

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти



РЕФЕРАТ

Мавзу: Ўткир аппендицит

Бажарди: Маткаримов О.

Самарқанд 2017 йил

Ўткир аппендицитнинг этиопатогенетик шакллари:

Кўп йиллик ва кенг томонлама текширишларга қарамай, ўткир аппендицит сабаби охиргача аниқланмаган. Касаллик асосида ҳар хил факторлар ётадиган носпецифик шомолланиш сифатида қаралади. Буни тушунтириш учун бир неча хил назариялар мавжуд.

Юкумли назария. Нар хилдаги микроб флора чувалчангсимон усимтада доимо булиб, унга купинча энтероген, кам ҳолларда гематоген ва лимфоген йул билан утади. Касалликнинг ривожланиши учун инфекция активланиши керак. Унинг асосий сабаби булиб чувалчангсимон усимтанинг ёпилиб қолиши хизмат қилади, бунда 60%да лимфоид фолликулларнинг гиперплазияси, 40% ҳолларда ахлат тошлари ҳисобидан бўлади. Лимфоид фолликулларнинг катталаниши ўткир умумий ёки ичак интоксикациясига жавоб сифатида ҳам ривожланади. Шундай қилиб, ўткир аппендицит иккита факторларнинг бирланишида- инфекция ва механик ёпилиш натижасида пайдо бўлади. Лекин аппендиксда доимо бўлган инфекция верулентлигини ошириши ноаниқ булиб қолмоқда.

Асаб-томир назарияси. Бошланғич даврда ҳеч қандай морфологик узғаришларсиз кечадиган, ҳар хил патогенетик бузилишлар ҳисобидан мушак ва томир спазмлари натижасида чувалчангсимон усимтада қон айланиш бузилиши вужудга келади. Агар бу ҳолат давом этаверса ишемия ва маҳаллий некроз учоғи ёки гангрена ривожланади. Бу назария учун аниқ исбот келтирилмаган.

Аллергик назария. Куп вақт олдин аниқландики, чувалчангсимон усимта яллиғланиши тез ривожланиб гиперергик реакциясини эслатади. Бунга тери остига аппендикс лимфа туқимасидан антиген юборилишида мусбат реакция, бунинг таркибида Шарко-Лейдин кристаллари мавжудлиги, баъзи ҳолларда Кумбс реакциясининг мусбатлиги далолат беради. Шу билан бирга таъкидлаш керакки, ўткир аппендицит билан беморларда топилган антителалар асосида яллиғланиш ётиб носпецифик характерга эга.

Ўткир аппендицит даврлари.

Биринчи давр – қадимий даврдан то 19-чи юз йилликнинг 80чи йилларигача. Бу даврда «ўткир аппендицит» тушунчаси йук булиб, даволаш консерватив тарзда утқазилади. Баъзи ҳолларда аппендикуляр йирингланиш пайдо бўлганда у очиларди.

Иккинчи давр – 19-чи юз йилликнинг 80-чи йилларидан 20-чи юз йилликнинг бошларигача. Маҳаллий ва тарқалган перитонит сабаби чувалчангсимон усимта шомолланишидан бўлиши мумкинлиги аниқланди. 1886 йилда «аппендицит» термини пайдо бўлди. Аппендикуляр йирингланиш ва тарқалган перитонитларда аппендэктомия утқазила бошланди.

Учинчи давр – 20-чи юз йилликнинг биринчи чойраки – ўткир аппендицитда оператив даволаш утқазилиши кераклиги исботланган, лекин аппендэктомияни касалликнинг бошланғич 24-48 соатида утқазилиши, кейинчалик эса факатгина асоратлари сифатида операция қилиш қурсатилган.

Туртинчи давр – 20-чи юз йилликнинг иккинчи чорагидан ҳозирги пайтгача. Тезкор оператив даволаш касалликнинг ҳамма даврларида ва ажралган аппендикуляр инфилтратдан ташқари ҳамма турларида утқазила бошланди.

Биринчи аппендэктомияни – ўткир аппендицит буйича Англияда 1884 йилда Муҳамед,

Германияда Кронлен утказилган деб хисобланади. Бу жаррохлардан биринчиси аппендикуляр йирингланишда, иккинчиси эса – таркалган йирингли перитонитда аппендэктомия утказган. Лекин 1853 йилда аникланишича, биринчи мусбат натижали аппендэктомия ундан ҳам олдинрок утказилган. Олим Грис жаррох Клавдия Амианда ёзувларида у 1735 йилда 11 ёшли болани ахлатли свиш билан асоратланган ёргок чуррасини операция килганида ахлатли свиш асосида чувалчангсимон усимтанинг данак хисобидан ёрилиши эканлигини аникаб, уни бир кисмини лигатура билан боглаб куйиб, колган кисмини олиб ташлади. Шундай килиб, тугри диагнозда асосланмаган булса ҳам, биринчи аппендэктомиядан 265 йил утган. 1889 йилда А.А.Бобров беморни аппендикуляр инфильтрат билан операция килган ва чувалчангсимон усимтанинг бир кисмини олиб ташлаган. Факатгина 1890 йилда А.А.Троянов Обуховский касалхонасида Россиядаги биринчи аппендэктомияни утказди. Лекин, ўткир аппендицитда ҳамма даврларида утказиладиган оператив даволаниш принциплари 1963 йилда Ю.Ю.Дженалидзе бошчилигида Тез Ёрдам Институти томонидан утказилган Ленинград шаҳар ва вилоят конференциясида таянчга эга бўлди.

Ўткир аппендицит классификацияси.

Ўткир аппендицитдаги буладиган узгаришлар унинг оддий ва оммабоп таснифининг тузилишига кийинчилик топилади.

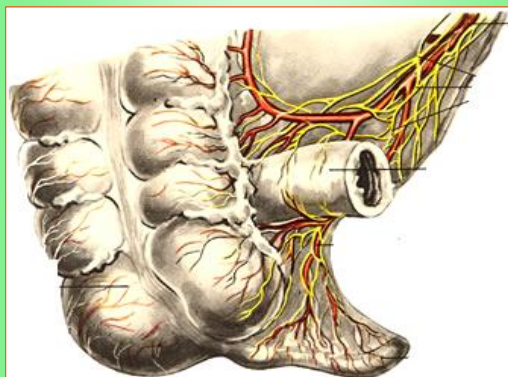
1895 йилда В.П.Образцов унинг таснифини тузди. Унинг асосий кисми хозирги вақтгача тугри деб тан олинади. Унга кура ўткир аппендицит 5га булинади.

1. Аппендикуляр огрик.
2. Катарал аппендицит.
3. Чувалчангсимон усимтанинг оддий яллигланиши ва бунга кур ичак ҳамда корин парданинг кушилиши.
4. Тешиб чикувчи аппендицит.
5. Ихороз аппендицит.

1898 йилда Вайнберг аппендицитнинг 4 асосий турларни фарклашни таклиф этди:

1. Оддий ўткир аппендицит (катарал, геморрагик).
2. Йирингли.
3. Некротик.
4. Сурункали.

Ўткир аппендицит - чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир носпецефик яллиғланиши.

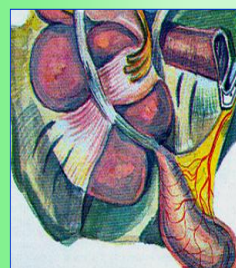


Алохида гурухга сил ва тифли аппендицитлар ажратилди. Кейинчалик 1900 йилда Жонненбукдт ва 1901 йилда В.Г.Цеге-Мантефел томонидан янги тасниф такдим этилди. Охиргиси хозиргига якинрок эди, лекин у ҳам ўткир аппендицитнинг асоратларини уз ичига олмаганди бу эса ката камчилик.

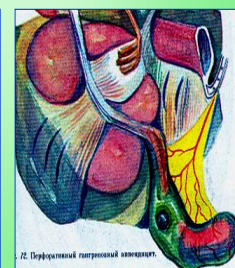
А.И.Абрикосов ўткир аппендицитни 3-асосий турга булди- юзаки, флегмоноз ва гангреноз.

1. Юзаки аппендицит.(Бирламчи аффект).
2. Флегмоноз аппендицит.
 - оддий флегмоноз
 - ярали флегмоноз
 - Аппостематоз (тешилиш билан, тешилишсиз)
3. Гангреноз аппендицит.
 - бирламчи гангреноз аппендицит (тешилиш билан, тешилишсиз)
 - иккиламчи гангреноз аппендицит(тешилиш билан, тешилишсиз)

Ўткир аппендицитнинг деструктив турлари



Чувалчангсимон ўсимта эмпиемаси



Гангреноз перфоратив аппендицит

Н.Н.Еланский, П.П.Напалков ва И.И.Шафер томонидан келтирилган кейинги классификациялар ҳам хар хил камчиликларга эга булиб амалий согликни саклаш учун кийин эди.

Купгина таклиф этилган таснифлардан В.И.Колесовнинг таклифи ахамиятга эга.

Ўткир аппендицит турлари:

1. Яккол куринишга эга булмаган аппендицит(аппендикуляр санчик)
2. Оддий (юзаки) аппендицит.(катарал)
3. Деструктив аппендицит.
 - флегмоноз, гангреноз
 - тешилган (перфоратив)
4. Асоратланган аппендицит.

- аппендикуляр инфилтрат (яхши ажратилган, ривожланаётган)
- таркалган йирингли перитонит
- ўткир аппендицитнинг бошка асоратлари (пилефлебит, сепсис ва бошкалар).

Катта булишига карамай бу тасниф бошкалар орасида купрок афзалликларга эга ва амалиётда кулланилиши мумкин.

ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИНГ СИМПТОМАТИКАСИ, КЛИНИКАСИ ВА УНИ ДАВОЛАШ.

Ўткир аппендицит клиникасининг кенг ва хилма-хиллиги унинг хар хил турлари ва вариантлари борлигидандир. Уларнинг узи эса яллигланиш жараёнини давомилиги, чувалчангсимон усимта жойлашиши, ундаги морфологик узгаришлар ва асоратларга боглик. Огрик ўткир аппендицитнинг энг эрта ва асосий белгисидир.

