

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТИ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

**Жедел
аппендициттің
асқынған түрінде
хирургиялық
тактика**



*Дайындаған: Өтемұрат А.Ж.
Юлчиев А.Т.
ЖМ11-003-1к
Тексерген: Алкамов А.А.*

Жоспар

- Жедел аппендициттің анықтамасы
- Асқынуының жіктелуі, себептері
- Аппендикулярлы инфильтрат
- Аппендикулярлы инфильтраттың абсцестелуі
- Жамбастық абсцесс
- Ішек аралық абсцесс
- Диафрагмаастылық абсцесс
- Жайылған іріңді перитонит
- Пилефлебит
- Пайдаланылған әдебиеттер

- **Жедел аппендицит**— соқыр ішек өскінінің қабынуы – іш ағзаларының арасында аса жиі кездеседі.
- **Жедел аппендицит** бұл полиэтиологиялы жедел хирургиялық ауру.
- **Жиілігі:** 1000 адамға шаққанда 4-5 адамда кездеседі
- 20 - 40 жаста
- Әйелдер ерлерге қарағанда 2 есе жиі ауырады
- **Летальділік:** 0,1-0,3 %
- **Операциядан кейінгі асқынулар :** 5-9 %.



Асқынулары



Себептері

- **Жедел аппендициттің асқыну жағдайы 10-12 % кездеседі**
- **Асқыну себептері:**
- ✓ **Басқарылатын: ауру клиникасының атипиялық түрінде госпитальды диагностикаға дейінгі және кейінгі кезеңіндегі қателіктер**
- ✓ **Басқарылмайтын: рациональды емес хирургиялық тактика. Оған науқастың медициналық көмекке кеш жүгінуін жатқызамыз.**

Аппендикулярлы инфилтрат

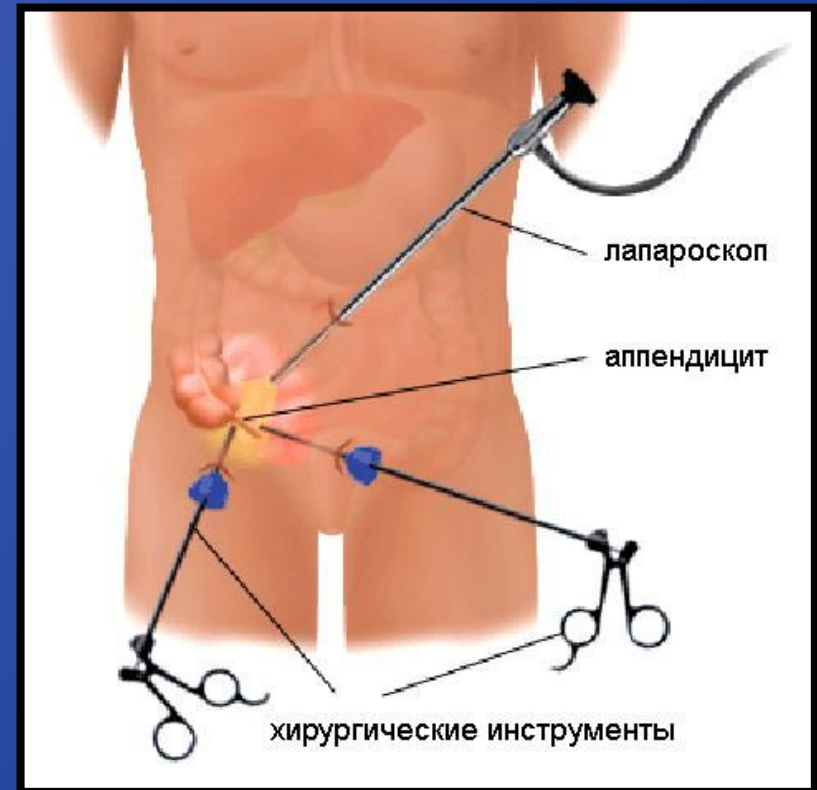
- Қабынған құрт тәрізді өсіндінің айналасында үлкен шарбыдан, жіңішке және соқыр ішектен, іш қуысының париетальды бөлігінен түзілген конгломераттың жиналуы.
- Жедел аппендициттің асқынуында 3-5 % кездеседі.

