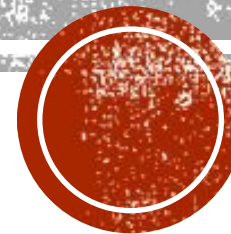


ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ

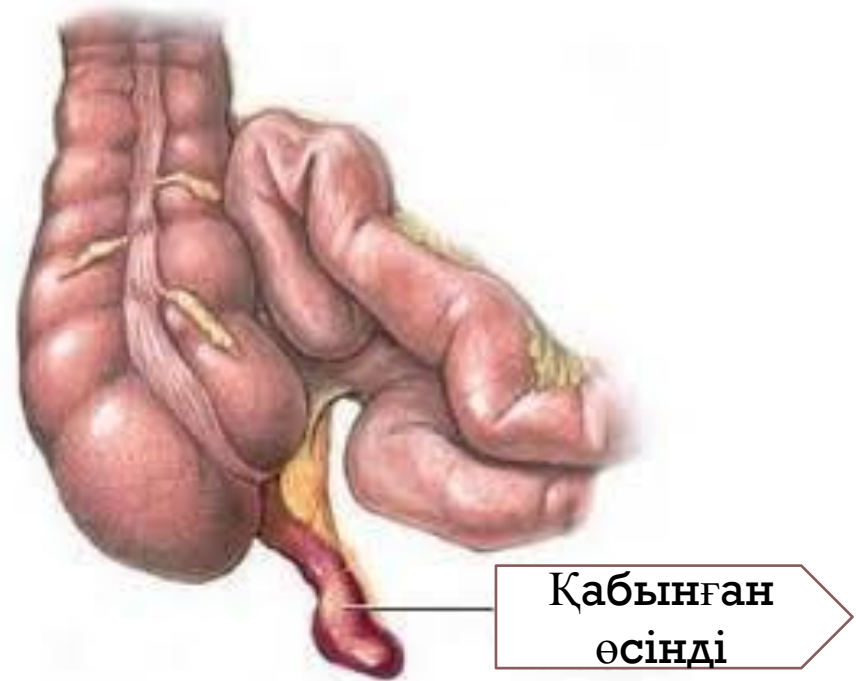
Дайындаған: интерн Жунусов О.А. 779 топ

Тексерген: профессор Ахметов Кырым Камигалиевич



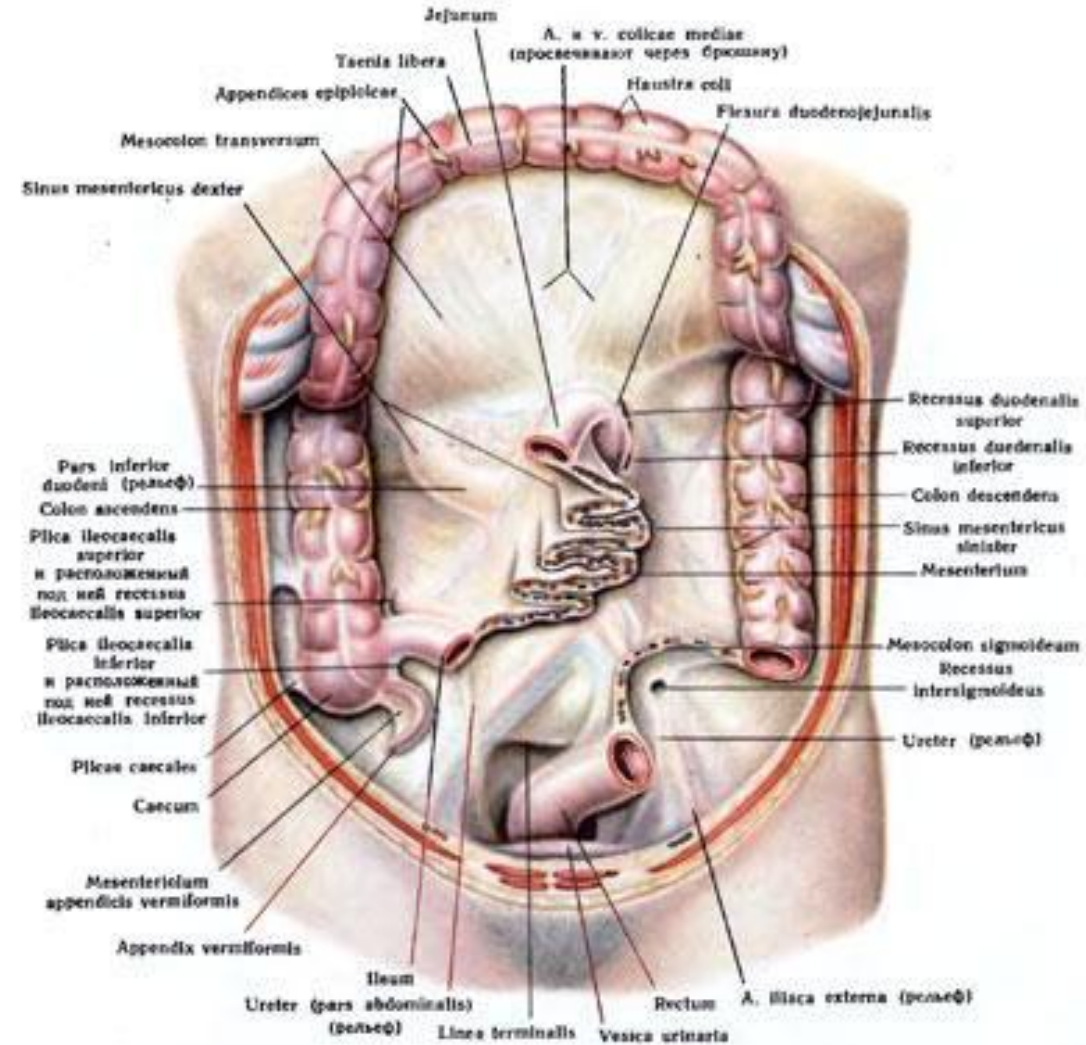
ЖОСПАРЫ:

1. Құрт тәрізді өсіндінің анатомиясы.
2. Жедел аппендицит
3. Этиология патогенез
4. Классификация
5. Клиника
6. Дифференциальді диагностика
7. Диагностика
8. Емі



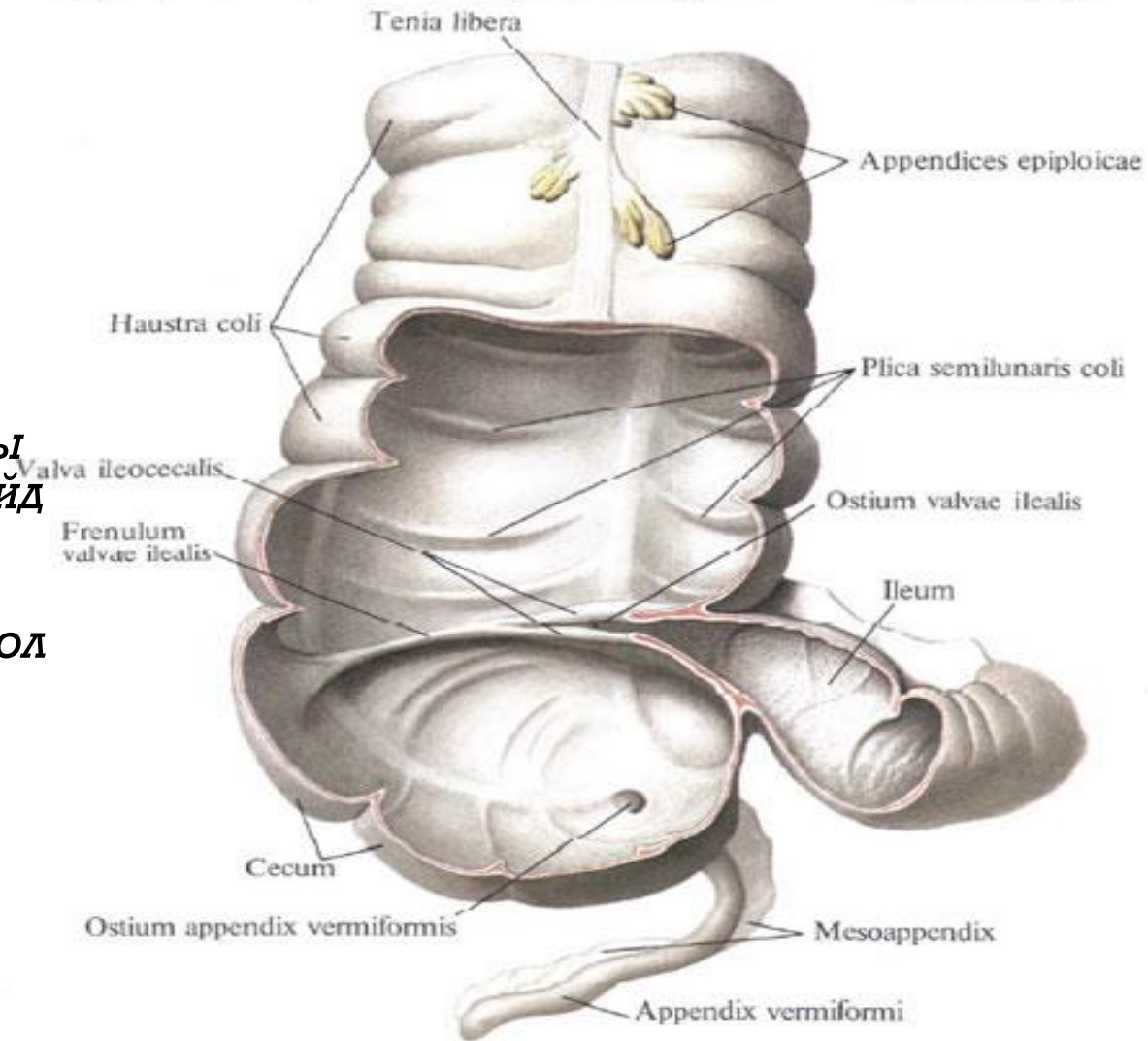
ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІҢ АНАТОМИЯСЫ.

