

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIIY TA'LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

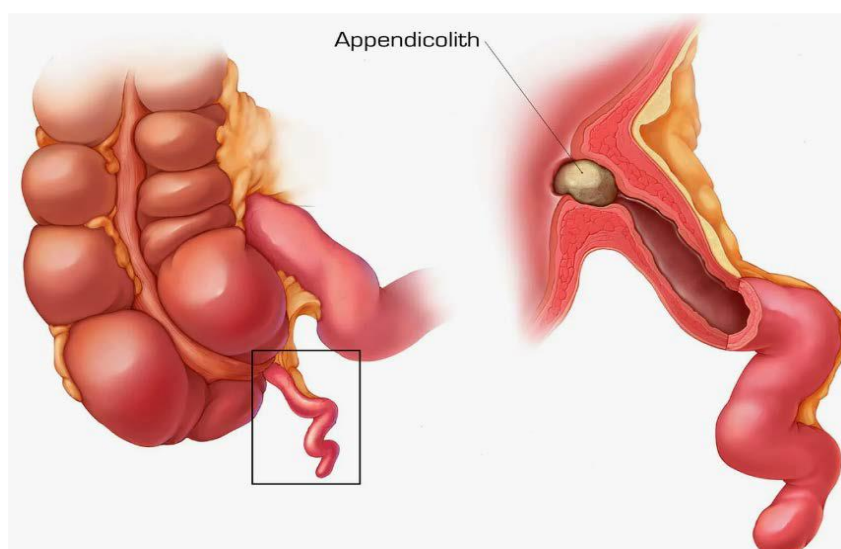
**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

**ANDIJON DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI**

Xodjimatonov Gulomidin Minhodjiyevich

“O'TKIR APPENDITSIT”

MONOGRAFIYA



Andijon- 2025

UO'K:

KBK:

MUALLIF:

Xodjimatov G.M. - Tibbiyot fanlari doktori, professor, vrachlar malakasini oshirish va qayta tayyorlash fakulteti umumiy xirurgiya, endoxirurgiya, anesteziologiya-reanimatologiya va otorinolaringologiya kafedrası mudiri

TAQRIZCHILAR:

Rayimov G'.N. Tibbiyot fanlari doktori, professor, Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti fakultet va gospital jarrohlik kafedrası

Kosimov A.L. Tibbiyot fanlari doktori, professor, ADTI jarrohlik kasalliklari kafedrası professori

O'tkir appenditsit - bu jarrohlikda eng ko'p tarqalgan, shifoxonalarda shoshilinch jarrohlik yordamini ko'rsatilishi zarur bo'lgan kasallikdir. O'tkir appenditsit yangi boshlanuvchi shifokorlar ham, tajribali jarrohlar uchun ham muammolar tug'dirishi mumkin. Zamonaviy texnologiyalardan foydalanish, shubhasiz, o'tkir appenditsit bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalariga ijobiy ta'sir ko'rsatdi. Ammo muammolar to'liq hal qilinmagan. Ushbu ish 40 yildan ortiq vaqt davomida o'tkir appenditsit bilan og'rigan bemorlarni diagnostika qilish va jarrohlik davolash tajribasini aks ettiradi, bu esa bemorlarni boshqarish taktikasining umumiy tamoyillarini shakllantirish imkonini berdi. Umid qilamizki, monografiya keng doiradagi shifokorlar va, albatta, jarrohlar, ayniqsa, kasbiy faoliyatini boshlaganlar uchun foydali bo'ladi.

Monografiya xirurg-kursantlar, magistrlar va tibbiyot instituti yuqori kurs talabalari uchun mo'ljallangan.

Monografiya Andijon davlat tibbiyot instituti Ekspert kengashi tomonidan 2025-yil ____da ____-son bayon bilan tasdiqlangan va nashrga tavsiya etilgan

ADTI Ekspert kengash kotibi

t.f.d., dotsent:

G.N. Mamatxujayeva

Mundarija

Kirish.....	4
I BOB. O'TKIR APPENDITSIT	
1.1. Anatomik xususiyatlari.....	5
1.2. Etiologiyasi va patogenezi.....	10
1.3. O'tkir appenditsit klassifikatsiyasi.....	13
1.4. Morfologik o'zgarishlari.....	15
1.5. O'tkir appenditsitning klinikasi.....	19
1.5.1. Chuvalchangsimon o'simtaning joylashuviga qarab klinik belgilarining o'zgarishi.....	28
1.5.2. Bolalarda o'tkir appenditsit klinik kursning xususiyatlari.....	32
1.5.3. Keksa va qariyalarda o'tkir appenditsit klinik kechishining xususiyatlari.....	33
1.5.4. Homilador ayollarda o'tkir appenditsitning klinik kechish xususiyatlari	34
1.6. Diagnostika usullari.....	37
1.6.1 Laboratoriya diagnostikasi usullari.....	37
1.6.2. Instrumental diagnostika usullari.....	38
1.6.3. Ultratovush tekshiruvi.....	40
1.6.4. Kompyuter tomografiyasi.....	41
1.6.5. O'tkir appenditsit differensial diagnostiksi.....	44
II BOB. O'TKIR APPENDITSITNI DAVOLASH	
2.1. O'tkir appenditsitni davolash taktikasi.....	50
2.2 Jarrohlik usullari.....	50
2.3. Operatsiyadan keyingi davr.....	75
III BOB. O'TKIR APPENDITSITNING ASORATLARI	
3.1. O'tkir appenditsitning asoratlari.....	76
3.2. Appendikal infiltrat.....	76
3.3. Appendikulyar infiltratlarning klassifikatsiyasi.....	77
3.4. Pileflebit.....	79
3.5. Retroperitoneal flegmona.....	80
3.6. Periappendikal absess.....	81
3.7. Ichak absessi.....	82
3.7.1. Subfragmal absess.....	82
3.7.2. Pelvik absessi.....	83
3.8. O'tkir appenditsitning asoratlarini davolash.....	84
Prognoz.....	86
Xulosa.....	87
Adabiyot.....	88

KIRISH

O'tkir appenditsit - ko'richakning vermiform appendiksining o'tkir yallig'lanish-nekrotik kasalligi bo'lib, appendiks bo'shlig'ida yashovchi mikroflora (fakultativ va obligat anaeroblar) ishtirokida yuzaga keladi.

Surunkali appenditsit appenditsitning kam uchraydigan shakli bo'lib, o'tkir appenditsitdan so'ng rivojlanadi, infiltratsiya bilan asoratlanadi va appenditsit devoridagi sklerotik va atrofik o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Ba'zi tadqiqotchilar birlamchi surunkali appenditsitning (ilgari o'tkir bo'lmagan) rivojlanishiga imkon beradi, ammo ayni paytda ko'plab mualliflar surunkali appenditsit mavjudligini istisno qiladilar.

O'tkir appenditsit - ko'richak o'simtasining o'tkir yallig'lanishi. O'tkir appenditsit bilan kasallanish 1000 aholiga 5-6 kishini tashkil qiladi. Ushbu patologiya ko'pincha 20 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan ayollarda erkaklarga qaraganda 1,5-2 marta tez-tez uchraydi. O'lim darajasi 0,2-0,4%, operatsiyadan keyingi asoratlarning miqdori 5-9% ni tashkil qilmoqda.

I BOB. O'TKIR APPENDITSIT

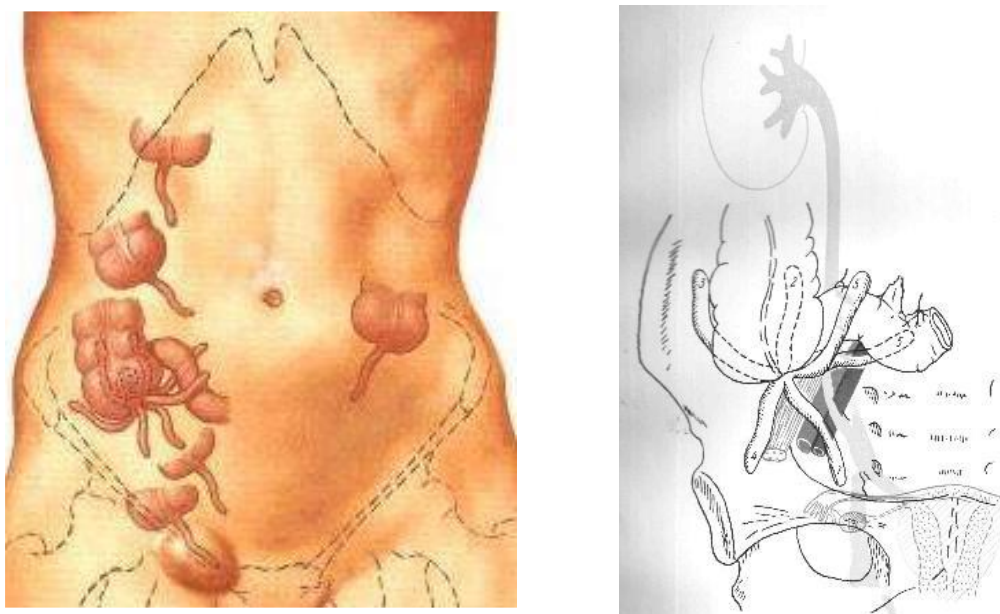
1.1. ANATOMIK XUSUSIYATLARI

Vermiform appendiks o'ng yonbosh sohada ko'richak gumbazi sohasida joylashgan. Uning asosi ingichka ichakning ko'r ichakka tutashgan joyidan 2,5-3,5 sm pastda joylashgan.

Jarayonning uzunligi o'rtacha 8 sm ni tashkil qiladi, ammo 2% hollarda u 3 sm gacha kamayishi mumkin.

Chuvalchangsimon o'simtaning yo'qligi juda kam uchraydi.

Uning qorin bo'shlig'idagi holati ko'richakning holatiga bog'liq va subhepatik bo'shliqdan kichik tos suyagigacha o'zgarishi mumkin (1-rasm).



1-rasm. Ko'richak va appendiksning joylashuvi variantlari

Ko'pincha appendiks tushuvchi pozitsiyani egallaydi, lekin u lateral yoki medial pozitsiyani egallashi mumkin.

Aksariyat hollarda u qorin parda bilan qoplangan, xuddi uning tutqichi kabi, ammo retroperitoneal joylashuv holatlari mavjud.

Chuvalchangsimon o'simtaning devori ko'richak devori bilan bir xil tuzilishga ega.

Shilliq va shilliq qavatlar limfoid to'qimalarga juda boy bo'lib, bu uni "ichak bodomsimon" deb hisoblash va uning limfopoez va immunogenezda ishtirok etishini taxmin qilish imkonini beradi.

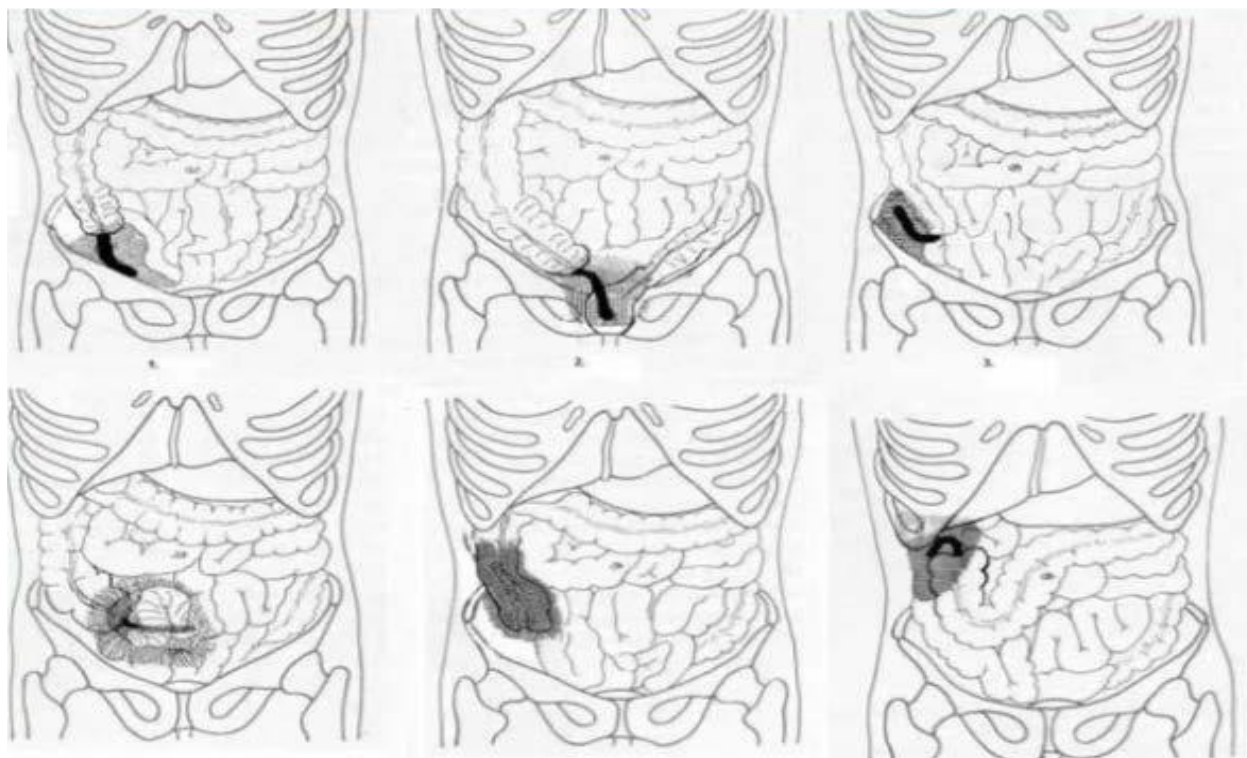
Vermiform appendiks embrion rivojlanishining oltinchi haftasida hosil bo'ladi va ko'richak bilan birga 2-3 bel umurtqalari darajasida joylashgan, ya'ni. jinsiy bezlar bilan bir xil darajada. Pastga tushirilgandan keyin vermiform appendiksning o'ng tuxumdon bilan aloqasi lig shaklida saqlanadi. appendiculo-ovarica (lig. Clado), unda appendiksning arterial tizimini tuxumdon tomirlari bilan bog'laydigan kichik arteriya mavjud.

Homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda appendiks konusning shakliga ega, keyinchalik silindrsimon shaklga ega bo'ladi. Uning uzunligi 1-1,5 sm dan 20-25 sm gacha (o'rtacha 7-8 sm) o'zgarib turadi. Vermiform appendiksning qalinligi 5-8 mm. Jarayonning asosi taenia libera oxirida, yonbosh ichakning quyilishidan 2-3 sm pastda joylashgan. Jarayonning asosi doimo bir joyda - ko'richak gumbazida yo'g'on ichakning barcha mushak tasmasi qo'shilish nuqtasida joylashgan.

Chualchangsimon o'simtaning joylashishi har xil bo'lishi mumkin, bu appenditsitning klinik ko'rinishining xususiyatlarini aniqlaydi. Jarayonning ko'richak gumbazidan medial tomonda anteromedial joylashishi odatiy holdir.

Ontogenetik rivojlanish xususiyatlari, konstitutsiyaviy va jinsiy farqlar bilan bog'liq jarayonning lokalizatsiyasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

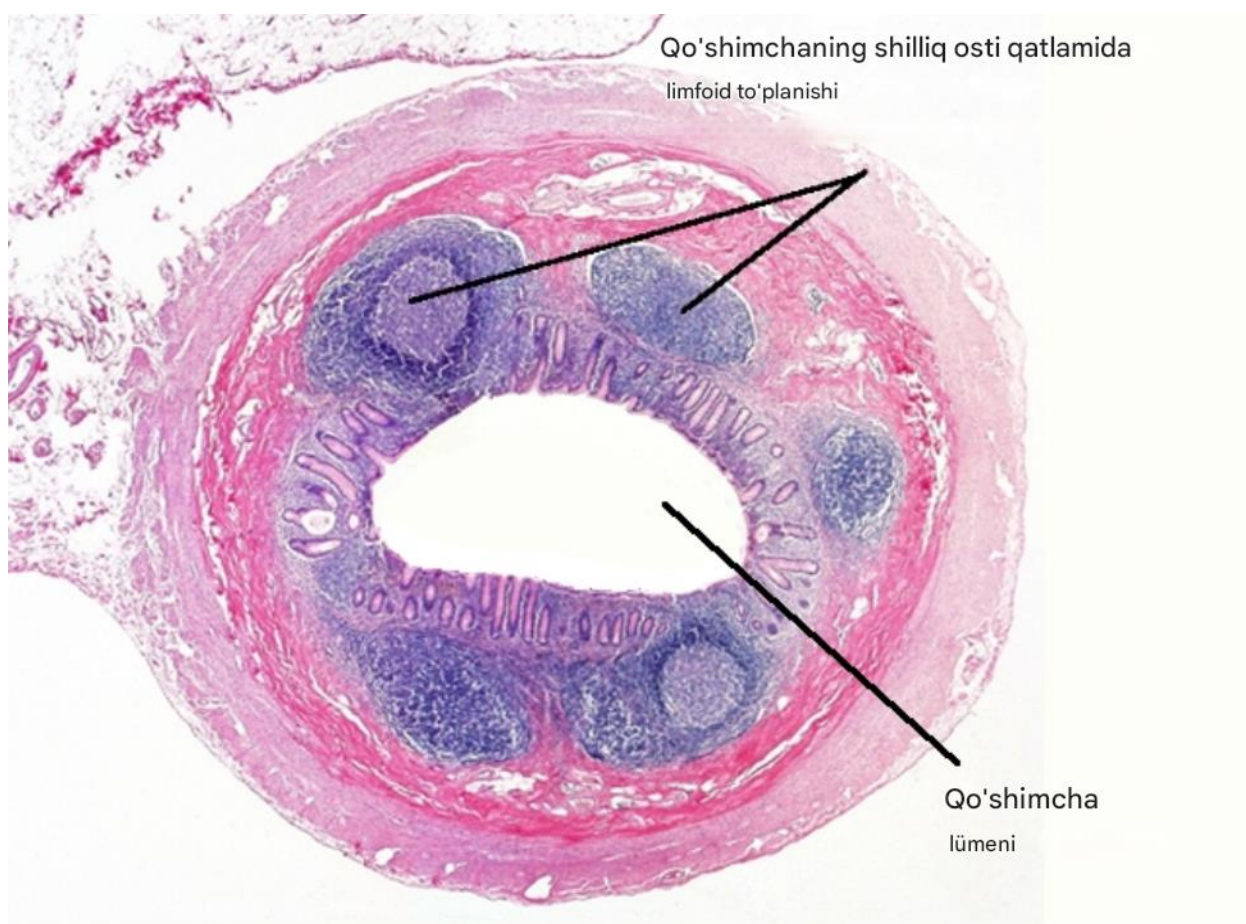
1. Oddiy
2. Tos bo'shlig'i
3. Retrocekal
4. Retroperitoneal
5. Retrotsekal-retroperitoneal
6. Subhepatik.



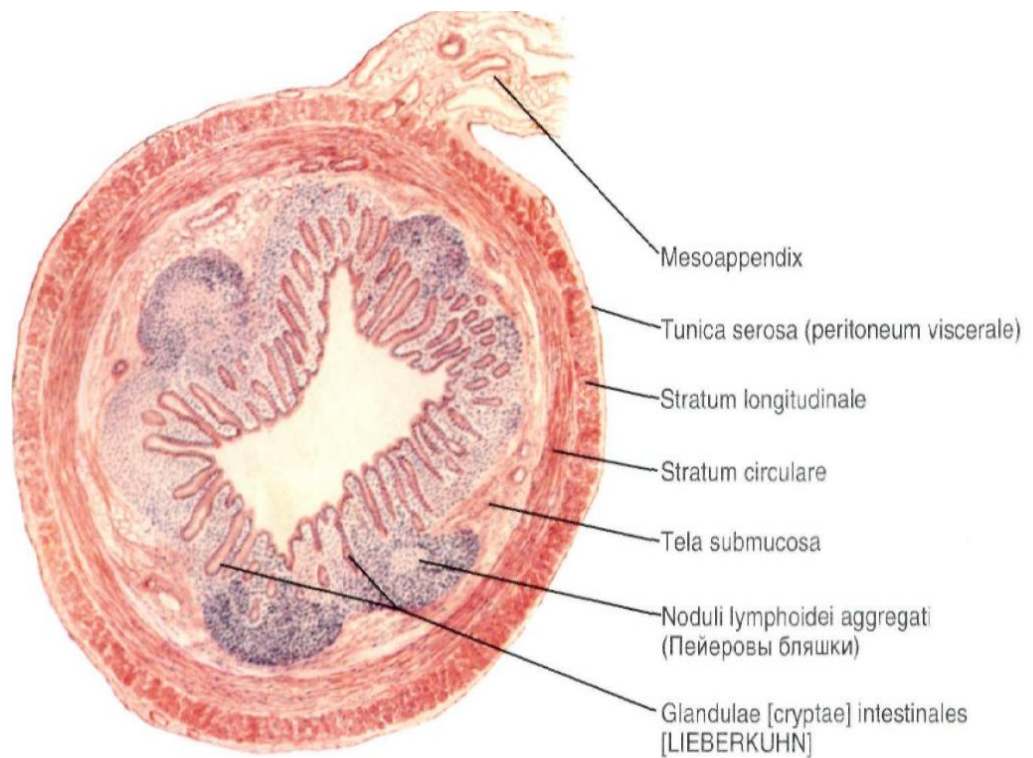
2-rasm. – Chualchangsimon o'simtaning joylashuv variantlari

Chuvalchangsimon o'simtaning o'ziga xos tutqichi bor, ichak tutqichining orqa tomonidan (chap) cho'zilgan. Embriionlarda uzoq bo'lgan jarayonning tutqichlari keyinchalik o'sishdan orqada qoladi, bu jarayonda burmalarni keltirib chiqaradi.