Клиникалық көрінісі

- *1. Ауру сезімі*
- *3-5 тәулікте ауру сезімі азаяды. Бірақ толық жойылуы болмайды*
- *2. Диспепсиялық синдром:*
- *Ішектік диспепсия (тоқ ішектік) белгілері: іштің сәл ұлғаюы, метеоризм.*
- *3. Интоксикациялық синдром:*
- *- әлсіздік*
- *- жалпы мазасыздық*
- *- субфебрилитет (37,2 - 37,4 C)*
- *- ауыздың құрғауы*

Диагностика

- Лабораторлық әдіс
- Жалпы қан анализі - Лейкоцитоз, СОЭ жоғарылауы, лейкоцитарлы формуланың солға жылжуы
- Инструментальды әдіс :
- 1. УДЗ. құрамында жіңішке
- ішек пен соқыр ішектен тұратын Оң жақ мықын аймағында көлемді түзілістің барлығын көрсетеді. Меди каментозды ем кезінде динамиканы бақылау үшін қолданылады.
- 2. Диагностикалық лапароскопия. Басқа аурулармен дифференциальды диагностика жүргізу үшін қолданылады.



Аппендикулярлы инфилтрат кезінде хирургиялық тактика.

- Жедел хирургиялық стационарға жатқызылады
- Жедел аппендциттің клинико-морфологиялық формасы мен инфилтраттың түрі стационарда алғашқы 2 сағатта анықталады
- Толық аппендикулярлы инфилтрат анықталса, медикаментозды терапия жүргізу.
- Жартылай аппендикулярлы инфилтрат анықталса , шұғыл хирургиялық операция. Науқастың жағдайы ауыр болса операция алдындағы дайындық қысқа уақыт (2 сағаттан аз).

Оперативті емнің ерекшелігі

- *Толық аппендикулярлы инфилтратта* науқасты динамикалық бақылау, медикаментозды ем кезінде аурудың клиникалық, лабораторлық және УДЗ динамикалық ағымы бағаланады.
- *Прогрессиялық инфилтрат* кезінде шұғыл хирургиялық көмек.
- *Регрессиялы инфилтрат* кезінде науқас терапевтің бақылауымен стационардан шығарылады.
- **Жансыздандыру әдістері:** спинальды анестезия, бұлшықет релаксанттары мен ӨЖЖ қолданып көпкомпонентті балансталған анестезия

Оперативті араласудың кезеңдері:

- **1. Кіру.** Жайылмаған перитонит анықталмаса инфильтратты жергілікті лапаратомды оң жақ мықын аймағы арқылы кіреді (Волкович-Дьяконов бойынша лапаротомия).
- **2. Іш қуысын тексеру.** Тексеру арқылы инфильтраттың өткір емес жолмен бөліну мүмкіндігін бағалайды. Инфильтрат болбыр болса бөлінеді, тығыз болса бөлінбейді.
- **3. Операциялық қабылдау.** Болбыр инфильтратта аппендэктомия көрсетілген. Тығыз инфильтратта жүргізілмейді. Операция инфильтратқа сигарлы тампонды (Пенроз дренажы) салумен аяқталады. Бұл тампон канал түзеді, ол жайылмалы перитонитті болдырмайды. Сигарлы тампонның айналасында канал кем дегенде 6-7 күнде түзіледі , сондықтан тампонды 7-8 күннен бұрын алуға болмайды.
- **4. Операцияны аяқтау.** Аппендэктомия жасалғанда операциялық жараны қабаттап тігеді. Жара аймағында инфицирлену мүмкіндігі жоғары болса (ұзақ, жарақат тудыратын операция) іш қуысына дренаж қойылады.