Ўткир аппендицит диагностикасида перкутор текширувлар хам ёрдам беради. Касалликнинг бошланишида унг ёнбош сохада юкори тимпанит ва махаллий огрик чувалчангсимон усимтанинг яллигланиш жараёнига кушилганини курсатади. Перкутор товушнинг бу сохада,корин унг ён чунтагида тумтокланиши ва кескин ўткир симпъоми яллигланиш жараёни борлигидан далолат беради. Огрикнинг юколиши яхши белги деб караш мумкин,агар ўткир аппендецитнинг бошка симптомларининг ортга кайтиши аникланса.Кунгил айнаш ва кусиш ўткир аппендецитда тез-тез учрайдиган белги.Улар яллигланиш бошланишида ёки корин парда китикланишидан пайдо булади.Бошида кунгил айнаш пайдо булиб,кейинчалик кусиш бошланади.Кусиш хаммада булмайди,деструктив турларида купрок.



У купинча согломликнинг уртасида пайдо булади. Унинг жойлашиши, давомийлиги ва интенсивлиги хар бир холатда хар хил. Куп беморларда эпигастрал сохада (Кохер симптоми) ёки киндик атрофида (Кюммел симптоми) пайдо булади. Баъзи холларда огрик бирданига унг ёнбош сохада пайдо булади. Бу махаллий огрик купинча давомий, харакатда ошади. Усимтанинг ретроцекал ёки корин парда ортида булса огрик бел сохасида сезилиб, унг оёкка, орка чикарув тешиги сохасига иррадиация беради. Усимтанинг медиал жойлашишида огрик киндик сохасида булади. Тери катламидан пастки сохасидаги огрик яллигланишнинг кичик чанокда ёки унинг корин парда ортига, кичик чанок ретроперитонеал клетчаткасига утишидан далолат беради. Усимтанинг чап ёнбош сохасида жойлашишини хам эсдан чикармаслик керак (ички аъзоларнинг тескари жойлашиши ёки харакатчан кур ичакда), унда огрик бошидан чап ёнбош сохада булади. Касаллик бошлангич фазасида огрик бир жойда булади, лекин яллигланишнинг усимта сохасидан таркалишидан унинг жойлашиши ноаник булади. Баъзида у катта эмас ва бемор кичик жисмоний меҳнатни давом эттиради, баъзида ўткир, ошиб борувчи булиб бу деструктив турларда булиб, бу деструктив турларда ёки усимтанинг перфорациясида кузатилади. Ривожланаётган яллигланиш жараёнида усимтадаги

огрик сусайиши ва йуколиши мумкин. Ўткир аппендицитнинг ретраперитониал турида палпацияда камрок огрик белгисини беради, лекин яхшигина текширишда аник огрик симптомини аниклаш мумкин.

Ахлат тутилиши-Ўткир аппендецитда доимий булмаган белги, купинча усимтанинг деструкциясида учраб,корин парда шамоллашидан ичакларнинг парези хисобидан булади. Кам холларда ўткир аппендицит билан огриган беморларда суюк ахлат кузатилади.Бу бузилиш купинча усимтанинг чанокка булганида авж олади.Чанокдаги аппендицитда яллигланишнинг ковука утиш даражасига боглик тез-тез сийиш кузатилади.Ўткир аппендецитда куп беморларнинг тана харорати ошади.Юкори тана харорати кам кузатилади.Лекин тана харорати ошмасдан ўткир аппендицит учраш холати хам булиши мумкин.Ўткир аппендецитда тугри ичакда тана харорати доимо баланд. Деструктив аппендицит билан беморларда харорат ошишида ваража кузатилиши мумкин. Ўткир аппендицит бошланишида бемор ахволи купинча коникарли. Уларнинг ахволи огирлашиши усимтанинг деструкцияси ва яллигланиш сохасига корин парданинг кушилишидан хосил булади. Гангреноз ва перфоратив аппендицитда беморлар умумий ахволи огир ва янада тез ёмонлашиб боради.

Пулс тезлашган. Тахикардиянинг пайдо булиши усимта деструкцияси ва перитонит бошланиши билан боглик умумий интоксикация ва тана харорати ошиши пайдо булади.Ўткир аппендецитда томир уриши тезлиги тана харорати уртасида богликлиги бор.Дислокациясининг пайдо булиши (юкори булмаган тана хароратида тахикардия ёки юкори тана хароратида брадикардия) патологик жараённинг огирлигидан далолат беради. Тери коплами куп холларда узгаришсиз. Тил окиш караш билан копланган,нам перитонитда куриган булади.Ўткир аппендицит билан беморлар мажбурий холатни сакламайдилар,балки бир жойда оркалаб ёки унг ёнга караб ётадилар.Курикда корин холати,унинг каттаргани ,асимметрия бор йуклиги, кориннинг нафас олишда катнашишини аниклайдилар.Бу эса дефференциал ташхис куйишда кул келади.Ўткир аппендецитда,асосан деструктив турида кариннинг унг кисми нафас олишда сушт ёки умуман катнашмайди. Беморга юталиш таклиф этадилар. Корин бушлиги аъзолари яллигланиш касалликларида хар кандай йуталишда шамоллаган аъзо жойида огрик пайдо булади.Бизнинг кузатишларимизда йутал симптоми усимтанинг зарарланиши даврларидан катъий назар хамма холатларда булган.Ўткир аппендицитда огрик купинча унг ёнбош сохада кузатилади. Бунда яна Шеткин-Блюмберг симптоми мусбат ва корин олди девори мушаклари таранглашиши мавжуд булади.Бу уч белги (унг ёнбош сохада огрик ,корин олд мушаклари таранглашиши ва Шеткин-Блюмберг симптоми мусбат булиши) ўткир аппендицит ташхисида асосий симптомлар деб хисобланади.Ўткир аппендецитда мушак таранглашиши кориннинг унг ёнбош сохада жойлашган тугри,кундаланг ва кийшик мушаклари хисобидан булади.Касаллик бошлангич даврларида патологик учог устида харакатни чегаралаш учун корин олд мушакларининг рефлектор тоник кискаришидан булади,сунги боскичларида эса мушакларнинг спастик кискариши кузатилади. Агар аппендикуляр яллигланиш сохаси кур ичак ортида ёки ингичка ичак ортида булса,корин олд мушаклари ригидлиги кузатилмаслиги хатто гангреноз аппендецитда хам булмаслиги мумкин.

Умумий ривожланган интоксикацияда мушак тонуси сусайган булиши мумкин. Ёши кари беморларда усимта тугри жойлашган холатда хаттоки касалликнинг огир турларида хам мушаклар ригидлиги кам булиши мумкин. Атоник мушакли беморларда хам ўткир аппендицитда мушаклар ригидлиги сусайган булиши мумкин. Семиз кишиларда мушаклар ригидлигини уларнинг ёг тукумаси яхши ривожланганлиги хисобидан аниклаш имкони булмаслиги мумкин.

Ўткир аппендицитда гипертезия унг ёнбош сохада игна билан санчганда ёки терини икки

бармок орасида чимчилаганда огрикга юкори сезувчанлик кузатилади. Лекин бу белгининг доимий эмаслиги ва кам ичраши хисобидан бу проба катта диагностик ахамиятга эга эмас.

Ўткир аппендицитнинг симптомлари.

Купгина холларда Шеткин-Блюмберг симптоми аникланади, у хамма махаллий ва таркалган ва хатто аппендикуляр сабабли перитонитларда мусбат булади. Ўткир аппендицит учун специфик симптом хисобланмайди, лекин бу унинг эрта симптомлардан биридир, чунки корин парда шамоланиши ўткир аппендицитнинг биринчи соатларида кушилиши мумкин. Симптом яллигланиш соҳасида корин деворини кул билан босиб, уни бирданига олинганда огрик кучайиши кузатилади. У яллигланиш таркалишига махаллий ёки диффуз булиши мумкин. Лекин шуни хисобга олиш керакки, бачадон ортикалари яллигланишида, ўткир аппендицитда, пастга тушган ут халтада, Крон касаллигида, Меккел дивертикули яллигланишида ҳам Шеткин-Блюмберг симптоми унг ёнбош соҳада мусбат булиши мумкин.

Куп муаллифларнинг клиник кузатувлари шуни курсатадики, хатто оддий аппендицитда бу симптом 65% холатларда, деструктив холларда 84-92% мусбат булади. Шеткин-Блюмберг симптоми ўткир аппендицитда куп учрайдиган ва муҳим симптомлардан бири хисобланади. Куйидаги кетма-кетлик ҳосил булади – огрик хамма аппендицитга чалинганларда булади, унг ёнбош соҳадаги огрик 65-92% холларда, корин олди мушаклари тарангланиши 21-74% холларда учради.

Воскресенский симптоми – «куйлак» симптоми – унг кул бармок учи билан унг ковурга ёйи остида пастга караб коринни сирпанувчи пальпацияси утказилади- огриклар шамоллаган аппендиксга яқинлашган сари кучаяди. В.Воскресенский, М.Ф.Волков, Н.А.Кузнецов ва Н.В.Дмитриев томонидан таъкидлашларича бу симптом 97%да мусбат булган. В.И.Колесов айтишича бу симптом учраши Шеткин-Блюмберг симптоми учраши билан қариб бир хил. Ситковский симптоми. Беморни унг ёнбошга ётқизганда огрик кучайиши кузатилади. Бу кур ичак соҳасидаги шамоллаган корин парданинг тортилишидан булади.

Ровзинг симптоми. Бу куйидагича аникланади: чап кул билан йугон ичак пастга тушувчи қисми жойлашган чап ёнбош соҳа босилади. Кулни олмасдан иккинчи кул билан йугон ичак юкори қисми босилади. Агар бемор бу пайтда унг ёнбош соҳада огрик сезса, симптом мусбат саналади. Ровзинг фикри буйича йугон ичакдаги газлар босим остида проксимал жойлашган кур ичак томон ҳаракатланадилар. Кур ичак девори титраши огрик пайдо булишига олиб келади. Ўткир аппендицит турига караб мусбат Ровзинг симптоми 70-78% холларда учрайди. Демак узининг учрашига караб у Шеткин Блюмберг симптомидан қолишмайди.

Аорон симптоми. Мак-Бурнеу нуктасини босилганда ошқозон прекардиал соҳасида ёки эпигастрияда огрик ёки огирлик ҳиси пайдо булиши.

Барон симптоми. Унг ёнбош бел мушагини босишда босимга сезгирликнинг ошиши.

Раздолский симптоми. Корин девори перкуссиясида унг ёнбош соҳада огрик сезилиши. Симптом тери сезувчанлигининг ошишига асосланган.