- **Caecum**-нің медиальды артқы бетінен, жіңішке ішек құятын жерінен 2,5-3,5см төменде құрт тәрізді өсінді, **Appendix vermiformis**, шығады. Құрт тәрізді өсіндінің ұзындығы мен орналасу қалпы көп өзгеріп отырады, орташа ұзындығы 8,6см тең, алайда 2% жағдайда ол 3см ге дейін қысқарады. Құрт тәрізді өсіндінің болмауы өте сирек кездеседі, оның орналасуы соқыр ішікпен тығыз байланысты болады. Өсік алдыңғы жақта құрсақтың алдыңғы-бүйір қабырғасы мен сыртта мықын сүйегі қырының, іште **m.iliacus**-тың арасында орналасады. Медиальды жағдайда құрт тәрізді өскін солға қарай яғни соқыр ішектен ішке қарай бағытталады.



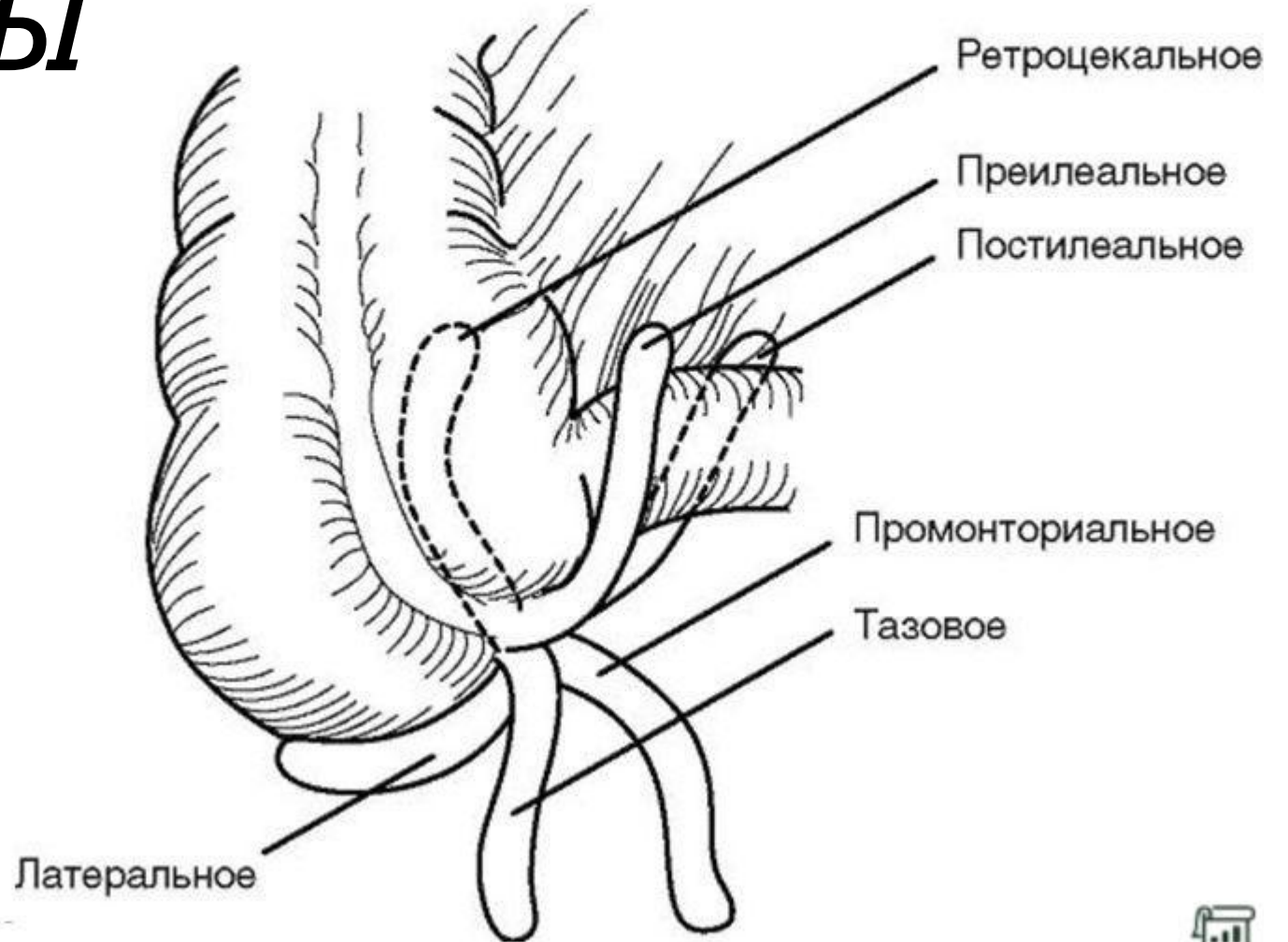
- Содан аш ішек ілмектерінің арасында орналасады. Өсіктің соқыр ішіктің артына (ретроцекально) орналасатын жағдайлары да кездеседі, сол кезде оның бос ұшы жоғарғы бауырға дейін созылуы мүмкін. Құрт тәрізді өсікті іш пердесі жан жағынан жауып тұрады және оның айқын білінетін шажырқайы (**mesenterium appendix vermiformis**), болады. Өсік қабырғасы соқыр ішек қабырғасының құрылымына ұқсас. Шырышты қабығы, әсіресе шырыш асты қабығы лимфойд ткандеріне **folliculi lymphatici aggregati appendicis vermiformis**-ке бай. Лимфойдты тін патогенді микроптарды жойып жібереді, сол себептен де адамда соқыр ішек ауруы жиі кездесіп тұрады екен.

Слепая кишка, саесum, и червеобразный отросток, appendix vermiformis и восходящая ободочная кишка; вид спереди



ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСКІННІҢ ОРНАЛАСУЫ

- төмен қарай
- латеральды
- медиальды
- алдынан
- артынан
- бауыр асты
- жамбас қуысы

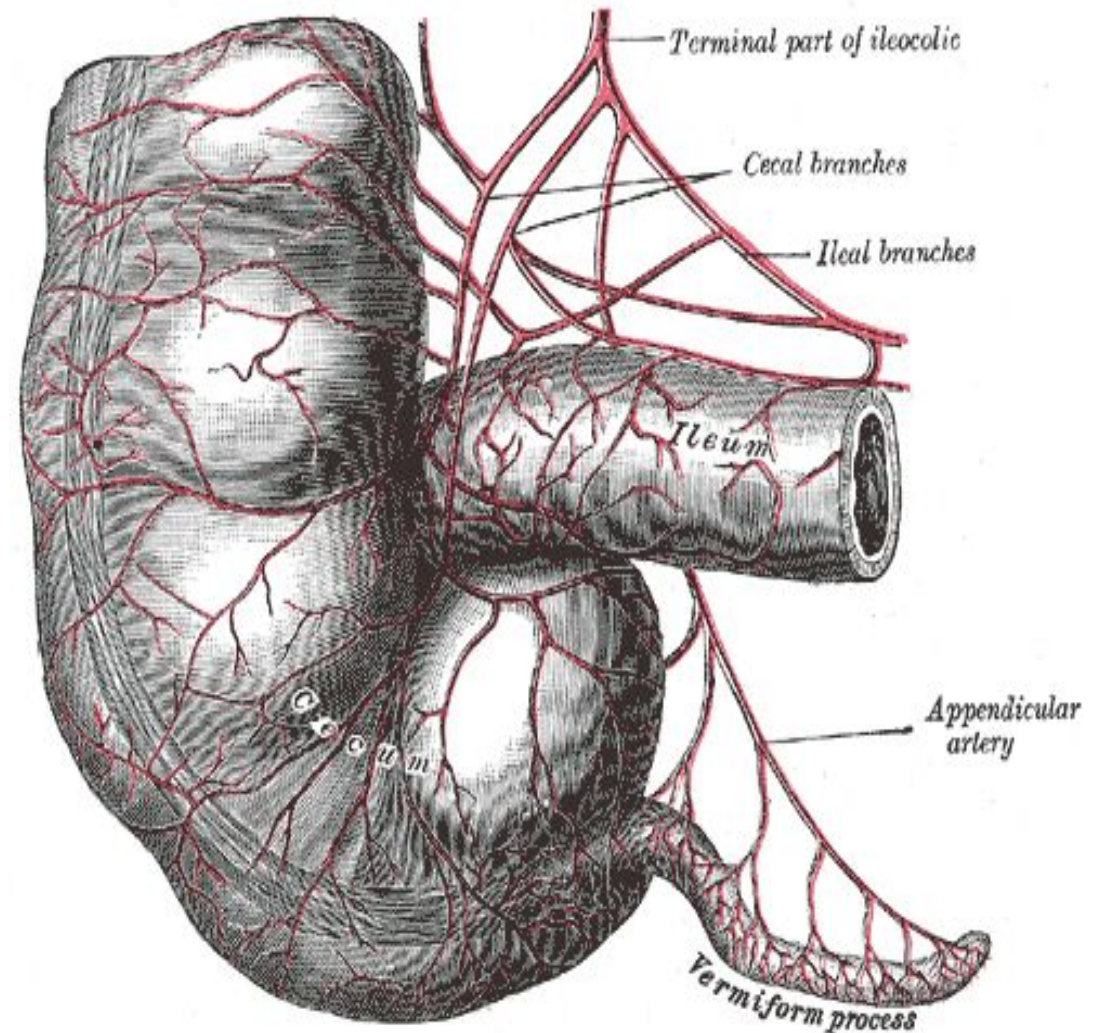


ҚАНМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТІЛУІ

- Құрт тәрізді өскіннің қанмен қамтамасыз етілуі жоғарғы шажырқай артериясы (**a.mesenterica superior**), мықын тоқ ішек артериясы (**a.ileocolica**), аппендикулярлы артерия (**a.appendicularis**).

Иннервациясы

- Жоғарғы шажырақайлық тармақ және құрт тіріздінің симпатикалық иннервациясы, ал кезбе нерв арқылы парасимпатикалық иннервацияланады.



ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ

- **Жедел аппендицит**— соқыр ішек (бүйен) өскінінің қабынуы – іш ағзаларының арасында аса жиі кездеседі. Жедел аппендицит бұл полиэтиологиялы жедел хирургиялық ауру.
- **Жиілігі 40 -10000 адамнан**
- XVI ғ. ғалым Парс алғаш рет құрт тәрізді өсіндіні сипаттап, оң жақ мықын аймағындағы іріндікті ашуды ұсынған.
- 1884 ж. Р.Фитц «аппендицит» терминін енгізді.
- Алғашқы операциялар:
- Кренлейн (неміс хирургі) 1884 ж. қабынған құрттәрізді өсіндіні алып тастаған.
- Троянов 1890 ж. құрттәрізді өсіндіні алып тастаған.