Медикаментозды ем

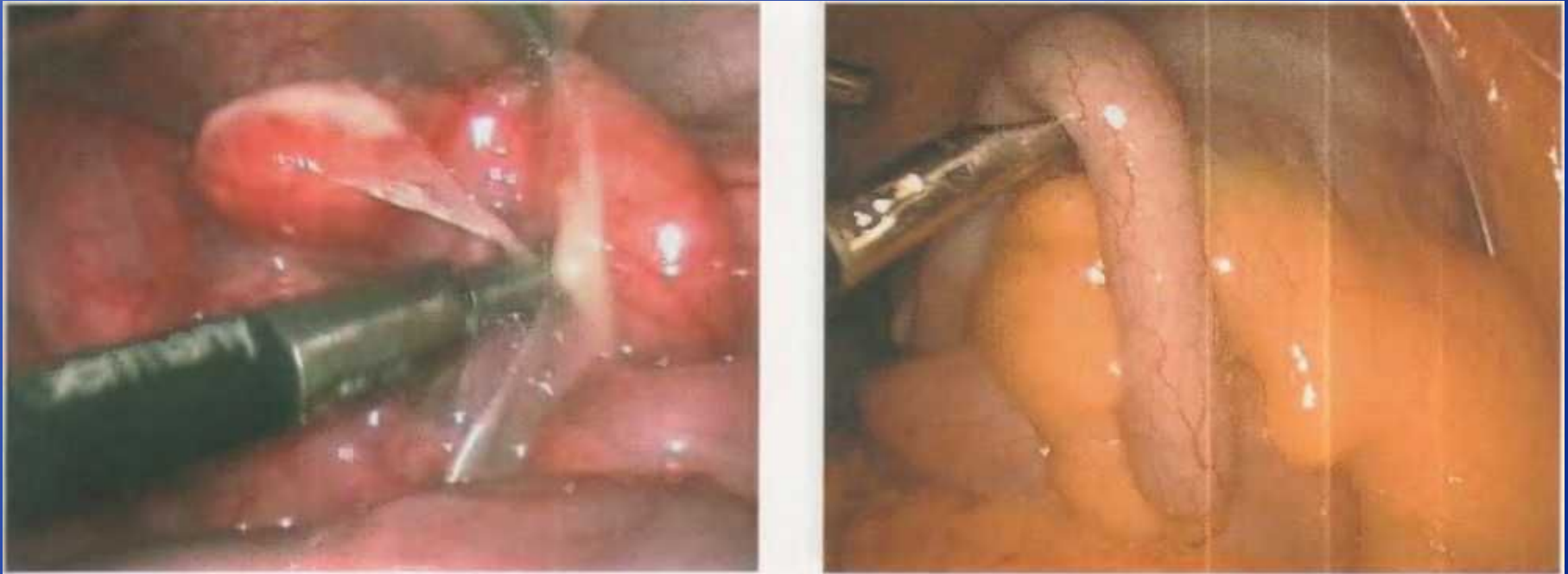
- **Толық аппендикулярлы инфилтратта :**
- 1. Төсектік режим.
- 2. Оң жақ мықын аймағына салқын басу
- 3. Жылы емдік шараларды болдырмау
- 4. Өсімдік жасымығынан басқа тез сіңірілетін емдәмді тағайындау
- 5. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар (диклофенак, индометацин, ксефокам)
- 6. Антибактериальды терапия
- Таңдау препараттары: амоксициллин/ клавуланат-монотерапия
- Немесе цефалоспориндер II және III ұрпақтары метронидазолмен бірге.
- Антибактериальды емнің ұзақтығы инфилтраттың регресс уақытына байланысты.

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 перфорация тесігі анықталады, тесіктен сасық иісті ірің шығады. Қоршаған іш пердесі фибринді жамылғымен жамылған. Іш қуысында көп мөлшерде іріңді сұйықтық және нәжіс тастары болуы мүмкін.
- Перфорация – әдетте аппендициттің деструктивті түрі басталғаннан кейін 2-3-ші күндері дамиды, бірден күшті ауру сезімімен, айқын перитонельды симптомдармен, жергілікті перитонит көріністерімен және лейкоцитозбен сипатталады.

ИНТРААБДОМИНАЛЬДЫ АБСЦЕС

- - инфицирленген сұықтықтың қалталануынан болады және декструктивті аппендициттің өршуінде, операциядан кейінгі асқынуларда (гематома, іш қуысының толық емес санациясында) пайда болады.



Клиникалық көрінісінің ерекшеліктері:

- 1. Ауру басталғаннан 5-7 күндері пайда болады (операциядан кейінгі кезеңде).
- 2. Интенсивтілігі аз ауру сезімі, жүрген кезде күшееді
- 3. Қабынуға қарсы жүйенің жауабы :
 - - 38°C –тан жоғары температура ;
 - -тілі құрғақ;
 - - тахикардия (90 рет мин. жоғары);
 - - тахипноэ (тыныс жиілігі 20 рет мин. жоғары);
 - - лейкоцитарлы формуланың өзгерісі (лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$)
- 4. Ішек парезі :
 - - метеоризм;
 - - іштің кебуі, іш тыныс алуға қатысады;
 - - газ бен нәжістің іркілуі.
- 5. Периаппендикулярлы абсцесс.
 - Аппендикулярлы инфильтраттың абсцестелуінен болады.

