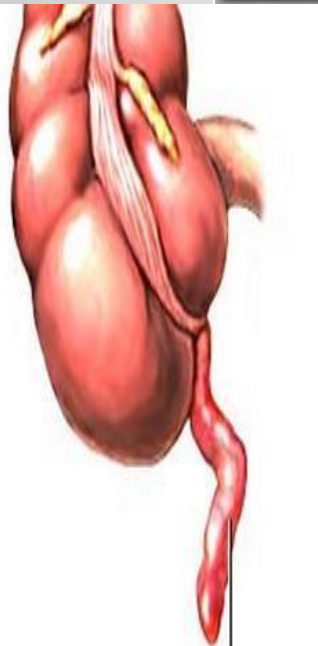


# АППЕНДИЦИТТИҢ АСҚЫНУЛАРЫ

Орындаған:  
Тобы:  
Қабылдаған:



Inflamed appendix

# ***Жоспар***

- **Кіріспе**
- **Жіктемесі**
- **Асқынулары:**
- **Аппендикулярлы инфилтрат**
- **Перфорация**
- **Жайылған іріңді перитонит**
- **Іш қуысының абсцесстері**
- **Пилефлебит**
- **Қолданылған әдебиеттер**

# Кіріспе

- Соқыр ішектің құрт тәрізді өсіндісінің қабынуы жедел хирургияда күрделі проблемалардың бірі болып табылады. Аурудың кең таралуына және асқынған түрлерінің жиі кездесуіне байланысты, операциядан кейінгі кезеңде де, асқынулар жиі кездеседі.
- Ол адамдардың жас ерекшеліктеріне байланысты 20-40 жас аралығында жиі кездесіп, әйелдер еркектерге қарағанда 2 есе жиі ауырады. өлім 0,1-0,3% құрайды. Операциядан кейінгі асқыну 5-9% кездеседі.

# Жіктемесі

- *Аппендициттің клинико – морфологиялық түрлері:*
- Жай (катаральді);
- Флегмонозды;
- Гангренозды;
- **Асқынуы:**
- Тесілуі;
- Жайылған перитонит;
- Аппендикулярлы инфилтрат;
- Іш қуысының абсцесстері (периаппендикулярлы, жамбастық, диафрагма асты, ішек аралық);
- Іш пердесі арты флегмонасы;
- Пилефлебит;



# Асқынулары

- **Аппендикулярлы инфилтрат**
- Жедел аппендициттің жиі кездесетін асқынулары бұл аппендикулярлы инфилтрат пен периаппендикулярлы абцесс. Аппендикулярлы инфилтраттың кездесу жиілігі 0,3% - 3,4%. Инфилтраттың клиникалық көрінісі; пальпация кезінде іш пердесінің қабыну белгілерінің айқын болмауы, құрсақ қуысында ісіктің байқалуы және анамнезінде 3-4 тәулік бұрын оң мықын аймағында ауырсыну ұстамасының, жедел аппендицит клиникасының болуы мен сипатталады.

- **Науқастардың көбісінде инфильтрат жамбас қуысына түсіп, тік ішекті саусақпен тексергенде анықталады. Бұл белгі инфильтраттың күмәнсіз белгісі болып табылады және оның сатыларын (абцесс және сіңірілу) бақылауға көмектеседі.**
- **Қарт адамдарда оң мықын аймағындағы іш қуысының ісігі, қатерлі ісіктің белгісі болуы да мүмкін. Тоқ ішек рагымен ауруханаға жатқызылған науқастрадың 30%-не алғашқы кезде жедел аппендицит немесе аппендикулярлы инфильтрат диагнозы қойылған.**



# Аппендикулярлы инфилтрат кезінде хирургтың іс-әрекеті

Аппендикулярлы инфилтрат белгілері бар науқастар емдеу іс-әрекеті төмендегідей болуы керек:

а) Аппендикулярлы инфилтратта науқасқа консервативты ем тағайындалады (перитонит белгілері болмағанда)

б) Дене қызуы қалпына келгенше оң жақ мықын аймағына жергілікті салқын қойылады.