СТАТИСТИКА

- ✓ жиілігі 150-200 адамның біреуі;
- ✓ соңғы 10 жыл ішінде ауру 2-3 есеге жиіледі;
- ✓ ет тағамдарын көп пайдаланатын адамдар жиі ауырады;
- ✓ қала тұрғындарында жиі кездеседі;
- ✓ 20-40 жас аралығында жиі;
- ✓ әйел адамдар арасында жиі (1:1,5есе);
- ✓ хирургиялық науқастардың 25-30% құрайды;
- ✓ соңғы кезде ауыр формалары жиі кездеседі.
- ✓ 1млн. аурудан 3000 еңбекке жарайтын адам қайтыс болады



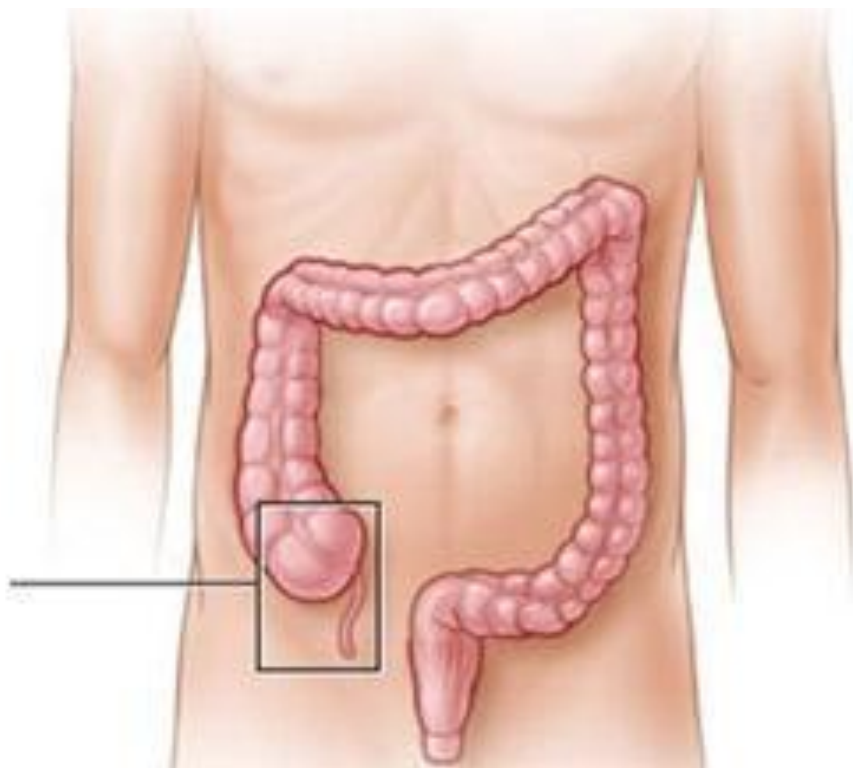
ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ ЭТИОЛОГИЯСЫ МЕН ПАТОГЕНЕЗІ:

- Рефлекторлы (нервтік-гумор.)
- Гематогенді жолмен аппендициттің тромбозы
- Лимфогенді
- Иммунологиялық
- Алиментарлы
- Паразитарлы
- Баугиноспазм
- Бөгде заттар (түйме, шемішке)



- **Аппендициттің дамуы-** оның шырышты қабығын зақымдайтын инфекциялардан, ішек флораларынан пайда болады.
- **Ашофтың инфекциялық теориясы-** аппендициттің дамуында басты қызметті өсіндіде болатын энтерогенді инфекциялардан дамиды және ол оның шырышты қабатында (қабырғасында) патогенді қабынуды шақырады.
- **Механикалық теория-** ол өсіндіге бөгде дене енгенде жеміс-жидек, тіс щетка қалдықтары және т.б. түскенде оның шырышты қабығы зақымдалуынан пайда болатын қабыну.





- **Химиялық теория-** аппендициттің дамуы ас қорыту ферменттерімен байланысты болады, бактериялыды токсині бар астың жіңішке ішектен тоқ ішіекке одан соң өсіндіге түсуі.
- **Нервті рефлекторлық теория-** бұл теорияда аппендицит функционалды шақырылады, ол өскіннің Баугиниев аймағындағы жапқыштың қызметі бұзылуымен сипатталады.
- **Аллергиялық теория-** бұл теорияның жақтаушылары құрт тәрізді өсіндідегі жергілікті қабынуға байланысты жоғары сезімталдық реакциясымен байланыстырады.



ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ ЖІКТЕЛУЛЕРІ

Классификация Колесов бойынша;

1. Аппендикулярлы шаншу
2. Жедел жәй беткей (катаральды) аппендицит
3. Деструктивты жедел аппендицит
 - а) флегмонозды
 - б) гангренозды
 - в) перфоративты

Жедел аппендициттің асқынуы

- а) аппендикулярлы инфильтрат



КЛАССИФИКАЦИЯ АБРИКОСОВ БОЙЫНША (МОРФОЛ.)

I. Беткей және катаральды (6-12 сағ. дамиды)

II. Флегмонозды (12-24 сағ.)

А) жәй

Б) флегмонозды-жаралы

В) апостемозды - ірің қабырғаларына толады

Г) эмпиема (қуысына ірің толады)

Д) флегмонозды-перфоративті

III. Гангренозды (24-48 сағат)

1-лік-гангренозды- а) тесілулі, б) тесілусіз

2-лік гангренозды -а) тесілулі, б) тесілусіз



ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ КЛИНИКАСЫ

- Ауырсыну эпигастрийда басталады - 40% — бірт.
- Бүкіл іш қуыс,
- 2-6 сағаттан соң оң жақ мықын тұсында жиналақталады.
- Орташа, 1-2 рет құсу, доқсу.
- Жалпы жағдайы қанағаттанарлық, дене қызуы субфебрильді, пульс-90, ҚҚ-өзгермейді.
- Пальпация: ОЖМ аймағында ауырсыну. Бұлшық-ет дефансы ширығуы Щеткин-Блумберг симптомы оң.



ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ СИНДРОМДАРЫ:

▪ 1. Диспепсиялық

- жүрек айну, 1-2 рет құсу, нәжіс шығару бұзылысы

▪ 2. Ауырсыну

- эпигастрий аймағында басталып 5-6 сағаттан оң жақ мықын аймағына ауысады – қатты емес, төзуге тұрарлық, сирек периодты, қозғалғанда күшейеді

▪ 3. Қабыну синдромы

- температура (38-39) лейкоцитоз, нейтрофилез, солға жылжу, ЭТЖ жоғарлауы

▪ 4. Перитонеальды синдром

- интоксикация, Гиппократ беті, тілі жабындымен жабылған, іші желденген, тыныс алу актісіне қатыспайды (Винтер синдромы), күрттәрізді өсінді проекциясында ауырсыну аңықталады, перистальтикасының нашарлауы, + Щеткин-Блюмберг, Мендель, Крымов белгілері оң жақ аймағында бұлшық еттері қатаю



ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ СИМПТОМДАРЫ:

- **Кохер-эпигастральді** аумақтағы ауырсынудың оң жақ мықын аймағына көшуі
- **Ситковский** - науқас сол жаққа жатқанда ауырсыну.
- **Ровзинг**-жоғарғы жақтан төмен түсетін тоқ ішекті және сигма тәрізді ішекті бір уақытта қысқанда, оң жақ құрсақ қуысында ауырсынуды шақырады. Бұл егер қабыну процесі болса, сигма тәрізді ішектегі газ соқыр ішекті созып ауырсыну тудырады.
- **Воскресенский** (көйлек симптомы) науқастың эпигастрии аймағынан құрсақ қуысына дейін сырғанатқанда оң жақ құрсақ астында тері гиперестезия шекараларының болуы. Оның пайда болуы жоғарғы шажырқай венадан қанның қайта келуімен байланысты.
- **Раздольский** –оң жақ мықын аймағында тері гиперестезиясы, саусақпен ұрғылау
- **Образцов**-оң аяғын бүкпей көтергенде оң жақ мықын аймағында ауырсыну күшейеді
- **Коупа** – оң аяғын көтеріп жамбас-сан буынын ротациялы қозғалғанда ауырсынудың күшеюі немесе пайда болуы.



- **Бартомье – Михелсон**— науқасты сол жақ бүйіріне жатқызғанда құрт тәрізді өсінді пальпацияға қолайлы болады, осы қалыпта пальпация жасағанда оң жақ құрсақ астында ауырсынудың болуы немесе жоғарылауы.
- **Ситковский симптом**- науқас сол жақ бүйіріне бұрылғанда оң жақ құрсақ қуысында ауырсынудың пайда болуы, ол көкет керілген кезде қабынған соқыр ішектің қимылдауынан пайда болады.
- **Ректальды тексереді** – жамбас пердесінің ауырсынуы
- **Кушнеренко** – жөтел симптомы
- **Ленандер** – қолтықасты мен тік ішектегі температурасындағы айырмашылық ($N < 1\text{C}$)
- **Cremasterica** – оң жақ жұмыртқаның тартылуы
- **Иванов** – сол жақ мықын аймағының бұлшықетінің атрофиясы
- **Щеткин-Блюмберг** перитонит симптомы
- **Филатов** – баланы ұйықтап жатқан кезінде пальпациялау
- **Брендо** – сол жақ қабырғаны басқанда оң жақ мықын аймағында ауырсыну болады (жүктілерде)



ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬДЫ ДИАГНОЗЫ

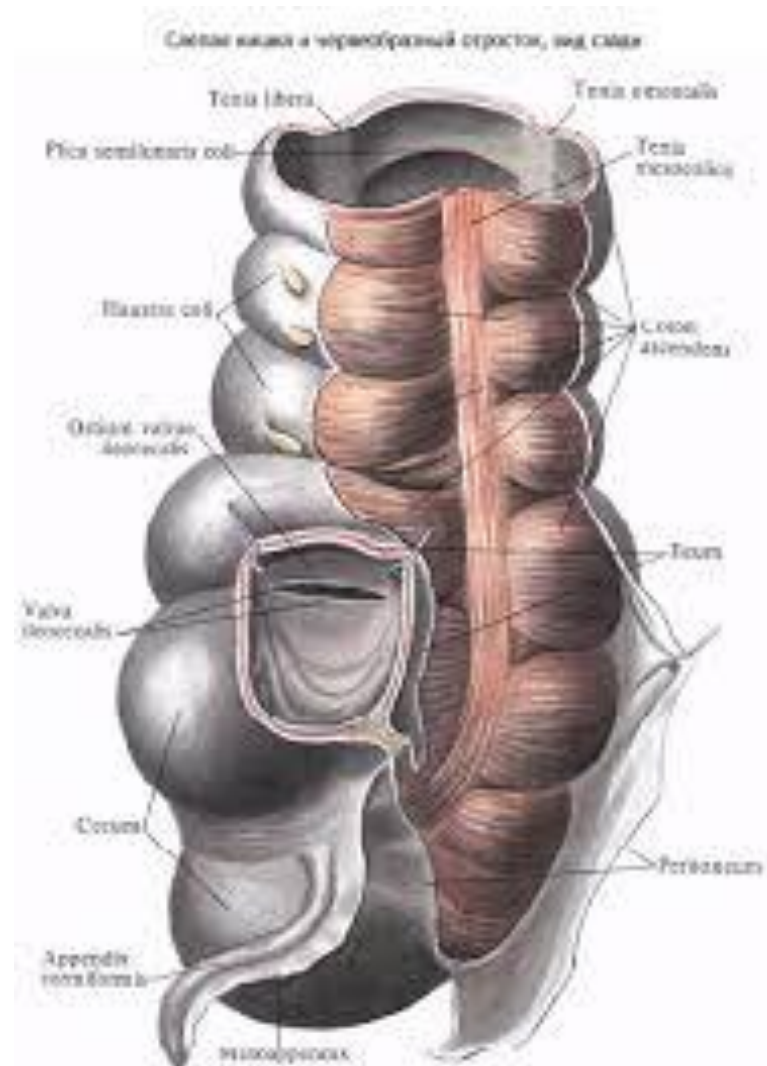
- **Бүйрек ауруы.** Бүйрек тас ауруы, ОАМ-эритроц., ауырсыну ерекшелігі, дизурия.
- **Жатырдан тыс жүктілік** – етеккір келмейді немесе оның сипаты өзгереді ж/е қынаптан сары су шығады, жатыр мойнының артқы іргесінен пункция жасау керек.
- **Жедел панкреатит** – құсық үсті-үстіне қайталай береді, улану белгілері тез дамиды, ауырсыну белдемеленіп тарайды, қанда ж/е зәрде амилазаның жағарылағаны байқалады.
- **Асқазанның ж/е ұлтабардың тесілген жарасы**— кенеттен эпигастрида пышақ тәрізді ауырсыну, рентгенде оң жақ диафрагма астында ауа болуы. Анамнезінде бұрын науқастың асқазаны ауырғаны анықталады, іштің ауруы ж/е бұлшық еттің қатаюы көбінесе кіндіктен жоғарыда болады.



А- ТИПТІ ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ

- ***А типті яғни ретроцекальный аппендицит 15-18% жағдайда кездеседі. Ретроцекальды өсінді бауыр мен оң жақ бүйрекке дейін жетуі мүмкін. Ол көбінесе құрсақ қалтасына бекітілген және тар тұйық кеңістікте орналасады, сол үшін ауыру сезімі тез қоршаған тіндерге беріледі. Ретроцекальды орналасқан өсіндіні пальпация жасаған кезде ауыру сезімі бел аймағында болады. Өсінді оң жақ бүйрекке, несепарға немесе бел бұлшықеттеріне дейін созылып жатуы мүмкін. Ауыру сезімі көбінесе эпигастрии аймағында немесе іштің оң жақ жартысында, бүйірінде, бел аймағында болады. Щеткин-Блумберг симптомы тән.***





□ **Өсіндінің жамбастық орналасуы-** еркектерге қарағанда әйелдерде 2 есе көп кездеседі. Өсінді кіші жамбас астауына кіре берісінде немесе тік ішек-қуық қиылысында орналасуы мүмкін. Ауыру сезімі басында барлық ішектерде болады, одан соң бел аймақтарының оң жақ шапаралығына таралады. Қабынған өсіндінің тік ішекпен несеппағарға жақын орналасуына байланысты оларды да зақымдап аз несеп шығуы болуы мүмкін. Ректальды зерттеуде диагноз қою үшін-1-сағаттыің ішінде тік ішектің алдыңғы және оң жақ қабырғасында ауырсыну сезімі болуы керек. (симптом Куленкамппффа)

□ **Өсіндінің медиальды орналасуы-** өсінді орта сызық жақта орналасқан және тік ішектің шажырқайлары түбінде орналасады. Басында ішектер ісіңген сияқты қатты ауырады сосын кіндік аймағына немесе оң жақ төменгі ішек квадратына таралады. Құсу пайда болады.



- **Өсіндінің бауырдың астында орналасуы-қабыну кезінде ауыру сезімі оң жақ қабырға астына және өт қуықтың латеральды проекциясына таралады. Пальпация кезінде іштің кең бұлшық еттері күшейген, көкет тітіркену симптомы. Ситковский, Ровзинг симптомдары оң болады.**

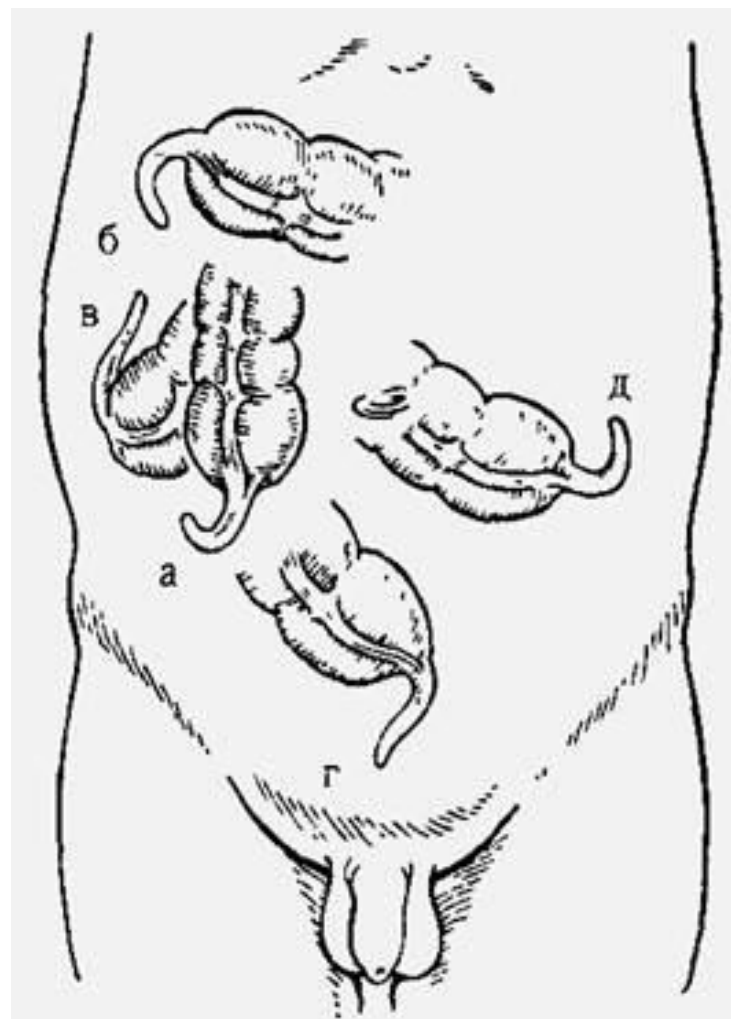


Рис. 77. Варианты положения червеобразного отростка.
а — в правой подвздошной области, б — подпеченочное, в — ретроцекальное, г — тазовое; д — левостороннее.



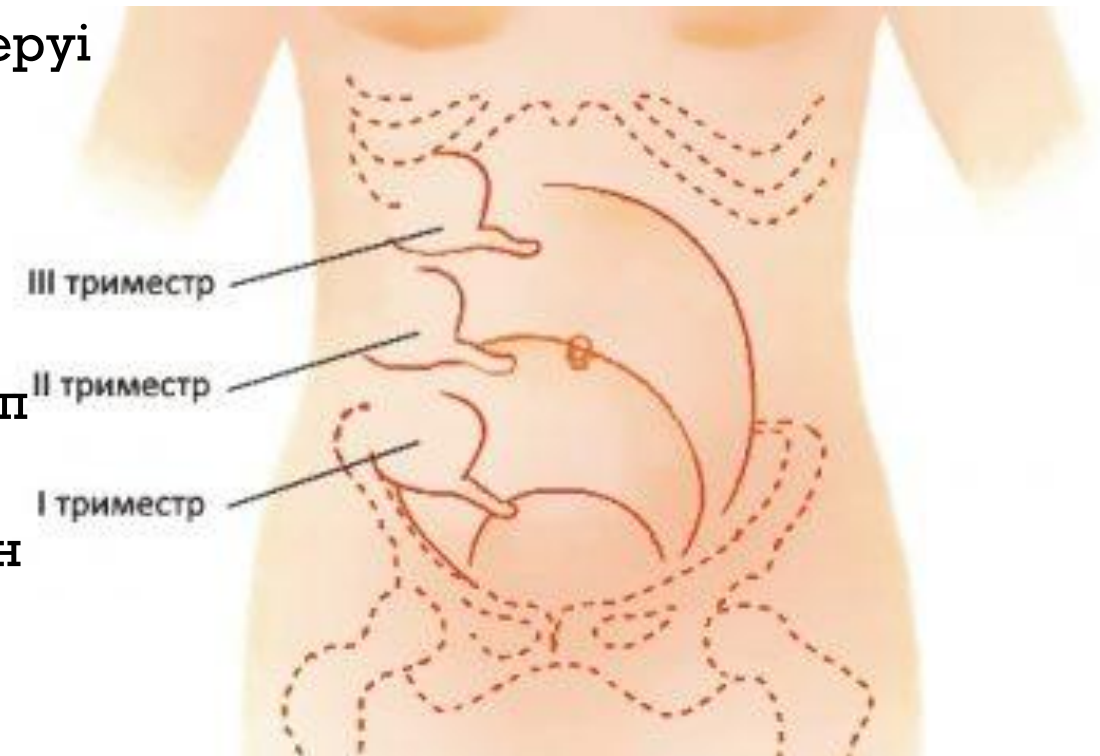
БАЛАЛАРДА ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ ЕРЕКШЕЛІГІ

- Ересектердігіден айырмашылығы балалардағы жедел аппендициттің клиникалық ағымы ауыр, ал диагностикасы күрделі. Бұл заңдылықтар баланың дамуындағы анатомо-физиологиялық ерекшеліктеріне.
- I. Біріншіден осы жастағыларда жүйке жүйесінің функционалды жетілмеуінен барлық жедел қабыну ауруларының клиникалық көрініс ұқсас (жоғары дене қызуы, көп реттік құсу, ішек функциясының бұзылыстары).
- II. Екіншіден балалардағы соқыр ішектің құрт тәріздес өсіндісіндегі қабыну процесі аяқ астынан қарқынды өтеді. Осы уақытта шектеулі механизімі әлсіз байқалады.
- III. Үшіншіден ерте жастағы балаларда тексерудің арнайы қиындығы бар. Баланың мазасыздануы, жылауы, қарау кезіндегі қарсыласу жедел аппендициттің негізгі жергілікті симптомдарын анықтауды қиындатады.