- **Беткей пальпациялағанда** : бұлшық еттің тартылуы, нақты жергілікті ауру сезімі, спецификалық және перитонеальды симптомдар анықталмайды.
- **Терең пальпациялағанда** : оң жақ мықын аймағында инфильтрат анықталады.
- **Лабораторлы әдістер:**
- **1. Жалпы қан анализі:**
- - Лейкоцитоз, СОЭ жоғарылауы, лейкоцитарлы формуланың солға ығысуы
Инструментальды әдіс :
- **1. Ультрадыбысты зерттеу әдісі.**
- Оң жақ мықын аймағында көлемді сұйықтық анықталады. Анық капсуласы бар қуыста сұйықтықтың деңгейі оның үстіндегі газбен анықталады.
- **2. Іш қуысының шолу рентгенографиясы .**
- **3. Іш қуысының компьютерлік томографиясы .**

Хирургиялық тактика

- 1. Периаппендикулярлы абсцесс дренаждауға абсолютті көрсеткіш болып табылады.
-
- 2. Деструктивті аппендициттің өршуінен болған абсцессте оны ашып, дренаждау көрсетілген.
- 3. Операциядан кейінгі периаппендикулярлы абсцестің клиникасында аз инвазивті технологи – УДЗ немесе КТ бақылауымен іріңдікті пункциялау және дренаждау көрсетілген.

Оперативті араласудың ерекшелігі

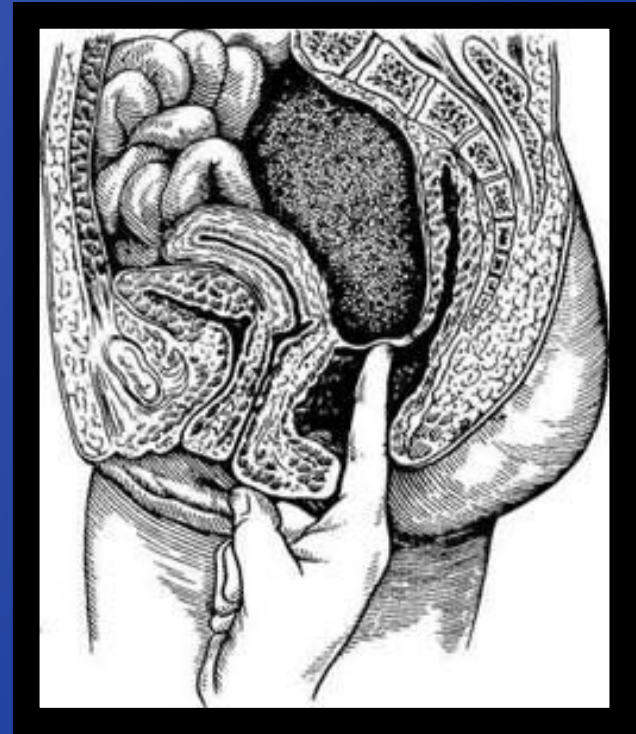
- 1. Кіру.
- Жалпы анестезия арқылы Волкович-Дьяконов тілігін жасап, периаппендикулярлы абсцесті ашады. Іріңдікті ішастардан тыс ашу керек, бос іш қуысында контаминация болмауы үшін.
- 2. Тексеру.
- Іріңді қуысты тауып, ашқаннан кейін, іріңді алып, антисептиктермен санациялайды. Содан кейін аппендэктомияны жасаудың техникалық мүмкіндігін бағалайды.
- 3. Оперативті қабылдау.
- Аппендэктомияны құрт тәрізді өсіндіні нақты көрген кезде жүргізеді. Техникалық қиындықтар болған кезде аппендэктомияны жасамаған дұрыс. Тек сигарлы тампонды (Пенроз дренажы) орнатумен шектеледі.
- 4. Операцияны аяқтау.
- Тампон салуға дейін операциялық жараны көп қабаттап тігеді

Операциядан кейінгі кезең

- Адекватты ауру сезімін басатын препараттар, антибактериальды терапия, инфузионды терапия жүргізіледі.
- Тампонды операциядан кейін 7-8 күні алады.
- Құрт тәрізді өсінді алынбаса науқасқа 3 айдан кейін жоспарлы аппендэктомия ұсынылады.