Jarayonning shilliq qavati bir xil yuqori prizmatik epiteliy bilan qoplangan va serotonin ishlab chiqaradigan Kulchitskiy hujayralari mavjud bo'lgan chuqur kriptlarni hosil qiladi. Shilliq qavat shilliq qavatning yupqa mushak qatlami bilan submukozal qatlamlardan ajratiladi. Submukozal qatlam mushak qavatining mushaklararo bo'shliqlariga kirib boradigan o'zaro bog'langan kollagen va elastik tolalardan iborat. Uzlaksiz nay shaklida o'tadigan vermiform tashqi qatlamning mushak qavati va halqasimon qatlam. Jarayonning tagida tashqi qatlam ko'richakning lentarlari bilan birlashib, to'rtta to'plamga bo'linishni boshlaydi. Limfatik follikullar submukozal qatlamda joylashgan bo'lib, bolaning hayotining birinchi yilida paydo bo'ladi. Kattalardagi follikullarning umumiy soni 1200-1500 ga etadi, ularning o'lchamlari 0,5-1,5 mm.

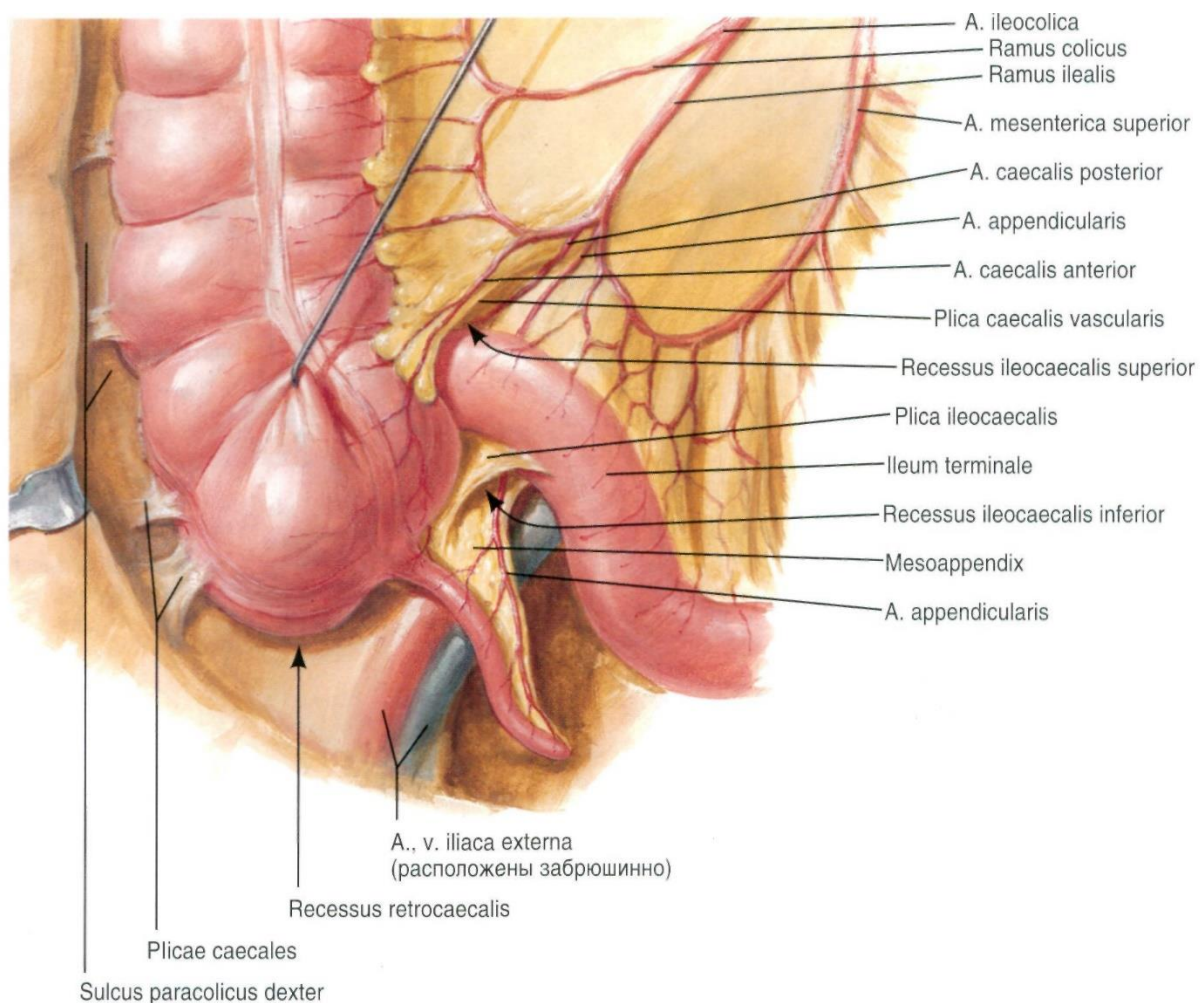


3- rasm. Appenditsit (*appendix vermiformis*)ni gistologik tasviri



4- rasm. Appenditsit (*appendix vermiformis*)ning gistologik tasviri

Chuvalchangsimon o'simtani qon bilan ta'minlash yuqori tutqich arteriyasi - a.mesenterica superior tizimidan amalga oshiriladi, undan ileokolik arteriya - a.ileocolica chiqib ketadi, bu esa o'z navbatida asosiy oziqlantiruvchi magistralni - a. .appendicularis, appendiksning tutqichida bitta , kamroq tez-tez - ikkita tomir shaklida o'tadi.



5-rasm. Ileotsekal birikma va appendiksning arterial qon bilan ta'minlanishi

Vena chiqishi bir xil nomdagi tomirlar orqali teskari tartibda sodir bo'ladi: v.appendicularis – v.ileocolika – v.mesenterica superior – v.portae. Bu juda muhim nuqta, chunki bu o'tkir destruktiv appenditsitda pileflebit va jigar absesslarining paydo bo'lish yo'lidir.

Limfa drenaji ileotsekal burchakning limfa tugunlarida va ingichka ichak tutqichlari ildizining limfa tugunlarida paydo bo'ladi. Vermiform appendiksda tos a'zolari bilan umumiy limfa drenaj kollektorlari mavjud.

Jarayonning innervatsiyasi yuqori tutqich pleksusining shoxlari va “quyosh chigali” tomonidan amalga oshiriladi.

1.2. ETIOLOGIYASI VA PATOGENEZI

Kasallikning sabablarini ko'rsatadigan ko'p sonli nazariyalarning mavjudligi sabablar to'liq aniq emasligini ko'rsatadi.

Mexanik nazariya, o'tkir appenditsit rivojlanishining asosiy sababi, uning lümenini mexanik obturatsiya fonida appendiksning ichak florasining faollashishi deb hisoblaydi. Chuvalchangsimon o'simtalar bo'shlig'ining obstruksiyasi najasli toshlar (35% hollarda) va limfoid follikullarning giperplaziyasi tufayli yuzaga keladi. Koprolitlar, ko'pincha lümenning obstruksiyasiga olib keladi, deyarli 100% appenditsit empiyasi, gangrenoz va gangrenoz-teshilgan appenditsit sabab bo'ladi.

Kamroq, begona jism, o'sma yoki parazit tomonidan obstruksiya sodir bo'ladi. OIV bilan kasallangan bemorlarda appendiks lümeninin tiqilib qolishi Kaposi sarkomasi va limfoma (Xodgkin va non-Xodgkin) sabab bo'lishi mumkin. Ba'zi tashqi omillar, shuningdek, qorin bo'shlig'i a'zolarining turli surunkali kasalliklari (kolit, xoletsistit, enterit, adneksit, perifilit, qorin bo'shlig'ining yopishqoq kasalligi va boshqalar) tufayli appendiksning tsikatriyal bitishmalar bilan egilishi kabi appendiks lümeninin obstruksiyasiga olib kelishi mumkin.). Gelmintlar, yutilgan begona jismlar (uzum urug'lari, baliqlar, qushlar va boshqa mayda suyaklar, kungaboqar qobig'i, hatto tish tojlari va boshqa kichik qattiq narsalar) appendiksning obstruksiyasining kazuistik sabablari deb hisoblanishi mumkin.

Lümenning obstruksiyasi chuvalchangsimon o'simtalar bo'shlig'ida shilliq qavatning to'planishiga va mikroorganizmlarning haddan tashqari rivojlanishiga olib keladi, bu shilliq qavat va pastki qatlamlarning yallig'lanishiga, qon tomirlari tromboziga va appendiks devorining nekroziga sabab bo'ladi. Bir necha soat davomida intraluminal bosimning oshishi intraorgan venalarining siqilishiga, venoz va limfa chiqishining buzilishiga, organ devorining shishishiga va uning lümenine transsudatning kirib borishiga olib keladi, bu esa o'tkir yallig'lanish va nekrozga olib keladi. Vistseral qorin parda bu jarayonda juda tez ishtirok etadi;

Ushbu davrda qorin old devorining mushaklarining qarshiligi o'ng yonbosh mintaqasida paydo bo'ladi, bu faqat yuzaki palpatsiya bilan aniqlanishi mumkin.

Nekroz intraluminal mikroflora (yo'g'on ichak mikroflorasi eng xilma-xil (500 ga yaqin bakteriya va zamburug'lar)) va ko'p (har bir grammda 10 milliondan ortiq mikrob tanasi) bilan yuqori darajada infeksiyalanadi, shuning uchun appendiksning shikastlangan devorini bakterial yo'q qilish jarayoni tez bo'ladi, ko'pincha transmural nekrozning rivojlanishi 12 soatdan kamroq vaqtni oladi. Chuvalchangsimon o'simtada kolibaksillar hidli qalin oq-pushti yiring mavjud bo'lib, bu jarayon ayniqsa bolalarda tez rivojlanadi.

O'tkir appenditsitning boshqa, hatto kam uchraydigan sabablari ham bo'lishi mumkin, masalan, appenditsit o'smalari (karsinoid eng keng tarqalgan).

Ba'zi statistik ma'lumotlarga ko'ra, keyinchalik o'tkir appenditsitni rivojlantirgan bemorlar ich qotishi bilan ajralib turadi. Vermiform appendiksning koprolitlari najas tarkibi yo'g'on ichakning o'ng qismlarida saqlanib qolganda, ichak tarkibining o'tish vaqtining ko'payishi bilan yuzaga keladi.

O'tkir appenditsitning paydo bo'lishi ratsiondagi o'simlik tolasining past miqdori bilan bog'liqligi haqida dalillar mavjud, bu ichak motorikasini rag'batlantiradi, laksatif ta'sirga ega va ichak tarkibining o'tish vaqtini kamaytiradi.

Yuqumlilik nazariyasi tarafdorlari ayrim yuqumli kasalliklar, masalan, tif, yersinioz, sil, parazitlar infeksiyalar, amyobiazlar mustaqil ravishda appenditsitni keltirib chiqaradi, deb hisoblashadi. OIV bilan kasallangan, immunitet tanqisligi og'ir bo'lgan bemorlarda o'tkir appenditsit sitomegalovirus, *Mycobacterium tuberculosis* va *Entamoeba histolytica* sabab bo'lishi mumkin.

Biroq, appenditsit uchun o'ziga xos flora hali aniqlanmagan.

Biroq, mahalliy va tizimli yuqumli va yallig'lanish jarayonlarining paydo bo'lishida yo'g'on ichak disbiyozining roliga bag'ishlangan zamonaviy tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, dysbioz mikroflora muvozanatini buzish va organizmdagi immunitet jarayonlarini buzish orqali rivojlanishiga olib kelishi mumkin. chuvalchangsimon o'simtada o'tkir yallig'lanish jarayoni.

Qon tomir nazariyasi tarafdorlari tizimli vaskulitni o'tkir appenditsitning sabablaridan biri deb hisoblashadi.

Endokrin nazariyani qo'llab-quvvatlovchilar, appendiksning shilliq qavatida yallig'lanish vositachisi bo'lgan serotonin gormonini chiqaradigan APUD tizimining ko'plab EK hujayralari mavjudligini va bu ma'lum sharoitlarda appenditsitga olib kelishi mumkinligini ta'kidlaydilar.

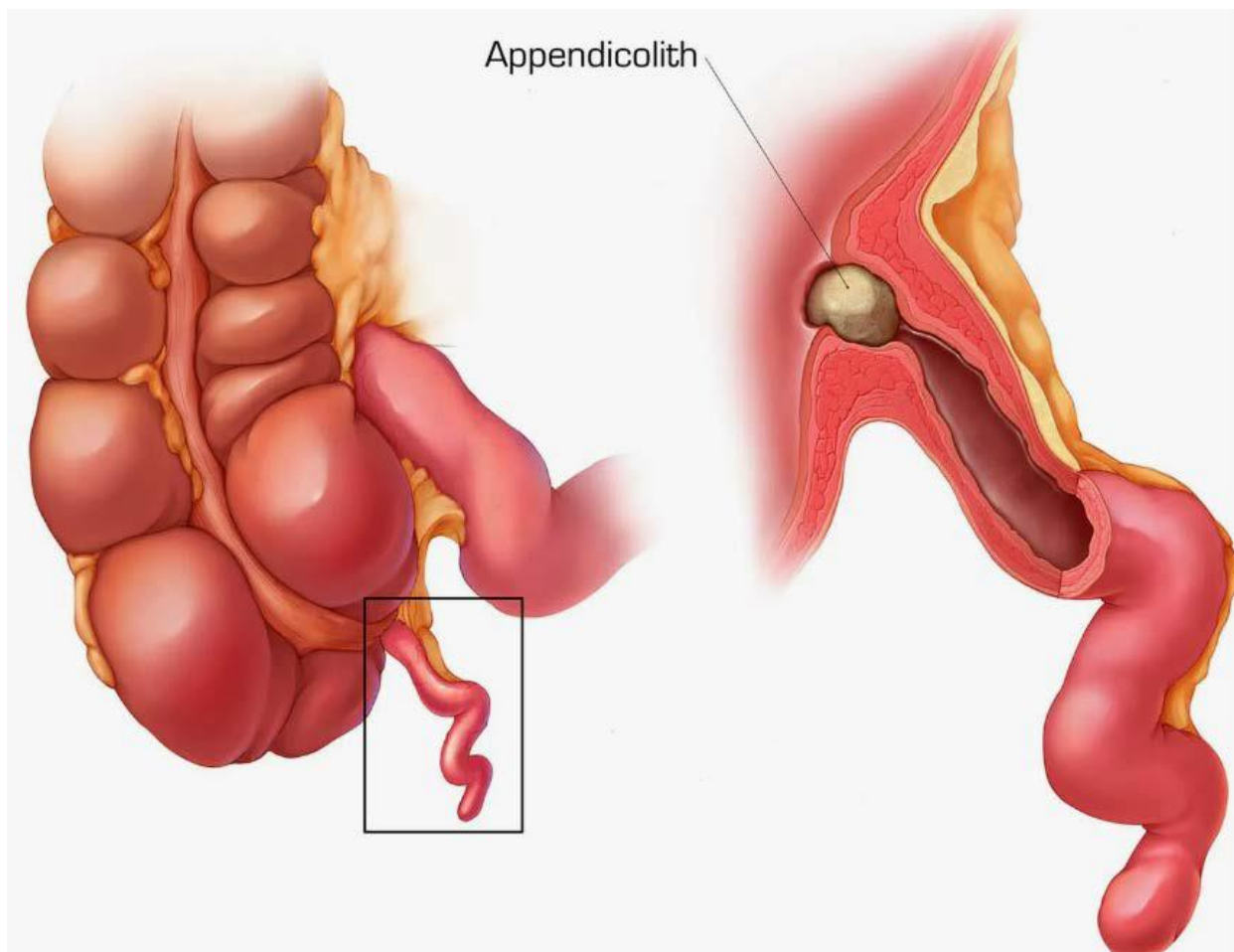
Klassifikatsiyalash

Jarrohlar orasida appenditsitning quyidagi klassifikatsiyai eng mashhur:

- O'tkir asoratlanmagan appenditsit: kataral (oddiy, yuzaki) va destruktiv (flegmonoz, gangrenoz).
- O'tkir asoratlangan appenditsit: appenditsitning teshilishi, appendiks infiltrati, absesslar (tos, subfrenik, ichaklararo), peritonit, qorin pardaning orqa qismidagi flegmona, sepsis, pileflebit.
- Surunkali appenditsit (birlamchi surunkali, qoldiq, takroriy).

O'tkir appenditsit - bu appenditsitning o'ziga xos bo'lmagan yallig'lanishi. Eng tez-tez ajratilgan mikrofloralar: *Escherichia Coli*, *Streptococcus viridans*, *Pseudomonas Aeruginosa*, *Streptococcus D*; anaeroblar *Bacteroides Fragilis*, *Bacteroides*

Thetaiotaomicronn, *Peptostreptococcus Micros*, *Bilophila Wadsworthia*, *Lactobacillus spp* va ularning birlashmalari.



6 -rasm. Fekal tosh bilan obstruktsiya tufayli o'tkir appenditsitning rivojlanishi.

O'tkir appenditsit rivojlanishining quyidagi sabablari bo'lishi mumkin:

1. Nevrologik kasalliklar tufayli chuvalchangsimon o'simtada qon tomirlarining turg'unligi paydo bo'ladi. Natijada appendiks devorlarining to'qimalariga qon ta'minoti buziladi. Nekroz o'choqlari shakllanadi. Patologik o'zgargan to'qimalar tezda infeksiyalanadi. Ya'ni bu holda infeksiya ikkilamchi hisoblanadi. Mahalliy yuqumli jarayonning keyingi tarqalishi barcha jiddiy oqibatlarga olib keladigan yanada kengroq patologik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

2. Chuvalchangsimon o'simtalar bo'shlig'ining obturatsiyasi va yuqori kimyoviy faol fermentlar bilan zaharli moddalar bilan to'ldirilgan ichak massalari bilan to'ldirilgan yopiq bo'shliqning shakllanishi asta-sekin yiringlash, shilliq

qavatning shikastlanishiga va infeksiyaning devor qalinligiga kirib borishiga olib keladi. ilova. Ekssudativ yallig'lanishning rivojlanishi mikrosirkulyatsiyaning buzilishi va intramural asab tizimidagi degenerativ o'zgarishlar bilan birga keladi. Neyrodistrofik kasalliklar qon tomir omil bilan birgalikda doimo yallig'lanishning flegmona yoki gangrena shakllanishiga qadar chuqurlashishi va rivojlanishiga olib keladi.

3. Kasallikning klinik ko'rinishi juda tez appendiksning gangrenasi bilan kechganda, biz birlamchi tromboz haqida gapirishimiz kerak (a. appendicularis yoki uning shoxlari sabab sifatida). Yallig'lanish komponenti va infeksiya ikkinchi navbatda qo'shiladi. Apendikulyar arteriya trombozi bilan bog'liq bo'lgan, anastomozlari bo'lmagan birlamchi gangrenoz appenditsit asosan keksa va keksa bemorlarda uchraydi.

1.3. O'TKIR APPENDITSIT KLASSIFIKATSIYASI

O'tkir appenditsitning turli xil klassifikatsiyalari mavjud bo'lib, ularning aksariyati morfologik o'zgarishlarga asoslangan. Qorin bo'shlig'ining ileotsekal sohasini funksional holati o'zgarishi yani - "o'tkir appendikobauginoz spazm"larni mavjudligi bo'yicha bir nechta klassifikatsiyalar tavsiya etilgan. Biroq bugungi kunda o'tkir appenditsitning eng keng tarqalgan klassifikatsiyasi V.I.Kolesov (1972) va V.S.Savelyev (1985) lar tomonidan taklif qilingan.