ЖҮКТІЛЕРДЕГІ ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ:

- Құрт тәрізді өсіндінің орналасуының өзгеруі
- Бұлшық ет тонусының қиын байқалуы
- Перитонтке айналуы мүмкін
- Туу кезінде диагноз қою қиын
- Жатыр түтігін құрт тәрізді өсіндімен алып тасталуы
- Операциядан кейін түсік тастауы мүмкін



КӨРІЛЕРДЕ ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ

- Клиникасы морфологиясынан озады
- Бұлшық еттің қатаю мен Щеткин-Блюмберг симптомы теріс болуы мүмкін
- Барлық симптомды аралас, симптомдар өшірілген түрде болуы мүмкін
- Жиі деструкция
- Операциядан кейін өте жиі өкпе аурулары дамиды



АСҚЫНУЛАРЫ:

Асқынулары 3 себептен дамуы мүмкін

1. Диагноздың кеш қойылуына байланысты операцияның кеш жасалуы

2. Хирургиялық техниканың ақауларынан пайда болған

3. Белгісіз себептерден

- **перфорация**

- **аппендикулярлы инфильтрат**

- **перитонит**

- **қақпа венасының тромбофлебиті(пилефлебит)**

- **аппендикулярлы абсцесс**



ЗЕРТТЕУ ТӘСІЛДЕРІ

- *Физикалық зерттеу*
- *ЖҚА ЖЗА*
- *Клиникалық көріністері*
- *Диагностикалық лапороскопия*
- *Құрсақ қуысына рентгеноскопия*
- *КТ*
- *МРТ*
- *УЗИ*



EMI

- Жедел түрдө операция – Аппендэктомия

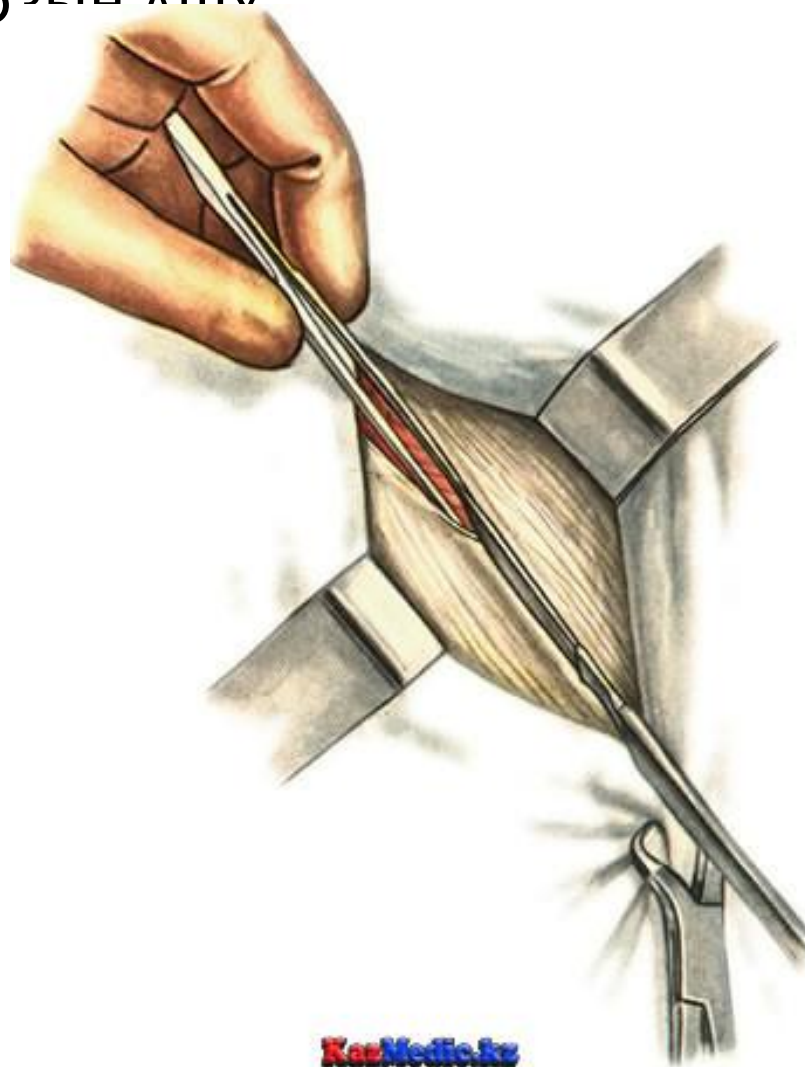


ОПЕРАЦИЯ ТЕХНИКАСЫ.

- Алдыңғы құрсақ қабырғасына Волков—Дьяконов—Мак Бурней бойыншы тілік жасайды. Тері және тері асты клечаткасын ашады, қан аққан тамырларды қысқыш арқылы қысып, жіңішке кетгутпен байлайды. Терілік жара шеттеріне дәке салады және Кохер зонды бойынша немесе пинцетпен іштің сыртқы қиғаш бұлшықетінің апоневроз талшықтарының бойымен ашады. Ашылған апоневроз шеттерін қысқышпен шетіне қарай тартады, перимизиді ашады және ішкі көлденең, қиғаш бұлшықеттерін талшық бойымен ашады. Терілік жара бойымен бұлшықеттерді тартады, кейін париетальды ішпердемен бірге алдыңғы құрсақ клечаткасын итереді. Ішпердені екі анатомиялық пинцетпен қамтып оны конус тәрізді көтеріп, аздаған биіктікте скальпель немесе қайшымен кеседі. Құрсақ кесіндісін жоғары және төмен қарай кеңейтеді. Ішперде шеттеріне Микулич қысқышымен дәкелі салфеткаларды фиксациялайды.



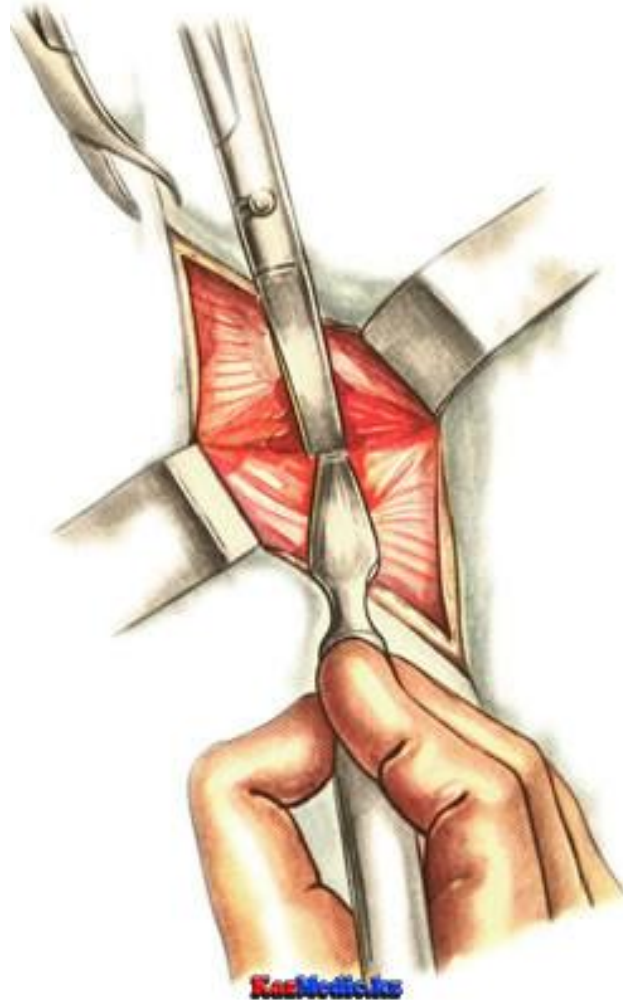
1. АППЕНДЕКТОМИЯ. АДДЫҢҒЫ ҚҰРСАҚ ҚАБЫРҒАСЫНА ВОЛКОВ—
ДЪЯКОНОВ—МАК БУРНЕЙ БОЙЫНШЫ ТІЛІК. ІШТІҢ СЫРТҚЫ ҚИҒАШ
БҰЛШЫҚЕТІНІҢ АПОНЕВРОЗЫ