Жамбастық абсцесс

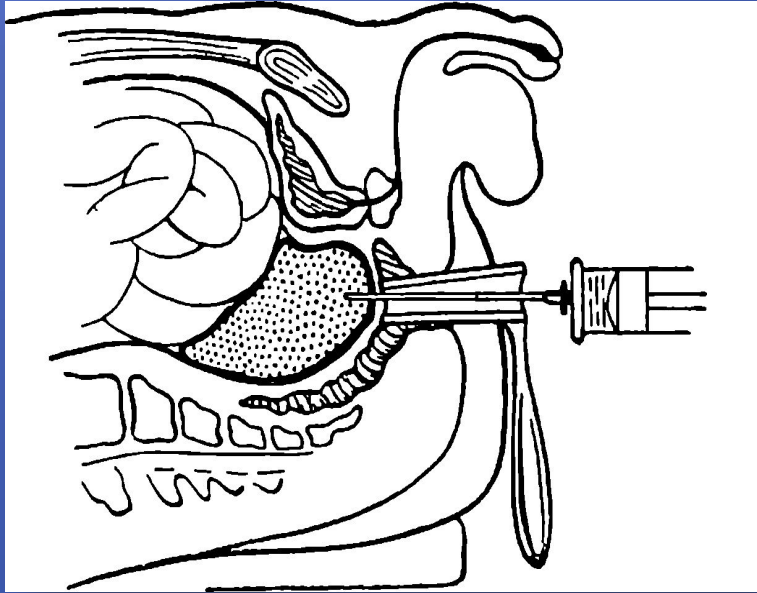
- Операциядан кейінгі асқынуға жатады және іш қуысының толық емес санациясынан қуық-тік ішекте(ер адамда) немесе жатыр-тік ішекте(әйелде) инфицирленген сұйықтықтың қалып қоюынан пайда болады. Операциядан кейін 5-7 тәулікте пайда болады.



КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІГІ

- 1. Іштің төменгі бөлігінде айқын емес ауру сезімі.
- 2. Реактивті проктит белгілері:
 - - Жиіленген ауру сезімді дефекация;
 - - тенезмдер;
 - - нәжісте патологиялық қоспаның болуы (шырыш, қан)
- 3. Дизуриялық бұзылыстар
- Көп мәліметті тексеруге: ректальды және әйелдерде қынапты тексеру жатады.
- Қынаптың артқы қабырғасы немесе тік ішектің алдыңғы қабырғасында аз қозғалмалы, ауру сезімді флюктуациялы ошағы бар инфильтрат анықталады.

Хирургиялық тактика



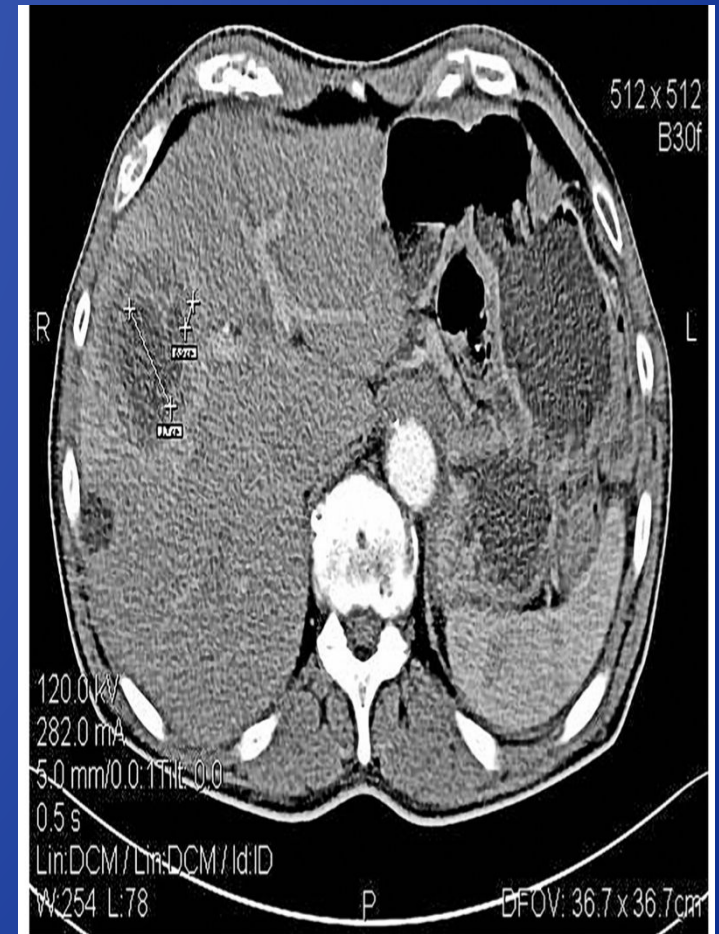
- 1. Абсолютті түрде дренаждау жүргізіледі.
- 2. Абсцесті ашу ішастардан тыс жасалады, әйелдерде – қынаптың артқы күмбезінде, ер адамдарда – тік ішектің алдыңғы қабырғасында жүргізіледі.