Бартоме-Мехелсона симптоми. Бемор чап ёнга ётиб кур ичак пальпация қилинганда огрик кучайиши кузатилади. Ўткир аппендицит учун характерли.

Басслер симптоми. Киндик ва ёнбош суяк олдинги юкори қирраси уртасида ёнбош суяк қирраси томон босилганда огрик сезилиши. Аппендицит учун характерли.

Бастедо симптоми. Кур ичакни кенгайтиришда огрик пайдо булиши. Йугон ичакни қлизма ёрдамида тозалангандан кейин, орқага ётган бемор тугри ичагига мулоим резинали катетер 10-15 смга қирғизилиб ичакга ҳаво тулдирилади. Сурункали аппендицитда бу кур ичак соҳасида огрик қақиради.

Бен-Ашер симптоми. Бемор чуқур нафас олган пайтда ёки юталганда 2 та бармок учи билан

чап ковурга ости сохада босилганда унг ёнбош сохада огрик пайдо булиши. Ўткир аппендицитда пайдо булади.

Браун симптоми. Бемор терисида огрик жойи белгиланади. Сунгра бемор сог томонга ётқизилади. 15-20 дакикадан кейин огрик кучаяди ёки уз жойини 2,5-5 смга узгартиради. Ўткир аппендицитда кузатилади.

Брендо симптоми. Бачадон чап шохини босганда унг ёнбош сохада огрик пайдо булиши. Хомиладорлар аппендицитда учрайди.

Бригттен симптоми. Максимал огрик жойида корин деворини пальпациялашда корин мушаклари кискариши ва унг ёргокнинг юкорига тортилиши кузатилади. Пальпация тухтатгандан тортилиш юколади. Симптом деструктив аппендицит учун хос.

Вахенгейм-Редер симптоми. Бармок билан ректал текширув олиб бориш пайтида илеоцекал сохада огрик пайдо булиши.

Видмер симптоми. Унг култик остидаги харорат чап култик остига нисбаттан юкори булиши.

Волкович симптоми. Сурункали аппендицит билан беморларда унг томонда корин арик, унг ёнбош сохаси ва унг ковурга ости сохаси чуқурлашган. Корин девори чап томонга нисбаттан мулойим ва эгилувчан.

Волкович-Кохер симптоми. Огрик бошида эпигастрал сохада, баъзида ханжарсимон усимта остида булиб, 1-3 соатдан кейин унг ёнбош сохада утади.

Гадай симптоми. Унг петитов учбурчаги сохасида бармок билан босилади ва бирданига олинади (Шеткин-Блюмберг симптоми каби). Бармок олинган пайтда огрик пайдо булади. Ўткир ретроцекал аппендицитда кузатилади.

Греу симптоми. Киндикдан 2,5 см пастда ва чапда юкори сезувчанлик мавжудлиги.

Донелли симптоми. Пальпация пайтида бемор унг оёгини ёзади, бунда Мак-Бурнеу нуктаси устида ва остида огрик пайдо булади, ретроцекал аппендицитда характерли.

Делафуа Тριάдаси. Унг ёнбош сохада огрик, мушак тортилиши ват ери гиперестезияси.

Дюбар симптоми. Адашган нерв энса сохасидаги нукталари босилганда огрик сезилиши.

Зафтер симптоми. Утирган беморда унг оёгини тугрилаганда унг ёнбош сохада огрик пайдо булиши.

Икрамов симптоми. Унг сон артерияни босиб турганда унг ёнбош сохада огрик пайдо булиши.

Илиески симптоми. Унг диафрагма нервини буйин нуктасида босилишида огрик сезилиши.

Клемм симптоми. Рентгенологик текширувда илеоцекал сохада газларнинг тупланиши.

Круп симптоми. Унг сон ротатсияси пайтида унг ёнбош сохада огрикнинг кучайиши.

Кримов симптоми. Унг оралик каналини бармок билан текшируви пайтида унг ёнбош сохада огрикнинг пайдо булиши ва кучайиши.

Кюммел симптоми. Киндикдан 2 см пастда ва унга огрикли нуктанинг мавжудлиги. Сурункали аппендицитда булади.

Лантс симптоми. Унг томондан кремастер рефлексининг сусайиши ва юколиши.

Лантс нуктаси. Иккала ёнбош суяк киррасини бирлаштирувчи чизмада жойлашган нукта (унг киррадан 5 см ичкарида).

Ларок симптоми. Иккала ёргокнинг уз-узидан ёки корин олдинги деворини пальпацияси пайтида тортилиши.

Ларош симптоми. Унг сон-чанок бугимида гипертензия булмаслиги.

Ленандер симптоми. Култик ости ва ректал хароратнинг фарки 1 даражадан купрок фарк килиши. Ўткир деструктив аппендицитда кузатилади.

Локвид симптоми. Бемор оркага ётиб оёкини тизза бугимида бироз букганида унг ёнбош соха пальпациясида суяклик шилдираши шовкини сезилади. Корин бушлиги спайкаларида

аппендицит булишида аникланади.

Мак-Бурнеу нуктаси. Ёнбош суяк олд-юкори кирраси ва киндикни туташтирувчи чизманинг урта ва ташки учдан бир кисми чегарасида булган нуктада жойлашган. Хозирги пайтда катта ахамиятга эга.

Мастен симптоми. Омов сохасида огрик мавжудлиги.

Мехелсон симптоми. Бемор унг томонга ёткизилганда унг ёнбош сохада огрикнинг кучайиши (бачадон шамоллаган учокни босади). Хомиладорларда ўткир аппендицитнинг деструктив турида кузатилади.

Московский симптоми. Унг куз корачигининг кенгайиши. Корин бушлиги аъзоларининг ўткир касалликларида учрайди (ўткир аппендицит, холецистит).

Мерфи симптоми. Унг ёнбош сохани турт бармок билан кетма-кет перкуссиясида (роялда уйнагани каби) одатий тимпаник овоз йуклиги.

Образцов симптоми. Ўткир аппендицит билан бемор унг ёнбош соха пальпацияси пайтида унг оёгини тизза бугимида бикиб кутарса, огрикнинг кучайиши.

Ўткир аппендицитнинг болаларда кечиш хусусиятлари.

Болаларда ўткир аппендицитнинг узига хос хусусияти – чувалчангсимон усимтада деструктив жараёнларнинг тез кечиши, корин парда ривожланмаганлиги сабаб таркалган перитонитнинг куп учраши ва яллигланиш жараёнини чегаралиниши эхтимоли пастлигидир. Клиникасида кучайиб сусайиши огриклар, куп мартали кусиш ва иш кетиш кузатилади. Тана харорати купинча юкори булиб 39-40 даражага етади, томир уриш сони баъзид хароратга мос келмайди. Огир интоксикация симптомлари кузда ташланади. Корин девори мушаклари таранглиги ката булмаслиги мумкин.

Шундай килиб, ўткир аппендицит болаларда тез кечиши билан фаркиниб, узининг клиникаси билан гастроэнтерит ёки дизентерияни эслатади. Бу эрта диагностикани кийинлаштириб перфоратив турларнинг ошишига олиб келади.

Ўткир аппендицитнинг ёши улуг ва кари кишиларди учраши.

Организм ареактивлиги ва бирга кечаётган касалликлар куринишидан яхши ифода этилмаган кечишда эга булади. Кориндаги огриклар суст, тана харорати меъёрда булади. Корин олд девори мушаклар химоя тортилиши суст ривожланган ёки булмайди.

Хатто аппендицит деструктив турларида конда лейкоцитлар микдори бироз ошиши ва лейкоцитлар формуланинг чапга бироз силиши кузатилади.

Ёши улуг ва кари кишиларда ўткир аппендицитнинг клиникасининг яхши ифода этилмагани, чувалчангсимон усимтада деструктив жараёнларнинг тех ривожланиши (томирлар склерози хисобидан) бу беморларнинг жаррохлик стационарларида кечикиб (касаллик бошланишидан бир неча кундан кейин) олиб келинишига сабаб булади. Баъзида ривожланган асоратлар-аппендикуляр инфильтрат билан олиб келинади.

Ўткир аппендицитнинг хомиладорларда учраши.

Ўткир аппендицитнинг хомиладорликнинг биринчи ярмида кечиши бошка оддий куринишлардан фарк килмайди. Хомиладорликнинг иккинчи ярмида куп ичак ва чувалчангсимон усимтанинг катталашган бачадон томонидан сирилиши ва шунда огриклар жойлашишининг узгаришига олиб келади. Огриклар нафакат унг ёнбош сохада, балки унг ковурга ости сохада ҳам жойлашиши мумкин. Беморлар бу огрикларга эътибор бермайдилар уларни хомиладорликнинг куриниши деб хисоблайдилар. Кусиш ҳам хомиладорлик даврида учраб турадигани учун безовталанмайди. Корин олд девори мушакларининг таранглиги хомиладорлик бошлангич даврида яхши аникланади, лекин охирги боскичларида карин мушаклари чузилиши хисобидан уларнинг химоя тарангланишини аниклаш кийин булади.

Воскресенский ва Шеткин-Блюмберг симптоми яхши аникланади.

Агар шамоллаган чувалчангсимон усимта катталашган бачадон оркасида жойлашган булса, корин парда таъсирланиш симптомлари аникланмаслиги мумкин. Баъзи холларда хомиладорларда ўткир аппендецитни хомила тушиш хавфи билан адаштирилади ва бу кеч госпитализация ва кечиктирилган операцияларга олиб келади. Хомиладорликнинг хатто кеч давирларида операция килинишида хомила тушиш хавфи унчалик ката эмас. Ўткир аппендецитда чалинган хомиладорларни операция килиш керак.