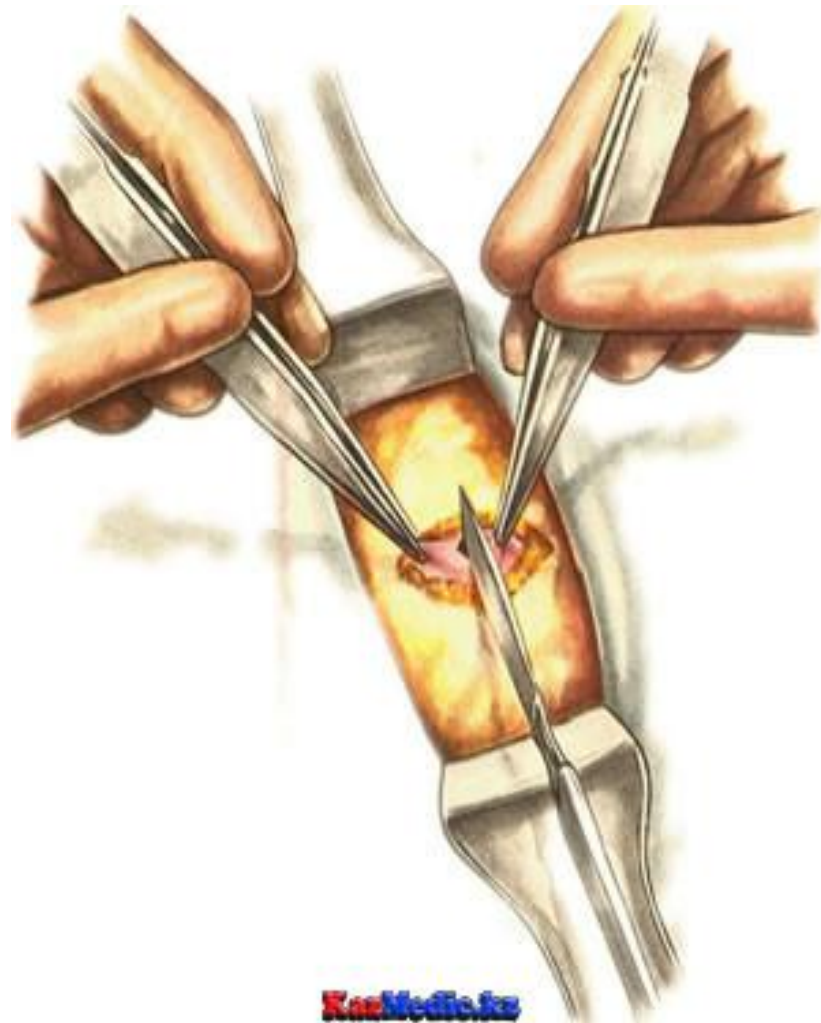
KauMedic.kz



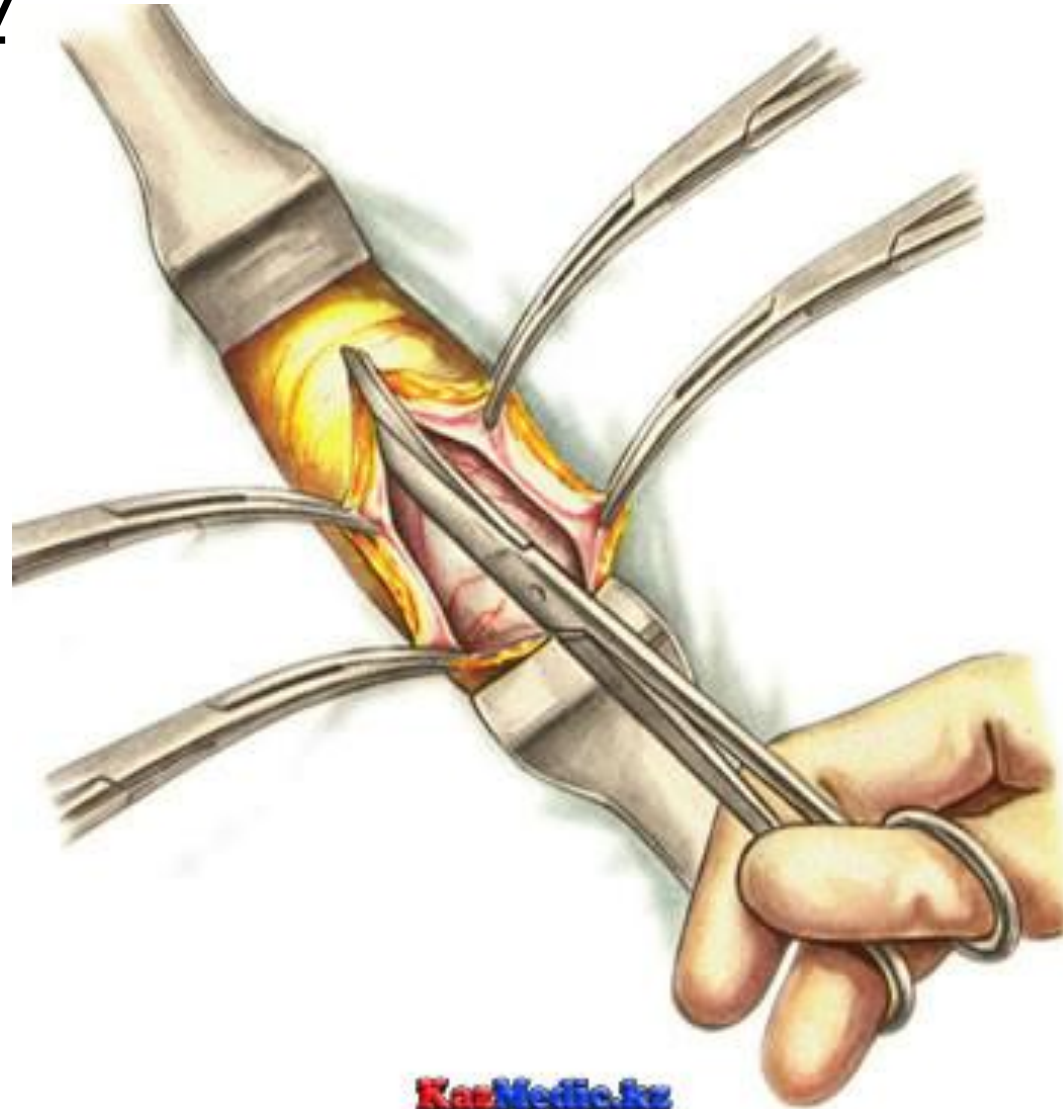
2. АППЕНДЕКТОМИЯ. АДЫҢҒЫ ҚҰРСАҚ ҚАБЫРҒАСЫНА ВОЛКОВ—
ДЬЯКОНОВ—МАК БУРНЕЙ БОЙЫНШЫ ТІЛІК. ІШТІҢ ІШКІ ҚИҒАШ ЖӘНЕ
КӨЛДЕНЕҢ БҰЛШЫҚЕТТЕРІНІҢ БӨЛІНУІ. (РАССЛАИВАНИЕ)



ЕКІ ПИНЦЕТ АРАСЫНДА ПАРИЕТАЛЬДЫ ІШАСТАРДЫ АШУ.



ЖАРАҚАТ ҰЗЫНДЫҒЫ БОЙЫНА ПАРИЕТАЛЬДЫ ІШАСТАРДЫ АШУ



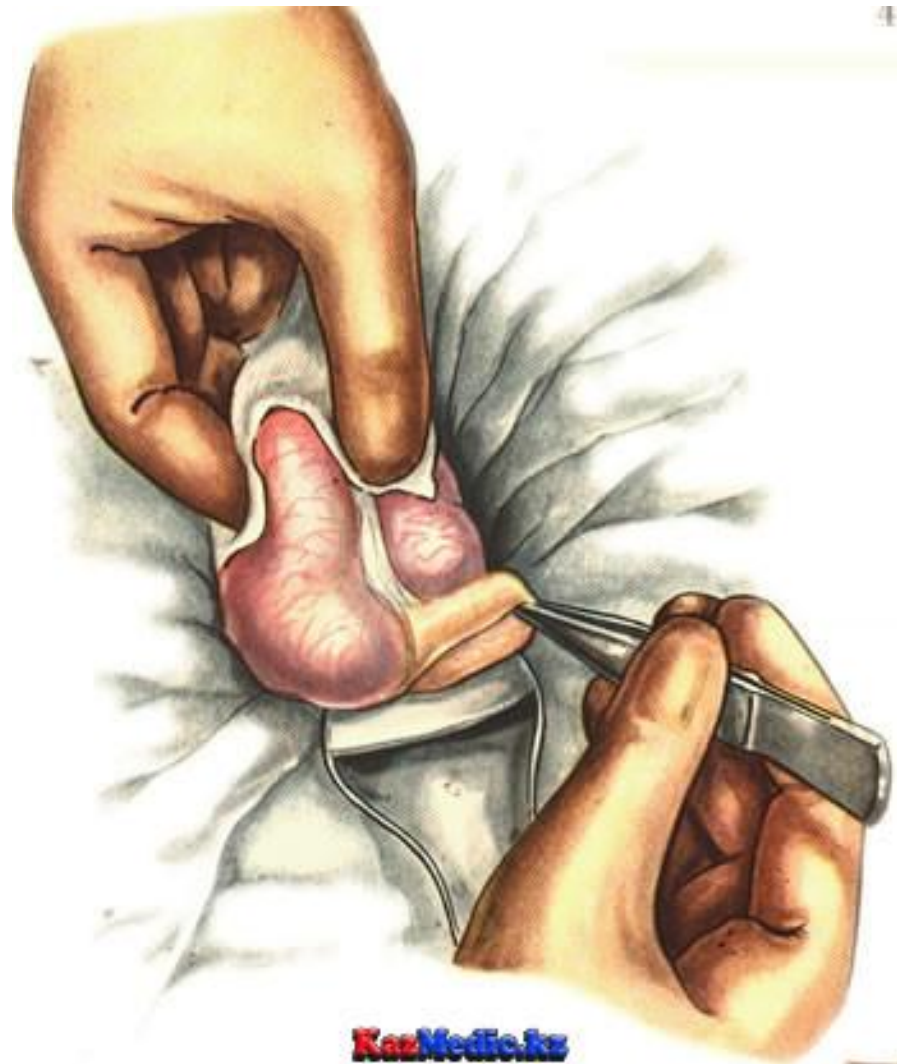
- Күрсақ қуысында экссудат болған жағдайда оны аспират немесе дәкелі салфеткамен сорып алады. Жара шеттерін өткір емес ілмек арқылы ашады. Кейін соқыр ішекті табады және ақырын анатомиялық пинцет арқылы ұстайды, жараға шығарады және дәкелі салфеткамен ұстайды. Егер құрт тәрізді өсінді ішекпен бірге жараға шығарылмаған жағдайда оны іздеу үшін ішекті taenia libera бойынша алып жараның төменгі бұрышында өсінді негізі пайда болғанша іздейді. Өсінді ішпердесіне 5—6 мл 0,5 % новокаин ерітіндісін енгізеді. Кейін құрт тәрізді өсіндіні ақырындап анатомиялық пинцет арқылы ұстап, күрсақ қуысынан алып шығарады. Егер құрт тәрізді өсінді жараға шығарылмаған жағдайда оны сұқ саусақпен шығарады. Егер болбырлы өсінді болса оны ақырын ағытады, ал тығыз өсінділер болса қысқыш арасында ағытады. Шығарылған өсіндіні ішперденің жоғары шыңына жақын жерде салынған жұмсақ Шами қысқышымен фиксациялайды. Одан кейін жуан жібек немесе кетгут жіптерімен Дешан инесі арқылы немесе қан тоқтатқыш қысқыш арқылы өсінді негізінде ішпердені байлайды. Егер ішперде байлауы үшін кетгут жіптері қолданылса, оны міндетті түрде үш түйінмен байлайды. Ішпердеге лигатураны тым төмен орналастыруға болмайды, себебі соқыр ішекті қамтамасыз ететін артериалды тармақтар байланып тасталуы мүмкін. Қысқа ішперде болған жағдайда оны екі – үш аймақпен байлайды. Жіптердің шеттерін қысқышқа алады және қайшымен құрт тәрізді өсіндіге жақынырақ ішпердені кеседі.



