

“Астана медицина Университеті” АҚ

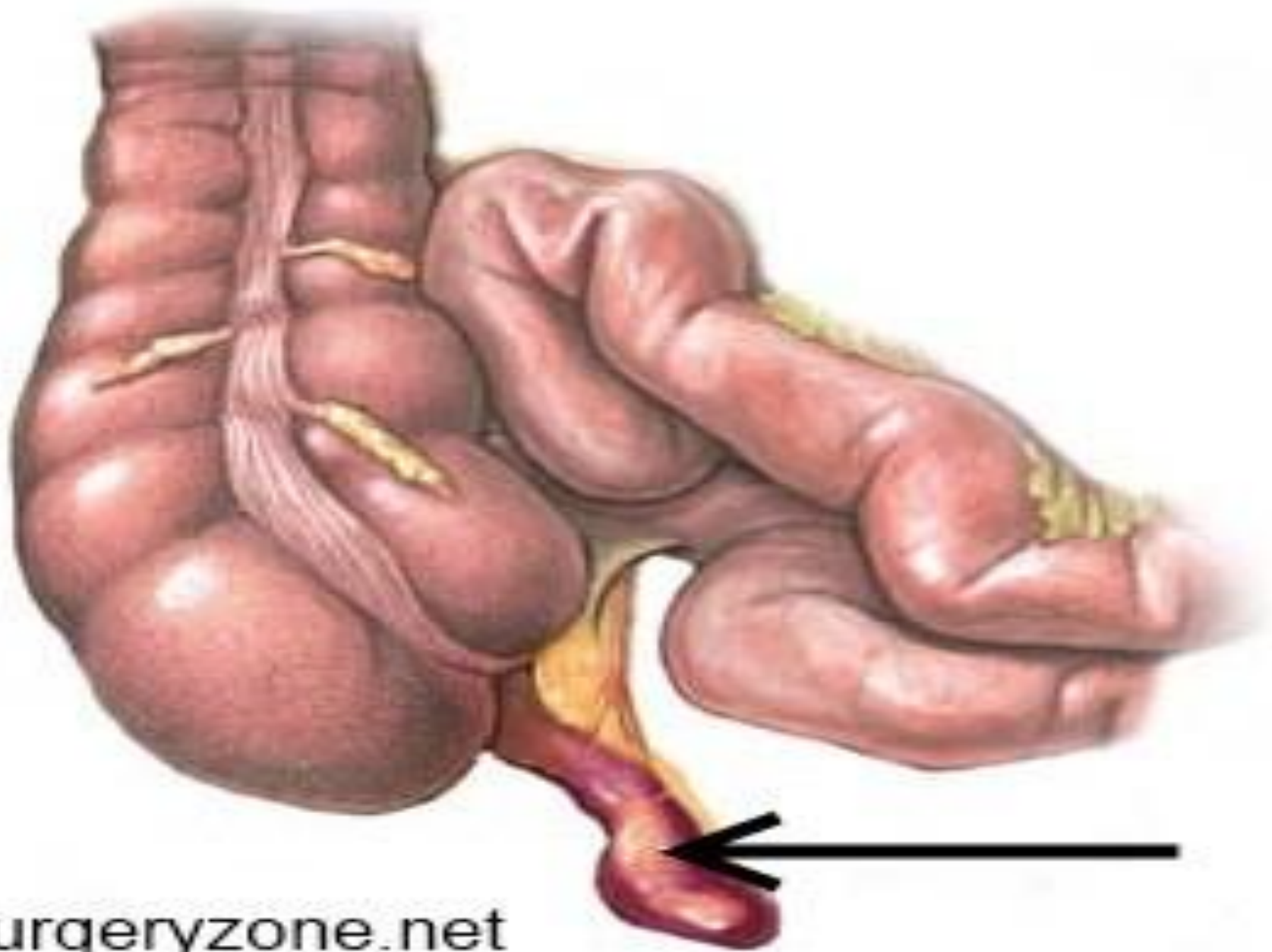
Тақырыбы: Балалардағы жіті аппендицит

орындаған: Балғабай Альмира

523-топ ЖМ



Астана-2017 жыл



surgeryzone.net

Жіті аппендицит –
соқыр ішек

күрттәрізді
өсіндісінің қабынуы.