Ўткир аппендицит дифференциал диагностикаси

Ўткир аппендицит дифференциал диагностикаси беш гурух касалликлар билан олиб борилиши керак: Корин бушлиги аъзолари касалликлари, корин парда орти аъзолари касалликлари, курак кафаси аъзолари касалликлари, инфекцион касалликлар ва томир ҳамда кон касалликлари билан. Меъда ёки 12 бармок ичак перфоратив яра касаллиги ўткир аппендецитдан бирданига эпигастрия соҳасида кучли ва интенсив огрик пайдо булиши, кориннинг мушакларининг «доскасимон» тарангланиши, Коринни эпигастрал соҳада ва унг ковурга ости соҳасида пальпацияси пайтида жуда огрикли булиши, перкутор йул билан аникланадиган корин бушлигида эркин газ мавжудлиги (жигар тумтоклиги юколиш) ёки рентгенологик – жигар устида у билан унг диафрагма орасида урогсимон жой пайдо булиши. Ҳамда перфорациядан кейин биринчи соатларда тана харорати меъёрда булади (перитонит ривожлангунга қадар). Шеткин-Блюмберг симптоми перфоратив ярада эпигастрия ва унг ковурга ости соҳада кенг жойда аникланади. Дифференциал диагностика пайтида анамнезда яра касаллиги борлигига ката аҳамият бермаслик керак. Бу белги ката аҳамиятга эга булмагани сабаби ҳаммага маълум-яраси булмаган беморларда ҳам перфорация учраши – «унг яралар» перфорацияси мавжудлигидир. Шу билан бирга яра касаллиги бор беморларда ўткир аппендицит ривожланиш эҳтимолияти ҳам йук эмас.

Ўткир холецистит ўткир аппендицитдан огрик жойлашиши унг ковурга ости соҳада ва унинг иррадиацияси унг елкага, кулга, куракда, ёрдам бермайдиган куп мартали ут билан қусиш билан фаркланади. Огриклар купинча диетани сакламасликдан келиб чиқади. Корин пальпациясида огрик, мушаклар тарангланиши ва Шеткин-Блюмберг симптоми унг ковурга ости соҳада аникланади. Бунда баъзида катталашган, таранглашган ут пуфаги пальпациялаш имкони булади. Беморлар тана харорати аппендицитникига нисбатан юкори. Ўткир холециститни чувалчангсимон усимта жигар ости соҳада жойлашганида ўткир аппендицитдан фарклаш жуда кийин булиб, баъзида лапароскопия утқишиш керак булади.

Ўткир панкреатитни баъзида ўткир аппендицит билан дифференциялаш жуда кийин. Ўткир панкреатитда қусиш купинча куп мартали, огриклар эпигастрия соҳасида булиб интенсив булади. Шу ерда пальпацияда огрик ва мушаклар химоя тарангланиши кузатилади. Тана харорати меъёрда. Панкреатит учун кориннинг ичак парези ҳисобидан даммайиши кузатилади. Рентгенологик текшируқда газ билан тула, кенгайган парезланган кундаланг ичак аникланади. Унг ковурга жойи соҳа босилганда огрик пайдо булиши ўткир панкреатит учун хос белги. Сийдикда диастаза микдори курсатгичи таъхиси аниклаштиради – унинг ошиши ўткир панкреатит учун асосий симптомдир.

Крон касаллиги (ёнбош ичак терминал булимининг носпецифик яллигланиш) ва Меккел дивертикули ўткир аппендицитга хос клиник қуриниши бериши мумкин. Шунинг учун буларнинг операциягача дифференциал диагнози жуда кийин. Агар операция пайтида чувалчангсимон усимтадаги узғаришлар клиник қуриниш даражасига тугри келмаса Крон касаллиги ёки Меккел дивертикулини қуйиб юбормаслик учун ёнбош ичакни 1 м-гача

давомида текшириш керак.

Ўткир ичак тутилишини ўткир аппендицит билан одатда болаларда учрайдиган ингичка ичакнинг кур ичакга инвагинацияси холларида дифференцияланади. Бунда кучайиб сусаядиган огриклар булиши, корин мушаклари таранглиги йуклиги, корин парда яллигланиш симптомлари камлиги далолат беради. Коринни пальпациялашда кам огрикли харакатчан хосила – инвагинатни аниклайдилар. Бундан ташкари ичак тутилиши бошда симптомлари – корин даммайиши, ахлат ва газлар йуклиги, корин перкуссиясида тимпанит аникланиш кабилар мавжуд булади. Куп холларда тугри ичакдан кон аралаш («малина желеси» рангида) шиллик пайдо булади.

Ўткир аднексит ўткир аппендицитнинг дифференциал диагностикасида катта кийинчиликлар тугдриши мумкин. Ўткир аднексит учун белга ёки ораликка таркатувчи корин пастки кисмидаги огриклар, тана харорати ошиши хос. Беморларни суриштирганда утмишда жинсий аъзоларда яллигланиш, менструал цикли бузилиши кузатилгани аникланади. Пальпация пайтида беморларда корин пастки кисмида, ков устида икки томондан (чувалчангсимон усимта кичик чанокда булса хам шундай булиши мумкин), лекин ўткир аппендицитга хос корин мушаклари тарангланиши ўткир аднекситда булмайди. Ўткир аднексит дифференциал диагностикасида ўткир аднекситга шубха килинадиган хамма аёлларда утказиладиган тугри ичак ва кин оркали текширув мухим ахамиятга эга. Бунда бачадон ортиклари огрикли булиши, тукумалар инфильтрацияси, бачадон буйинчаси босилганда огрикли булиши аникланади. Жинсий аъзолардан патологик чикиндилар ўткир аднекситдан далолат беради.

Бачадондан ташкари хомиладорликнинг бузилиши бир неча узига хос белгиларга эга. Суриштириш пайтининг узида менструациянинг тухтагани (кетган кон микдори, давомийлиги), киндан конли чикиндилар булиши аникланади. Оралик, тугри ичакга таркалувчи кучли огрикнинг бирдания пайдо булиши, кунгил айниш, кусиш, хушдан кетиш хос хисобланади. Пальпацияда корин пастки кисмида огрик сезилади, корин мушаклари таранглиги аникланмайди. Катта корин ичи кон кетишларда холсизлик, тери копламаларининг рангпарлиги, тахикардия, гипотония, корин чет кисмларида тумтоклик аникланиши, конда гемоглобин ва гематокрит курсатгичнинг тушиши кузатилади.

Кин оркали текширувда бачадон буйни босилганда огрик сезилиши, баъзида гумбазнинг осилиб туриши аникланади. Ректал текширувда кичик чанокда кон тупланганлиги сабаб тугри ичак олдинги деворининг осилиб туриши аникланади. Тухумдон ёрилиши бачадондан ташкари хомиладорлик бузилишига ухшаш клиник куриниш беради. Орка гумбаз пункциясида кам узгарган кон топилади.

Буйрак тош касаллиги буйрак ўткир огрик синдромини беради ва уни чувалчангсимон усимтанинг ретроцекал жойлашувида ўткир аппендицит билан дифференциялаш керак. Буйрак огрик синдромига бел сохасида жуда интенсив, даврий кучаядиган, хуружланадиган огриклар пайдо булиб ташки жинсий аъзоларга, сон олд ички кисмига таркалади, тез-тез сийиш кузатилади. Беморни куригида Пастернацкий симптоми мусбатлигини (бел сохасида кул билан урганда огрик булиши) мусбат эканлиги, корин мушаклари таранглиги йуклиги ёки сустлиги, сийдикда узгармаган эритроцитлар аникланади.

Ташхисни аниклашда хромоцистоскопия ва Лорин-Эпштейн пробаси ёрдам беради. Хромоцистоскопия буйрак огрик синдромида рангланган сийдикнинг унг сийдик жойидан чикишини кечикишини аниклаши мумкин, бу эса ўткир аппендицитда учрамайди. Унг уругдон каналга бир неча миллилитр новокаин киргизилса (Лорен-Эпштейн пробаси) буйрак хуружини тухташига олиб келади.

Мезентерал лимфаденит (ингичка ичак туткиши лимфа тугунларининг яллигланиши) баъзида

Ўткир аппендицитга хос клиник курилиши беради. Болаларда ва ёши кичикларда учрайди. Тана хароратининг юкорилиги. Якинда ўткир респиратор яллигланиши бошидан утказганлиги кузатилади. Ўткир аппендицитдан фарк қилиб пальпацияда огрик ингичка ичак туткичи бўйлаб огрик сезилади.

Плеврит ва унғ томонлама пневмония болаларда диагностик хатога олиб келиши мумкин, чунки баъзида кориндаги огрик ва корин мушакларининг тарангланиш билан кечади. Беморни диққат билан курганда хатога йул қуймасликга ёрдам беради.

Плевропневмонияда йутал, хансираш, лабларда цианоз, орқада хириллашлар, баъзида плевра ишқаланиш шовқини эшитилади.

Ўткир аппендицитни даволаш.

Оператив даволаш – аппендэктомия.

Оператив киришлар:

1. Купгина жаррохларнинг айтишича аппендэктомияда энг яхшиси Волкович—Мак-Бурнеу кириш ҳисобланади. Бу кириш иш афзалликни беради:

- 1) унинг проекцияси кур ичак ва чувалчангсимон усимта жойлашувига тугри келади;
- 2) корин бушлиги асабларини камрок жарохатлайди;
- 3) операциядан кейин камрок чурралар пайдо булади, чуни туқималарни ва асабларини камрок жарохатлайди.

Волкович-Мак-Бурнеу кириши. Киндик ва унғ ёнбош суяк юкори-олд киррасини бирлаштирувчи чизикга кийшик 5-6 см ли кесма бўлиб, у пупарт боғламига паралелл утиб, 1/3 қисми айтилган чизикдан юкорида, 2/3 қисми пастида жойлашган булади.

Асоратланган ҳолларда кур ичакнинг кам ҳаракат бўлганида ҳамда корин бушлигини ревизия қилиш учун кириш кесимини кенгайтириш мумкин. Бу мақсадда ташки кийшик мушак апоневрозини кундаланг кесиши давом этиб, кесимни кин ва тугри ичак устидан давом этилади. Кейин утмас чангак билан корин тугри мушагини ичкарига тортиб корин парда ва корин кундаланг фасцияси кесилади. Бу усул билан кириш қисми анча кенгайтирилиб корин бушлиги анча қисмини куриш имконини беради.

Олдин аппендэктомия оддий техникасини куриб чикамиз, кейинчалик эса ўткир аппендицит турлари ва асоратларидаги оператив тадбирлар хусусиятида тухталамиз.