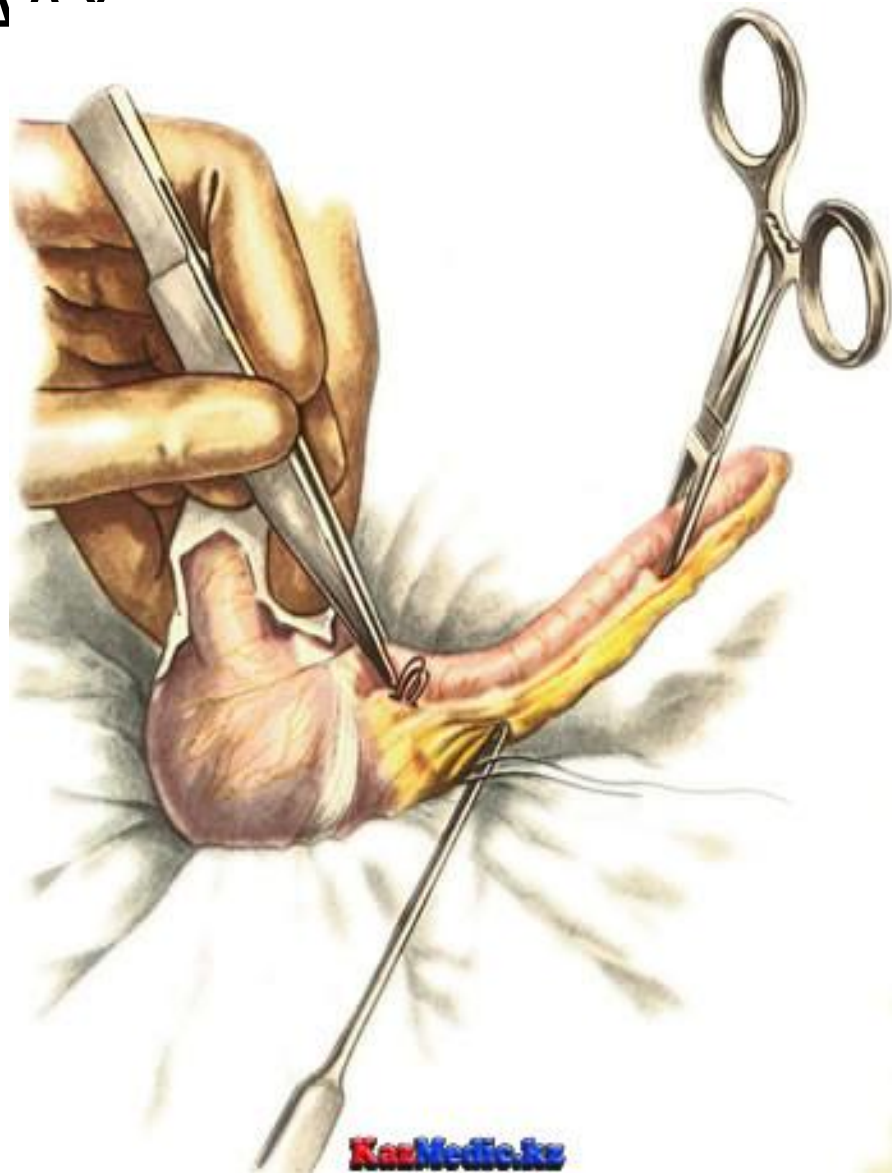
АППЕНДЕКТОМИЯ. СОҚЫР ІШЕКТІ ЖАРАҒА ШЫҒАРУ.



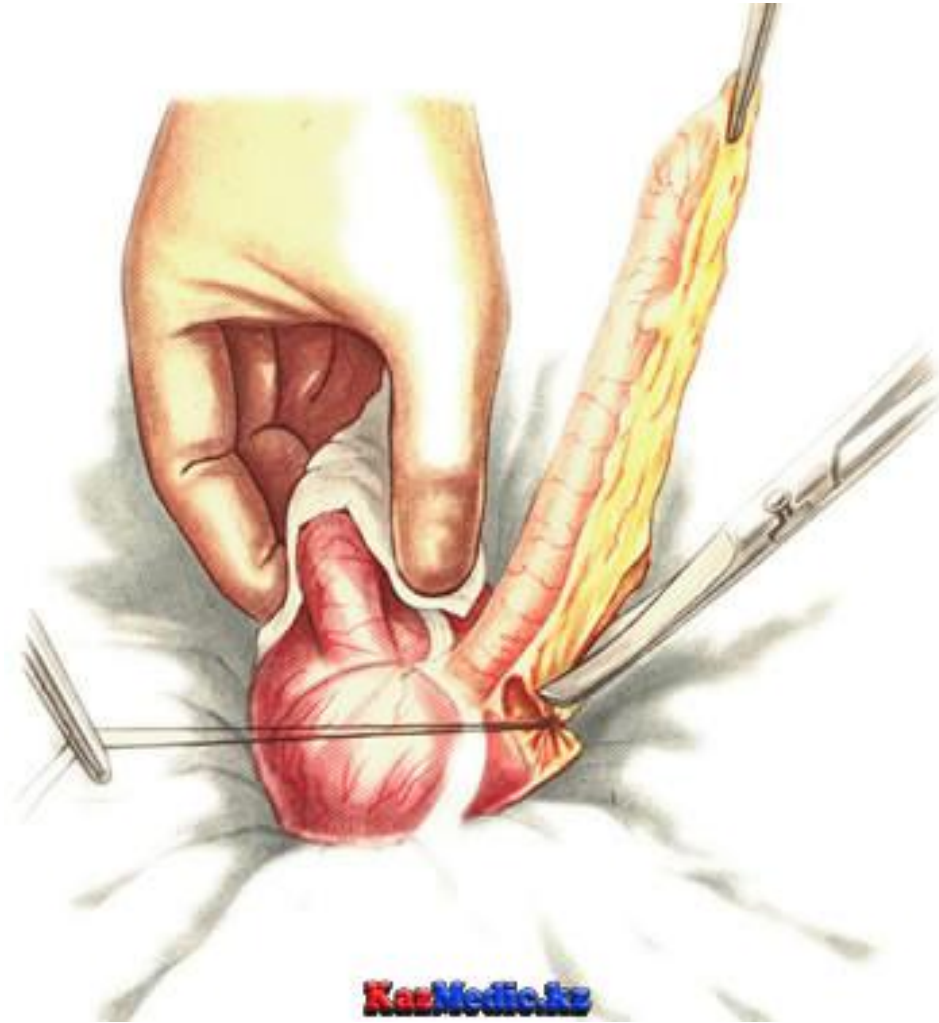
АППЕНДЕКТОМИЯ. ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІ ЖАРАҒА ШЫҒАРУ.



АППЕНДЕКТОМИЯ. ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІҢ ІЩАСТАРЫН БАЙЛАУ



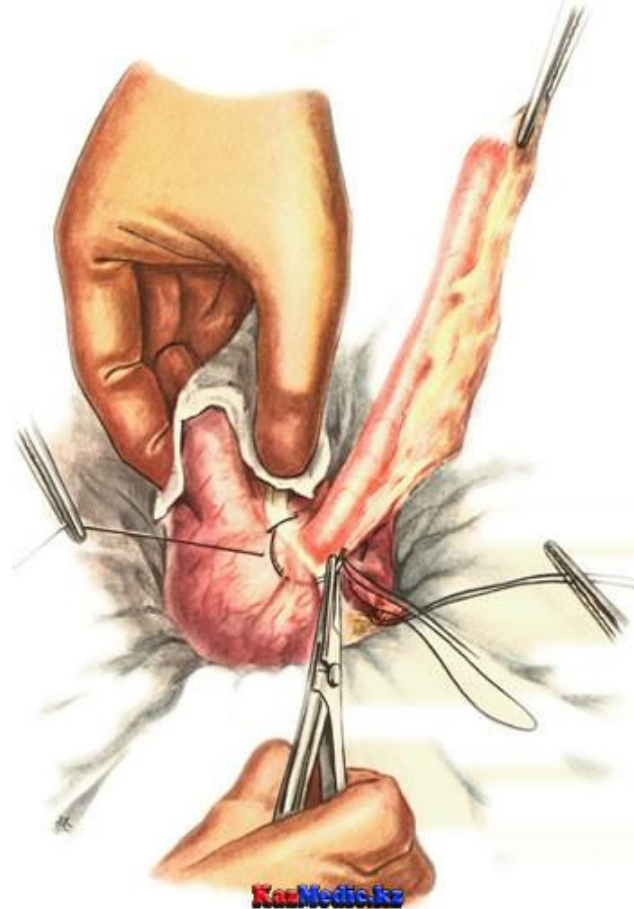
АППЕНДЕКТОМИЯ. ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІҢ ІШАСТАРЫН КЕСУ.