Ішек аралық абсцесс

- -ШАРБЫ ҚАТПАРЫ МЕН ЖІҢШКЕ ІШЕКТІҢ АРАЛЫҒЫНДА ПЕРИТОНАЛЬДЫ ЭКСУДАНТ ЖИНАЛУЫ ЕСЕБІНЕН БОЛАДЫ.
- СПЕЦИФИКАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ АНЫҚТАЛМАЙДЫ.
- ГИПО- НЕМЕСЕ МЕЗОГАСТРИЙ АЙМАҒЫНДА ТЫҒЫЗ АЗ ҚОЗҒАЛМАЛЫ ИНФИЛЬТРАТ АНЫҚТАЛАДЫ.
- ІШЕКТІҢ ПАРЕЗІ АНЫҚТАЛАДЫ.

Диагностика

- Лабораторлы әдіс:
- Жалпы қан анализі
- Инструментальды әдіс:
 1. Ультрадыбысты зерттеу әдісі
 2. Іш қуысының шолу рентгеноскопиясы
 3. Іш қуысының компьютерлік томографиясы



Хирургиялық тактика

АБСОЛЮТТИ ОПЕРАТИВТИ АРАЛСУДЫ ҚАЖЕТ ЕТЕДІ.

- **1. КІРУ.**

**БОЛЖАЛЫНҒАН ОШАҚТА ЛАПАРОТОМИЯ
ЖАСАЛАДЫ**

- **2. ТЕКСЕРУ.**

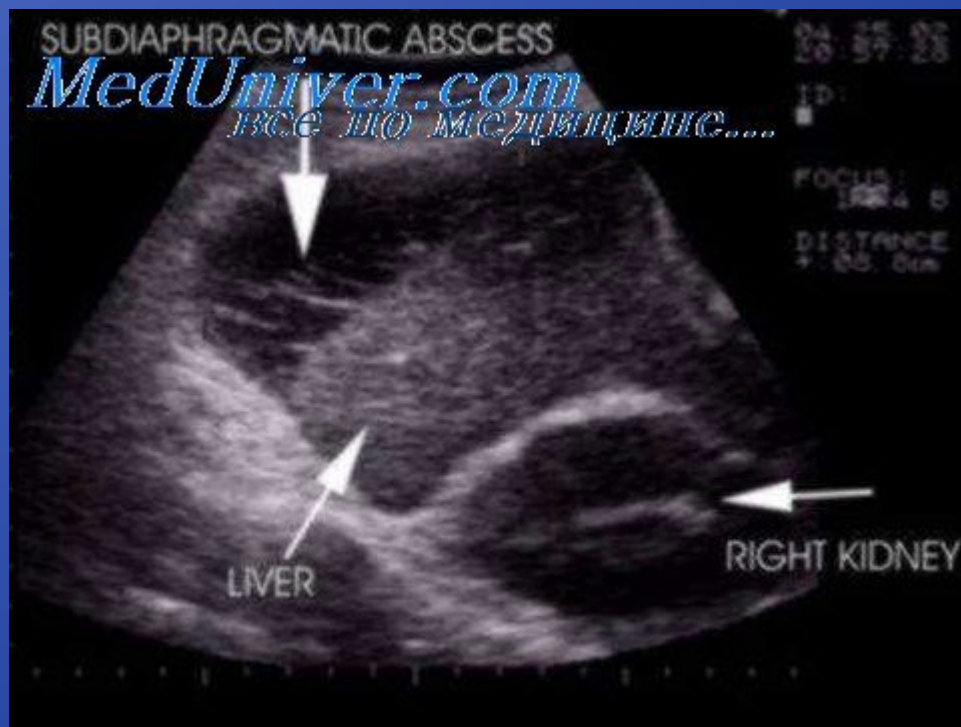
**ЛАПАРОТОМИЯДАН КЕЙІН, ӨТКІР ЕМЕС ЖОЛМЕН
ІРІҢДІКТІ АШЫП, ҚҰРАМЫНДАҒЫ ЗАТТАРДЫ АЛУ**