Оддий аппендэктомия техникасини адабиётларда Волкович-Дьяконов чизиги бўйича кесиши номи остидаги ёнбош сохада кийшик узгарадиган оператив кесиш орқали амалга оширилади. Терида кесим утказилишда қуйидаги шартлар ёрдам беради: киндик ва унғ ёнбош суяк ташки юкори киррасини бирлаштирувчи чизикни уч қисмга булинади, сунгра ташки ва урта учликлар чегарасида бу чизикга перпендикуляр равишда кесим утказилади. Бунда кесимнинг учдан бир қисми бу чизикдан юкорида, колган учдан икки қисми пастда жойлашган булади. Агар операция маҳаллий огриксизлантириш остида утказилса кесим проекциясида 0,25 %-ли

новокаин эритмаси лимон пустлоги хосил булгунча юборилади. Сунгра новокаин билан тери ости клетчакани инфильтрациялаб шундан кейин тери кесилади. Корин бушлиги девори бир моментли анестезияси мумкин эмас, чунки бу гематома хосил булиши, такидаги ичакларнинг тешилиши ва бошка асоратлар, анестезиянинг сифатсиз булишига олиб келади.

Аппендэктомияда тери кесими узунлиги 10-12 см-ни ташкил этади, чунки шундай кесим чувалчангсимон усимтани олиб ташлаш учун кулай шароит яратади. Айтиб утиш керакки, кесимнинг бундан ҳам кичрайтириш операция пайтида тукималарнинг ортикча жарохатланиши ва кейинчалик операциядан кейинги асоратлар ривожланиши учун замин яратади.

Тери ва тери ости клетчаткани кесимидан кейин электрокоагулятор ёки томирларга чок куйиш йули билан гемостаз утказилади. Бу соха тери ости клетчаткасида корин девори ён артерияси катта шохлари утади, шунинг учун гемостаз утказмаслик операциядан кейинги гематомалар ва операцион яра йирингланишига сабаб булади.

Гемостаз утказилиб, операцион кесимни марли салфеткалари ёрдамида колган операцион сохадан ажралиб куйилади. Шундан кейин ташки кийшик апоневрозига новокаин юбориб, шалпел билан кесадилар ва кайчи ёрдамида толалар йуналиши буйлаб очадилар. Кесимнинг юкори бурчагида мушакнинг узини ҳам толалари буйлаб кесадилар, агар паст жойлашган булса пастрокдан лекин купрок кесилади.

Апоневрозни кесгандан сунг ички кийшик ва кундаланг мушаклар анестезияланади, пермизияни кесиб утмас чангак билан толалар йуналиши буйлаб очилади. Мушакларни ажратгандан кейин купинча такидаги кундаланг фасция ва корин пардани очиш имконини беради.

Корин пардага етиб ярани аъзолар куримаслиги учун нам марляли салфеткалар билан Яна бир марта изоляциялайдилар. Корин пардани очишда тагидаги ичакларни жарохатламасли учун эхтиёт булиш керак. Бунинг учун корин пардани пинцет билан кутариб кайчининг нариги томони сероз каватдан куринадиган холатда кесилади.

Кесимни куритиш максадида корин бушлигидан суюклик ажралишини олдини олиш учун марляли тампон тайёр туриши керак.

Корин бушлигига кириб кур ичак топилади. Агар бунга ингичка ичак халкалари халакит берса, уларни эхтиёткорлик билан ичкарига сурадилар ва латерал канал ҳамда ёнбош сохаси куздан кечирилади. Ингичка ичакдан фарк килиб кур ичак яхши ривожланган бойлама мушак лентага ега (*tenia coli*). Баъзи кулланмаларда курсатилган рангларнинг хар хиллиги Амалий ахамиятга эга эмас, чунки яллигланиш пайтида ҳамма ичакларнинг ранглари бир хил кизгиш рангда булиб қолади. Лекин шуни эсда тутиш керакки, кур ичак одатда туткишга эга эмас. Туткиш булмаганлиги хисобидан кур ичак бироз харакатчан булади ва уни кесимдан ташкарига чикариш иложи булмайди. Агар ичак битишмалар билан фиксацияланган булса, буларнинг куз назорати остида кесиб чикарилади.

Маълумки чувалчангсимон усимта асосий учта тенияларнинг бирлашадиган жойда кур ичак гумбазида булади. Шундай килиб кур ичак гумбази билан бирга чувалчангсимон усимтани ҳам чикариш керак. Агар усимта дистал кисмига чукурликда фиксацияланган булса ва чикарилмаса унинг асосий остида тасмача утказилиб, кур ичак гумбазини кайта корин бушлигига киритилади. Тасмачани тортганда чувалчангсимон усимта харакатчанлигини чегаралаётган ёпишиш сабабини аниклаб уларни кесиб ташлаш мумкин. Шуни эсда саклаш керакки, чувалчангсимон усимтани тез чикариш мумкин эмас, чунки биров уни ёрилиши ёки кур ичак ва туткичидан узилиши мумкин. Шунинг учун кузда курунган ёпишишларни кесгандан кейин чувалчангсимон усимта чикариш иложи булмаса ретроград аппендэктомия утказилади.

Чувалчангсимон усимта ярадан чиқарилгандан сунг унинг туткичи анестезияланиб унга лигатура қуйилади. Бу максатда унинг асосида калин кетгут ип утказилиб, чувалчангсимон усимта артерияси билан бирга унинг туткичи боғланилади. Шишдан ва юмшаган туткичда унга лигатурани кейинчалик силжимаслиги учун олдин тикиб кейин боғлайдилар.

Туткични чувалчангсимон усимта учидан боғлаб зажим қуйилади ва уни туткичдан бутун узунлиги бойлаб ажратиб чиқади. Чувалчангсимон усимтани юқорига утказиб, унинг асосидан 1-1,5 см ташқаридан кистели сероз-мушакли №3 ёки №4 ли шойи ипдан чок қуйилади. Сунгра зажим билан чувалчангсимон усимта асосини қисиб, у ерда ингичка кетгут билан боғланади. Кейин лигатурадан 0,3-0,5см баландроқда чувалчангсимон усимта кесилади. Чувалчангсимон усимта култыяси йод эритмаси билан ишлов берилиб, ёрдамчи уни анатомик пинцет билан кистели чок ишига қирғизилади, жаррох эса бу чокни тортади.



Кистели чок устидан Яна бир шойи ёки кетгутли Z-симон серо-сероз чок қуйилади. Шундан сунг кур ичак гумбази корин бушлигига қирғизилади. Айтилган манипуляцияларни утказиш пайтида қуйидагиларни эсда тутиш керак: 1) чувалчангсимон усимта асосида жойидан чок қуйиш мумкин эмас, чунки сурилмайдиган шойи ипи усимта култыяси инвагинацияси натижасида ҳосил булган ёпик инфитсирланган бушликда абсцесс ҳосил булишига олиб келиши мумкин; 2) оддий кистели чок урнига узидан-узи ботадиган чоклардан фойдаланиш манн этилади, чунки бунда ботаётган чок инфитсирланиб абсцесс ёки перитонит чакириши мумкин; 3) ботаётган лигатураларга туткич култыясини қушиб тикиш мумкин эмас, чунки бунда илеоцекал бурчакнинг деформациясига олиб келиб, ичак фаолияти бузилиши ва ҳатто обтурацион ичак тутилишига олиб келиши мумкин.

Кур ичакни эҳтиёткорлик билан жойига қуйиб корин бушлигини кон ва суюкликлардан тозалайдилар. Вундан сунг корин бушлигига тампон ёки кичик марля қирғизилиб гемостаз назорат қилинади. Агар 10-15 с давомида марляда кон излари топилмаса гемостаз яхши сакланганлигига ишонч ҳосил қилиб корин девори тикила бошланади.

Олдин корин парда тикилади. Агар корин парда кесими катта булмаса зажимлар тагидан герметик тортилиб бир дона кетгут чок қуйилади. Агар кесим катта булса узлуксиз кетгут чок қуйилади. Ажратилган ички қийшиқ ва кундаланг мушакларни алоҳида кетгут чоклар билан тикадилар.

Ташки қийшиқ мушак апневрози ҳам алоҳида шойи чоклар билан тикилади. Ташки фасция жойлашган тери ости клетчаткада алоҳида кетгутли чоклар қуйилади. Терини алоҳида шойи иплар билан тикадилар.

Ўткир аппендицитда операцияга қарши курсатма :

Аппендикуляр инфилтрат.

Ўткир аппендицит асоратлари

Операциядан олдинги.

Операция пайтида.

Операциядан кейинги даврдаги.

Аппендикуляр инфильтрат сурилиши ёки йиринглаши мумкин. Аппендикуляр инфильтрат сурилишида тана харорати меъёрланиши, огриклар юколиши, инфильтрат хажми кичрайиши, унғ ёнбош сохада огрикнинг юколиши, кондаги узгаришлар юколиши кузатилади.

Аппендикуляр инфильтрат йирингланишида периаппендикуляр абсцесс ривожланади. Бемор ахволи огирлашади. Тана харорати юкори булиб гектик турда булади. Харорат тушган пайтларда ваража туттади. Унғ ёнбош сохада катталашиб, мулойимлашиб чегаралари ноаник булиб борадиган патологик хосила аникланади, бу сохада огриклар кучайиб боради. Абсцесс сохасида Шеткин-Блумберг мусбат симптоми аникланади. Кон анализида лейкоцитлар формула чапга силжиши мавжуд лейкоцитоз аникланади, ЕСНТ ошади.

Йирингнинг чегараланиши нафакат чувалчангсимон усимта атрофида, балки корин бошка кисмларда ҳам булиши мумкин. Бунда ичаклараро, чанокдаги. Диафрагма остидаги (чапда ёки унгда), жигар ости. Чап ёнбош сохадаги абсцесслар ривожланади. Бундай йирингли абсцессларнинг клиник курилиши аппендикуляр абсцесс каби бир хил.

Чанокдаги абсцесс ректал ва вагинал текширувда аникланиши мумкин.

Ўткир аппендицитнинг огир асорати булиб таркалган йирингли перитонит хизмат килади. У чувалчангсимон усимта атрофидаги яллигланишнинг чегараланмаслидан ёки периаппендикуляр абсцесснинг корин бушлигига ёрилишидан булади. Беморлар ахволи кескин ёмонлашади. Кориндаги огриклар таркок булиб, куп сонли кусиш пайдо булади. Бироз тахикардия аникланади, бунда томир уриши тана харорати билан тугри келмайди (перитонит учун патогномик симптом). Тили курук, ок караш билан копланган.