Жіктемесі:

- 1. Аппендикулярлық шаншу.
- 2. Жіті жай аппендицит (катаралдық).
- 3. Жіті деструктивті аппендицит (флегмоноздық, гангреноздық, перфоративтік).
- 4. Асқынған аппендицит (перитонит, шектелген абсцесстер, аппендикулярлық инфильтрат, бауыр абсцесстері, пилефлебит және т.б.)

Диагностикалық критерилер:

- Балаларда жіті аппендицит көбінесе 5 жастан асқанда дамиды, айқын жалпы және жергілікті симптомдармен, деструктивтік өзгерістердің тез дамуымен, патологиялық үрдістің іш қуысына тез жайылуымен сипатталады. 2-3 жастағы балаларда жіті аппендицит кезінде дене қызуы жоғары болып, қайталанған құсу және іш өту байқалады.
- Жіті аппендицит клиникасы құрттәрізді өсіндінің іш қуысында орналасуына, организмнің реактивтілігіне, аурудың кезеңіне, асқынулардың болу-болмауына байланысты.
- Жіті аппендициттің әдеттегі көрінісі организмнің айқын жергілікті және жалпы реакциясы дамитын оң жақ мықын аймағындағы ауырсыну ұстамасымен сипатталады

Шағымы және анамнез:

- 1. Ауру сезімі кенеттен дамып, бастапқы кезде құрсақүсті аймақта немесе ішке түгел жайылып, динамикада оң жақтық мықын аймақта шектеліп, көбінесе тұрақты сипатта болады.
- 2. Лоқсу - аурудың бастапқы бірнеше сағатында дамиды.
- 3. Құсу - көбінесе бастапқы бірнеше сағатында дамып, бір рет қайталаанады.
- 4. Ауыздың кеберсуі (құрғауы).
- 5. Температуралық реакция - әдетте $37,5-39,0^{\circ}\text{C}$
- 6. Лейкоцитоз - лейкоцитарлық формуланың солға жылжуымен, асқынулар болғанда ЭТЖ жоғарылайды.
- 7. Дене қалпы - науқас оң бүйірінде аяғын ішіне басып жатуға мәжбүр болады.

Физикалық зерттеу

- Іш қуысын зерттегенде негізгі, тән симптомдардың бір қатары анықталады:
- 1. Пальпация кезінде оң жақ мықын аймақта ауырсыну және іштің алдыңғы қабырғасы бұлшықеттерінің кернеуі анықталады.
- 2. Щеткин-Блюмберг симптомы - қолды ішке басып тұрып, тез алған кезде ауырсынудың күшеюі.
- 3. Ситковский симптомы - оң жақ мықын аймақта ауырсынудың науқас сол жақ бүйірінде жатқанда күшеюі.
- 4. Ровзинг симптомы - оң жақ мықын аймақта ауырсынудың сол жақ мықын аймағында пальпация жасағанда тоқ ішектің бойымен газдардың жылжуына байланысты күшеюі.
- 5. Воскресенский симптомы - қолмен қабырғалық жиектен іштің алдыңғы қабырғасымен төмен қарай сипағанда ауру сезімінің пайда болуы.

● Жергілікті симптомдардың пайда болуы құрттәрізді өсіндінің орналасуына байланысты болса, организмнің жалпы реакциясы көбінесе төмендегідей болады:

● 1. Құрттәрізді өсінді ретроцекалдык қалыпта болса - оң жақ мықын аймақта ауырсыну, бұлшықеттердің кернеуі, ішастардың қозуы симптомдары болмауы мүмкін. Оң жақ бел аймақта, белдік үшбұрыш аймағында ауырсыну байқалады (Яуре-Розанов симптомы). Қабыну несеппағар немесе бүйректің тостағаншасына жайылғанда несепте аздаған белок және бірен-саран эритроциттер пайда болады.

● 2. Жамбасастаулық қалыпта - іштің алдыңғы қабырғасы бұлшықеттерінің кернеуі шамалы болады, пальпация кезіндегі ауырсыну әдеттегі қалыптан әлде қайда төмен анықталады және ректалдық зерттегенде айқын анықталады.

● 3. Бүйрекастылық қалыпта - пальпация кезіндегі ауырсыну әдеттегі қалыптан жоғары анықталады, іштің алдыңғы қабырғасы бұлшықеттерінің кернеуі болмауы да мүмкін.

