscopic electrode safety// *ELMED Inc.* – New York, 1993. – P.94-97.
84. Jain A. Outpatient laparoscopic appendectomy// *Surg. Endosc.* – 1995. – Vol. 9, № 4. – P.424-425.
85. Johnson A.B. Laparoscopic appendectomy in an acceptable alternative for the treatment of perforated appendicitis// *Surg. Endosc.* – 1998. – Vol. 12, № 7. – P.940-943.
86. Khalili T.M. Perforated appendicitis is not a contraindication to laparoscopy// *Am. Surg.* – 1999. – Vol. 65, № 10. – P.965-967.
87. Marcoen S. Residual appendicitis following incomplete laparoscopic appendectomy// *Acta. Chir. Belg.* – 2003. – Vol. 103, № 5. – P.517-518.
88. Mequerdition A.N. Laparoscopic appendectomy in children: a favorable alternative in simple and complicated appendicitis// *J. Pediatr. Surg.* – 2002. – Vol. 37, № 5. – P.695-698.
89. Munro M.G. Loop electrosurgical excision in the peritoneal cavity. Preliminary experience with the rat model// *J. Reprod. Med.* – 1996. – Vol. 41. – P.143-148.
90. Nduka C.C. Cause and prevention of electrosurgical injuries in laparoscopy// *J. Am. Coll. Surg.* – 1994. – Vol. 179. – P. 161-170.
91. Nezhat F.R. Comparison of direct insertion of disposable and standard reusable laparoscopic trocars and previous pneumoperitoneum with veress needle// *Obstet. Gynecol.* – 1991. – Vol. 78, № 1. – P.148.

92. Nguyen D.B. Interval appendectomy in the laparoscopic era// J. Gastrointest. Surg. – 1999. – Vol. 3, № 2. – P.189-193.
93. Nordestgaard A.G. Major vascular injuries during laparoscopic procedures// Am. J. Surg. – 1995. – Vol. 169. – P.543-545.
94. Raguse T. Komplikationen bei der laparoskopischen appendektomie// Chir. Gastroenterol. – 1993. – Vol. 9, № 1. – P.28-32.
95. Rollins M.D. Laparoscopy for appendicitis and cholelithiasis during pregnancy: a new standart of care// Surg. Endosc. – 2004. – Vol. 18, № 2. – P.237-241.
96. Saidi M.N. Direct laparoscopy without prior pneumoperitoneum// J. Reprod. Med. – 1986. – Vol. 31, № 8. – P.684.
97. Schreiber J. Early experience with laparoscopic appendectomy in women// Surg. Endosc. – 1987. – Vol. 1. – P.211-216.
98. Slim K. Laparoscopic or open appendectomy? Critical review of randomized controlled trials// Dis Colon Rectum. – 1998. – Vol. 41, № 3. – P.398-403.
99. So J.B. Laparoscopic appendectomy for perforated appendicitis// World J. Surg. – 2002. – Vol. 26, № 12. – P.1485-1488.
100. Tan H.I. Laparoscopic bipolar strip-teas appendectomy// Surg. Endosc. – 1995. – Vol. 9, № 12. – P.1301-1303.
101. Thompson J.E. Injuries of vena cava in laparoscopic cholecystectomy// Surg. Laparosc. Endosc. – 1996. – Vol. 6, № 3. – P.221-223.
102. Tucker R.D. A laparoscopic complication? A medical legal case analysis. Part I// J. Gynecol. Surg. – 1995. – Vol. 11. – P.113-121.
103. Tucker R.D. A laparoscopic complication? A medical legal case analysis. Part II// J. Gynecol. Surg. – 1995. – Vol. 11. – P.185-192.
104. Willson P.D. Electrosurgical coupling to a metal cannula causing skin burns during laparoscopic surgery// Min. Invas. Ther. – 1995. – Vol. 4. – P.163-164.

---

---

## МУНДАРИЖА

---

---

<b>Сўз боши</b> .....	4
<b>Кириш</b> .....	6
<b>I – Боб КИРИШ ҚИСМИ</b> .....	8
Ўткир аппендицит тарихи.....	8
<b>II- Боб. УМУМИЙ ҚИСМ</b> .....	15
2.1. Кўричак ва чувалчангсимон ўсимта анатомияси.....	15
2.2. Ичак аномалиялари ва ривожланиш нуқсонлари.....	33
Жойлашиш аномалиялар.....	34
Ротация ва фиксация аномалиялари.....	34
Киндик қовузлоғи айланишининг кузатилмаслиги.....	36
Нонротация.....	36
Малротация.....	37
Умумий тутқич.....	38
Ичак атрезияси ва стенози.....	42
Дубликатуралар.....	43
Йўғон ичакнинг иккиланиши (дубликатура).....	44
2.3. Чувалчангсимон ўсимта физиологияси.....	45
<b>III - Боб. ХУСУСИЙ ҚИСМ</b> .....	49
3.1. Ўткир аппендицит этиологияси ва патогенези.....	54
Ўткир аппендицит ҳақида паталогоанотомик маълумотлар.....	64
Ўткир аппендицит клиникаси.....	71
Турли типдаги ўткир аппендицитларнинг клиникаси.....	74
3.2. Ўткир аппендицитда диагностикалаш.....	82
Ўткир аппендицитда симптомокомплекс.....	86
Лаборатор текширув усуллари.....	101
Қўшимча текширув усуллари.....	102
3.3. Ўткир аппендицит қиёсий диагностикаси.....	105
3.4. Ўткир аппендицитни даволаш.....	111
Операция олди тайёргарлик.....	112
Аппендэктомиядан олдин оғриқсизлантириш.....	113
Операция йўллари.....	114
Оддий усулда операция техникаси.....	119
Лапароскопик аппендэктомия.....	128
Лапароскопик аппендэктомия техникаси.....	130
3.5. Ўткир аппендицит асоратлари.....	149
Кўричак флегмонаси.....	149
Аппендикуляр инфилтрат.....	150
Периаппендикуляр ва аппендикуляр абсцесс.....	152

Перитонит.....	154
Пилефлебит.....	155
Операциядан кейинги асоратлар.....	156
Жароҳатдан қон кетиш.....	157
Операция жароҳати гематомаси.....	158
Операция жароҳати инфилтроти.....	158
Жароҳатнинг йиринглаши.....	159
Қорин бўшлиғига ички қон кетиш.....	161
3.6. Болаларда ўткир аппендицитнинг клиник кечиши ва даволаш хусусиятлари.....	163
3.7. Ҳомиладорларда ўткир аппендицитнинг клиник кечиши ва даволаш хусусиятлари.....	166
3.8. Кекса ёшли одамларда ўткир аппендицитнинг клиник кечиши ва даволаш хусусиятлари.....	172
<b>Синов учун тест саволлари.....</b>	<b>176</b>
<b>Вазиятли масалалар.....</b>	<b>179</b>
<b>Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.....</b>	<b>183</b>
<b>Мундарижа.....</b>	<b>191</b>