Корин нафас олишда катнашмайди, дамланган. Пальпацияда корин хамма сохаларида таркок огрик, корин девори мушаклари таранглашган, корин парда таъсирланиш симптомлари аникланади. Корин аускультациясида ичак шовкини эшитилмайди. Кон анализида лейкоцитлар формуланинг чапга силжиб юкори лейкоцитоз, ЕСНТ кескин ошган. Аппендикуляр сабабда эга таркалган перитонитнинг клиникаси бошда генездаги перитонит клиникасидан фарк килмайди.

Пилефлебит – дарвоза веналари шохларининг йирингли тромбофлебит булиб, жигар абсцесси ва сепсисда олиб боради. Бу асоратнинг учраши перфоратив аппендицитда 3%ни ташкил этади. Беморлар ахволи жуда огир, интоксикация ривожланган булади. Тана харорати баланд, гектик турда. Гепатоцитларнинг зарарланиши хисобидан сариклик пайдо булади. Жигар касалланган. Олим даражаси катта. Беморлар жигар-буйрак етишмовчилигидан халок булишади.

Операциядан кейинги асоратлар. Аппендэктомиядан кейин куп учрайдиган асоратларга инфильтрат ва операцион яра йирингланиши, лигатура шишлари, корин бушлиги кесимида кон кетишлар киради. Бундан ҳам камрок корин бушлигида кон кетишлар, ичак тутилиши, чувалчангсимон усимта чултоги чокларни нг сифатсизлиги, перитонит, ичак свишлари хосил булиши киради.

Ўткир аппендицит асоратлари.

Ўткир аппендицит асоратларига аппендикуляр инфильтрат, корин бушлигида махаллий абсцесслар (ичаклараро чанокда, диафрагма остида), таркалган йирингли перитонит ва туткич веналарнинг септик тромбофлебит (пилефлебит).

«Аппендикуляр инфильтрат» термини остида яллигланган чувалчангсимон усимта атрофида жойлашган аъзоларнинг бир бири билан жипслашган конгломерат тушунилади. Инфильтрат конрин парда томонидан химоя реакцияси сифатида булиб, яллигланишни чегаралашга қаратилган ҳаракат хисобланади. Аппендикуляр инфильтрат асоси булиб флегмоноз узгарган чувалчангсимон усимта хисобланади, лекин баъзида марказда деструкцияга учраган усимта

аникланади.

Аппендикуляр инфилтрат ўткир аппендицит кечишининг 1-3%ни асоратлайди. Асосан бу беморнинг шифокорга уз пайтида мурожаат етмаслиги, баъзи ҳолларда эса шифохонагача этапда диагностик хато натижасидир.

Аппендикуляр инфилтрат клиник куриниши одатда касалликнинг 3-5 кунидан кейин намоён бўлади. Касалликнинг бошида кориндаги булган оғриklar сусайиб, беморлар аҳоли яхшиланади, лекин тана ҳорарати субфебрит туради. Умумий аҳвол бунда кам узгаради. Обьектив текширувда корин девори мушакларида тарангланиш ёки бошда корин пардаси таъсирланиш белгилари аникланмайди. Шунингдек, унг ёнбош соҳада, инфилтрат жойлашган жойда зич, камҳаракат ва камогрикли осмасимон ҳосила аникланади. Инфилтрат катталиги ҳар хил булиши мумкин, баъзида у унг ёнбош соҳанинг ҳамма қисмини эгаллайди. Баъзида Ровзинг ва Ситковский симптомлари мусбат бўлади. Лейкоцитоз одатда биров ошган бўлади.

Аппендикуляр инфилтрат диагностикасида анамнез катта аҳамиятга эга. Агар унг ёнбош соҳада пайдо булган ҳосиладанолдин ўткир аппендицитга ҳос ўткир оғрик ва унинг жойининг узгариши, бир мартали қусиш, тана ҳарорати биров кутарилиши кузатилган бўлса аппендикуляр инфилтрат ташхиси аниқ бўлади.

Инфилтратнинг одатдаги унг ёнбош соҳада булишида ташхис қуйиш қийинчилик тугдирмайди. Факатгина ёши катта кишиларда кур ичак усмасини аппендикуляр инфилтрат билан дифференциал диагностикаси утказишига диққат қилиш керак. Бу ерда ҳам анамнез катта рол уйнайди: маълумки ўткир аппендицитда оғрик ва ҳарорат бирданига ошади, усмалар учун эса узок муддатли ривожланадиган оғрик синдроми ва ҳарорат ошиши ҳос. Бундан ташқари илеоцекал бурчак усмаси қисман ичак тутилиши клиникасини беради, бу эса аппендикуляр инфилтратда ҳеч қачон учрамайди. Ҳамда динамик кузатув натижасида шунини аниқлаш мумкинки, инфилтрат кундан кунга қичрайиб боради, усма эса катталашади.

Аппендикуляр инфилтрат натижаси бўлиб ёки унинг тула сурилиб кетиши, ёки абсцессга айланиши. Бу эса жаррохлик тактикани изида ҳослигини белгилаб, асосан консерватив кутиштактикасидан иборат.

Шундай қилиб, аппендикуляр инфилтрат оддий кечишида, динамик кузатув натижасида унинг суилаётгани аникланса, операция керак эмас, даволовчи курсатмаларга биринчи кунларда ётоқ режим, унг ёнбош соҳада совуқлик, тез ҳал булувчи диета қиради. Шу билан бирга корин бушлигини кузатувга олиб, ҳарорат ва лейкоцитоз динамикасига ҳам қаралади. Оғрик сусайиши ва тана ҳарорати меъёрга қелгандан кейин инфилтрат сурилишини тезлаштириш мақсадида физиотерапевтик даволаш, иссиқлик процедуралар қулланилади.

Аппендикуляр инфилтрат даволанишида антибиотик курсатилмаган, чунки у касаллик кечишини нотугри куринишини бериши мумкин. Шу билан бирга инфилтратнинг абсцессланиш ва йирингнинг корин бушлигига чиқишини кузатиш мумкин.

Агар бемор стационарда булган пайт давомида унг ёнбош соҳада ва Яна оғриklar пайдо булиши, тана ҳарорати гектик тарзда ошиши, умумий интоксикация белгилари пайдо бўлса аппендикуляр инфилтратнинг абсцессланиши ҳақида уйлаш керак. Бу ҳолда жаррохлик даво курсатилган. Бунда флюктуация, корин девори гиперемияси ва бошқа йирингланиш белгиларини кутиб утириш шарт эмас.

Йирингланган инфилтратнинг очилиши умумий оғриксизлантириш остида Волкович-Льяконов қесими ёрдамида утказилади. Корин пардани оча туриб, диққат қилиш керак, чунки инфилтрацияланган ичакларни қесиш қуйиш мумкин. Бу ичак халқаларини утмас йул билан то йирин пайдо булишича бир биридан ажратиш борилади. Сунгра шундай утмас йул билан тешиқ қаталаштирилади, йиринглашган бушлиқ ирингдан тозаланиб фурациллин эритмаси билан

ювилади ва унда бир ёки икки марляли тампон куйилади.

Операцион кесимни тикмайдилар, балки периаппендикуляр абсцесс каби олиб борилади.

Шуни ёдда тутиш керакки, йирингланган аппендикуляр инфилтратни очишида бирданига аппендэктомия утказиб деструктив узгарган аппендиксни олиб ташлаш шарт эмас. Усимтани йирингли тула инфилтрацияланган ва тез жароҳатланидиган ичак халалари ичида излашда нафакат йирингни чегаралаб турган туқимани зарарланиши, балки кайтмас асоратлар-куп кон кетиш, ичакни зарарланиб кейинчалик свиш ҳосил бўлишига олиб келиш мумкин.

Операциядан кейинги даврда беморларга куп микдорда дезинтоксикацион даволаш курси, йуналтирилган антибиотиклардан фойдаланилади. Охириги йилларда бошлангичи йирингларни даволаш мақсадида парентерал юбориладиган протеолитик ферментлар яхши натижа бермоқда. Бемор стационардан чиқканда 6 ойдан кейин қайта ётиш ва аппендэктомия утказилиш каттик тавсия этилади. Бу муҳимдир, чунки деструкцияга учраган чўлчангсимон усимта колдиклари келажакда тез-тез учрайдиган ўтқир аппендицит рецидиви хуружларига сабаб бўлиши мумкин. Худи шундай, агар аппендикуляр инфилтрат узи сурилган бўлса ҳам тавсия этилади, факат бу ҳолда аппендэктомия олдинроқ 3-4 ойдан сунг утказилади.

Маҳаллий абсцесслар пайдо бўлиши чўлчангсимон усимтани корин бушлигида аномал жойлашиши ҳисобидан бўлади. Баъзи ҳолларда эса корин ичи гематомалар, инфицирланган суюқликнинг чегараланиб қолиши ва чўлчангсимон усимта атрофидаги чокларнинг сифатсиз эканлигидан ҳам бўлади.

Юқорида айтиб утилган йирингланишлардан купроқ чанокдаги абсцесс учрайди, бу купинча анатомик хусусияти ҳисобидан ривожланади, чунки кичик чанокда жойлашган Дуглас бушлигида яллигланиш суюқлиги тупланиши осон кечади. Бундан ташқари операциядан кейинги даврда беморларга махсус ярим утириш ҳолати берилади, бунда пайдо бўлган суюқликлар янада Дуглас бушлигига тупланади. Бунда бир неча фикрлар асосида иш олиб борилади. Биринчидан, Дуглас бушлигида суюқликнинг чегараланиши учун яхши шароит мавжуд. Иккинчидан, Дуглас бушлиги абсцессини ташхислаш ва ошиш бошқа жойдаги абсцессларни аниқлаш ва даволашдан енгилроқдир.

Баъзида Дуглас бушлиги абсцессининг асосий сабабчиси кичик чанокда жойлашган чўлчангсимон усимта бўлиб хизмат қилади. Бундай оддий бўлмаган жойланиш ўтқир аппендицит диагностикасини қийинлаштиради, шунинг учун операция усимтанинг деструкциясидан кейин ва маҳаллий перитонит ривожланганда утказилади.

Шундай қилиб, бемор корнида яллигланиш суюқлиги бўлганда, яллигланган чўлчангсимон усимта кичик чанокда жойлашганда чанокдаги абсцесс ривожланиши мумкин. Бундай абсцесснинг биринчи шикоятлари корин пастки соҳаси ва ораликда утмас оғрик пайдо бўлиши, дизурик бузилишлар ва тез-тез ахлатга қақирилишидир.