3. ОПЕРАЦИЯНЫ АЯҚТАУ

- **АБСЦЕСС ҚУЫСЫНА СИГАРЛЫ ТАМПОН
ОРНАТЫЛАДЫ (ПЕНРОЗ ДРЕНАЖЫ). ОПЕРАЦИ
ЯЛЫҚ ЖАРАНЫ ТОМПОНДАУҒА ДЕЙІН ҚАБАТТАП
ТІГЕДІ.**

ДИАФРАГМААСТЫЛЫҚ АБСЦЕСС

- -оң жақ бүйір канал арқылы тараған инфицирленген сұйықтың диафрагмаастында жиналуынан болады



Клиникалық көрінісі

- 1. Ауру синдромы. Терең тыныс алғанда оң жақ қабырға астында және кеуде клеткасының төменгі оң жақ аймағында тұйық ауру сезімі.
- 2. Диспепсия болмайды.
- 3. Плевропульмональды синдром:
 - - Аз өнімді құрғақ жөтел
 - - оң жақ экссудативті плевриттің клиникалық көрінісіпроявления
 - - оң жақ төменгі бөліктік пневмония
- 4. Интоксикация синдромы (гипертермия, ендікпе, тахикардия).
- 5. Кеуде клеткасын тексеру кезінде:
 - Тыныс алу кезінде оң жақ бөлігі қалып отырады.
 - Перкуссиялағанда өкпелік дыбыс қысқарады.
 - Крюков симптомы - оң жақтық артқы және ортаңғы қолтық асты сызығы бойымен 6-8 қабырғааралығының ауру сезімді ісінуі.

ДИАГНОСТИКАСЫ

- Кеуде қуысын міндетті түрде тексеру
- УДЗ
- Іш қуысының шолу рентгенографиясы

Торакальные симптомы

- Иықта ауру сезімі
- Ықылық ату
- Базальды ателектаз
- Плеврит

- Асқынуы:

Кеудеішілік (плеврит, бронхопульмональды тесілу, перикардит)

Іш қуысы ішілік (іш қуысының перфорациясы)

ХИРУРГИЯЛЫҚ ТАКТИКА

- 1. Дренаждауға абсолютті көрсеткіш болып табылады.
- 2. УДЗ немесе КТ бақылауымен іріңдікті пункциялау және дренаждау
- 3. Пункция әдісі тиімсіз болса, онда іріңдікті ашып және дренаждау