V.I. Kolesov bo'yicha o'tkir appenditsitning klassifikatsiyai (1972):

O'tkir appenditsitning quyidagi turlari farq qilinadi:

I. Sust rivojlangan appenditsit (appendikulyar sanchiq);

II. Oddiy appenditsit (yuzaki, yoki kataral appenditsit);

III. Destruktiv appenditsit:

a) flegmonoz,

b) gangrenoz,

c) perforativ gangrenoz;

IV. Asoratlangan appenditsit:

a) appendikulyar infiltrat (yaxshi chegaralangan, progressiv),

b) appendikulyar absess,

c) diffuz yiringli peritonit,

d) o'tkir kasallikning boshqa asoratlari

(peleflebit, tiflit, sepsis, va boshqalar).

V.S.Savelyev bo'yicha o'tkir appenditsitning klassifikatsiyai (1985):

I. Asoratlanmagan turlari:

- 1) Kataral appenditsit;
- 2) Flegmonoz appenditsit;
- 3) Gangrenoz appenditsit;
- 4) Perforativ appenditsit;
- 5) Chuvalchangsimon o'simta empiemasi.

II. Asoratlangan turlari:

- 1) Appendikulyar infiltrat;
- 2) Tarqalgan peritonit;
- 3) Qorin bo'shlig'i absesslari: chanoq bo'shlig'i, diafragma osti, ichaklararo, o'ng yonbosh sohasi;
- 4) Qorin bo'shlig'i orqa sohasi flegmonasi;
- 5) Peleflebit (Jigar darvoza venasi va mezenterik venalarning septik tromboflebiti).

1.4. MORFOLOGIK O'ZGARISHLARI

O'tkir appenditsitning morfologik klassifikatsiyasi klinikidan farq qiladi, chunki klinik tashxis jarroh tomonidan uchraydigan chuvalchangsimon o'simta va qorin bo'shlig'idagi klinik ko'rinishlar va ko'rinadigan o'zgarishlar yig'indisi asosida jarrohlikdan so'ng darhol qo'yiladi va morfologik o'zgarishlar olib tashlangan jarayonning gistologik tekshiruvidan so'ng baholanadi va farq qilishi mumkin. Yakuniy klinik tashxis morfologik tashxisni o'z ichiga oladi. Shuning uchun, ko'pincha kataral appenditsit bilan sodir bo'ladigan kichik tashqi o'zgarishlarsiz yoki tashqi o'zgarishlarsiz appenditsitni olib tashlash orqali, asosiy yallig'lanish jarayoni sodir bo'lgan shilliq qavatni ko'rmasdan, faqat tashxis qo'yish mumkin: o'tkir appenditsit, "oddiy shakl".

Chuvalchangsimon o'simtalar va qorin bo'shlig'ida aniq klinik o'zgarishlar bilan, bulutli yoki yiringli oqma, appendiks devorining qalinlashishi va infiltratsiyasi va fibrin qoplamasi aniqlanganda, tashxis qo'yiladi: "o'tkir destruktiv appenditsit".

Morfologik jihatdan aniqlanmagan appenditsit gistologik tekshiruvdan so'ng flegmonoz, gangrenoz yoki teshilgan bo'lishi mumkin (4-rasm).



7-rasm. O'tkir appenditsitning klinik-anatomik shakllari

Patologik anatomiya

Kataral – faqat shilliq qavatning leykotsitlar infiltratsiyasi;

Flegmonoz - barcha qatlamlarning leykotsitlar infiltratsiyasi, shu jumladan seroz membrana: qon va lyukotsitlar lümeninde. Seroz pardada fibrin, leykotsitlar mavjud;

Flegmonoz-yarali – appendiksning barcha qatlamlariga, shu jumladan seroz pardaga leykotsitlar infiltratsiyasi. Shilliq qavatning yarasi. Lumenda qon, leykotsitlar, seroz membranada fibrin, leykotsitlar mavjud;

Apostematik – flegmona kabi. Ammo devorda nekrotik to'qimalar va neytrofil leykotsitlar bilan ifodalangan kichik absesslar hosil bo'ladi;

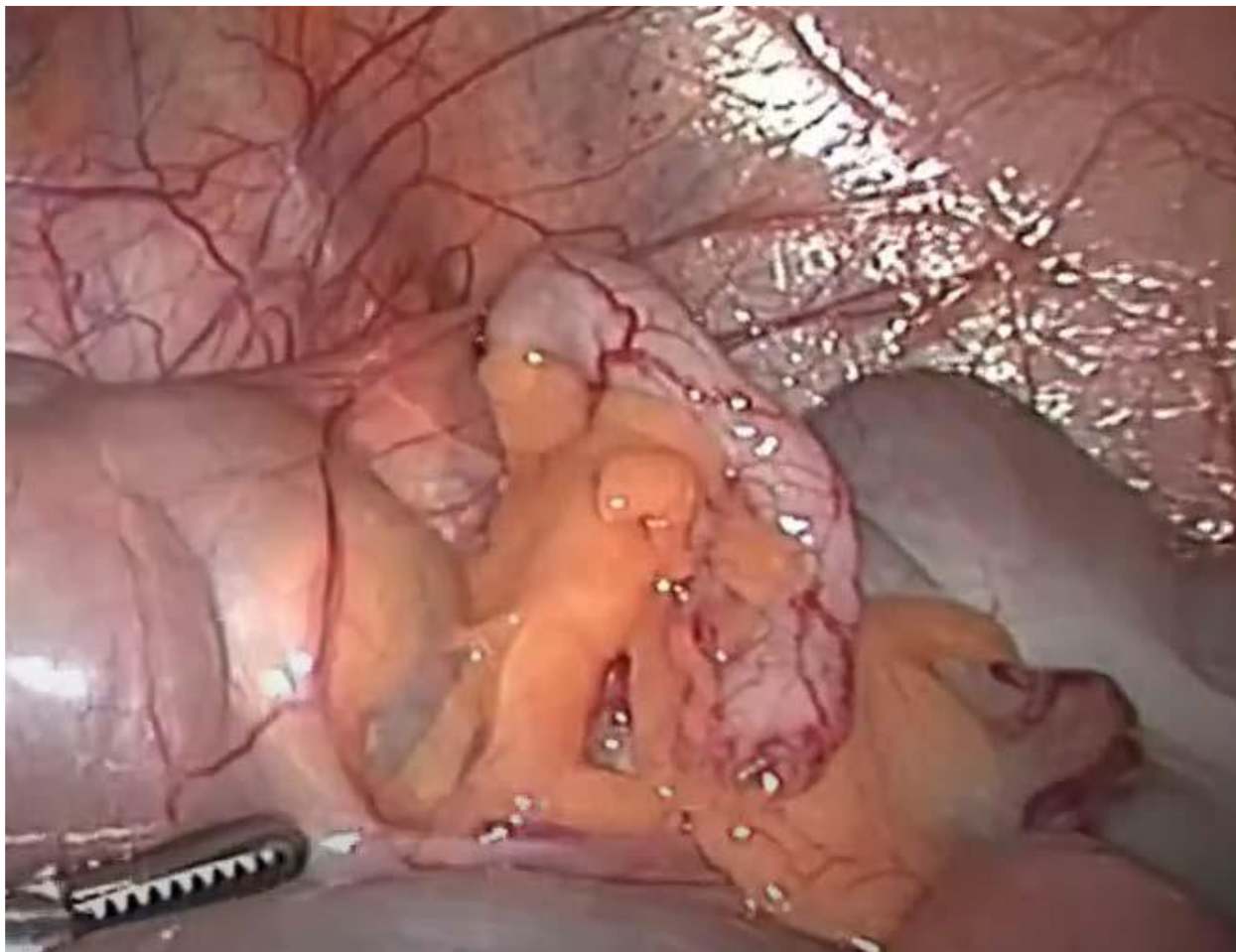
Gangrenoz – jarayon devorining umumiy nekrozi, diffuz neytrofil infiltratsiya, peritonit;

Perforativ - yorilish qirralari fibrin, leykotsitlar va eritrotsitlar qoplamalari bilan nekrotik to'qimalar bilan ifodalanadi.

Yallig'lanish bosqichiga ko'ra appenditsitning quyidagi shakllari ajratiladi:

- Kataral

Jarayon devorning shishishi, giperemiya, seroz pardaning tomirlarini inyeksiya qilish bilan tavsiflanadi, shilliq qavat qon ketish joylari bilan shishiradi.

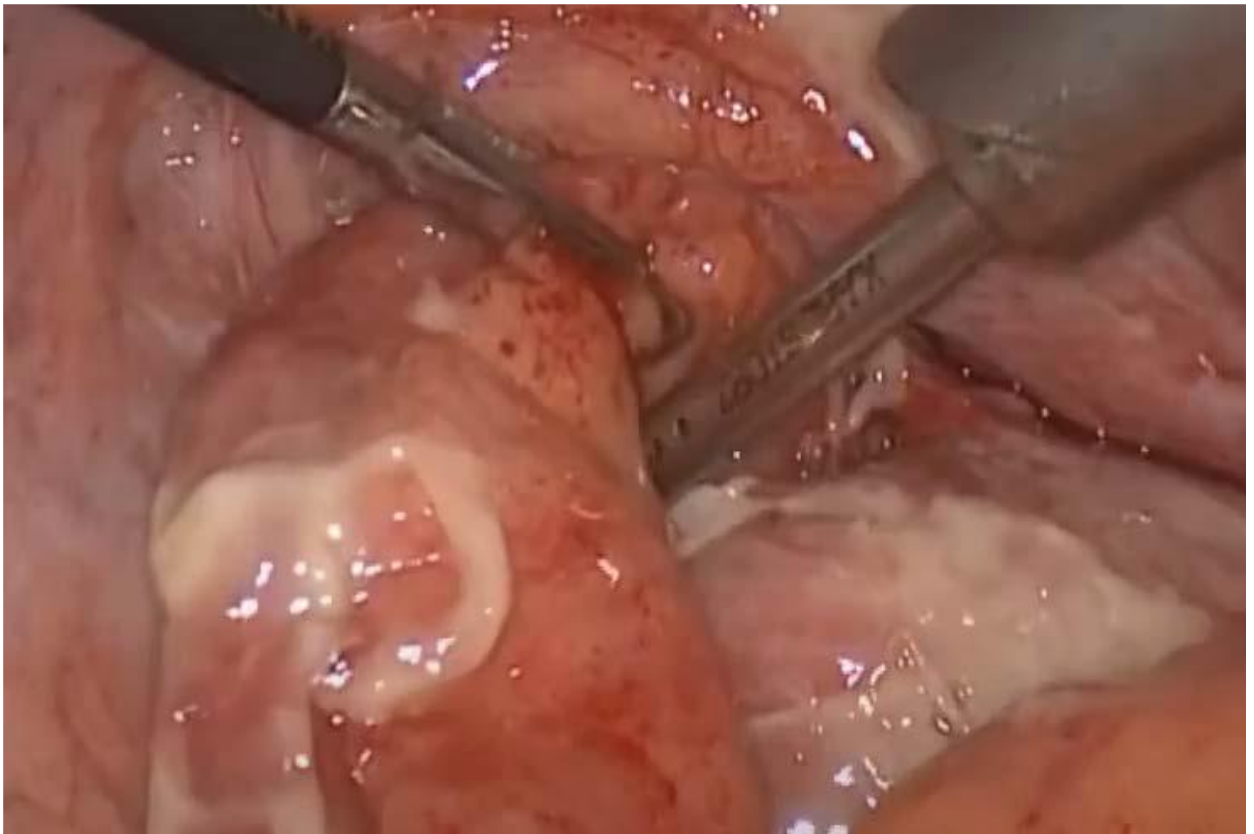


8-rasm. Kataral appenditsit (intraoperativ rasm)

- Flegmonoz

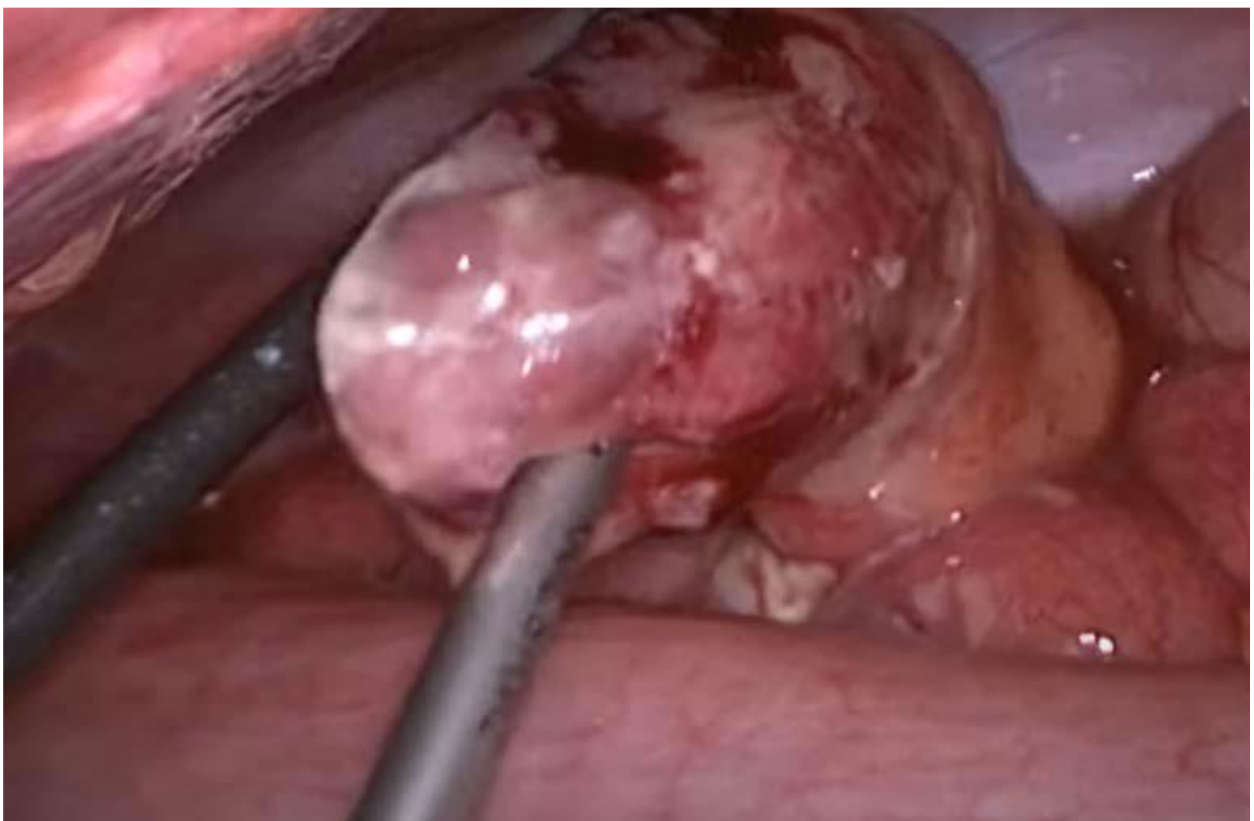
Flegmonoz appenditsit bilan appenditsit tarang, binafsha rangga ega, uning serozi fibrinoz blyashka bilan qoplangan. Chuvalchangsimon o'simalarning empiemasi ham yallig'lanishning flegmonoz shakli sifatida klassifikatsiyalanadi.

Bunday holda, jarayon jarayonning devorlari bilan chegaralangan yiringli bo'shliqdir.



9-rasm. Flegmonoz appenditsit (intraoperativ rasm).

- Birlamchi gangrenoz
Jarayon nekrotik, qora-yashil rangga ega.



10-rasm. Gangrenoz appenditsit (intraoperativ rasm)

- Perforativ

Chuvalchangsimon o'simtalar teshilganida, organning lümenini erkin qorin bo'shlig'i bilan bog'laydigan teshilgan teshik mavjud.



11-rasm. Gangrenoz-teshilgan appenditsit, mahalliy yiringli peritonit (intraoperativ rasm).

1.5. O'TKIR APPENDITSITNING KLINIKASI

O'tkir appenditsitning klinik ko'rinishlari haqida gapirganda, darhol ta'kidlash kerak: bu kasallik hech qanday *patognomonik belgilarga* ega emas!

Semptomlar ko'plab omillarga bog'liq: jins, yosh, tana holati, anatomik xususiyatlar, ichki organlarning sintopiyasi, appendiksning joylashishi, birga keladigan kasalliklar.

O'tkir jarrohlik kasalliklarining, shu jumladan o'tkir appenditsitning asosiy belgisi og'riqdir, bu dastlab kattalarda va ayniqsa keksa odamlarda ifodalanmaydi.

Bemor tinchgina uxlashi mumkin, lekin chap tomonga burilganda, u o'ng tomonda og'riq paydo bo'lishidan uyg'onadi (Bartomier-Mishelson simptomi). Buni anamnez yig'ish bosqichida aniqlash kerak.

Qorin og'rig'i, birinchi navbatda, epigastral yoki periumbilikal mintaqada, bemorlarning taxminan yarmida paydo bo'ladi. Ko'pincha u lokalizatsiya qilinmaydi (og'riq "butun qorin bo'shlig'i"). Bir necha soat o'tgach, og'riq o'ng yonbosh sohasiga o'tadi - "harakat" simptomi yoki Kocher (yoki Kocher-Volkovich) simptomi.

Biroz kamroq tez-tez, og'riq darhol o'ng yonbosh mintaqasida paydo bo'ladi. Og'riq doimiy bo'lib, uning intensivligi odatda o'rtacha.

Kasallikning kuchayishi bilan og'riq biroz kuchayadi, garchi u gangrenoz yallig'lanish paytida appendiksning asab apparati o'limi tufayli ham susayishi mumkin. Og'riq yurish, yo'talish yoki yotoqda tananing holatini o'zgartirganda kuchayadi. O'tkir appenditsitning tipik shaklida nurlanish kuzatilmaydi va faqat atipik shakllarga xosdir. Og'riq paydo bo'lishidan oldin ko'ngil aynishi va qayt qilishning ko'rinishi o'tkir appenditsit uchun xos emas.

Tana harorati kamdan-kam hollarda $37-37,4^{\circ}\text{C}$ dan yuqori ko'tariladi (past darajadagi isitma).

Bo'shashgan axlat, tez-tez siyish, yurak urish tezligining oshishi va qon bosimining oshishi (juda kamdan-kam hollarda) ham paydo bo'lishi mumkin.

Apandisitning atipik joylashuvida, shuningdek, bolalar, qariyalar va homilador ayollarda "atipik" ko'rinishlari mavjud.

O'tkir appenditsitga shubha qilingan bemorni klinik tekshiruvdan o'tkazganda, o'ng yonbosh mintaqasida qorin devorining mahalliy kuchlanishini aniqlash uchun yuzaki palpatsiyani to'g'ri bajarish juda muhimdir.

Yallig'lanishning appendiksning seroz membranasiga o'tishi paytida qorin bo'shlig'ida efüzyon paydo bo'lishi bilanoq, bu alomat to'g'ri tashxis qo'yish va o'z vaqtida operatsiya qilish uchun hal qiluvchi bo'lishi mumkin.

Palpatsiya og'riq keltirmasligi kerak va qo'l qorin bo'shlig'ida "uchib ketgan" ko'rinishi kerak.

Chuqur nafas olish va yo'talish bilan o'ng yonbosh mintaqasida og'riq kuchayishi kuzatiladi.