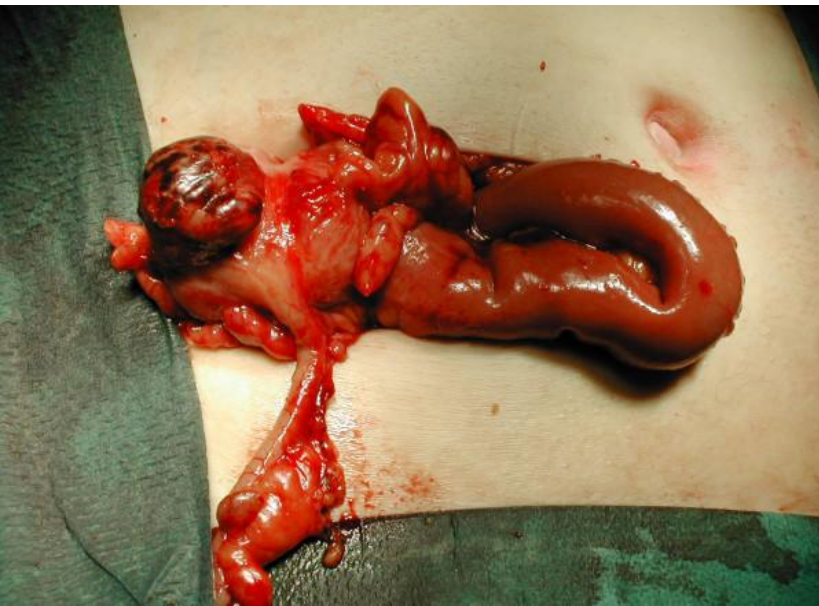
в) Емдеу барысында антибиотиктерді: амикогликозидтерді ( канамицин, гентамицин) жасау, ауыр жағдайларда антибактериальді препараттар

д) Қатаң төсектік тәртіп сақтап, ішек қозғалысын күшейтпейтін емдік дәм тағайындалады.

е) 1,5-2 аптадан соң УВЧ, жылы клизмалар, солюкс, алоэ, лидаза тағайындалады.

# Оперативті

ЕМ



- Егер науқастың дене қызуы жоғарлап, қан анализінде лейкоцитоз, іш пердесінің тітіркену белгілері күшейіп, құрсақ қабырғасының бұлшық еттері керілсе, ректалды тексергенде - тік ішек алдыңғы қабырғасы салбыраса (нависание стенки), бұл аппендикулярлы инфильтраттың абсцестелуіне тән белгілер.
- Бұл жағдай жедел операцияға тікелей көрсеткіш болып табылады. Себебі, іріндік іш қуысына ашылып перитонит немесе іш пердесі арты флегмонаны дамытуы мүмкін. Бұл кезде іш қуысы Волкович-Дьяконов тәсілі бойынша ашылады немесе мықын сүйектің мүйісіне жақын кесіледі. Абсцесті ашқан соң іш қуысы дренаждалып, антибиотик енгізу үшін полихлорвинильді түтікше қойылады.



- Операция кезінде шектелген, тығыз, қозғалымсыз инфильтраттың абсцестелу белгілері болмаса, қабыну ошағы тек тампонмен шектеліп дренаж түтікшесі қойылуы қажет. Егер инфильтрат жаңа түзіліп, борпылдақ болса, өсіндіні алып тастауға болады. Аппендикулярлы инфильтрат абсцеске айналған жағдайда тампондау мен дренаждау жеткіліксіз, бұл кезде абцесті ашып дренаждау қажет. Ал егер тығыз инфильтрат болса операция тампонадамен аяқталады

# Перфорация

- Құрт тәрізді өсінді тесілгенде өсінді түзілімі іш қуысына түседі. Соның әсерінен жергілікті перитонит дамып, кейде шектеліп (абсцесс түзіліп), кейде жайылған перитонитке өтеді. *Макроскопиясы* құрт тәрізді өсіндінің тесілуі, жедел аппендициттің гангренозды түрінен айырмашылығы жоқ.
- Некроз ошағы кір – жасыл түсті, бір немесе бірнеше перфорция тесігі анықталады, тесіктен сасық иісті ірің шығады. Қоршаған іш пердесі фибринді жамылғымен жамылған. Іш қуысында көп мөлшерде іріңді сұйықтық және нәжіс тастары болуы мүмкін.