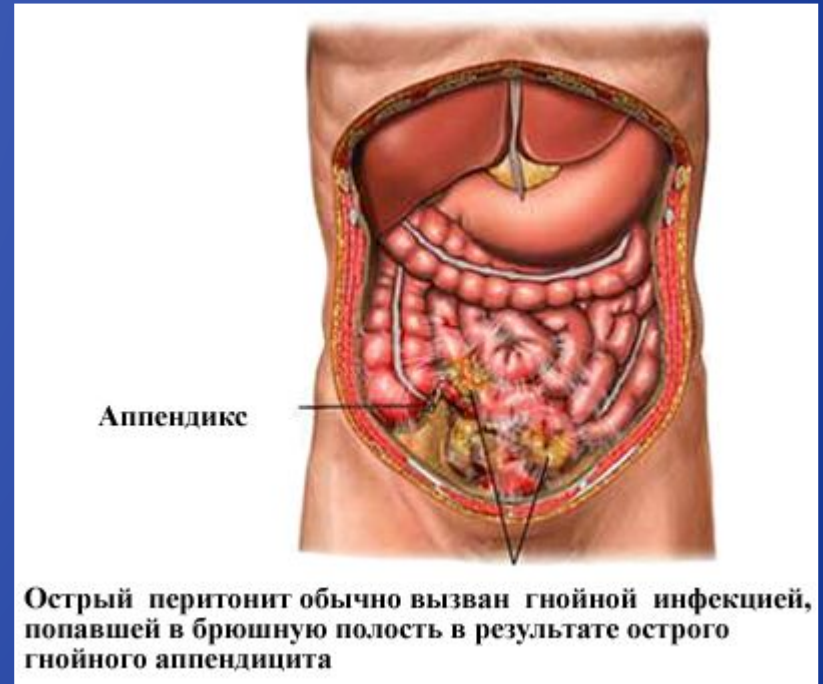
Жайылған іріңді перитонит

- ЕГЕР ІШ ҚУЫСЫН АШҚАН КЕЗДЕ ЖАЙЫЛҒАН ІРІҢДІ ПЕРИТОНИТ АНЫҚТАЛСА, ОНДА ОҢ МЫҚЫН АЙМАҒЫНДА ЖЕРГЛІКТ ОПЕРАЦИЯНЫ ТОҚТАТЫП ОРТАҢҒЫ ЛАПАРОТОМИЯ ЖАСАЛАДЫ.

Кіру жолдары

- А. Торакальды .
- 1 .Трансплевральды:
- - Бірмезеттік - 8 немесе 9 қабырғада жауырын мен артқы қолтықасты сызығы бойымен кеседі.Қабырға – диафрагмальды синуска кіреді. Синусты тығындағаннан кейін , бірінші пункция жасайды, кейін іріңдікті ашады, қуысты антисептикпен санациялағаннан кейін ситарлы тампон мен түтікті дренаж орнатылады.
- - екімезеттік қабырға –диафрагмальды синустың облитерациясы болмағанда жасалады. Қабырғаны резекциялағаннан кейін тампон салады.
- 2. Мельник бойынша плеврадан тыс

- **Б. Абдоминальды кіру:**
- I. Құрсақ қуысынан тыс (Клермон)
- 2. Құрсақ арқылы :
- - бірмезеттік
- - екімезеттік



Пилефлебит

- – ҚАҚПА ВЕНАСЫНЫҢ ҚАБЫНУЫ – СЕПСИС БАУЫР АБСЦЕССИ, КОНСЕРВАТИВТІ ЕМ.
- ЖАЛПЫ ЖАҒДАЙЫ АУЫР, ӨҢ БОЗ, КЕНЕТТЕН ЖАЛПЫ ӘЛСІЗДІК
- ОҢ ЖАҚ ҚАБЫРҒА МЕН ОҢ ЖАҚ ІШ АЙМАҒЫНДА ТҰРАҚТЫ АУРУ СЕЗІМІ
- ЗДЕНЕ ТЕМПЕРАТУРАСЫ 39-40° С, ҚЫЗБА, ТЕРШЕҢДІК
- ПУЛЬС ЖИІ, ӘЛСІЗ
- ІШ ҰЛҒАЙҒАН, ЖҰМСАҚ, СӘЛ АУРУ СЕЗІМДІ, ЩЕТКИН – БЛЮМБЕРГ СИМПТОМЫ ТЕРІС
- БАУЫРДЫҢ ҰЛҒАЮЫ, АУРУ СЕЗІМДІ, ОРТНЕР СИМПТОМЫ ОҢ.
- ЖОҒАРЫ НЕЙТРОФИЛЬДЫ ЛЕЙКОЦИТОЗ ($15-30 \times 10^9$), АНЕМИЯ, ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ
-

Қорытынды

- Сонымен жедел аппендициттің диагностикасы мен емінде ешқандай күдік болмаса да соңғы 50 жыл шамасында аппендициттің асқынуы аз емес, ол өте қауіпті және жиі летальды жағдайға алып келеді. Аппендициттің емі тиімді және оның асқынуларының алдын алу үшін мына жағдайлар есте болу керек: ерте диагностика, ерте госпитализация және ерте операция.

Пайдаланылған әдебиеттер

- <http://kazmedic.kz/archives/28>
- http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/acute-appendicitis
- 1. Хирургические болезни. Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений // Под ред. М.И.Кузина.- М. Медицина . 2006.
- 2. Хирургические болезни. Учебник для студентов медицинских ВУЗов // Под ред. В.С.Савельева и А.И.Кириенко.- М. - Гэотар . 2005.