O'ng yonbosh sohasidagi mushaklarning kuchlanishi va og'rig'i chuqur palpatsiya paytida aniqlanadi, bu quyidagi xarakterli belgilar bilan namoyon bo'ladi:

□ Aaron simptomi - o'ng yonbosh sohasini bosganda epigastriumda og'riq yoki to'liqlik hissi;

□ Bartomye-Mihelson simptomi (Bartomier) – ko'richakni paypaslaganda og'riq bemorni chap tomonga qo'yganda kuchayadi;

□ Brando simptomi (Brindo) – homilador bachadonning chap qovurg'asini bosganda o'ng tarafdagi og'riq;

□ Voskresenskiy alomati - shifokor chap qo'li bilan bemor ko'ylagining pastki chetidan tortadi (bir xil siljish uchun), so'ngra bemor nafas olayotganda, barmoqlarining uchi bilan, qorin bo'shlig'iga o'rtacha bosim bilan, tez surma harakati. o'ng yonbosh sohasi tomon yuqoridan pastgacha qilingan. Harakat tugashi paytida bemor og'riqning keskin kuchayishini qayd etadi;

□ Dolinov alomati – qorinni ichkariga tortganda o'ng yonbosh sohasida og'riq kuchayishi;

□ Donnelli simptomi – bemor bir vaqtda o'ng oyog'ini cho'zayotganida palpatsiya qilinganda MakBörni nuqtasidan yuqori va pastda og'riq paydo bo'lishi – appenditsitning retrotsekal joylashuvi bilan o'tkir appenditsit belgisi;

□ Sattler simptomi – o'tirgan bemor to'g'rilangan o'ng oyog'ini ko'targanda o'ng yonbosh sohasida og'riq;

□ Ikromov simptomi – o'ng son arteriyasi bosilganda o'ng yonbosh sohasida og'riq kuchayishi;

□ Klemm simptomi – rentgen tekshiruvi bilan aniqlanadigan ichakning ileotsekal qismida gazning to'planishi;

□ Kope (Soret) simptomi – sonni chap tomonda cho'zilgan holatda o'ng yonbosh sohasida og'riqning kuchayishi (chuvalchangsimon o'simtaning tos bo'shlig'ida joylashishi bilan);

□ Koxer simptomi (Kocher, Volkovich-Kocher) – og'riq dastlab epigastral sohada to'g'ridan-to'g'ri xiphoid jarayoni ostida paydo bo'ladi va 1-3 soatdan keyin o'ng yonbosh sohasiga o'tadi;

□ Krimov simptomi – barmoq bilan o'ng inguinal kanalning tashqi ochilishini tekshirganda o'ng yonbosh sohasida og'riqning paydo bo'lishi yoki kuchayishi;

□ Krimov-Dumbadze simptomi – qorin pardasining tirnash xususiyati beruvchi kindik halqasini paypaslaganda og'riq;

□ Merfi simptomi – o‘ng yonbosh sohasida effuziya mavjudligi sababli, bu sohada perkussiyada xiralik aniqlanadi;

□ Mishelson simptomi – bachadon yallig‘lanish o‘chog‘ini bosganda, homilador ayollarda qorinning o‘ng yarmida o‘ng tarafdagi holatdagi og‘riqning kuchayishi;

□ Obratsov alomati - ko‘richakni bosganda og‘riqning kuchayishi va tizza bo‘g‘imida to‘g‘rilangan o‘ng oyoqning bir vaqtning o‘zida ko‘tarilishi;

□ Ostrovskiy simptomi – bemor to‘g‘rilangan o‘ng oyog‘ini yuqoriga ko‘tarib, shu holatda ushlab turadi, shifokor uni tezda to‘g‘rilab, gorizontal qo‘yadi – o‘ng yonbosh sohasida og‘riq paydo bo‘ladi;

□ Prjevalskiy simptomi – bemor o‘ng oyog‘ini ko‘tarishda qiynaladi;

□ Razdolskiy (Mendel-Razdolskiy) simptomi – qorin devorining perkussiyasida o‘ng yonbosh sohasida og‘riq aniqlanadi;

□ Rizvan simptomi – chuqur ilhom bilan o‘ng yonbosh sohasida og‘riqning kuchayishi;

□ Roving simptomi – sigmasimon ichakning siqilishi va tushayotgan yo‘g‘on ichakka surish shaklidagi bosim bilan o‘ng yonbosh sohasida og‘riqning paydo bo‘lishi yoki kuchayishi;

□ Sitkovskiy simptomi – bemorning chap tomonida joylashgan o‘ng yonbosh sohasida og‘riqning paydo bo‘lishi yoki kuchayishi;

□ Shchetkin-Blumberg simptomi - teskari sezuvchanlik, palpatsiya bilan solishtirganda, qo‘lni to‘satdan olib tashlash bilan og‘riq kuchayadi.

Biz faqat mahalliy tibbiyotda eng ko‘p ishlatiladigan alomatlarni keltirdik. Har bir shifokor o‘z amaliyotida ishonchli deb hisoblagan ma‘lum belgilar to‘plamiga ishonadi. Shu munosabat bilan yana bir bor ta‘kidlash kerakki, o‘tkir appenditsitning mutlaqo ishonchli (patognomonik) belgilari mavjud emas.

Ayollarda to‘g‘ri ichak orqali raqamli tekshiruv va vaginal tekshiruv katta ahamiyatga ega. To‘g‘ri ichakni tekshirganda, dalgalanma va og‘riq bilan belgilanadigan peritoneal ekssudat to‘planishi mumkin bo‘lgan ampulyar mintaqaning old devorining holatiga e‘tibor berish kerak. Vaginal tekshiruv vaqtida haddan tashqari osilgan va og‘riqli tonozlar aniqlanadi, bachadon bo‘yinbog‘ orqasida harakat qilganda og‘riq kuchayadi. Kamdan kam hollarda infiltratsiyalangan vermiform appendiksni palpatsiya qilish mumkin.

OIV bilan kasallangan bemorlarda o‘tkir appenditsit. OIV infeksiyasi bilan kasallangan odamlarda o‘tkir appenditsitning sababi yoki opportunistik infeksiya (sitomegalovirus, mikobakteriyalar sil, pnevmokokk, kriptosporidium)

yoki OITS bosqichiga xos bo'lgan o'simta (Kaposi sarkomasi, non-Xodglima) bilan appendiksning tiqilib qolishi.

Virus tashuvchilarda (kasallikning I va II bosqichlarida) appenditsitning klinik ko'rinishining sezilarli xususiyatlari yo'q, ular ikkilamchi kasalliklar (III bosqich) va OITSning o'zi (IV bosqich) bosqichlarida namoyon bo'ladi. Aynan shu bemorlar tana massasining og'ir tanqisligi va sarum oqsillarining past darajasi bilan ajralib turadi. Sitomegalovirus infeksiyasining fonida o'tkir qorin og'rig'i xurujidan oldin o'ng yonbosh mintaqasida uzoq davom etadigan, doimiy, og'riqli surunkali og'riq paydo bo'lishi mumkin. O'tkir appenditsitning mahalliy rasmini rivojlanishi bemorlarning 80-100% da leykotsitoz bilan birga kelmaydi. Qoida tariqasida, gangrenoz va teshilgan appenditsit va periappendikulyar absess aholiga qaraganda ancha tez-tez uchraydi. Bemorlarning ushbu toifasida o'tkir appenditsitning niqoblari ko'pincha virusli mezadenit va tuberkulyoz absess ekanligiga ishoniladi.

O'tkir appenditsitning klinik ko'rinishi uning joylashishining anatomik varianti bilan chambarchas bog'liq, shuningdek, yoshi va jinsi bilan bog'liq ma'lum xususiyatlarga ega. Qoida tariqasida appenditsitga xos bo'lgan o'ziga xos patognomonik shikoyatlar mavjud emas.

Umuman olganda, o'tkir appenditsitning klinik ko'rinishini quyidagi sindromlarga guruhlash mumkin:

1. Og'riq sindromi. Doimiy past intensivlikdagi og'riqlar bilan tavsiflanadi, dastlab epigastriumda lokalizatsiya qilinadi, keyinchalik u o'ng yonbosh mintaqasiga o'tadi (Kocher-Volkovich simptomi).



12-rasm. Kocher-Volkovich simptom

Og'riq nurlanmaydi, hech qanday sababsiz paydo bo'ladi va antispazmolitiklar bilan bartaraf etilmaydi.

2. Dispeptik sindrom:

- ko'ngil aynishi;
- oshqozon tarkibini bir martalik qusish, bu yengillik keltirmaydi.
- bitta xamirli tabure.

3. Intoksikatsiya sindromi:

- quvvatsizlik, umumiy holsizlik
- past darajadagi isitma (37,2 - 38,0 S)
- og'iz qurushi
- sovutish.

Anamnezni yig'ishda:

Ko'pgina bemorlarda og'riq kasallikning dastlabki 4-6 soatida o'ng yonbosh soxasida o'tadi (dastlab og'riqning kuchayishi bilan yuzaga keladi).



13-rasm. Razdolskiy simptomi.

Palpatsiya paytida o'ng yonbosh mintaqasida terining giperesteziyasi, qorin old devorining mushaklarida og'riq va kuchlanish mumkin.



14-rasm.Voskresenskiy belgisi

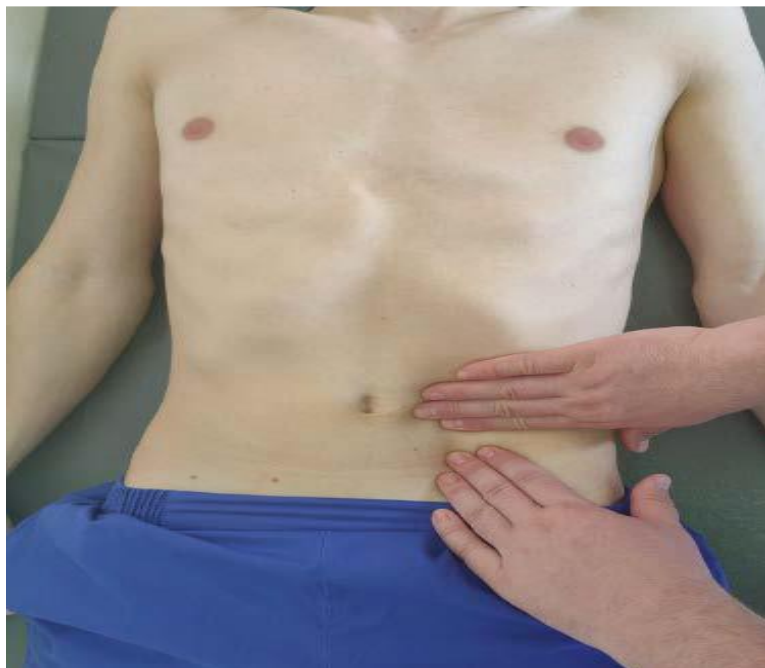
Tekshiruvchi jarroh chap qo'li bilan bemorning ko'ylagini tortadi va o'ng qo'lining barmoqlarini epigastral mintaqadan o'ng yonbosh sohasiga siljitadi.

Agar slayd oxirida bemor og'riq kuchayganini sezsa, simptom ijobiy hisoblanadi. Qarama-qarshi yo'nalishda siljish og'riqsizdir.



15-rasm. Sitkovskiy simptomi

Bemor chap tomonga burilganda o'ng yonbosh mintaqasida og'riq kuchayadi. Uning rivojlanishi ichakning siljishi va appendiksning tutqichining kuchlanishi bilan bog'liq.



16-rasm. Rovzing simptomi

Jarroh bir qo'li bilan chap yonbosh mintaqasida qorin old devorini bosib, sigmasimon ichakni siqib chiqaradi. Boshqa qo'l tushayotgan yo'g'on ichakning ustki qismining proeksiyasida silkinish kabi bosim o'tkazadi. Bunday holda, gaz yo'g'on ichakning bo'shlig'ida harakat qiladi va ko'richakni haddan tashqari cho'zadi, bu esa ichak retseptorlarining tirnash xususiyati keltirib chiqaradi.



17-rasm. Obrazsov simptomi

Jarroh o'ng yonbosh mintaqasida qo'li bilan ko'p bosim o'tkazmaydi va bemorni o'ng oyog'ini tekis ko'tarishga taklif qiladi. Tekshiruvchining barmoqlari va tarang iliopsoas mushaklari orasidagi yallig'lanish jarayonining siqilishi tufayli o'ng yonbosh mintaqasida og'riq kuchayganda simptom ijobiy hisoblanadi.



18-rasm. Bartomier-Mishelson simptomi

Orqa tarafdagi holatga nisbatan bemor chap tomonda yotgan holda o'ng yonbosh sohasini paypaslaganda og'riqning kuchayishi. Bu ichak va katta omentumning siljishi bilan bog'liq bo'lib, bu ko'richak va appendiksni paypaslash uchun ko'proq qulaylikka olib keladi.



18-rasm. Shchetkin-Blumberg simptomi

Jarroh qorin old devoriga asta-sekin bosib, qo'lini keskin olib tashlaydi. Bemorning og'rig'i keskin kuchayganda, simptom ijobiy hisoblanadi. Qorin bo'shlig'i devoriga bosilganda, qon yallig'langan qorin pardaning kapillyarlaridan tashqariga chiqariladi. Qo'lni keskin tortib olgandan so'ng, qon tezda peritonning kapillyarlarini to'ldiradi va shu bilan ichakning nerv uchlarini bezovta qiladi va og'riqning keskin kuchayishiga olib keladi.

1.5.1 CHUVALCHANGSIMON O'SIMTANING JOYLASHUVIGA QARAB KLINIK BELGILARINING O'ZGARISHI

Retrotsekal appenditsit



19-rasm. Diagnostik videolaparoskopiya.



20-rasm. O'tkir retrotsekal flegmonoz appenditsitning intraoperativ rasmi.

O'tkir appenditsitning laparoskopik belgilari ham bevosita va bilvosita bo'linishi mumkin. To'g'ridan-to'g'ri belgilar: appendiksdagi ko'rinadigan o'zgarishlar, devorlarning qattiqligi, visseral qorin pardaning giperemiyasi, appendiksning seroz qopqog'ida aniq qon ketishlar, fibrin konlari, tutqichning infiltratsiyasi. Bilvosita belgilar: qorin bo'shlig'ida bulutli oqma mavjudligi (ko'pincha o'ng yonbosh chuqurchasida va kichik to'sda), o'ng yonbosh sohasida parietal qorin pardaning giperemiyasi, ko'richak devorining giperemiyasi va infiltratsiyasi. Kataral appenditsitning o'ziga xos belgilari yo'q, bu laparoskopiya paytida uni appendiksdagi ikkilamchi o'zgarishlardan (pelvioperitonit, adneksit, mezadenit, tiflit fonida) ajratishga imkon beradi (6-rasm).

"Oddiy"appenditsit



Appendikal absess



21-rasm. O'tkir appenditsit uchun laparoskopiya

Flegmonoz appenditsit bilan appendiks qalinlashadi, taranglashadi, seroz parda giperemik bo'ladi, qon ketishi va fibrin birikmalari mavjud. Mezenteriya infiltratsiyalangan va giperemikdir. O'ng yonbosh chuqurchasida bulutli oqma ko'rinishi mumkin.

Gangrenoz appenditsitda appendiks keskin qalinlashgan, yashil-qora rangda, notekis rangda, uning seroz pardasida ko'p o'choqli yoki qo'shilgan qon ketishlar va fibrin birikmalari ko'rinadi, tutqich keskin infiltratsiyalanadi. Ko'pincha o'ng yonbosh sohasida loyqa seroz-fibrinoz efüzyon ko'rinadi. O'tkir appenditsit uchun laparoskopiyani diagnostik aniqligi 95-98% ni tashkil qiladi, deb ishoniladi.

Qorin bo'shlig'ining rentgenogrammasi kasallikning dastlabki bosqichlarida informatsion emas;

Bunday holda, vermiform appendiks retroperitoneal, o'ng parikolar hujayrali bo'shliqda joylashgan. Shu munosabat bilan, jarayonning bu joylashuvi qorin old devorini tekshirishda minimal simptomlarni keltirib chiqaradi, o'ng lomber mintaqani tekshirishda maksimal simptomlar aniqlanadi.

Jarayonning retrocekal lokalizatsiyasi bilan og'riq sindromi Kocher-Volkovich simptomining namoyon bo'lishiga mos keladi, ammo oxirida og'riq o'ng lomber mintaqada lokalizatsiya qilinadi. Og'riq chanoq sohasiga tarqalishi mumkin. Dispeptik sindrom shilimshiq najasning tez-tez defekatsiyasi bilan tavsiflanadi. Intoksikatsiya sindromi o'ziga xos emas va o'tkir appenditsitning odatiy ko'rinishlaridan farq qilmaydi.

Dizurik sindrom o'ng siydik yo'llarining tirnash xususiyati tufayli yalpi gematuriya bilan tez-tez siyish shaklida paydo bo'lishi mumkin.

Ob'ektiv tekshiruvdan so'ng, qorin old devorining namoyon bo'lishi minimaldir, o'tkir appenditsit va qorin pardaning tirnash xususiyati xarakterli emas; O'ng mezogastrium va o'ng lomber mintaqada og'riq aniqlanadi.

Chuvalchangsimon o'simta diagnostika usullari:

Umumiy qon tekshiruvi - nonspesifik yallig'lanishning namoyon bo'lishi.

Umumiy siydik tahlili - leykotsitlar paydo bo'lishi, yalpi gematuriya

Urologik patologiya bilan differentsial tashxis qo'yish uchun ultratovush va intravenöz urografiya ko'proq qo'llaniladi.

Yallig'langan chuvalchangsimon o'simtani chanoq bo'shliqda joylashuvi

Ushbu lokalizatsiya bilan jarayon pasayish yo'nalishiga ega va erkaklarda veziko-rektal bo'shliqda, ayollarda esa utero-rektal bo'shliqda tos diafragmasining kichik tos bo'shlig'ida lokalizatsiya qilinadi.

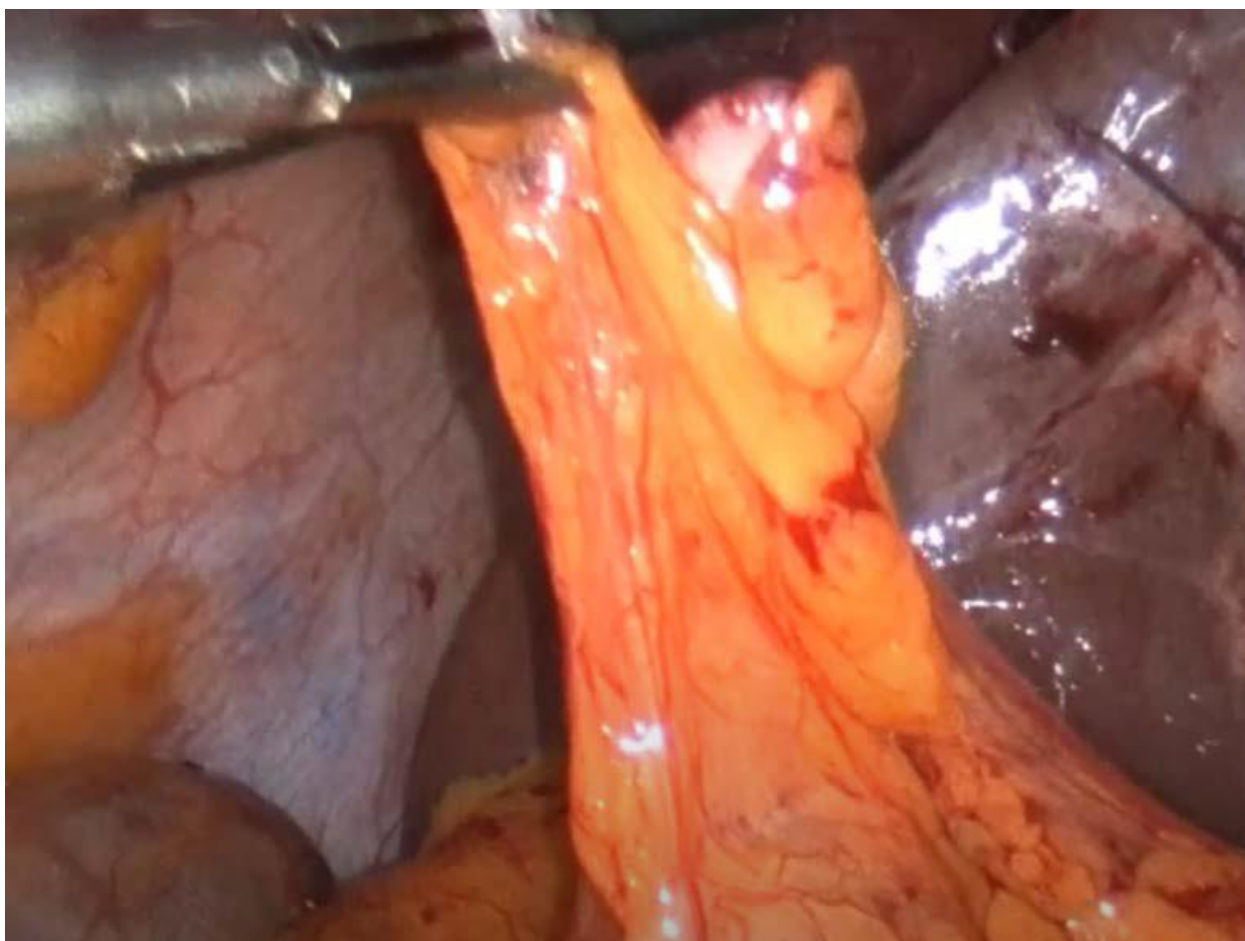
Ushbu tartib ko'pincha astenik konstitutsiyali odamlarda uchraydi. Pelvis appenditsitining klinik ko'rinishlarining o'ziga xosligi reaktiv proktit va sistitning rivojlanishi bilan bog'liq. Og'riq sindromi epigastriumda boshlanadi, so'ngra suprapubik mintaqaga o'tadi. Xarakterli perineumga, o'ng songa og'riqni nurlantirish. Dispeptik sindrom reaktiv proktitning qon va shilimshiq bilan aralashtirilgan suyuq najasning tez-tez defekatsiyasi, shuningdek tenesmus shaklida namoyon bo'lishi bilan tavsiflanadi. Diareya sindromining mavjudligi yuqumli enterokolit bilan differentsial tashxis qo'yishni talab qiladi. Intoksikatsiya sindromi o'ziga xos emas va o'tkir appenditsitning odatiy ko'rinishlaridan farq qilmaydi. Reaktiv sistit natijasida, qoida tariqasida, dizurik sindrom paydo bo'ladi (tez-tez og'riqli siyish, yalpi gematuriya). Ob'ektiv tekshiruv mushaklarning og'rig'i va og'rig'ini aniqlaydi.