- Өсінді тесілген уақытта оң мықын аймағында бірден қатты ауырсыну байқалады. Науқасты қарағанда тілі құрғақ, қоңыр жамылғымен жамылған. Іш пердесінің тітіркену белгілері оң мәнді. Біртіндеп іші кеуіп, ішек перистальтикасының жойылуы, жайылған іріңді перитониттің дамуын көрсетеді.
- Дене қызуы, лейкоцитоз деңгейі әжептеуір жоғарлайды. Аппендициттің тесілуінің емі, жайылған перитониттің еміндей болады.

# Жайылған іріңді перитонит

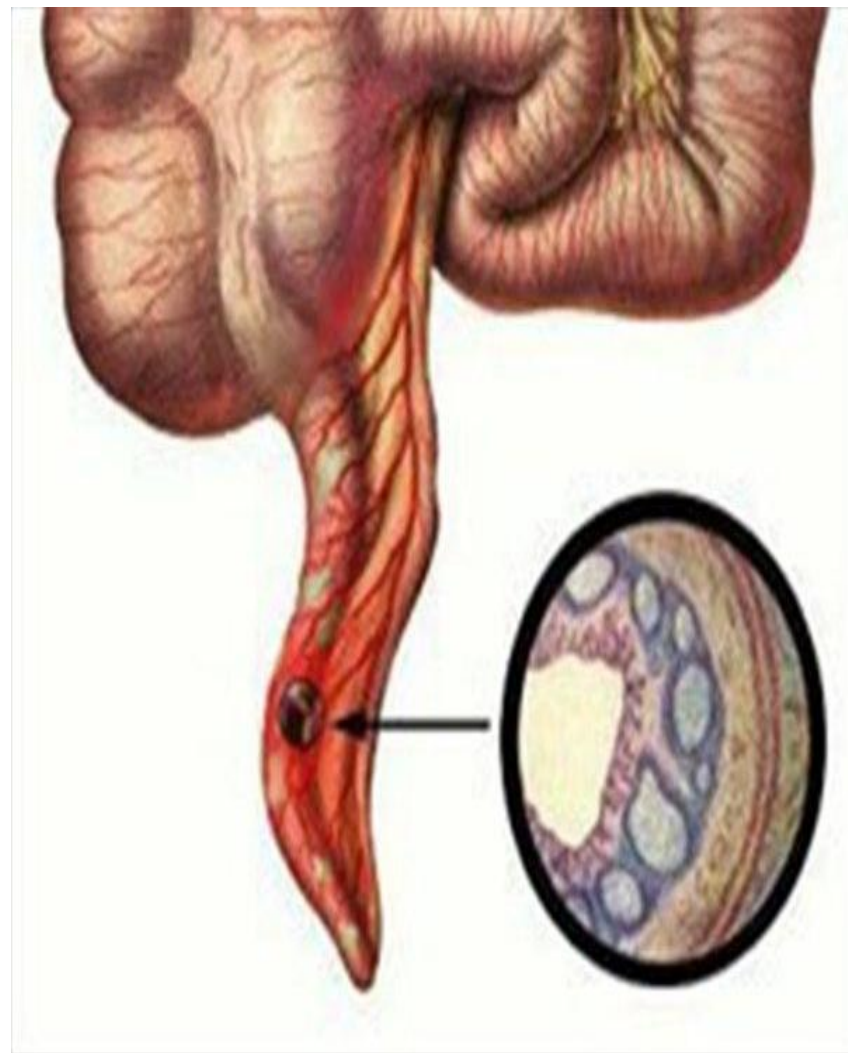
- Жедел аппендициттің 1%, ал тесілген аппендициттің 8-10 % іріңді жайылған перитонитпен асқынады. Жедел аппендициттегі өлімнің негізгі себебі-перитонит. Тесілген аппендициттегі жайылған іріңді перитонит диагностикасы қиындық туғызбайды. Операциядан кейін медикаментозды ем фонында дамыған перитонит клиникалық көрінісі ерекше болады.