● Бала мазасыз болса, ерте жастағы балаларда медициналық қарап-тексеруді дәрі-дәрмектік ұйқы жағдайында жүргізу тиімді.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- 1. Қанды жалпы талдау.
- 2. Несепті жалпы талдау.
- 3. Қан тобы, резус-фактор.
- Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:
- Іш қуысы мен кіші жамбасастын УДЗ - іш қуысы, кіші жамбасастауы, ішастардан тыс жатқан ағзалардың зақымдалуын анықтау үшін.
- Қандағы қант мөлшерін анықтау - жіті панкреатит пен қантты диабетпен дифференциалды диагностика жүргізу үшін.
- Қан диастазасын анықтау - жіті панкреатитпен дифференциалды диагностика жүргізу үшін.
- Диагностикалық лапароскопия - диагнозды қою үшін.

Дифференциалды диагноз

Бүйректік шаншу - ауырсыну толғақтәрізді, науқастар мазасыз, Пастернацкий симптомы оң, құсу қайталануы мүмкін, метеоризм, дизуриялық бұзылыстар, несепті талдағанда белок, формалық элементтер, тұздар анықталады. Ультрадыбыстық зерттеудің диагностикалық маңызы бар.

Кіші жамбасастауының патологиясы (жатыр қосалқыларының қабынуы, пельвиоперитонит) - ауырсыну қасағаның үстінде орналасады, ауру біртіндеп дамиды, ішастардың қозу симптомдары онша айқын емес немесе болмауы да мүмкін. Диагностика мақсатында мұқият анамнез жиналып, ультрадыбыстық, ректалдық зерттеулер өткізіледі.

Пневмония - сыртқы тыныстың бұзылыстары (ентігу, цианоз) тән, өкпеде клиникалық және рентгенологиялық өзгерістер.

Жіті инфекциялық аурулар - жергілікті симптомдар айқын емес, іштің алдыңғы қабырғасы бұлшықеттері кернеуі жоқ, Щеткин-Блюмберг симптомы теріс, жалпы интоксикация симптомдары басым беріледі.

● Шенлей-Генох симптомы - диагноз анамнез мәліметтерін, организмнің жалпы қабыну реакциясының және жергілікті симптомдардың болмауына негізделеді.

● Күрттық инвазия - іш түгел ауырады, ауырсынулар көбінесе толғақтәрізді, дене қызуы қалыпты. Лейкоцитоз және ішастардың қозуы симптомдары болмайды.

● Жімі илеит (Крон ауруы) - айырмашылығы тенезмдердің болуы, іш өту және сұйық нәжісте шырыш пен қан болуы.

● Жімі панкреатит - қайталанатын құсу, жалпы интоксикация симптомдарының үдеуі, метеоризм, іштің жоғарғы жартысындағы ауру сезімі, қан мен несепте диастаза жоғарылауы тән.

● Жімі аппендицит диагнозымен түскен науқасты зерттеу 3-4 сағаттан аспау керек.

● Диагностикалық ауыр жағдайларда диагнозды толық жоққа шығаруға мүмкіндік болмаса (перитонеалдық симптомдар бар, науқастың жалпы жағдайы күрт нашарлауда) диагностикалық лапароскопия жасалады (ал, егер эндоскопиялық құрал-саймандар болмаса - диагностикалық лапаротомия).

Емдеу тактикасы

- Аппендикулярлық инфилтрат болып, онда абсцесстену және перитонеалдық көріністер болмаса консервативтік ем жүргізіледі. Бұл науқастарда оперативтік ем абсцесстену және перитонеалдық көріністер болғанда ғана тағайындалады.
- Оперативтік жету жолы: Волкович-Дьяконов бойынша тілік арқылы лапаротомия.
Аппендэктомия: кистеттік тәсілмен

- Соқыр ішекті іш қуысынан шығару мүмкін болмағанда тек құрттәрізді өсіндіні шығарып, аппенэктомияны антеградты түрде орындайды.
- Құрттәрізді өсінді іш қуысынан еркін шықпаса, ретроградтық аппендэктомия орындауға болады.
- Құрттәрізді өсінді қоршап жатқан тіндермен бітісіп кеткенде немесе тығыз қабынулық инфильтрат пайда болғанда, құрттырәзді өсіндіні субсероздық жолмен жартылай алып тастап, іш қуысында тампон қалдырады.
- Жай және флегмоноздық аппендицит кезінде іш қуысында ірің болмаса оны толық жауып тігеді.