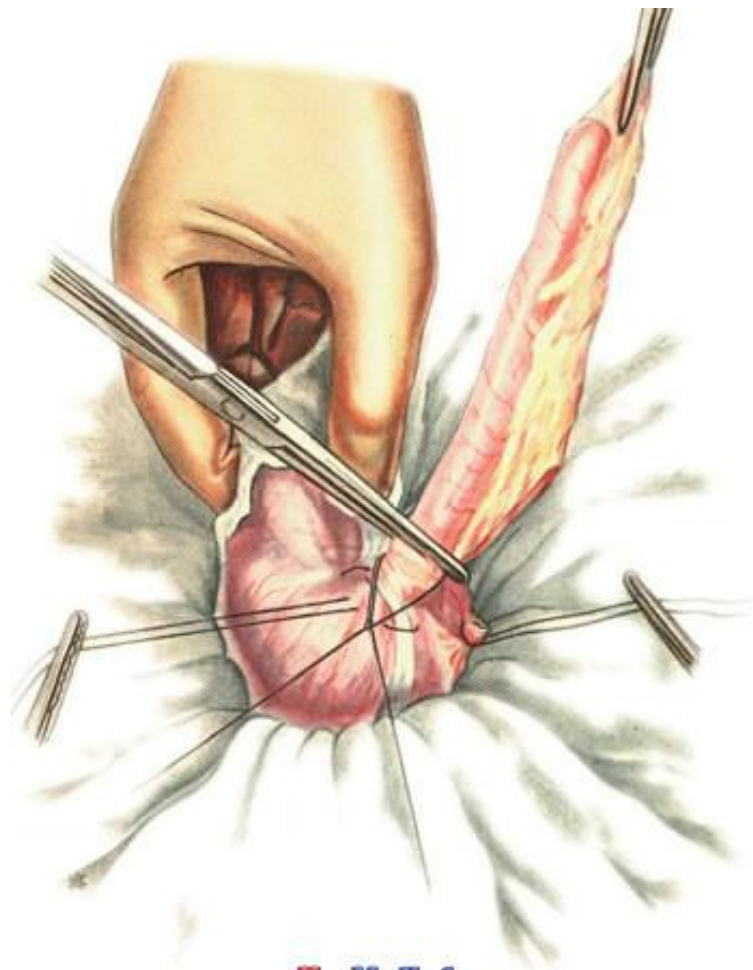
- Өсінді мобилизациясынан кейін одан соқыр ішекке 1—1,5 см қашықтықта жіңішке жібекпен серозды-бұлшықеттік кисетті тігіс салады. Өсінді негізін екі Кохер қысқышымен қысады. Олардың біреуі — төменгі — шешеді және пайда болған жүлге бойынша өсіндіні кетгут жібімен байлайды. Лигатура және екінші қысқыш арасынан құрт тәрізді өсіндіні скальпель арқылы кеседі, ал культяға йод ерітіндісін жағып кисетті тігіске енгізеді. Кейде кисетті тігіс үстіне үлкен герметикалық үшін Z-тәрізді тігіс салады.



АППЕНДЕКТОМИЯ. СОҚЫР ІШЕККЕ ӨСІНДІ АЙНАЛАСЫНАН КИСЕТТІ ТІГІС САЛУ.



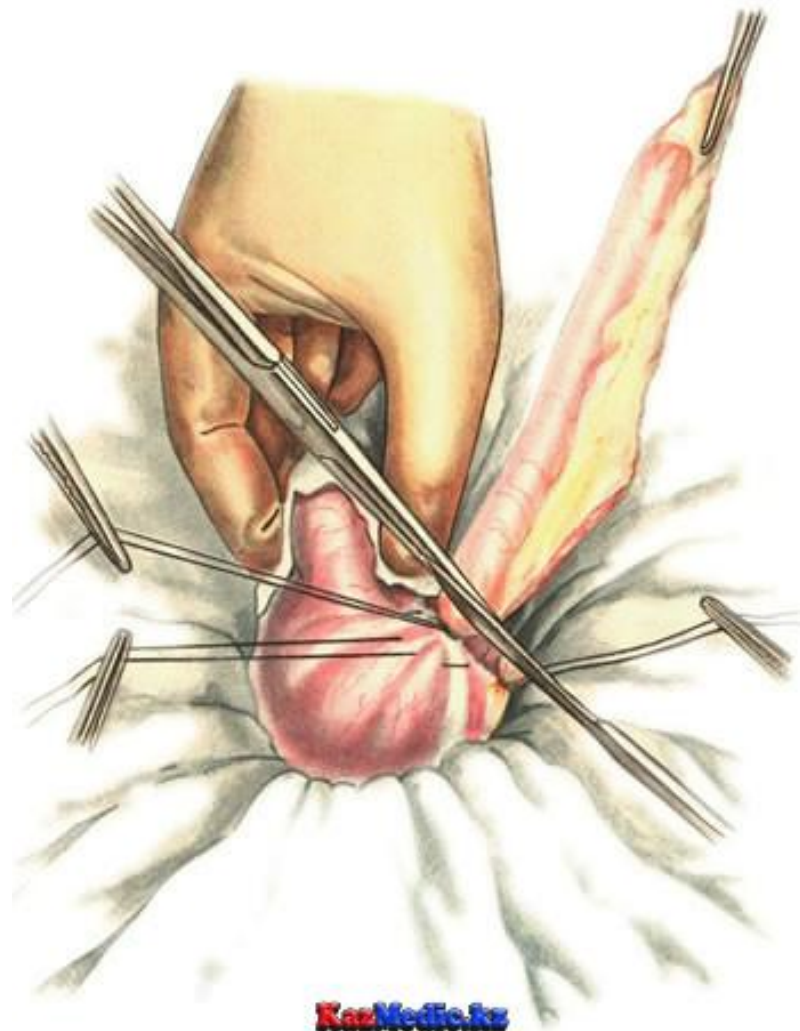
АППЕНДЕКТОМИЯ. ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІ БАЙЛАУ.



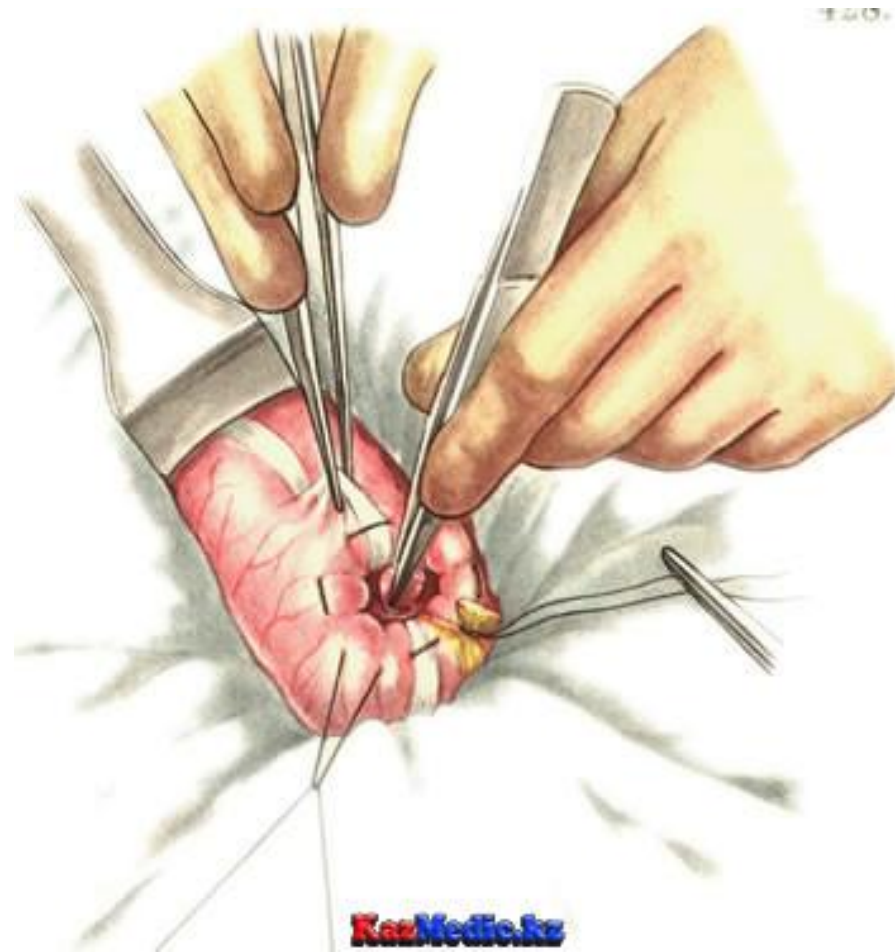
KazMedic.kz



АППЕНДЕКТОМИЯ. ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІ КЕСУ.



АППЕНДЕКТОМИЯ. ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІҢ КУЛЬТЯСЫН КИСЕТТІ ТІГІС ІШІНЕ ЕНГІЗҮ.



АППЕНДЕКТОМИЯ. Z-ТӘРІЗДІ ТІГІС САЛУ.



- Өсінді ішпердесінің культясы құрсақ қуысындағы басқа мүшелерге жабысып қалуы мүмкін (шарбы майы, ішек ілмектері), ол ішек өтімсіздігіне әкеледі, сондықтан оны кisetті немесе Z-тәрізді тігіске байлау қажет. құрт тәрізді өсіндіні алып тастаған соң, соқыр ішекті құрсақ қуысына орналастырады. Өсінді ішпердесінен қан ақпайтынына көз жеткізген соң, құрсақ қабырғасының жарасын сатылап толықтай тігеді. Ішастарды үзіліссіз кетгут тігісімен тігеді, ал бұлшықет, апоневроз және тері асты май клечаткасын түйінді кетгут тігісімен тігеді. Теріге түйінді жібек тігістерін немесе металл скобкаларын салады. Кейбір жағдайларда жедел аппендицит кезінде құрсақ қуысына антибиотиктер енгізу үшін жіңішке резиналы немесе хлорвинил түтігін дренаждайды. Резиналы түтік құрсақ қуысында іріңдік болса (выпот) және соқыр ішектің флегмонозды өзгерістері болса орналастырылады. Аппендикулярлы абсцессты ашқан соң резиналы түтікпен бірге құрсақ қуысына бір – екі дәкелі тампон енгізеді



ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР:

- «Хирургические болезни» - М.И. Кузин, О.С. Шкроб, М.А.Чистова, Москва: Медицина, 1986 г.
- «Общая патология человека. Руководство, т.1, 2.» -Под ред. А.И.Струкова, В.В. Серова, Д.С.Саркисова. М., «Медицина», 1990.
- «Патологическая анатомия. Атлас.» - Серов В.В. , Ярыгин Н.Е., Пауков В.С. М., «Медицина», 1987.
- Другие источники:
- <http://appendicit-simptom.ru/content/ostryi-appenditsit-priznaki-i-lechenie>
- http://knowledge.allbest.ru/medicine/2c0a65625b3bd78a5c43b88521306d36_0.html