- Құрт тәрізді өсінді тесілгенде өткір ауырсыну болмайды. Ауырсыну тұрақты болады, оны операциялық жарақатпен байланыстырады. Іштің алдыңғы қабырғасының қатаюы болмайды, ішек парезінен іш аздап кебеді, барлық аймақта ауырсыну болады. Щёткин –Блумберг белгісі оң мәнді.
- Дене қызуының гектикалық көтерілуі, қан анализіндегі іріңді токсикалық ығысу және жүйелі қабыну реакциясы дұрыс диагноз қоюға көмектеседі. Ультрадыбысты зерттеуде аш ішек тұзақтарының кеңеюі, перистальтиканың әлсіреуі, іш қуысындағы сұйықтық анықталады. *Операциядан кейінгі перитонит* хирургиялық іс - әрекеттен кейін 5-7 тәулігінде дамиды.

- Жайылған іріңді перитонитте – операция алды дайындықтан кейін, міндетті түрде хирургиялық ем жасалынады. Жалпы наркозбен ортаңғы лапаратомия жасалып, деструктивті өсіндіні алып тастайды. Іш қуысы мұқият антисептикалық ерітінділермен жуылады. Міндетті түрде кіші жамбас қуысы, бүйір каналдар, диафрагма асты кеңістігі антисептикалы ерітіндімен жуылып, құрғатылады. Іш қуысын толық, мұқият тазалаған соң, басқа тесік арқылы полихлорвинильді түтіктер арқылы бірнеше жерден дренаж қойылады.

# Іш қуысының абсцесстері

- Жедел аппендициттен болған іш қуысының абсцессі: инфицирленген іш қуысы сұйықтығынан, гематоманың іріңдеуінен, құрт тәрізді өсіндінің ұшының (культя) тігісінің шамасыздығынан болуы мүмкін.



- **Жамбастық абсцесс** жиі кездеседі. Ол анатомиялық себептерге байланысты, өйткені қабыну эксудаттары кіші жамбас қуысына жиналады. Жамбастық абсцесс операциядан кейін 5-7 тәулікте іштің төменгі бөлігінің және аралықтың тұйық ауырсынуымен, дизуриялық бұзылыстармен, ауырсынған тенезмаларымен сипатталады. Бұл шағымдар дене қызуының жоғарылауымен, лейкоцитозбен, жалпы интоксикация (әлсіздік, тері жамылғысының құқылдануы, ауыз қуысының құрғауы, тахикардия) белгілерімен бірге жүреді.