To'g'ri ichak tekshiruvi Duglas sumkasining nozikligi va infiltratsiyasini aniqlaydi. Pelvis appenditsitining o'ziga xos belgilari:

Obrazsovning alomati - to'g'rilangan o'ng pastki oyoq-qo'lni tushirganda o'ng yonbosh sohasidagi og'riqning kuchayishi.

Kope belgisi - o'ng pastki oyoq-qo'lni o'g'irlashda, son va tizza bo'g'imlarida egilgan og'riq.

Subgepatik o'tkir appenditsit



22-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning jigar osti joylashuvining

Videolaparoskopik ko'rinishi. Chuvalchangsimon o'simtaning subhepatik joylashuvi yo'g'on ichakning to'liq aylanishining natijasidir. Bunday holda, ko'richakning chuvalchangsimon o'simtasi bilan gumbazi o'ng hipokondriyumda joylashgan. Qoida tariqasida, o'tkir xoletsistit bilan differentsial tashxis qo'yish kerak. Og'riq sindromi o'ng hipokondriyumda lokalize qilinadi, o'tkir xoletsistitga xos bo'lgan o'ng elkama-kamarda og'riqli nurlanish yo'q.

Dispeptik va intoksikatsiya sindromlari appendiksning tipik lokalizatsiyasiga ega bo'lganlardan farq qilmaydi. Ob'ektiv tekshiruv o'ng hipokondriyumda nafas olishda kechikish, mushaklarning kuchlanishi va bu sohada og'riq mavjudligini aniqlaydi. Peritoneal tirnash xususiyati belgilari ijobiydir.

Bunday vaziyatda diagnostika usullari ultratovush, eng murakkab klinik holatlarda esa kompyuter tomografiyasi bo'ladi.

1.5.2. Bolalarda o'tkir appenditsit klinik kursning xususiyatlari

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'tkir appenditsit ko'pincha boshlang'ich maktab o'quvchilari ta'sir qiladi.

Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda klinik ko'rinish kattalarnikiga o'xshaydi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda uning paydo bo'lish chastotasi 8% dan oshmaydi, ammo bu yoshdagi tashxis eng katta qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Bu kasallikning obyektiv xususiyatlariga ham, kasal bola bilan aloqa o'rnatishdagi qiyinchiliklarga ham bog'liq. O'tkir appenditsitning klinik ko'rinishini belgilaydigan bola tanasining anatomik va fiziologik xususiyatlari quyidagilardan iborat:

1. Ko'r ichakning harakatchanligi.
2. Tananing yallig'lanish manbasini chegaralashiga imkon bermaydigan qorin pardaning past plastik xususiyatlari.
3. Katta omentumning pastligi.
4. Qorin pardaning yuqori singdirish qobiliyati.
5. Yallig'lanishga tizimli javobning tez rivojlanishi.
6. Chuvalchangsimon o'simtaning follikulyar va asab apparati rivojlanmaganligi.

Kichkintoylarda klinika tez, to'liq sog'lik o'rtasida paydo bo'ladi. Avvalo, bemor bolaning umumiy ahvoli azoblanadi - u bezovtalanadi, injiq bo'ladi, ovqat va odatiy o'yinlarni iste'mol qilishdan bosh tortadi. Febril isitma 39-40 gacha, takroriy qusish, dizuriya va diareya bilan tavsiflanadi. Qorin bo'shlig'ini tekshirganda, "oyoqlarni tortib olish" ning xarakterli alomati kuzatiladi - o'ng pastki oyoqni tanaga olib kelish, qorinning o'ng yarmining nafas olishda ishtirokini cheklash, o'rtacha shishiradi. Palpatsiya paytida bola o'ng yonbosh sohasini palpatsiya qilishga salbiy munosabatda bo'lib, tekshiruvchining qo'lini itarib yuboradi (qo'lni itarish simptomi). 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda appenditsitning o'ziga xos belgilarini, shuningdek, qorin pardaning tirnash xususiyati belgilarini talqin qilish shubhali.



23-rasm. O'tkir (flegmonozli) appenditsit 8 yoshli bolada (operatsiya paytidagi fotosurat).

1.5.3. Keksa va qariyalarda o'tkir appenditsit klinik kechishining xususiyatlari.

Qoida tariqasida, birlamchi gangrenoz appenditsit keksa odamlarda rivojlanadi. Uning sababi appendikulyar arteriya trombozi yoki emboliyasi natijasida appendiksning o'tkir ishemiyasi. Natijada, appendiksdagi nekrotik o'zgarishlar tez, tom ma'noda bir necha soat ichida rivojlanib, gangrena va asoratlarning bosqichiga o'tadi. Shu munosabat bilan, keksa odamlarda o'tkir appenditsitning klinik xususiyatlari quyidagilardan iborat:

1. Birgalikda, birinchi navbatda, yurak-qon tomir (aritmia, gipertoniya) patologiyasi fonida rivojlanish.
2. Chuvalchangsimon o'simtaning ishemiyasiga to'g'ri keladigan kasallikning dastlabki soatlarida kuchli og'riq.
3. Gangrenning rivojlanishi va asab tugunlarining o'limi bilan og'riq zaiflashadi va past intensivlikka ega bo'ladi.
4. Chuvalchangsimon o'simtalar gangrenasining tez rivojlanishi aniq intoksikatsiya sindromiga olib keladi.
5. Asoratlarning tez rivojlanishi bilan bir qatorda o'ziga xos belgilarning past zo'ravonligi, birinchi navbatda peritonitning keng tarqalgan shakllari.

1.5.4. Homilador ayollarda o'tkir appenditsitning klinik kechish xususiyatlari

Homilador ayollarda o'tkir appenditsit. O'tkir appenditsit homilador ayollarda shoshilinch bo'lmagan jarrohlik aralashuvlarning eng keng tarqalgan sababidir. Homilador ayollarda o'tkir appenditsit bilan kasallanish 700-2000 homilador ayollarda 1 ta holatda uchraydi.

Ayol tanasining anatomik va fiziologik xususiyatlari appenditsitni o'z vaqtida tashxislashni qiyinlashtiradi. Bu homiladorlikning tugashi va homila o'limi kabi murakkab shakllarning ko'payishiga olib keladi. Jarrohlik taktikasi - homilador ayollarda erta appendektomiya asoratlarni oldini oladi va onaning ham, bolaning ham hayotini saqlab qoladi.

Shu bilan birga, homiladorlik davridagi bir qator asoratlari o'tkir appenditsitning klinik ko'rinishini namoyon qilishi va kerakli homiladorlikni to'xtatadigan keraksiz jarrohlik aralashuvlarga olib kelishi mumkin. Shu munosabat bilan, homiladorlik davrida o'tkir appenditsit tashxisi faqat akusher-ginekolog bilan birgalikda amalga oshiriladi va agar kerak bo'lsa, homiladorlikni saqlab qolish uchun maxsus dori-darmonlar va anesteziologik yordam talab qilinadi.

Homiladorlik paytida ayol tanasining diagnostika va jarrohlik taktikasiga ta'sir qiluvchi xususiyatlari:

1) gormonal, metabolik, fiziologik o'zgarishlar tufayli "o'tkir qorin" ning o'chirilgan klinik ko'rinishi;

2) qorin old devori mushaklarining cho'zilishi, ichki organlarning o'sayotgan bachadon tomonidan siljishi tufayli progressiv zaiflashishi. Chuvalchangsimon o'simtalar va ko'richak kranial ravishda siljiydi, qorin devori ko'tariladi va appendiksdan uzoqlashadi.

Homilador ayollarda appenditsit bilan qorin og'rig'i doimiy og'riqli xususiyatga ega bo'lib, appendiksning joylashgan joyiga (o'ng lateral qorin, o'ng hipokondrium) o'tadi. Taranenkoning ijobiy alomati qayd etilgan - chap tomondan o'ngga burilganda qorin og'rig'ining kuchayishi.

Homiladorlikning ikkinchi trimestridan boshlab, bachadon jarayonni orqaga va yuqoriga suradi. O'zgartirilgan topografik-anatomik munosabatlar o'tkir appenditsitning klinik ko'rinishini sezilarli darajada o'zgartiradi.

Og'riq sindromi o'ng mezogastriumda atipik lokalizatsiyaga ega. Bundan tashqari, abort tahdidi bilan differentsial tashxis qo'yish zarurati mavjud. Apandisitga xos bo'lgan dispeptik sindrom (ko'ngil aynishi, qusish) gestoza xos bo'lgan shikoyatlar mavjudligi sababli o'z ahamiyatini yo'qotishi mumkin.

Qoida tariqasida, bo'shashgan najas homilador ayollar uchun xos emas. Intoksikatsiya sindromi o'z ahamiyatini saqlab qoladi. Ob'ektiv tadqiqotlarda jiddiy qiyinchiliklar yuzaga keladi appenditsitga shubha qilingan homilador ayol.

Bachadonning kengayishi qorin bo'shlig'ida nafas olishni cheklash va mushaklarning kuchlanishi kabi belgilarning qiymatini yo'q qiladi.

Og'riq o'ng lateral qorinda lokalize qilinadi. Qoida tariqasida, o'tkir appenditsitning o'ziga xos belgilarini talqin qilish ham mumkin emas.

O'tkir appenditsitni tashxislashda Mishelson simptomidan foydalanish tavsiya etiladi - homilador ayol o'ng tomonida yotganida qorinning o'ng yarmida og'riq kuchayadi.

Chuvalchangsimon o'simta diagnostika usullaridan foydalanganda, umumiy qon testining past ma'lumotlarini hisobga olish kerak, chunki fiziologik leykotsitoz homilador ayollar uchun xosdir. Bundan tashqari, uchinchi trimestrdan boshlab homiladorlik diagnostik laparoskopiyaga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Shu munosabat bilan homilador ayollarda o'tkir appenditsitga shubha qilishning taktikasi o'ziga xos xususiyatlarga ega:

1. O'tkir appenditsitga shubha qilingan barcha homilador ayollar ko'p tarmoqli shifoxonaning jarrohlik bo'limida majburiy kasalxonaga yotqizilishi kerak.

2. Barcha taktik qarorlar eng tajribali mutaxassislarni jalb qilgan holda kollektiv tarzda qabul qilinadi.

3. Jarroh va akusher-ginekolog tomonidan 24 soatlik dinamik monitoringni ta'minlash kerak.

4. Kasalxonada ham jarrohlik aralashuvi, ham shoshilinch etkazib berish uchun shart-sharoitlar bo'lishi kerak.

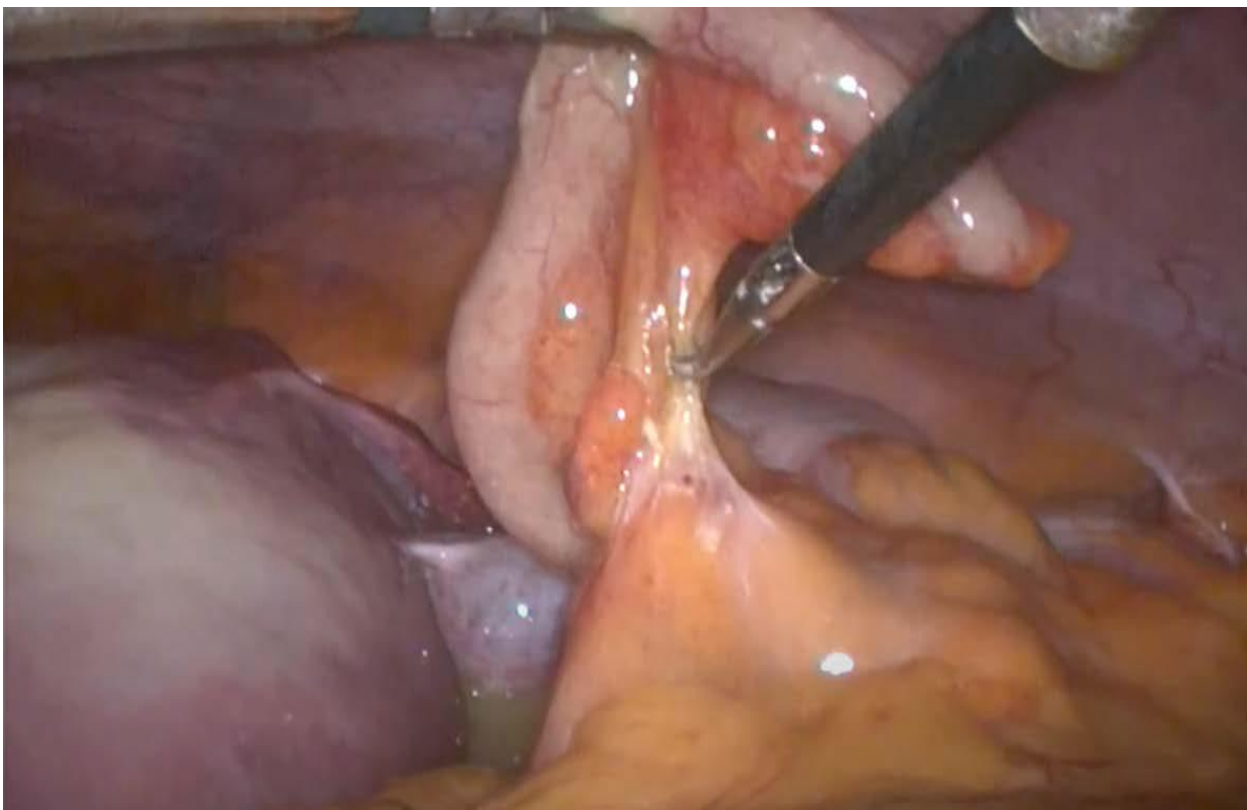
5. Dinamik kuzatish 6 soatdan ortiq davom eta olmaydi. Agar o'tkir appenditsitni istisno qilishning iloji bo'lmasa, homiladorlik davriga qarab, Volkovich-Dyakonov bo'yicha diagnostik laparoskopiya/laparotomiya qilish kerak.



24-rasm. O'tkir appenditsitga shubha qilingan bemorda diagnostik videolaparoskopiya (homiladorlik muddati 26 hafta).



25-rasm. O'tkir appenditsit tufayli mahalliy peritonit mavjudligining intraoperativ rasmi.



26-rasm. Chuvalchangsimon o'simtani vizualizatsiya qilish va olib tashlash.

1.6. O'TKIR APPENDITSIT DIAGNOSTIKA USULLARI

1.6.1 Laboratoriya diagnostikasi usullari.

"O'tkir appenditsit" ga shubha qilingan bemorlarni klinik ko'rikdan o'tkazishda laboratoriya va instrumental tadqiqotlar majburiydir. Hozirgi vaqtda jarrohlik aralashuviz o'tkir appenditsit tashxisini aniqlashga imkon beradigan qon, siydik va boshqa biologik suyuqliklarda ishonchli laboratoriya o'zgarishlari mavjud emas.

Gematologik o'zgarishlar o'ziga xos emas, ammo ular o'tkir yallig'lanish jarayonini tekshirishga va boshqa belgilar bilan birgalikda tashxisni tasdiqlashga imkon beradi. Ko'pincha (90%) leykotsitoz aniqlanadi - bemorlarning 75% da $10 \times 10^9 / l$ dan ortiq, leykotsitoz $12 \times 10^9 / l$ yoki undan ko'p qiymatga etadi. Bundan tashqari, bemorlarning 90% da leykotsitoz leykotsitlar sonining chapga siljishi bilan kechadi, bemorlarning $2/3$ qismida esa 75% dan ortiq neytrofillar aniqlanadi. Shu bilan birga, bemorlarning 10 foizida leykotsitlar soni normal bo'lib qoladi va OIV bilan kasallangan bemorlarda leykopeniya aniqlanishi mumkin. Birinchi 12 soatdan keyin ESRning ko'payishi va C-reaktiv oqsil darajasining oshishi kuzatiladi, o'tkir appenditsitning destruktiv shakllarida qon zardobida umumiy bilirubinning $18,5 \text{ mkmol} / l$ dan oshishi mumkin. tufayli xarakterlidir toksik mahsulotlarni appendiksdan tomirlarga drenajlash, ularning portal tizimi orqali jigarga kirishi va hepatotsitlardagi toksik o'zgarishlar.

Siydikni tahlil qilishda bemorlarning 25 foizida oz miqdordagi qizil qon tanachalari va leykotsitlar aniqlanadi ("siydikdagi toksik o'zgarishlar"), bu yallig'lanishning siydik chiqarish kanali devoriga tarqalishi bilan bog'liq (retrotsekal retroperitoneal joylashuvi bilan). appenditsit) yoki siydik pufagi (tos apandisit bilan).

1. Umumiy qon tekshiruvi - leykotsitoz ($10-15 \times 10^9$), leykotsitlar formulasining neytrofillarning yosh shakllariga siljishi.

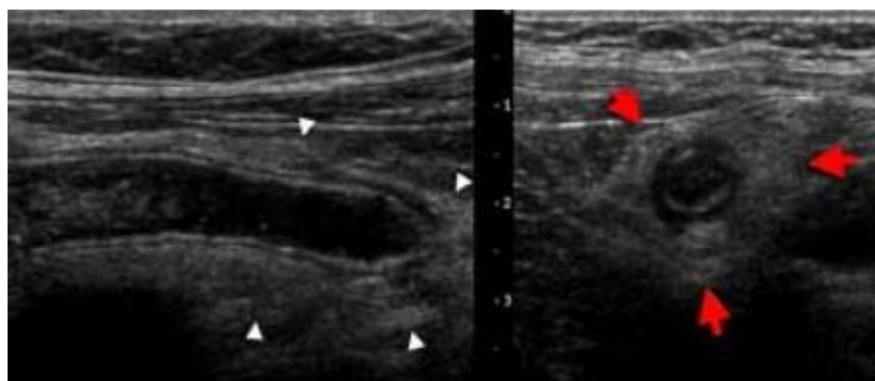
2. Umumiy siydik tahlili va biokimyoviy qon parametrlari o'tkir appenditsitga xos bo'lgan o'ziga xos ko'rinishlarga ega emas. Ushbu testlar qorin bo'shlig'i organlarining boshqa patologiyalari bilan differentsial tashxis qo'yish uchun o'tkaziladi.

Qizil qon hujayralari	5.66	million/ml	4.30 - 5.70
MCV (o'rtacha eritrotsitlar hajmi)	82.2	fl	80,0-99,0
RDW (eritritolning keng tarqalishi)	12.2	%	11.6 - 14.8
MSN (qarang. mazmuni Yangi davr)	28.8	nr	27,0-34,0
MCNS (qarang. kon. Yangi davr)	35.1	g/dl	32,0-37,0
Trombotsitlar	287	ming/ml	150 - 400
Leykotsitlar	14.64	ming/ml	4.50 - 11.00
Tarmoqli neytrofillar 3		%	1 - 6
Segmentlangan neytrofillar	52	%	47 - 72
Neytrofillar (umumiy soni), %	55	%	48,0-78,0
Linfotsitlar, %	34	%	19,0-37,0
Monotsitlar, %	8	%	3,0-11,0
Eozinofillar, %	2	%	1,0-5,0
Bazofillar, %	1	%	< 1,0
Promielotsitlar	0	%	yo'q
Miyelotsitlar	0	%	yo'q
Metamyelotsitlar	0	%	yo'q
Plazma hujayralari	0	%	yo'q
Faollashgan limfotsitlar	0	%	yo'q
Atipik mononuklear hujayralar	0	%	yo'q
Prolimfotsitlar	0	%	yo'q
Portlashlar	0	%	yo'q
Neytrofillar, abs.	805	ming/ml	1,78-5,38
Linfotsitlar, abs.	4.98	ming/ml	1.32 - 3.57
Monotsitlar, abs.	1.17	ming/ml	0,20-0,95

1.6.2. Instrumental diagnostika usullari.

Instrumental tadqiqot. Agar o'tkir appenditsitning klinik ko'rinishi xiralashgan bo'lsa va tashxisni ishonchli aniqlash yoki rad etishning iloji bo'lmasa, ayniqsa tug'ish yoshidagi ayollar, qariyalar va qariyalar va bolalarda ultratovush va / yoki laparoskopiya ko'rsatiladi.