Одатда айтиб утилган шикоятлар касалликнинг операциядан кейин 5-7 кунда умумий кечиш яхши бўлганида пайдо бўлади. У пайтда бориб ҳарорат ва лейкоцитоз яна оша бошлайди. Беморлар умумий аҳволи бу даврда кам узгаради. Лекин баъзида енгил умумий интоксикация симптомлари кузатилади: тери копламлари рангпарлиги тахикардия. Коринни объектив текширувида корин парданинг таъсирланиш белгиларисиз ичакларнинг кам ривожланган парези, қов устида оғрик бўлиши аниқланади.

Муҳим диагностик текширув бўлиб бармоқ билан ректал текширув утказишдир. Аёлларда яна кин текширув ҳам утказилади. Чанок абсцесси бошлангич даврларида кин орқа гумбази соҳасида ёки тугри ичак олдинги деворида камҳаракатчан оғрикли инфилтрат аниқланади. Кейинчалик динамик кузатувда эса инфилтрат юмшаши, абсцесс ҳолатида эса флюктуация пайдо бўлиши кузатилади.

Чанокда зич инфилтрат аникланиб бемор бошини тушакда кутаринки холатда саклайдилар, пазентерал антибиотиклар ва мойчечакни иссик клизмалар килинади. Агар утказилаётган даволаш чораларига карамасдан интоксикация симптомлари оша борса, ичаклар парези сакланса, харорат гектик турда, ректал текширувда инфилтрат сохасида флюктуация аникланса, булар абсцессни ошиш учун тугри курсатма хисобланади.

Аёлларда Дуглас бошлиги абсцессини очишни кин орка гумбази оркали, эркакларда тугри ичак олд девори оркали утказилади.

Беморни геморройни операция киладиган каби ёткизилади ва махсус ват угри ичак оркали наркоз остида тугри ичакни асбоблар ёрдамида кенг очадилар. Одатда бу холатда тугри ичак олд деворини шишганини куриш имкони булади. Бу хосилани бармок билан текшириб, флюктуация жойи аникланади ва катта игнали шприц ёрдамида пункция килинади. Шприцда йиринг пайдо булиши абсцесс бушлигига аник тушданлигидан далолат беради. Шундан кейин игна йуналиши буйлаб скалпел билан 1-1,5 см ичак узунлиги буйича кесма утказилади. Йиринг бушлигига резина трубка утказилади ва фурациллин эритмаси билан яхшигина ювилади. Трубкани абсцесс бушлигида 4-5 кунга колдирилади. Унинг уз-узидан тушиб кетмаслиги учун турги ичак шиллик каватига кетгут ип билан тикилади.

Операциядан кейинги даврда беморга парентерал антибиотиклар, бушликни хар замонда фурациллин эритмаси билан ювиб турилиши курсатилади. Хамда протеолитик ферментларнинг парентерал инъекциялари, масалан хеморсин 50 мг хар куни 5 кун ичида, килиниши фойдадан холи эмас.

Диета юкори калорияли ва тех хал булувчи булиши керак. Бундан ташкари бемор 3-4 кун ичида катта хароратга чикмаслиги керак, бунинг учун бу давр ичида 5-8 томчидан кунига 3 махал оя настойкаси берилади. Кейинчалик эса ич юмшатувчи дори бериб ахлат чикарилади.

Диафрагма ости абсцесси ўткир аппендицит асорати сифатида чанокдаги абсцессга нисбаттан кам учрайди. Бирламчи сабаб булиб чувалчангсимон усимтанинг жуда юкори жойлашуви хизмат килиб, бу уз навбатида диагностикани кийинлаштириб, операцияни кеч утказилиши ва усимтанинг деструкцияси мавжуд булади.

Бундан кам холларда операциядан кейин беморни нотугри ётишда диафрагма остида яллигланиш суюкликнинг тупланиши хисобланади.

Диафрагма ости абсцессининг клиникаси, йиринг операциядан кейин 5-7 кунда пайдо булса хам, Дуглас бушлиги абсцессига ухшаб яккол эмас. Баъзида диафрагма ости абсцессининг махаллий симптомлари умумий интоксикация борлигига карамай тез кузга ташланмайди, бу эски жаррохларнинг айтилган сузларига мос келади: «Агар аппендэктомиядан сунг кандайдир йирингланиш жараёни клиникаси намоён булиб, уни корин бушлигининг хеч каерида топилмаса, диафрагма унг гумбази остида излаш керак».

Йирингланиш умумий интоксикация симптомларидан ташкари (адинамия, окариш, иштаха йуклиги, гектик харорат ошиши, лейкоцитар формуланинг нейтрофилларнинг чапга силжиши), диафрагма ости абсцессига унг кукрак кафаси сохасида утмас огриклар мавжудлиги булиб, чукур нафас олишда огрик кучаяди. Баъзида огрикга диафрагма таъсирланишида курук йутал кушилади.

Кукрак кафасини текширувида унг томон нафас олишдан оркада колаётгани аникланади, кеч даврларда эса унг пастки ковургалараро ораликнинг шишганини куриш мумкин. Шу сохада реактив суюкликнинг плеврал бушлигига тупланиши хисобидан перкутор овознинг тумтокланиши кузатилади, аускультацияда шу сабабдан нафас олиш овозининг сусайиши.

Курсатилган симптомлар унг томонлама пастки булак плевропневмония диагнозини куйишга асос булади. Бу пневмонияни антибиотиклар билан даволай бошланади, аслида бемор умумий

ахволининг огирланиши сабаби диафрагма остидаги огрик эканлиги унутилади. Шу билан бирга ўткир аппендицитнинг бу оқир асоратини ташхислаш ва даволашни кийинлаштирувчи шароит яратилади.

Диафрагма ости абсцесс диагностикасида рентгенологик текширув асосий уринга эга. Умумий рентгеноскопияда унгда диафрагма гумбазидан баланд туриши, унинг ҳаракатсизлиги, жигар сояси катталашгандек бўлишини куриш мумкин. Ҳамма ҳолатларнинг ярмида диафрагма ости абсцесс узида газ сақлайди, ва шунда рентгеноскопия ва рентгенограммада жигар устида суюқлик сатҳи ва унинг устида диафрагма гумбазидан курилади.

Диафрагма ости абсцессни очиш интоксикация ҳисобидан ҳолсизланган бемор учун жуда кийин. Шунинг учун операцияни аниқлангандан бирданига эмас, балки беморни 1-2 кун тайёрлангандан сунг утказилади. Бу мақсадда кон трансфузияси, плазма сакловчи ёки урнини босувчи суюқликлар, интоксикацияга қарши дорилар: неоклопенсан, гемодез, сорбитол ва бошқалар. Оператив даволаш чораси умумий наркоз остида утказилади.

Диафрагма ости абсцессини очиш учун иккита йул таклиф этилган: плевра орқали ва плеврадан ташқари йул билан.

Плевра орқали кириш йулида беморни чап ёнга ётқизишиб, УП ва 1Х ковоурқалар орқалигида курак чизигидан култик ости чизигигача кесим утказилади. Кейин очилган ковоурга тери кесимидан кичикрок қилиб резекцияси утказилади. Диафрагма ости абсцессининг куп ҳолларида ковоурга-диафрагма синуси облитерацияланган, буни ковоурга резекциясидан кейин куриш мумкин бўлади. Агар париетал плевра тегинишда зич бўлса, биров оқиб, у орқали нафас олаётган орқа туқимаси куриномаса, йирингни очишга бемалол киришиш мумкин.

Олдин облитерацияланган синус ва диафрагмани йугон игна билан пункция қилинади, йиринг олингандан кейин игна бўйлаб 4-5 см кесим утказилади. Бармоқ билан йиринг бўшлигини ревизияси утказилади, керак бўлганда кичикрок уяларни очиб ташланади. Сунгра абсцесс бўшлиги фурациллин эритмаси билан яхшигина ювилади, Вишневский мази билан бир ёки иккита тампон қирғизилади, антибиотик ёки антисептик эритмалар қирғизилиш учун трубка қуйилади. Тампон ва трубкани кетгуд ип ёрдамида фиксация қилинади. Оператив кесим одатда тикилмайди. Баъзи ҳолларда эса кесим ён қисмларида бир ёки икки шойи ип қуйилади.

Эркин ковоурга-диафрагма синусида, плевра инфитсирланишини олдини олиш ва огир эмпиема ҳосил бўлишини олдини олиш мақсадида, икки этапда абсцессни очишга утилади. Бу ҳолда ковоурга резекциясидан сунг синус облитерацияланмаганлигини ҳисобга олиб киришув тухтатилади. Кесимни Вишневский мази тампонлар билан тулдирилади. Мазъ тарқибда бўлган қорамой ва ксероформ асептик яллигланиш чақириб париетал ва диафрагмал плевранинг каттик ёпишишига олиб келади. Икки кундан сунг синуснинг тула облитерацияси кузатилади. Беморни операцияга қайта олиб, пункциядан сунг юқорида айтиб утилган услуб асосида диафрагма ости абсцессини очиб дренажланади.

Баъзи кулланмаларда ковоурга-диафрагма синуси ёпишмаган ҳолда ҳам абсцессни бир лахзали очиш мумкинлиги курсатилган. Бунда упкани юқорига тортгандан сунг париетал плеврани диафрагмага тикиб, кейин йирингли бўшлик очилади. Лекин яллигланмаган париетал плевра юпка бўлиб, плеврал бўшликни яхши сақлолмайди ва эмпиема ривожланишини олдини ололмаслиги мумкин. Шунинг учун абсцессни эркин диафрагма-квоурга синусида очмаслиқга ҳаракат қилиш керак.

Плеврадан ташқари киришни утказиш жихатдан кийин бўлишига қарамасдан, беморлар уни енгилрок утказадилар, чунки плеврал бўшлик зарарланмаган бўлиб, беморлар операциядан сунг тула нафас олиш қобилиятини сақлаб қоладилар.

Орқа плеврадан ташқари кириш йулида Х-Х1 ковоургаларни резекцияси утказишиб, сунгра

диафрагмани ва плевра синусини утмас равишда олдинга ажратилади. Одатда бунда йиринг бушлигини пастки кисмига эшитишга эришилади. Кейин эса плевра оркали киришга ухшаб ҳаракат қилинади, яъни пункция қилиниб очилади ва дренаж қилинади.