- Флегмоноздық және гангреноздық аппендицит кезінде іріңдік экссудат көп мөлшерде болса, оны алып тастағаннан кейін іш қуысын тазалап, дренаж қалдырады. Операциядан кейінгі жарада резиналық тілік қалдырып дренажды жүзеге асырады.
- Перворативтік және гангреноздық аппендицит кезінде ихороздық бөлінді және шіру дамығанда іш қуысын 2 немесе 3 қабатпен дренаждайды.
- Егер құрттәрізді өсінді тұқылының перитонизациясының беріктігі күдік туғызса, соқыр ішек қабынып, тігістердің ажырап кетуі ықтимал болғанда, құрттәрізді өсіндінің орнындағы қан ағу толық тоқтамаса, аппендикулярлық абсцессті ашқан кезде іш қуысын тампондау жүргізіледі

- Егер операция кезінде оған дейін анықталмаған аппендикулярлық инфилтрат анықталса, абсцесстену және іріңдік экссудат болмаса, іш қуысына антибиотиктер енгізумен шектелу қажет. Аппендэктомияны инфилтрат жойылғаннан кейін орындайды.
- Егер құрттырізді өсінді қоршаған тіндермен жартылай бітіссе, гемостазды мұқият жүргізіп, іш қуысында дренаж қалдыру қажет.
- Аппендикулярлық инфилтрат пен іріңдік бөлінді болған жағдайда, іш қуысын тазалау, антибиотиктер енгізу, іш қуысын дренаждау көрсетілген.
- Операция кезінде анықталған инфилтраттың абсцесстенуінде инфилтратты қоршаған тіндерден шектеп, абсцессті ашып, іріңдік қуысын тазалап дренаждау қажет.

● *Әрі қарай жүргізу: амбулаторлық жағдайда операциядан кейінгі реабилитация жүргізу.*

● Негізгі дәрілік заттардың тізімі:

- 1. *Цефуроксим инъекцияға арналған ерітіндіні дайындауға арналған ұнтақ флаконда 750 мг, 1.5 гр
- 2. *Цефтазидим инъекцияға арналған ерітіндіні дайындауға арналған ұнтақ флаконда 500 мг, 1 гр, 2 г
- 3. Цефтриаксон 50-100 мг\кг\тәул. x 1 рет т/і
- 4. Кеторолак 30 мг x3 р,т/і,в/м
- 5. Бір реттік шприцтер 5,0
- 6. Марля
- 7. Лейкопластырь
- 8. Этил спирті 70%
- 9. Бриллиант көгі, спирттік ерітінді 1%

Қосымша дәрілік заттардың тізімі:

1. Амикацин 500 мг x 2 раза т/і, б/і
2. Метронидазол 0,5% 100 мл

Операцияны анестезиологиялық қамтамасыз ету үшін қолданылады

Премедикация

- Димедрол (дифенгидрамин) 1% - 1,0 мл
- Атропин сульфаты 0,1% -1 мл

Анестетиктер

Негізгі тізім:

- Диазепам 10 мг/2 мл
- Фентанил 0,005% -2 мл
- Кетамин 500 мг - 10 мл
- Фторотан ерітінді флаконда 250 мл

Қосымша тізім:

- Натрий оксибутираты 20% -10,0 мл
- Пропофол 10 мг/1 мл
- Дормикум 15 мг/3 мл
- Преднизолон 30 мг/1 мл
- Листенон 100 мг\5 мл

- **Құрал-сайман, аппаратура, түрлі материалдар :**
- Оттегі
- Интубациялық түтік
- Ларингоскоп
- Монитор (инвазивтік және инвазивтік емес қысымның, ЭКГ, сатурация, температура)
- Наркоздық-тыныстық аппарат
- Электродтар
- Көмей мен ауыз қуысынан сору үшін катетерлер
- Орталық венаны катетерлеу үшін жинақ
- Веналық катетер
- Несептік катетер
- Инфузияға арналған жүйе
- Бір реттік шприцтер
- Лейкопластырь
- Асқазандық зонд