O'tkir appenditsitda ultratovush tekshiruvi har doim ham o'ziga xos emas va bemorlarning 90% dan ko'prog'ida yallig'langan appenditsit ultratovushda aniqlanadi. Chuvalchangsimon o'simtani o'rab turgan ekojenik yog 'to'qimalari uni yanada ko'rinadigan qiladi va topishni osonlashtiradi (ilovaning fiziologik kontrasti) (27-rasm).



Uzunlamasına skanerlash

Transvers skanerlash
("maqsad" yoki "kokard" belgisi)

27-rasm. Yallig'langan ekogen bilan o'ralgan yallig'langan appendiks yog' to'qimasi.

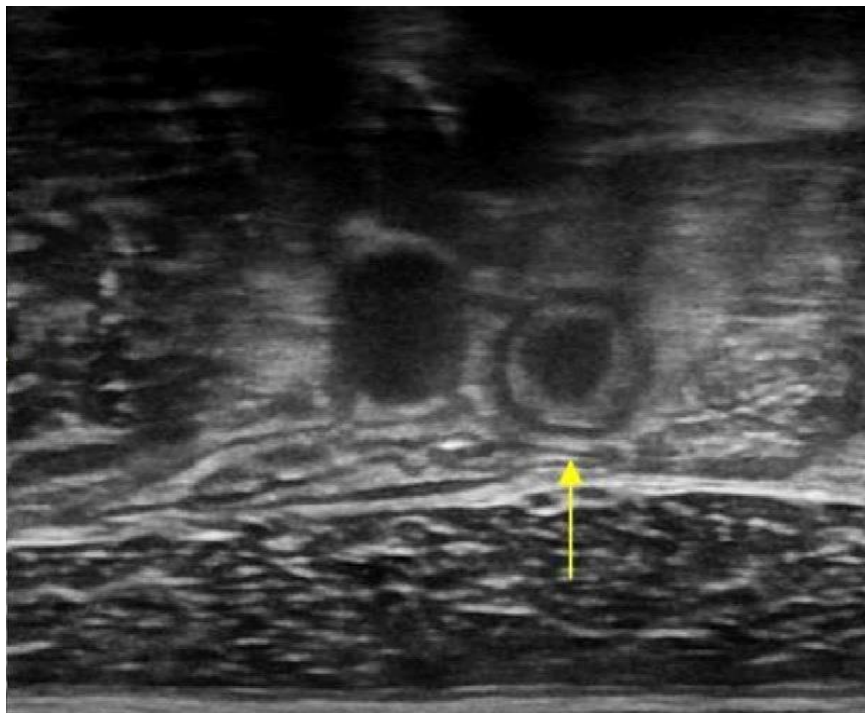
Vermiform appendiksni aniqlash odatda uning obturatsiyasi, diametrining oshishi va lümenda koprolitlar mavjudligida muvaffaqiyatli bo'ladi.

O'tkir appenditsitning to'g'ridan-to'g'ri ultratovush belgilari - bu appenditsit diametrining 8-10 mm yoki undan ko'proq (odatda 4-6 mm), devorlarning 4-6 mm yoki undan ko'p (odatda 2 mm) qalinlashishi, ular o'zaro faoliyatda. bo'limda xarakterli "maqsad" alomati ("kokkadlar") beradi (5-rasm). O'tkir appenditsitning bilvosita ultratovush belgilariga appenditsitning qattiqligi, shaklining o'zgarishi (ilgak shaklida, S shaklida), uning bo'shlig'ida toshlarning mavjudligi, devorining qatlamlanishining buzilishi, tutqichning infiltratsiyasi, bo'sh joyning aniqlanishi kiradi. qorin bo'shlig'ida, o'ng yonbosh chuqurchasida va (yoki) tos bo'shlig'ida suyuqlik (o'tkir appenditsitning eng keng tarqalgan echo belgisi). Tajribali mutaxassis qo'lida usulning aniqligi 95% ga etadi.

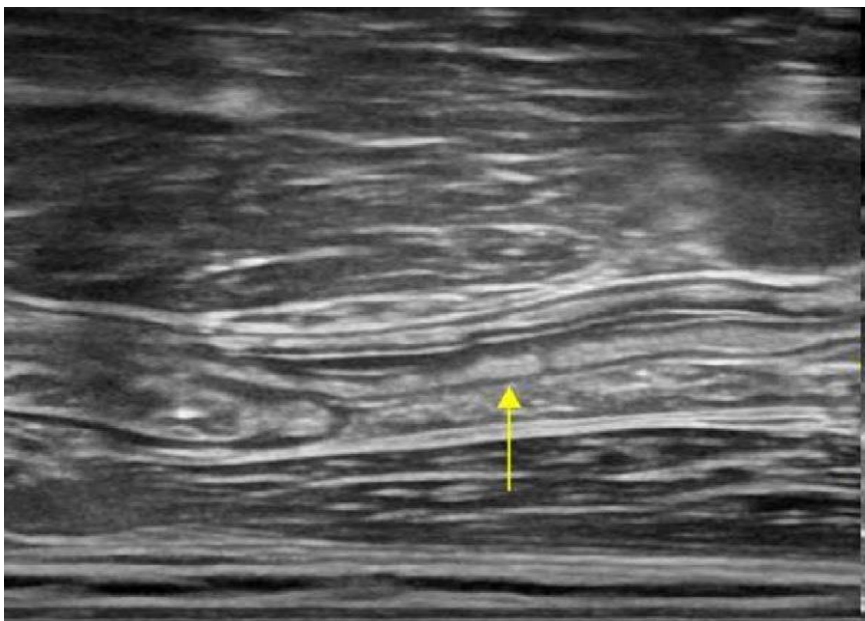
Gangrenli teshilgan appenditsit bilan appendiksning tarkibi qorin bo'shlig'iga quyiladi, kengayish yo'qoladi va appendiks joylashmasligi mumkin. Shu bilan birga, erkin suyuqlik albatta qorin bo'shlig'ida joylashgan bo'lishi mumkin, "erkin gaz" qorin bo'shlig'ida va ingichka ichakning paretik qovuzloqlarida joylashgan bo'lishi mumkin.

1.6.3. Ultratovush tekshiruvi.

Hozirgi vaqtda o'tkir appenditsitni tashxislashning ultratovush usuli juda ma'lumotli, ammo ayni paytda bu mutaxassisga bog'liq bo'lgan usul.



28- rasm “Maqsadlar” belgisi. Devorning qalinlashishi va jarayonning diametrini oshirish



29- rasm. Suyuqlik va to'qimalarning infiltratsiyasining yupqa chiziqlari belgilari bilan yallig'langan appendiks, peristaltikaning etishmasligi

1.6.4. Kompyuter tomografiyasi.

Ushbu usul ko'plab jarrohlik va umumiy shifoxonalarda qo'llaniladi va ko'pincha semirib ketgan bemorlarda, ongni yo'q / buzilgan odamlarda, shuningdek qorin bo'shlig'i organlarining boshqa patologiyalari bilan differentsial tashxis sifatida qo'llaniladi.

Kompyuter tomografiyasi spiral tomografiya mavjudligida, appendiksning obstruktsiyasi, uning lümeninin kengayishi va qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik belgilari aniqlanganda informativ hisoblanadi. Asosan, asoratlangan appenditsitda appendiks infiltrati va ko'richak o'simtasini differensial diagnostika qilish, shuningdek, yiringning (xo'ppoz) chegaralangan to'planishini izlash maqsadida qo'llaniladi.



30-rasm. O'tkir appenditsitning KT rasmi.



31-rasm. KT - o'tkir appenditsitning rasmi.

Alvarado shkalasi

BELGILAR	
O'ng yonbosh bo'shlig'ida og'riq	+2
Haroratning ko'tarilishi $>37,3^{\circ}\text{C}$	+1
Shchetkin simptomi	+1
BELGILARI	
Og'riqning o'ng yonbosh sohasiga ko'chishi (Kocher belgisi)	+1
Ishtahaning yo'qolishi	+1
Ko'ngil aynishi / qusish	+1
LABORATORIYA MA'LUMOTLARI	
Leykotsitoz $> 10 \times 10^9/\text{l}$	+2
Leykotsitlar formulasining chapga siljishi (neytrofillar $> 75\%$)	+1
Jami	10

Ma'lumotlarni baholash:

5 balldan kam	o'tkir appenditsit ehtimoli yo'q
5-6 ball	o'tkir appenditsit mumkin va bemorni kuzatish kerak
7-8 ball	O'tkir appenditsit ehtimoli bor
9-10 BALL	o'tkir appenditsit mavjud va bemorga shoshilinch jarrohlik kerak.

1.6.5. O'tkir appenditsit differensial diagnostiksi

Appenditsitni bir qator qorin bo'shlig'i va hatto undan tashqari kasalliklardan farqlash kerak: virusli mezadenit, o'ng tomonlama pielonefrit, o'ng tomonlama buyrak sanchig'i, o'tkir o'ng tomonlama salpingooforit (adneksit), tuxumdon apopleksiyasi, tuxumdon kistasining yorilishi, progressiv. yoki uzilgan ektopik homiladorlik, o'tkir endometrit, Mekkel divertikulining yallig'lanishi, teshilgan yara, oshqozon yarasining kuchayishi kasalliklar, enterit, kolit, ichak sanchig'i, xoletsistit, ketoatsidoz, ichak tutilishi, pastki lobar pnevmoniya yoki efüzyon plevriti, Kron kasalligi, gemorragik vaskulit (Henoch-Schönlein kasalligi), oziq-ovqat zaharlanishi va boshqalar.

Amalda, ko'pincha o'ng tomonlama buyrak va ginekologik, oshqozon-ichak patologiyasi bilan differentsial tashxis qo'yish kerak.

Differensial diagnostikani quyidagi ketma-ketlikda o'tkazish tavsiya etiladi:

- birinchi bosqich - qorin bo'shlig'i organlarining shoshilinch operatsiyani talab qiladigan boshqa o'tkir jarrohlik kasalliklari, ular klinik ko'rinishida o'xshash;
- ikkinchi bosqich - qorin bo'shlig'i organlarining shoshilinch jarrohlik yordamini talab qilmaydigan o'tkir kasalliklari;
- uchinchi bosqich - "o'tkir qorin" niqobi ostida yuzaga keladigan boshqa jarrohlik bo'lmagan kasalliklarni istisno qilish.

Albatta, bunday ketma-ketlik shartli, chunki turli xil kasalliklarning klinik belgilarini tahlil qilish bir vaqtning o'zida amalga oshiriladi va chuvalchangsimon o'simta tadqiqot usullari ma'lum bir ketma-ketlikda - oddiydan murakkabgacha, eng informatsionni tanlashga harakat qiladi.

1. Shoshilinch jarrohlik talab qiladigan o'tkir kasalliklar.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi o'tkir appenditsitdan simptomlarning klassik uchligi (70-80%) mavjudligi bilan ajralib turadi: oshqozon yarasi kasalligi tarixi, epigastral mintaqada to'satdan xanjar og'rig'i, "taxtaga o'xshash" kuchlanish. qorin devorining mushaklarida. Bundan tashqari, oshqozon yarasi teshilganida, qusish kamdan-kam uchraydi va tana harorati birinchi soatlarda ko'tarilmaydi. Bundan tashqari, qorin bo'shlig'idagi erkin gazni ham perkussiya (jigar xiralashuvining yo'qolishi) va rentgen nurlari (diafragma gumbazi ostidagi gazning yorug'lik chizig'i) aniqlash mumkin. Shuni esda tutish kerakki, qorin bo'shlig'iga kirgan tarkib va yallig'lanish ekssudati o'ng yonbosh kanal orqali o'ng yonbosh chuqurchasiga tushadi. Shunga ko'ra, epigastriumdagi og'riq qorinning o'ng pastki kvadrantiga o'tadi, bu appenditsitga xos bo'lgan "og'riq harakati" (Kocher-Volkovich) alomatiga o'xshash bo'lishi mumkin. Ammo yara teshilganda og'riq tarqaladi va epigastriumdan gipogastriumga o'tmaydi. Teshilgan yara, og'riq, og'riq, qorinning yuqori qismida himoya tarangligi, epigastriumda peritoneal tirnash xususiyati belgilari saqlanib qoladi, faqat qorin devorining bu alomatlar aniqlanishi mumkin bo'lgan maydoni ortadi. O'tkir appenditsit bilan og'riq bemorlarda og'riq

va sezuvchanlik o'ng yonbosh sohasiga "ko'chib o'tganda" qorinning qolgan qismlarida peritoneal tirnash xususiyati belgilari yo'q.

O'tkir ichak tutilishi atipik o'tkir appenditsitga o'xshab qolishi mumkin. Agar o'tkir ichak tutilishida og'riq, qorin bo'shlig'ini palpatsiya qilishda qorin pardaning tirnash xususiyati belgilarini aniqlamaydigan takroriy qusish bilan kechishini hisobga olsak, diagnostika xatosidan qochish mumkin;

Qorin bo'shlig'i organlarining rentgenologik tekshiruvi ichak qovuzloqlarida suyuqlik darajasini aniqlaydi ("Kloiber stakanlari"). Bolalarda obstruktsiyaning sababi invaginatsiya, ichak nuqsonlari, shuningdek ileotekal burchak sohasidagi tug'ma bitishmalar bo'lishi mumkin.

Bezovta qilingan tubal homiladorlik odatda qorinning pastki qismida, yelkama-kamar, pastki orqa va to'g'ri ichakka tarqaladigan o'tkir kramp og'rig'ining paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Og'riq paydo bo'lishidan oldin keyingi hayz ko'rishning kechikishi kuzatiladi. Qorin og'rig'i ichki qon ketish belgilari (umumiy zaiflik, bosh aylanishi, qisqa muddatli hushidan ketish) bilan birga keladi. Tekshirayotganda terining va shilliq pardalarning rangsizligiga, tez-tez yumshoq pulsga e'tibor bering. Bemorlar o'tirishni afzal ko'radilar, chunki gorizontol holatda qon diafragma qorin pardasini bezovta qiladi, bu elkama-kamardagi og'riq bilan namoyon bo'ladi ("tik turish" belgisi). O'ziga xos xususiyat - qorin og'rig'ining intensivligi va mushaklarni himoya qilishning deyarli to'liq yo'qligi o'rtasidagi tafovut (qorin yumshoq bo'lib qoladi!). Qorin bo'shlig'ida qonning sezilarli darajada to'planishi bilan qorinning e'gimli joylarida qorin pardaning tirnash xususiyati ijobiy belgilari bilan perkussiya tovushining xiraligini aniqlash mumkin. Vaginal tekshiruv tashxisni aniqlashtirishga yordam beradi: orqa teshikning bo'rtib ketishi, bachadon bo'yni qalinlashishi va yumshashi, rektal bachadon bo'shlig'i devorlarining og'rig'i aniqlanadi. Serviksning mayatnikga o'xshash siljishi og'riqli (Promptov simptomi); Bachadon odatda kattalashadi, ko'pincha qora jigarrang oqindi aniqlanadi. Qon testi normokromik anemiyaning rasmini ko'rsatadi.

Ektopik homiladorlik sifatida yuzaga keladigan katta tuxumdon kistalarining buralishi va yorilishi holatlarida, ba'zida bimanual vaginal tekshiruvda zich sirtli yumaloq, hajmli shakllanishni paypaslash mumkin.

2. Qoida tariqasida shoshilinch jarrohlik amaliyotini talab qilmaydigan o'tkir kasalliklar.

O'tkir xoletsistit ko'pincha dietani buzganidan keyin epigastriumda juda o'tkir og'riqlar bilan boshlanadi, keyinchalik u o'ng hipokondriumda lokalize qilinadi. Hujumning dastlabki bosqichi ko'pincha oziq-ovqat va safroning qayta-qayta qayt qilish bilan birga keladi. Subhepatik appenditsitdan farqli o'laroq, maksimal og'riq va sezuvchanlik zonasi o't pufagining pastki qismining proyeksiyasiga to'g'ri keladi. Bu erda ular qorin devoridagi mushaklarning kuchlanishini, qorin pardaning tirnash xususiyati belgilarini aniqlaydilar, kengaygan, og'riqli o't pufagini paypaslaydilar, shuningdek, Ortner, Merfi va Mussi belgilarini aniqlaydilar. Yallig'lanish

jarayonining yuqori joylashishi bilan og'riq va maksimal sezuvchanlik zonasi ko'pincha o't pufagi proyeksiyasining joylashgan joyiga lateral prognoz qilinadi.

O'tkir appenditsitning epigastral bosqichi, agar u ayniqsa aniq namoyon bo'lsa, va epigastriumda bosilgan og'riq, ko'ngil aynishi va kuchli qusish bilan birga bo'lsa, o'tkir pankreatit bilan xato qilish mumkin. Bunday holda, pankreatitga xos bo'lgan, bemorni "halqa" yoki "yarim halqa" kabi o'rab turgan orqada og'riqning nurlanishi bor-yo'qligini aniqlash kerak. Odatda, normal tana haroratida aniq taxikardiya kuzatiladi. Qorin yumshoq bo'lib qoladi, faqat epigastriumda og'riqli. Vaziyatning og'irligi va faqat yuqori qorindagi mushaklarning o'rtacha himoyasi o'rtasidagi tafovutga e'tibor bering. Bundan tashqari, pankreatitga xos bo'lgan Kerthe, Mayo-Robson va Voskresenskiy belgilari aniqlanadi (qorin aortasining pulsatsiyasining yo'qligi). Ultratovush va kompyuter tomografiyasi pankreatitga xos bo'lgan oshqozon osti bezining hajmi va zichligidagi o'zgarishlarni aniqlaydi.

O'tkir adneksit bilan og'riqgan bemorlarda hujum ko'pincha hayz ko'rishning boshlanishi yoki oxiri, hipotermiya yoki jismoniy ortiqcha kuchlanish bilan mos keladi. Og'riq, tos apandisitidan farqli o'laroq, darhol qorinning pastki qismida boshlanadi va pastki orqa, perineumga tarqaladi va vaginadan ko'p miqdorda shilliq yiringli oqindi bilan birga keladi. Vaginal tekshiruv vaqtida keskin og'riqli o'ng tomonlama tubo-tuxumdon infiltrati paypaslanadi va ijobiy Promptov belgisi aniqlanadi (bemorlarning 80%). Adneksit paytida tana harorati odatda 38 ° C dan yuqori, ammo leykotsitoz va tarmoqli siljishi o'rtacha (gonoreyali salpingooforitdan tashqari).

O'tkir mezenterik limfadenit bahor-kuz mavsumiyligiga ega bo'lib, ko'pincha 20 yoshgacha bo'lgan odamlarda rivojlanadi va o'ng yonbosh sohasida og'riq xuruji bilan xarakterlanadi, bu esa periumbilikal mintaqaga tarqaladi. Og'riqdan keyin yuqori tana harorati paydo bo'ladi. Qorin palpatsiyasida ingichka ichak tutqichi ildizi proektsiyasida og'riq aniqlanadi (o'ng old umurtqa pog'onasini chap gipoxondriya bilan bog'laydigan chiziq bo'ylab). Mushaklarning kuchlanishi yo'q, peritoneal tirnash xususiyati belgilari salbiy. Kasallik kursi monotonlik, intoksikatsiya hodisalarining zo'ravonligi (gipertermiya, taxikardiya, chapga siljish bilan leykotsitoz), yallig'lanishga qarshi terapiya fonida simptomlarning asta-sekin regressiyasi bilan tavsiflanadi.

3. "O'tkir qorin" niqobi ostida yuzaga keladigan jarrohlik bo'lmagan kasalliklar.

Appenditsitning atipik shaklini o'ng tomonlama buyrak kolikasidan ajratish kerak. Bu lomber mintaqaning o'ng yarmida o'tkir (zerikarli bo'lmagan) og'riqlar bilan boshlanadi va qusish va tez-tez siyish istagi bilan birga bo'lishi mumkin. Og'riq o'ng yonbosh sohasiga o'tishi, son, perineum, jinsiy a'zolarga tarqalishi mumkin.

Bunday holda, qorin bo'shlig'ida appenditsitga xos bo'lgan kuchli mahalliy og'riqlar ham, qorin pardaning tirnash xususiyati belgilari ham mavjud emas. Tana harorati normal. Siydik testi yangi qizil qon hujayralarining sezilarli miqdorini

aniqlaydi. Ultratovush tekshiruvi (yoki shoshilinch shoshilinch urografiya) yordamida tos bo'shlig'i yoki siydik yo'llaridagi toshlar va buyrak chanog'i fonida ko'rish mumkin.