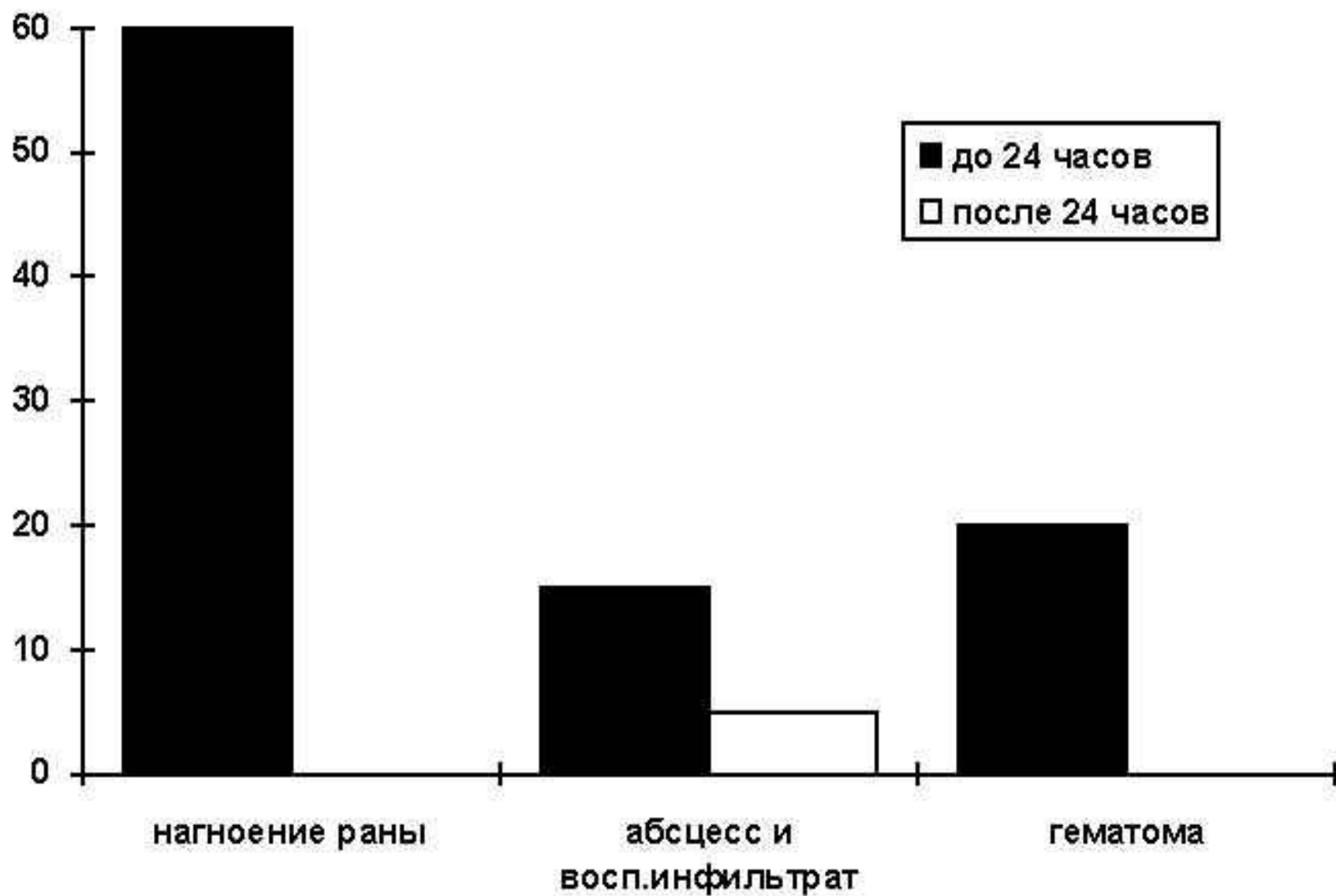


- Бұндай белгілер дамыған кезде науқасты *саусақпен ректальды және қынаптық* тексеру керек. Тексеру кезінде қынаптың артқы күмбезінің немесе тік ішектің алдыңғы қабырғасында қимылы шектелген, ауырсынатын инфильтрат анықталады. Егер көп мөлшерде ірің жиналса, флюктуация анықталады.
- Абсцессті ашу әйелдерде қынаптың артқы күмбезі арқылы жасалса, еркектерде тік ішектің алдыңғы қабырғасы арқылы тілу жасалынады. Операциядан кейігі кезеңдерде науқасқа антибиотиктер тағайындап, дренаж түтігі арқылы абсцесс қуысын антисептиктермен жиі жуып тұру керек.