Ён томонлама плеврадан ташқари киришув чувалчангсимон усимта ретроцекал жойлашганида диафрагма остида ва латерал каналда йирингли жараён бирга кечишида фойдаланилади.

Бу ҳолда ковурга ёйи буйлаб утказилиб, орка култик ости чизигидан то урта омров чизигигача корин девори хама катламлари, корин пардани ҳам кушиб, кесим утказилади. Жигар пастки кисмини медиал томонга суриб, диафрагма остига кирилади, кесим пастки кисмини кутариб-латерал каналга йул очилади. Абсцесслардан йиринг олиб ташланиб дренажланади. Сунгра латерал канал ва диафрагма ости абсцесс бушликларида тампонлар куйилиб антибиотиклар юбориш учун трубка боғланилади. Кесим юкори бурчагини бир ёки икки шойи иплар билан корин девори хама каватлари оркали тикилади.

Плеврадан ташқари кириш йули йирингни чиқиши ва диафрагма ости абсцесснинг тезроқ битиши учун жуда қулай шароит яратилади, лекин операция услуби қийинлиги сабабли уни факат тажрибали жорроҳларга тавсия этилади.

Диафрагма ости абсцессни очгандан сунг беморни олиб боришда шуни эсда тутиш керакки, тампонларни тула олиб ташланиш 2 ҳафтадан сунг утказилиб, унғача уларни тез-тез алмаштириш ва абсцесс бушлигини антибиотик ва антисептиклар билан ювиш тавсия этилади.

Таркалган йирингли перитонит ўткир аппендицитда 1% дан куп булмаган ҳолларда асоратлайди, лекин тешилган аппендицитлар ичида бу асорат учраши 8 % гача очади. Шу пайтнинг узида таркалган йирингли перитонит ўткир аппендицитда олимнинг асосий сабабидир.

Таркалган йирингли перитонит ривожланишида беморларнинг шифокорга кеч мурожаат қилиши сабаб бўлади, кам ҳолларда эса аппендэктомия операцияси утказилиш пайтида техник ҳатолар ёки аниқланмаган аппендикуляр абсцесснинг корин бушлигига очилишидан юзага чиқади.

Таркалган йирингли перитонит клиник қуриниши яхши маълум. Даволанмаган чувалчангсимон усимта тешилиши билан стационарга тушган беморда корин парда яллиғланиш симптомларининг классик қуриниши намоён бўлади: оқариш, адинамия, бир неча мартали қусиш, томир тез уриши, қурук тил, корин девори мушаклари кескин таранглашган. Бошқа корин парда таъсирланиш симптомлари ҳам қузатилади: Шеткин-Блюмберг, Воскресенский, Кримов, Дуглас бушлиги текширилганида оғрикли бўлиши. Шундай қилиб таркалган йирингли перитонит диагностикаси қийинчиликни тугдирмайди. Перитонит сабабини касаллик динамикаси ва анамнезни ҳисобга олганда аниқлаш қийин бўлмайди.

Лекин операциядан кейин ривожланадиган перитонит клиник қуриниши бошқача тус олади. Бу ерда чувалчангсимон усимта тешилишидаги ўткир оғрик феномени йук, оғриklar доимий характерга эга бўлиб, уларни операцион кесим жароҳати билан боғлаш мумкин. Корин девори умумий тарангланиш ҳам қупинча йук, балки корин ичаклар парези ҳисобидан дамланган ва хама соҳаларида оғрикли бўлади. Шунга қарамай Шеткин-Блюмберг симптоми бошқа корин парда таъсирланиш симптомлари қаби яхши аниқланади. Лекин айтилган симптомларнинг ҳаммаси операцион кесим жароҳати билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин.

Ташхисни аниқлашда гектик турдаги ҳарорат очиши, қон формуласида йирингли-интоксикацион узғаришлар ва йирингли интоксикациянинг бошқа белгилари ёрдам беради.

Шуни таъкидлаш лозимки, таркалган йирингли перитонит чувалчангсимон усимта тешилишидан ёки у иккиламчи асорат сифатида аппендэктомия операциясидан сунг ривожланишидан бевосита лапаротомия утказилиши шарт. Факатгина оғир ҳолдаги беморларга

операция курсатма булиб лекин хозир утказилиш мумкин булмаса бундан мустасно саналади. Бундай беморларга бир неча соат давомида операциядан олдин тайёргарлик утказилиб юрак-кон айланиш тизимини холатини яхшилашга каратилади.

Таркалган йирингли перитонит буйича операцията аппендикляр сабабга эга булса албатта умумий наркоз остида олиб борилади, чунки наркоз йирингни тула олиб ташлашга, корин бушлигини яхши тозалаш ва рационал тренажлашга яхши шароит яратади. Факатгина шундай радикал характерли операция беморнинг тула согайиши учу насос ярата бера олади.

Амалиёт шуни курсатадики, таркалган йирингли перитонитда паллиатик операциялар мусбат натижа бермайди. Улар факат жаррохда бемор операция килинганлиги хиссини тугдиради, беморлар эса операциядан кейинги якин орада оламдан утадилар. Шунинг учун беморда наркозни кутара олиш имконияти булмаса унда таркалган йирингли перитонит билан хам курашиш имконияти булмайди.

Аппендикуляр сабабли таркалган йирингли перитонитда оператив кириш йули булиб пастки урта чизигли лапаротомия хизмат килади. Керакли пайтда кесим юкорига киндикни айланиб утиб кенгайтирилиши мумкин. Корин бушлигини очиб биринчи навбатда йиринг эвакуацияланади, шундан кейин аппендэктомия утказилади. Чувалчангсимон усимта култясини ишлов беришга алохида эътибор килиш керак, кур ичак гумбази инфильтрациясида алохида сероз-мушакли шойи чоклар билан киргизиш керак.

Агар оператив даволаш операциядан кейинги перитонит сабабли утказилса, йиринг олиб ташлангандан сунг инфекция учогини аниклаб уни юкотиш керак. Шу кесим оркали култяни корин бушлигидан ажратилган икки-уч тампон куйилади.

Инфекция учогини юкотиб, иложи борича некротик тукумани, фибринли тупламларни олиб ташлаб корин бушлигини антибиотик ва антисептик эритмалар ёрдамида умумий ювиб чикадилар. Ювиш учун умумий эритма микдори 4-5 л ни ташкил этади.

Ювадиган суюклик колдиклари олиб ташланади. Операция охирида туткич илдизи блокада килинади. Агар корин бушлигида куп микдорда йирингли суюклик ва фибрин аникланса, яхшигина ювилгандан сунг операцион кесим икала томонидан кичикрок контрапертурада антибиотиклар билан ювиш учун туртта дренаж куйилади. Бу дренажлар операциядан 3-4 кундан сунг олиб ташланилади. Агар операция пайтида ичак халкаларида ката микдорда фибрин ва йиринг аникланса операцияни резинали ва синтетик дренаж куйилиши билан тугатилади, бу кийинчалик операциядан кейинги даврда антибиотиклар билан ювишда кулланилади (перитонеал диализ). Одатда туртта дренаж куйилади: корин бушлиги юкори кисмида антибиотиклар юбориш учун икита ингичка дренаж трубкаси ва орин пастки кисмида суюклик чигиши учун каттарок диаметрли дренаж трубкаси куйилади. Антибиотикларни юбориш учун унг томонда жигар ости сохада куйилади, чап дренаж эса – кундаланг ёнбош ичак тагидан. Бунда уни ката коин парда оркали утказилади, чунки ўткир аппендицитда экссудат неч қачон чап ковурагалар ости сохагаутмайди суюклик чикиш учун дренажни куйидагича куйилади: унг дренаж ёнбош ичак сохасига, чап дренаж Дуглас бушлигига туширилади. Турт дренажлар хаммаси контрапертура оркали утказилиб терига шойи иплар билан фиксацияланади. Асосий кесимни операциядан кейинги эвентрацияни олдини олиш учун шойи иплар билан яхшигина тикадилар. Корин бушлиги перфузиясини 3-6 соатдан кейин бошлайдилар. Перфузатнинг умумий микдори суткасига 5 л дан куп булмаслиги, қари кишиларда юрак-кон айланиш системасига огирлик тушмаслиги учун 3 л-дан ошмаслиги керак. Эритма томчилабюборилади, хар 0,5 л да 1 соатга тухтатилади, лекин чикиш учун дренажлар доимо очик колдирилади. Суюклик яхши чикиши учун беморга ярим утириш холати берилади. Суюклик чикиши кийинлашганда хама дренажлар очиб куйилади

Фойдаланилган адабиётлар

1. Клиническая хирургия национальное руководство в трёх томах Под редакцией акад. РАН и РАМН В.С. Савельева, чл.-кор. РАМН А.И. Кириенко «ГЭОТАР-Медиа» Москва 2008
2. Абдоминальная хирургия. Под редакцией профессора Р.А. Григоряна Москва-2006
3. Хирургические болезни. Под редакцией академика А.Ф. Черноусова “ГЭОТАР-Медиа” 2012
4. Руководство по хирургии жёлчных путей. Под редакцией Гальперина Э.И., Ветшева П.С. дом Видар-М, 2009.
5. 80 лекций по хирургии. Под общей ред. В.С. Савельева; Издательство «Литтерра», 2008
6. Хирургические болезни в двух томах. Под редакцией академика В.С. Савельева и А.И.Кириенко Москва-2006
7. Бойка В.В., Криворучко И.А., Лесовой В.Н., П.Н Замятин.,Полевой В.П.,Парашук Ю.С., Березка Н.Н.,Тесленко С.Н. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.-Харьков-Черновцы, 2009

Электрон адабиётлар:

- 8.Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб.С компакт-диском в 2-х томах, -М., ГЭОТАР Медиа, 2006, -т 1-603 с.)
9. Бойко В.В., Криворучко И.А., В.Н. Лесовой, Замятин П.Н., В.П.Полевой, Ю.С.Парашук, Н.Н.Березка, С.Н.Тесленко. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.-Харьков-Черновцы,2009.-514с.

Интернет сайтлар:

<http://www.moodle.sammi.uz>
<http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
<http://medi.ru/doc/83.htm>
<http://www.rmj.net/index.htm>
<http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
<http://www.mediasphera.aha.ru>
<http://www.doktor.ru>
<http://www.ziynet.uz>