Yersiniozning psevdopendikulyar shakli haroratning 38-39 ° S gacha o'tkir ko'tarilishi bilan tavsiflanadi. Isitma kuchli intoksikatsiya (titroq, kuchli terlash, bosh og'rig'i, miyalji), ko'ngil aynishi, qusish, tez-tez bo'shashgan axlat va aniq lokalizatsiyasiz qorin og'rig'i bilan kechadi. Keyin og'riq o'ng yonbosh mintaqasida to'planadi va bu erda aniq mahalliy og'riq paydo bo'ladi: qorin pardaning tirnash xususiyati belgilari aniqlanmaydi. Qonda neytrofil leykotsitoz ($15 \times 10^9/l$ gacha) va EChTning sezilarli darajada oshishi aniqlanadi.

Jigar porfiriya bilan bemorlarda mahalliy yoki umumiy qorinda kuchli kramp og'rig'i paydo bo'ladi. Ko'ngil aynishi, qusish, axlatni ushlab turish, isitma, taxikardiya, arterial gipertenziya va siydikni ushlab turish bilan birga keladi. Ammo qorin pardaning tirnash xususiyati belgilari yo'q, qorinni palpatsiya qilishda mahalliy og'riqlar ahamiyatsiz. Porfiriya, ayniqsa, bir muncha vaqt yorug'lik ta'sirida bo'lsa, quyuq qizil siydik bilan tavsiflanadi.

O'ng tomonlama bazal plevrit va pnevmoniya, ayniqsa yosh bolalarda diagnostika xatolariga olib kelishi mumkin. Ulardan qochish uchun nazolabial uchburchakning xarakterli siyanoziga, yo'talga, qattiq nafas qisilishiga, zaiflashgan nafas olish va o'pkaning ta'sirlangan qismi ustidan xirillashga, shuningdek plevral ishqalanish shovqiniga e'tibor berish kerak.

Diagnostik xatolarning sababi diabetes mellitusda qorin bo'shlig'i sindromi bo'lishi mumkin. Differensial diagnostikada anamnez muhim ahamiyatga ega. Shikoyatlar tashnalik, umumiy zaiflik va poliuriya bilan ustunlik qiladi. Qorin og'rig'i o'ziga xos lokalizatsiyaga ega emas. Prekoma holatida bemorlarda taxipne, gipotenziya, apatiya, uyquchanlik va og'izdan aseton hidi paydo bo'ladi. Patogenetik davolash qorin og'rig'ini engillashtiradi.

Gemorragik vaskulit (Henoch-Schönlein kasalligi) bilan qorin og'rig'i o'ziga xos lokalizatsiyasiz kramplardir. Kuchli og'riqlarga qaramay, qorin devori yumshoq bo'lib qoladi va palpatsiya qilish oson. Tana harorati odatda normaldir. Kasallikning engil shakllarida leykotsitoz bo'lmaydi, og'ir holatlarda u $30 \times 10^9/l$ ga etadi va

EChT 80 mm / soatgacha ko'tariladi. Bu kasallik, ayniqsa, pastki ekstremitalarda va dumbalarda petechial toshmalar bilan tavsiflanadi.

Miokard infarkti (odatda chap qorincha orqa devori) bilan epigastral mintaqada og'riq paydo bo'lishi mumkin, ammo qorin devoridagi mushaklarning kuchlanishi odatda yo'q va peritoneal tirnash xususiyati belgilari yo'q.

To'g'ri tashxis qo'yish uchun sinchkovlik bilan to'plangan anamnez va klinik tekshiruv, kerak bo'lganda tajribali mutaxassislar va tegishli mutaxassislik shifokorlarini jalb qilish yordam beradi. Agar kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 2 soat ichida o'tkir appenditsitni istisno qilishning iloji bo'lmasa,

laparoskopik tekshiruv o'tkazish kerak, agar tashxis tasdiqlansa va texnik imkoniyatlar laparoskopik appendektomiya shaklida davom ettirilishi mumkin.

Laparoskopiya bilan appendiksni tekshirish har doim ham mumkin emas. Ko'pincha bilvosita belgilar (qorinning o'ng yarmida efüzyon mavjudligi, visseral va parietal qorin pardaning giperemiyasi, o'ng yonbosh sohasini qoplagan katta omentum) asosida appenditsit tashxisini qo'yish kerak.

Tashxisni shakllantirish quyidagi bo'limlarni o'z ichiga olishi kerak:

1. O'tkir appenditsitning klinik-morfologik shakli
2. Asoratning xarakteristikasi (odatda peritonitning mavjudligi (uning tabiati, tarqalishi, bosqichi).

Tashxisga misol:

- o'tkir flegmonoz appenditsit
- mahalliy seroz-fibrinoz peritonit bilan asoratlangan o'tkir gangrenoz-teshilgan appenditsit;

O'TKIR APPENDITSITGA SHUBHA BO'LGANDA JARROH TAKTIKASI

1. O'tkir appenditsitga shubha qilingan barcha bemorlar shoshilinch ravishda jarrohlik shifoxonasiga yotqiziladi.

2. Klinik shaklni va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni ko'rsatadigan klinik tashxis bemorning kasalxonada bo'lishining dastlabki 2 soatida o'rnatilishi kerak.

3. Destruktiv appenditsitning aniqlangan tashxisi shoshilinch jarrohlik uchun mutlaq ko'rsatma hisoblanadi. Istisno - bemorning o'ta og'ir ahvoli. Bunday holda, qisqa muddatli (1-2 soatdan ko'p bo'lmagan) operatsiyadan oldingi tayyorgarlik amalga oshiriladi, uning hajmi reanimatolog bilan kelishilishi kerak. Operatsiyaga uchragan barcha bemorlarga antibakterial profilaktika beriladi (kirishdan oldin 2 yoki 3 avlod sefalosporinlarining kunlik dozasini parenteral yuborish).

4. O'tkir appenditsitni istisno qilish uchun dinamik kuzatuvni talab qiladigan bemorlar jarrohlik shifoxonasiga yotqiziladi. Dinamik kuzatish vaqtida faqat antispazmodiklarni buyurish mumkin. Bemorning ahvoli dinamikasi keyingi 3 soat ichida baholanadi.

5. Og'riqni yo'qotganda va o'tkir jarrohlik patologiyasi chiqarib tashlansa, jarrohlik davolash ko'rsatilmaydi.

6. Agar 3 soatlik dinamik kuzatuv davomida og'riq sindromi davom etsa va destruktiv appenditsitning ishonchli klinik ko'rinishi bo'lmasa, bemorga diagnostik laparoskopiya ko'rsatiladi.

7. Agar laparoskopiyaga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa (qorin bo'shlig'idagi bitishmalar, qorin old devorining o'tkir yiringli kasalliklari, ichak oqmalari, yurak-qon tomir va nafas olish tizimining dekompensatsiyalangan

kasalliklari) yoki uning ma'lumotlari yo'qligi (ilovani tekshirishning mumkin emasligi), Volkovich-Dyakonovga tashxis qo'yish uchun laparotomiya ko'rsatiladi.

II BOB. O'TKIR APPENDITSITNI DAVOLASH

2.1. O'TKIR APPENDITSITNI DAVOLASH TAKTIKASI

O'tkir appenditsitni davolash strategiyasi appenditsitni iloji boricha tezroq olib tashlashdan iborat - appendektomiya. "O'tkir appenditsit" tashxisi qo'yilganda, shoshilinch appendektomiya barcha bemorlarda amalga oshiriladi, chunki asoratlar va o'lim darajasi, birinchi navbatda, kasallikning boshlanishidan jarrohlikgacha o'tgan vaqtga bog'liq. Bu davr qanchalik uzoq bo'lsa, asoratlar shunchalik tez-tez yuzaga keladi va operatsiyadan keyingi o'lim darajasi shunchalik yuqori bo'ladi. Shunday qilib, 2 kundan ortiq vaqt o'tgan o'tkir appenditsit bilan asoratlar paydo bo'ladi.

Kasalxonaga yotqizish bosqichida va diagnostika jarayonida quyidagilar taqiqlanadi: qorin bo'shlig'iga mahalliy issiqlik (isitish prokladkalari) qo'llash, dorilar va boshqa og'riq qoldiruvchi vositalarni yuborish, bemorlarga laksatiflar berish va ho'qna qilish.

Yiringli-septik asoratlarni oldini olish uchun barcha bemorlarga operatsiyadan oldin va keyin ham aerob, ham anaerob floraga ta'sir qiluvchi keng spektrli antibiotiklar qo'llaniladi. Asoratlanmagan appenditsit uchun eng samarali dorilar 4-avlod sefalosporinlari (Zinacef, Cefuroxime) lincosamids (Dalacin, Clindamycin) yoki metronidazol (Metrogil, Trichopol) bilan birgalikda. Asoratlangan o'tkir appenditsit bo'lsa, karbopenemlar (Tienam, Imipenem, Meronem) yoki ureidopenitsillinni buyurish tavsiya etiladi.

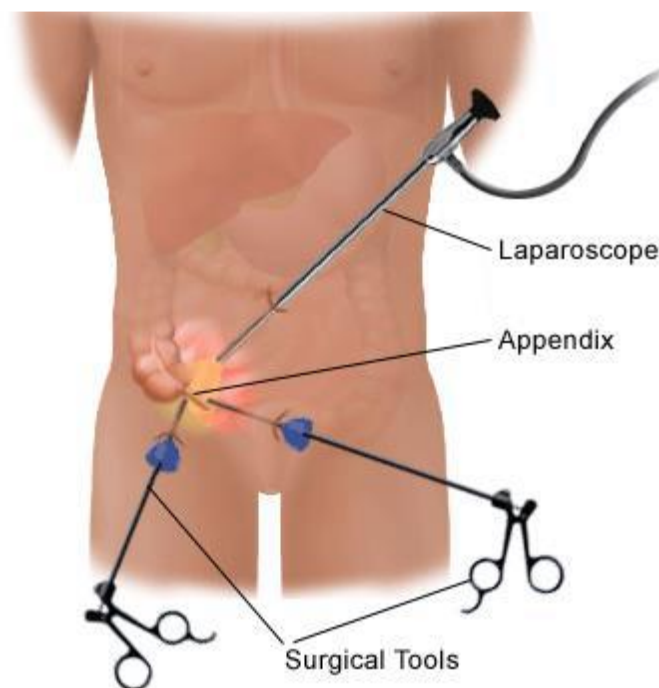
OIV infeksiyasi bo'lgan bemorlarda, leykopeniya fonida CD4 limfotsitlar soni (500 dan kam) kamayganda, immunoglobulinlar va G-CSF (neytrofil koloniyalarini ogohlantiruvchi omil) qo'llanilishi ko'rsatiladi.

Appendektomiya umumiy (vena ichiga yoki endotraxeal behushlik) yoki lokal behushlik ostida laparoskopik yoki ochiq usulda amalga oshiriladi.

So'nggi o'n yilliklarda minimal invaziv jarrohlik muvaffaqiyatli joriy etildi: laparoskopik va transluminal. Texnikalar maxsus asboblardan yordamida qorin devoridagi yoki ichi bo'sh organlardagi kichik teshiklar orqali appendiksni olib tashlashga imkon beradi.

2.2. JARROHLIK USULLARI

Laparoskopik appendektomiya paytida, qoida tariqasida, qorin devoriga 3 marta ponksiyon qilinadi (ko'p portli appendektomiya) (32-rasm).



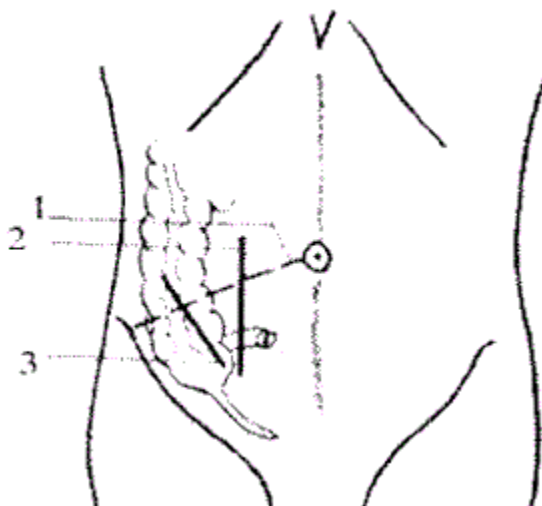
**32-rasm. Qorin devorining uch portli ponksiyonlari
laparoskopik appendektomiya**

So'nggi yillarda bitta ponksiyon (bir portli appendektomiya yoki bitta kirish appendektomiyasi) imkonini beruvchi bitta portli asboblarda paydo bo'ldi.

Transluminal appendektomiya paytida asboblarda oshqozon devori yoki vaginal ponksiyon orqali kiritiladi. Uning afzalligi - kosmetik nuqsonlarning yo'qligi, nisbatan tez tiklanish va operatsiyadan keyingi reabilitatsiya vaqtini qisqartirish.

Laparoskopik appendektomiya paytida appendiksni olib tashlashning faqat jarrohlik usuli o'zgaradi; Endoskopik appendektomiyaning afzalliklari diagnostik va terapevtik muammolarni bir vaqtning o'zida hal qilish, kam travma va asoratlarning sonining kamayishi (yaraning yiringlashi). Shu munosabat bilan operatsiyadan keyingi davr va reabilitatsiya muddati qisqartiriladi. Laparoskopik jarrohlikning davomiyligi ochiq jarrohlikdan bir oz ko'proq. Bundan tashqari, bemorlarning kichik bir qismida (3-5%) endoskopik jarrohlik amaliyotiga o'tish zarurati mavjud. zich yopishqoqlik, ichki qon ketish, absess va og'ir semizlik tufayli an'anaviyga. Videoendoskopik texnologiyadan foydalangan holda operatsiya narxi ochiq appendektomiyaga qaraganda 4 baravar yuqori. Homiladorlik laparoskopiyaga qarshi ko'rsatma hisoblanadi. Biroq, gazsiz usuldan foydalanilganda (qorin bo'shlig'iga gaz singdirilmaydi), bu oddiy va xavfsizdir.

Diffuz peritonit belgilari bo'lmaganda ochiq appendektomiya qiya o'zgaruvchan McBurney yondashuvi orqali amalga oshiriladi, ba'zan mahalliy adabiyotda Volkovich-Dyakonov kirish deb ataladi (33-rasm).



1 - McBurney liniyasi; 2 - Lennander bo'limi; 3 – Volkovich-Dyakonov uchastkasi

33-rasm. Chuvalchangsimon o'simga kirish uchun qorin old devoridagi kesmalar ochiq appendektomiya bilan

Agar keng tarqalgan yiringli peritonitga shubha tug'lsa, qorin bo'shlig'i organlarini to'liq tekshirish va har qanday operatsiyani bajarish imkonini beradigan median laparotomiyani amalga oshirish maqsadga muvofiqdir, agar bunday zarurat tug'lsa.

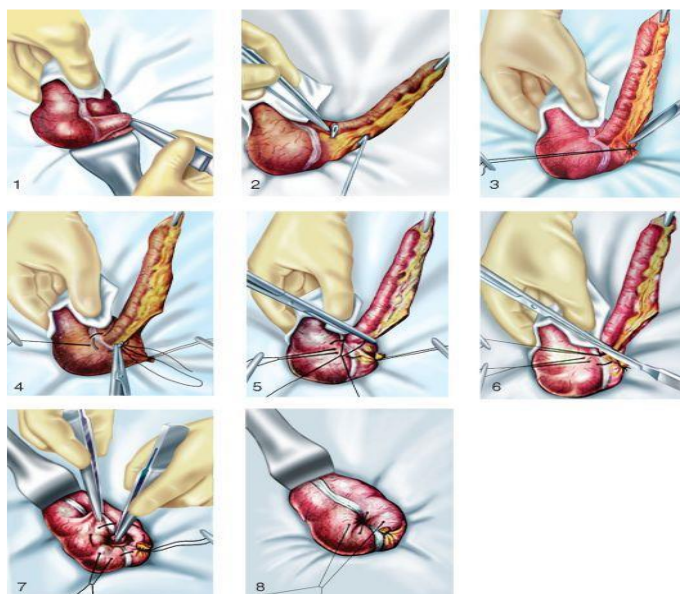
McBurney yondashuvi past shikastlidir, qorinning tashqi qiya mushaklarining aponevrozi tolalar bo'ylab ajratiladi, ichki qiya va ko'ndalang mushaklar tolalar bo'ylab to'g'ridan-to'g'ri bir-biridan ajratiladi. Qorin devori taranglashganda yaraning barcha qatlamlari bir-biriga yaqinlashadi. Operatsiyadan keyingi churra bilan kesma juda kamdan-kam hollarda murakkablashadi. Kesishning kamchiliklari shundaki, agar uni kengaytirish kerak bo'lsa, bu juda qiyin va shikastlidir.

Kamroq ishlatiladigan ikkinchi kesma pararektaldir. U to'g'ri qorin bo'shlig'i mushaklari qobig'ining tashqi qirrasi bo'ylab amalga oshiriladi. Agar kerak bo'lsa, uni osongina laparotomiyaga aylantirish mumkin. Kesishning kamchiliklari qorin old devorining mushaklarini innervatsiya qiluvchi nervlarning kesishishi tufayli operatsiyadan keyingi churra hosil bo'lish ehtimoli hisoblanadi.

Kesishning uzunligi estetik talablar bilan cheklangan, ammo operatsiya texnikasiga ta'sir qilmasligi kerak - ileotekal burchakni yaraga olib tashlash va o'ng yonbosh sohasini qayta ko'rib chiqish imkoniyati. Ko'richakning gumbazini emas, balki ileotsekal burchakni yaraga olib tashlash, ko'richakning dumg'azasini ko'richak gumbaziga xavfsiz botirish uchun muhimdir, chunki bu vaqtda Bauginian qopqog'ining siqilish xavfi mavjud va obstruksiyaning rivojlanishi. Bu, ayniqsa, bolalarni operatsiya qilishda e'tiborga olish kerak.

Agar appenditsit va qorin bo'shlig'idagi ko'rinadigan o'zgarishlar kasallikning klinik ko'rinishiga mos kelmasa, o'tkir appenditsitni (Mekkel divertikulasi, Kron) aniqlash uchun 1 m gacha yonbosh ichakni yaraga olib tashlash va uni tekshirish kerak. kasallik).

Odatda appendektomiya (34-rasm) tutqichni bog'lash va kesish orqali appendiksni mobilizatsiya qilishni o'z ichiga oladi. Bu bosqichda a ning tutqichdan o'tishini hisobga olish kerak. appendicularis – shox a. ileokoliya. Undan qon ketish xavfli bo'lishi mumkin. Shuning uchun tutqich bog'lanadi va so'rilmaydigan tikuv materiali bilan tikiladi. Shundan so'ng, jarayon qisqich bilan poydevorga chimchilanadi, yupqa so'rilishi mumkin bo'lgan material bilan bog'lanadi va kesiladi.



34-rasm. Oddiy ochiq appendektomiya bosqichlari

Duma ko'richak devoriga seroz-mushak va Z shaklidagi seroz-seroz tikuv bilan botiriladi va yopiq bo'shliqqa tushib, absess (kultit yoki appenditsit deb ataladigan) paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. ilovasiz"). Ushbu asoratning oldini olish bir kundan keyin ligaturening rezorbsiyasidir va ko'richak devoriga botirilgan appendikning dumi ichak lümenine ochiladi.

10 yoshgacha bo'lgan bolalarda appendiksning dumi so'rilmaydigan material bilan bog'lanadi va ko'rinadigan shilliq qavat elektrokoagulator yoki 5% yod eritmasi bilan yondiriladi. Ba'zi jarrohlar bolalarda appendiksning dumini invaginal qilishadi. Laparoskopik appendektomiya paytida chuvalchangsimon o'simtaning tagiga metall qisqich o'rnatiladi. Chuvalchangsimon o'simtaning dumi ko'richakka botirilmaydi.

Agar appendiks aniq yopishqoq jarayon yoki atipik joylashuv tufayli yaraga kiritilmasa, retrograd appendektomiya amalga oshiriladi: vermiform appendiks tagida kesishadi va ko'richak gumbaziga botiriladi. odatiy operatsiya. Vermiform

appendiks, unga lehimlangan to'qimalar va organlar bilan birga, yara ichiga chiqariladi va odatdagi operatsiyada bo'lgani kabi, asta-sekin ajratiladi, mobilizatsiya qilinadi, bog'lab qo'yilishi bilan tutqichdan ajratiladi.

O'tkir oddiy appenditsitda yara qatlamlarga tikiladi.

Destruktiv flegmonoz appenditsitda appendektomiyadan so'ng yara va yonbosh sohasidan ekssudat chiqariladi, yara antiseptik eritma bilan yuviladi, quritiladi va mahkam tikiladi.