- **Диафрагма асты абсцесс** сирек кездеседі. Оң көкірек қуысының төменгі бөлігінде тұйық ауырсыну, демді ішке алғанда ауырсыну күшейуі, диафрагманың тітіркенуіне байланысты құрғақ жөтел, тыныс алғанда оң көкірек қуысының қалыңқы болуы сияқты белгілермен сипатталады. Кеш сатыларында – төменгі қабырға араларықтары ісінуі мүмкін. Диафрагма асты абсцессінің диагностикасында УДЗ, рентгенологиялық зерттеулер, КТ үлкен роль атқарады. Диафрагма асты абсцесті ашу үшін плевра арқылы және плеврадан тыс жету жолдары қолданылады. Қазіргі уақытта УДЗ немесе КТ көмегімен абсцестің қуысы – ашылып, дренаж түтігі қойылады.



- **Ішек аралық абсцесс** сирек кездеседі. Аппендэктомиядан кейін 5-7 тәулікте науқас әлсіздікке, тәбетінің төмендеуіне, дене қызуының жоғарылауына шағымданады. Ішті сипағанда тығыз, шектері айқын емес аппендикулярлы инфильтрат сияқты ісік тәрізді құрылым анықталады. Бірақ ол оң мықын аймағында емес, одан шамалы медиальді орналасады. Ішек парезі болуы мүмкін. Іш пердесінің тітіркену белгілері болмайды. Егер инфильтраттың абсцеске өту белгілері болмаса *консервативті – күту іс әрекеті жасалынады*: тыныштық, инфильтрат аймағына салқын қою, антибиотиктер, дене қызуына, қан анализіне динамикалық бақылау жасалынады.
- Егер инфильтрат – іріңдесе, іріңдікті ашып, абсцесс қуысы жуылып, дренаж түтігі қойылады. Операциядан кейінгі кезеңде жоғарғы көрсетілген абсцесстегідей ем жасалынады.



# Пилефлебит

- Пилефлебит қақпа веналарының және оның тармақтарының - іріңді тромбофлебиті. Сирек кездесетін бірақ ең қауіпті асқынулардың бірі. Қазіргі уақытқа дейін пилефлебиттен жазылған науқас кездеспеген. Себебі гангренозды аппендициттен қабыну процессі құрт тәрізді өсіндінің шажырқайына және оның венасына өтеді. Ірің қақпа венасының бауыр іші тармақтарына өтсе, бауыр абсцесстері және сарғаю дамып, аурудың 7-10 тәулігінде науқас бауыр- бүйрек шамасыздығынан қайтыс болады.
- Пилефлебиттің алдын алу - ол жедел аппендициттің ерте диагностикасы және уақытылы хирургиялық ем жасау болып табылады.

# ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- “Хирургия” М.Ю. Лапухин, В.С. Савельев.
- “Практические пособие по частной хирургии”. В.Г. Астапенко.
- “Острые процессы в брюшной полости. Вацлав Тошовский.
- Лекциялық материалдар.

# ҚОСЫМША

- **Тарихи деректер:**

Тарихи деректер бойынша 16 ғ. ғалым Парс алғаш рет құрт тәрізді өсіндіні сипаттап, оң жақ мықын аймағындағы іріндікті ашуды ұсынған.

18-19 ғасыр - Дюпюитрен тифлит, перитифлиттеориясын ұсынды. Тифлит (Typhlitis - соқыр ішектің қабынуы) - Соқыр ішектің қабынуы. Перитифлит (perityphlitis; грек тілінен peri — төңірегінде немесе айнала и typhlon — соқыр ішек) – соқыр ішектің серозды қабығының қабынуы.

19 ғасыр - оң жақтағы мықын тұсындағы іріндеудің дамуына құрттәрізді өсіндінің әсері жайлы пікірдің қалыптасуы (1827 ж. - Мелье, 1842 ж. Рокитанский, 1850 ж. - Неммерг) 1884 ж. Р.Фитц «аппендицит» терминін енгізді.



# Алғашқы оталар:

Кренлейн (неміс хирургі) 1884 ж. қабынған құрттәрізді өсімдіні алып тастаған.

Домбровский – байлап тастады 28.04.1884 ж.

Бобров – өсімдінің бір бөлігін алып тастады 1889 ж.

Троянов 1890 ж. құрттәрізді өсімдіні алып тастаған