Agar yara va yonbosh sohasini to'liq drenajlash mumkin bo'lmasa, yara va yonbosh sohasi silikon naycha bilan drenajlanadi. Drenaj paydo bo'lguncha yara tikiladi. Drenaj orqali oqindi bo'lmasa va yallig'lanishning klinik belgilari bo'lmasa, ikkinchisi 2-3 kundan keyin chiqariladi.

Gangrenoz appenditsit bo'lsa, yuqorida tavsiflangan barcha manipulyatsiyalardan so'ng, yara teriga noyob tikuvlar bilan tikiladi. Anaerob infeksiyani oldini olish uchun teriga 4-5 kun davomida vaqtincha tikuvlar qo'yiladi. Flora va uning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash uchun yaradan madaniyatni olish kerak.

Qorin bo'shlig'ida (peritonit) ekssudatning to'planishi aniqlansa, yara antiseptik eritma bilan yuviladi va qorin bo'shlig'iga qorin bo'shlig'i devoridagi uzoqdagi kesma orqali drenaj trubkasi kiritiladi.

Qorin bo'shlig'ini tamponlamaslik kerak degan fikr bor. Shu bilan birga, ba'zi jarrohlar quyidagi hollarda bir yoki bir nechta ikki lümenli drenajlar o'rniga tampon o'rnatadilar:

- jarayonni yoki uning bir qismini infiltratdan olib tashlashning mumkin emasligi;
- periappendikulyar absessning ochilishi;
- qorin pardaning orqa qismidagi flegmona;
- jarayonning dumg'azasini botiruvchi choklarning mustahkamligi haqidagi noaniqlik.

Oddiy appendektomiya

Aralashuv umumiy behushlik ostida amalga oshiriladi, o'murtqa behushlik mumkin; Kirish Volkovich-Dyakonov kesmasi bilan ta'minlanadi.

Ushbu kesmaning topografiyasi quyidagicha: agar siz kindikni oldingi yuqori yonbosh umurtqa pog'onasi bilan bog'laydigan chiziqni aqliy ravishda chizib, uni 3 qismga ajratsangiz, kesma inguinal burmaga parallel ravishda bizning chiziqning 1/3 qismini perpendikulyar ravishda kesib o'tadi. . Bundan tashqari, kesmaning 1/3 qismi yuqorida va 2/3 qismi spekuliyativ chiziq ostida joylashgan bo'ladi.



35-rasm. Bemorga operatsiyadan oldingi belgilar.



36-rasm. Jarrohlik maydonini tayyorlash.



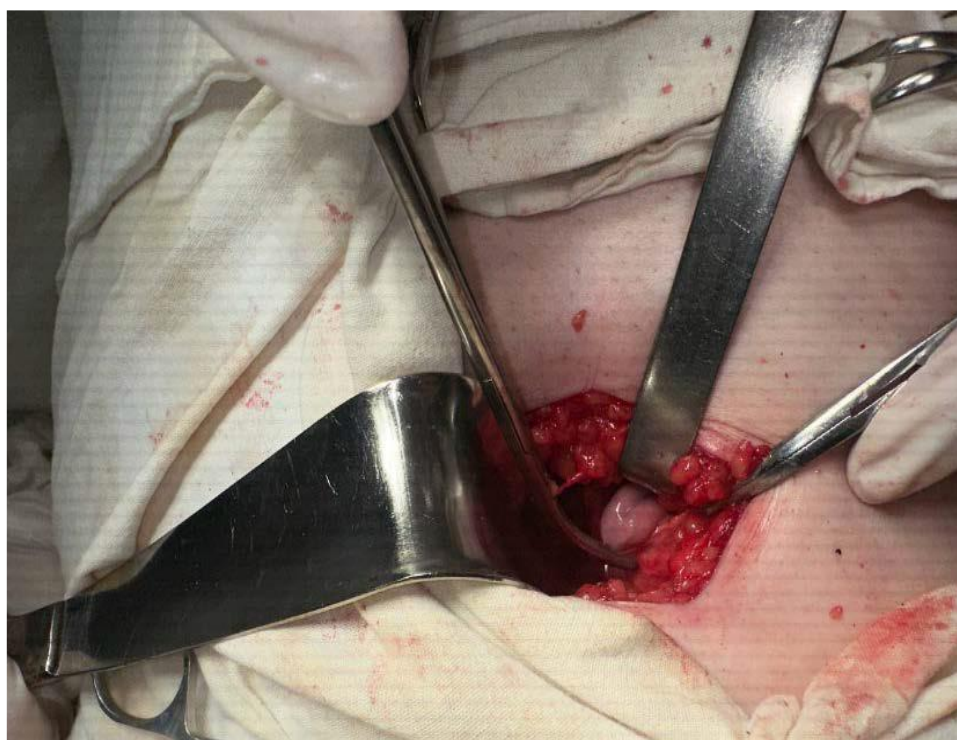
37-rasm. Teri kesmasidan so'ng teri osti yog' to'qimalari ajratiladi.



38-rasm. Qorinning tashqi qiya muskulining aponevrozini kesish.



39-rasm. Aponevroz ostida joylashgan ichki qiya va ko'ndalang muskullarni kesib o'tmaslik kerak. Ular odatda Farabeuf ilgaklari yoki boshqa tekis sirt asboblari yordamida mushak tolalari bo'ylab ajratish orqali bir-biridan tortiladi.



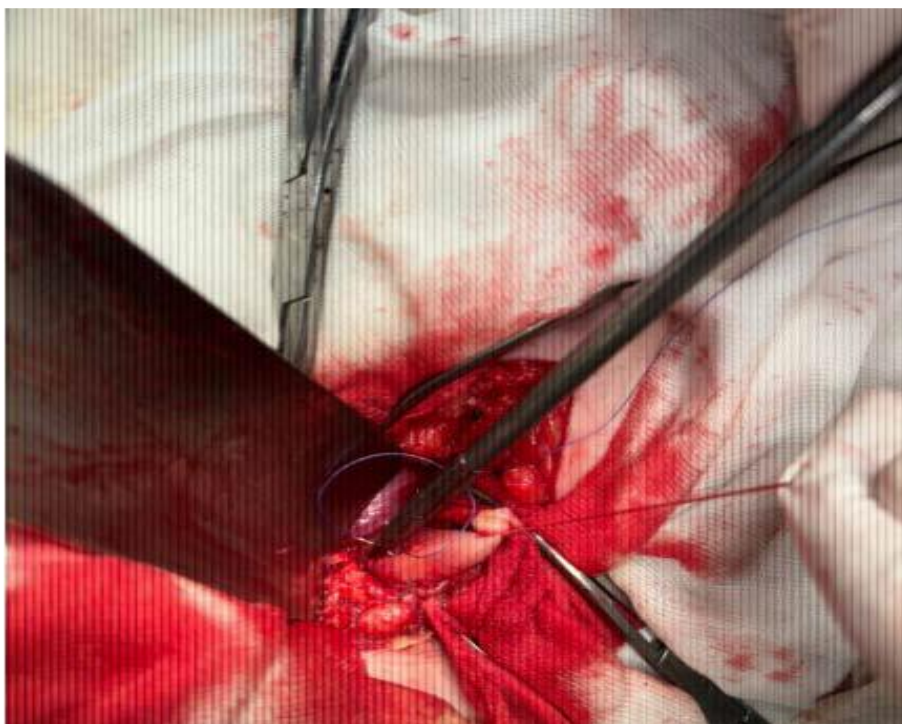
40-rasm. Mushaklarni yoygandan so'ng, qorin bo'shlig'iga kirish imkonini beruvchi ostida joylashgan qorin parda ochiladi.



41-rasm. Keyingi bosqichda yaraga appendikulyar o'simta bilan ko'richak gumbazi keltiriladi.



42-rasm . Unda joylashgan oziqlantiruvchi tomirlar bilan uning tutqichi bog'lanadi (presslar yordamida bog'lanadi yoki elektrojarrohlik usullari yordamida koagulyatsiya qilinadi) va kesishadi.

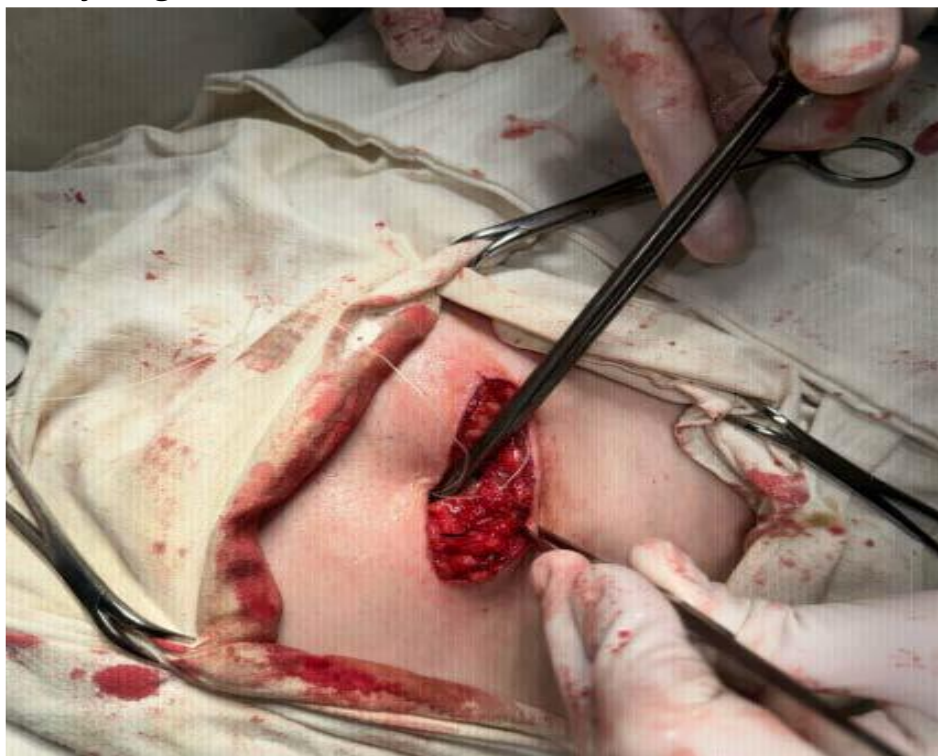


43-rasm. Tutqich kesilgandan so'ng, ko'richak gumbaziga hamyon ipli tikuv qo'yiladi. Keyin chuvalchangsimon o'simtaning asosi qisqich bilan qisiladi (devorni maydalash oqma hosil bo'lishiga yo'l qo'ymaydi), qisish joyida ligature bilan bog'lanadi va chuvalchangsimon o'simta ligaturadan yuqorida kesiladi.

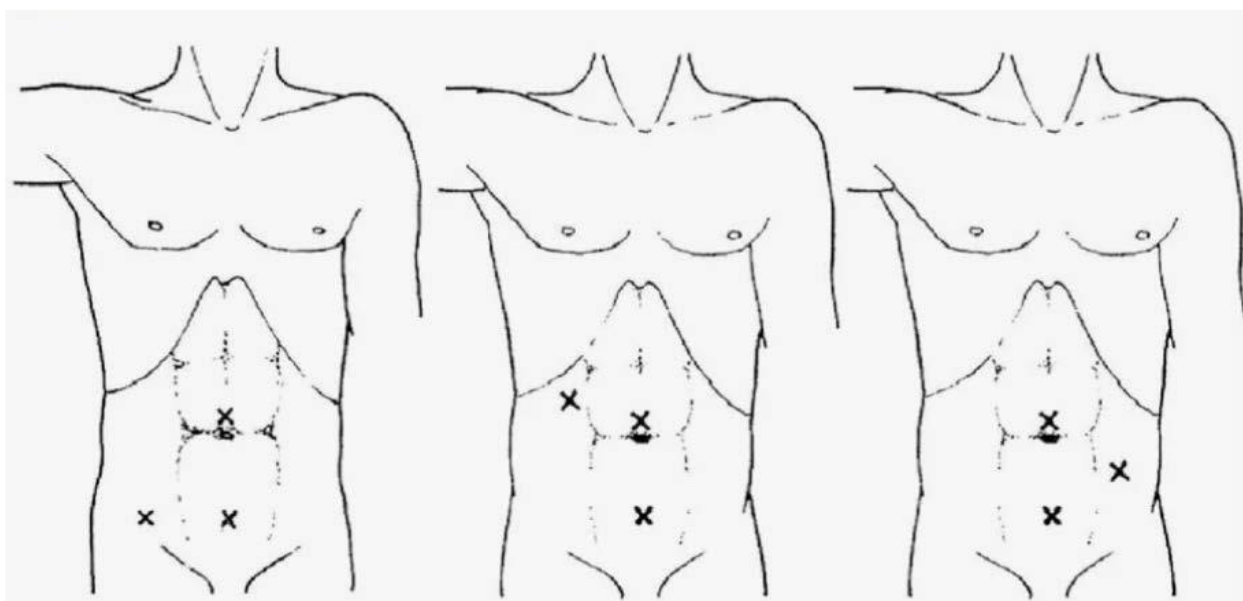


44-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning dumg'azasi hamyon ipining o'rtasiga botiriladi va mahkamlanganda "qoplanadi". Kattaroq muhrlanish uchun tepaga chuvalchangsimon o'simta Z shaklidagi tikuv qo'yiladi.

Chuvalchangsimon o'simtaning retrocekal, ayniqsa retroperitoneal joylashuvi bo'lsa, ko'richakning orqasida joylashgan appendiks tufayli uning tutqichiga kirish imkoni yo'q. Bunday holda, retrograd appendektomiya amalga oshiriladi: birinchi navbatda, appendiksning asosi kesishadi (do'noq hamyon ipiga botiriladi va Z shaklidagi choklar bilan), ichak tutqichiga kirish yo'li ochiladi, so'ngra ichak tutqichi. appendiks qisman bog'langan va kesishgan, ikkinchisi atrofdagi to'qimalardan ajratilgan va olib tashlanadi.



45-rasm. Operatsiya qorin bo'shlig'i devorini qavatma-qavat tikish bilan yakunlanadi.



46-rasm. Troakarlarning joylashishini tanlash.



47-rasm. Jarayonning mezenteriyasini mobilizatsiya qilish.



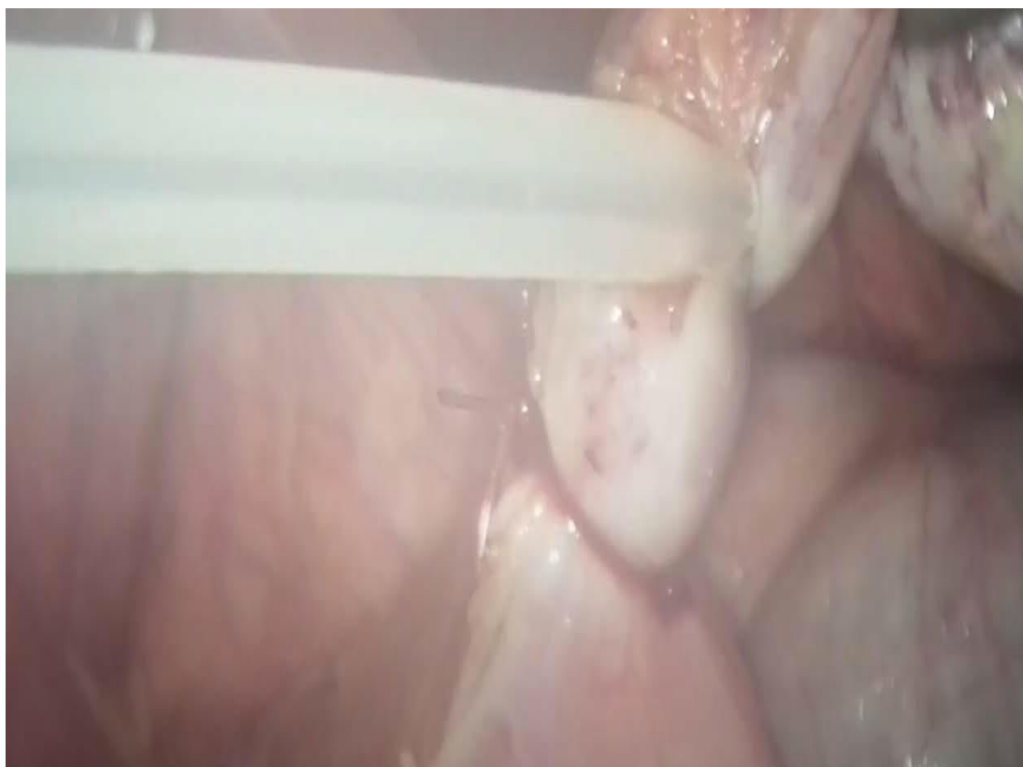
48-rasm. Mono-/bipolyar koagulyatsiya bilan tutqichni kesib o'tish



49-rasm. Jarayonning asosiga Roeder halqalarini qo'llash



50-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning tagida Roeder halqasini mahkamlash



51-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning proksimal qismida Roeder halqasini mahkamlash



52-rasm. Ligatura ustidagi jarayonni kesish

LAPAROSKOPIK APPENDEKTOMIYA USULLARI

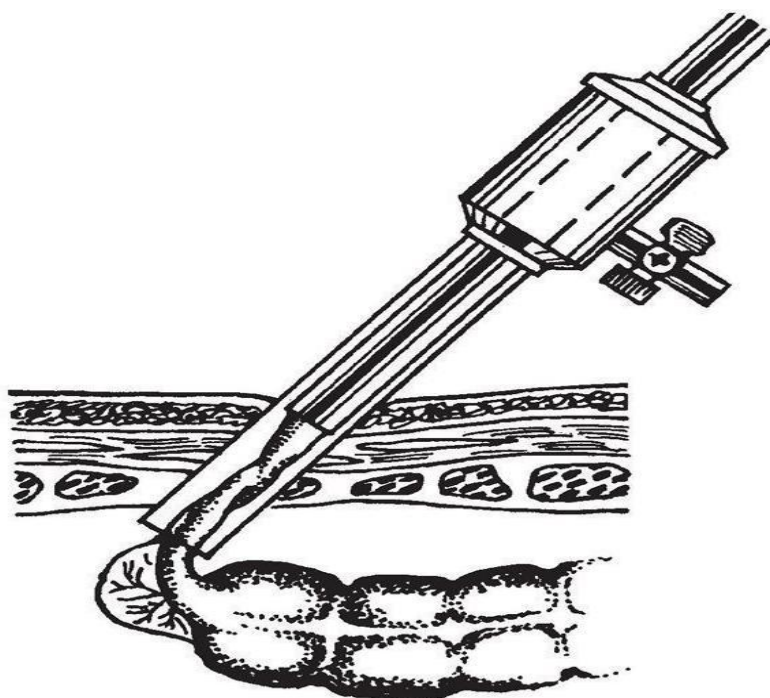
Bugungi kunda laparoskopik jarrohlik tanlov operatsiyasi hisoblanadi.

Chuvalchangsimon o'simtalarini olib tashlash. Laparoskopik appendektomiya birinchi marta 30 yildan ko'proq vaqt oldin amalga oshirilgan va bugungi kungacha to'plangan tajriba appendiksni shu tarzda olib tashlashning shubhasiz afzalliklarini ko'rsatadi. Ushbu usulning asosiy afzalligi minimaldir tiklanish davri qisqargan travma, bemor minimal noqulaylik va og'riqni oladi. Oldingi matolar tufayli qorin bo'shlig'i devori kamroq shikastlangan, odamning operatsiyadan keyingi jarohatdan asoratlarni rivojlanish ehtimoli kamayadi. Laparoskopiya appenditsit hech qanday iz yoki iz qoldirmaydi, ponksiyon tuzalib ketadi va choklar vaqt o'tishi bilan izziz yo'qoladi.

Jarrohlik texnikasi, bemorning pozitsiyasi.

Laparoskopiya gorizontal holatda boshlanadi. LA haqida qaror qabul qilingan bo'lsa, Trendelenburg pozitsiyasi chap tomonda (30°) yaratiladi, qaysi o'ng yonbosh chuqurchasidan ichak qovuzloqlari va kattaroq omentumni olib tashlash imkonini beradi. Monitor operatsiya stolining o'ng tomonida joylashgan. Operatsiya guruhi operatsiya stolining chap tomonida joylashgan.

Operatsiya umumiy tomir ichiga yoki endotrakeal ostida amalga oshiriladi behushlik. Ikkinchisi afzalroqdir, chunki u dam olishni ta'minlaydi va elektrojarrohlik harakati bosqichlarida xavfsizroq. Laparoskopianing diagnostik bosqichini tugatgandan so'ng, aralashuv darajasi bo'yicha yakuniy qaror. Odatda vermiform jarayon asbob bilan oson siljiydi, shaklini o'zgartiradi, bu kuchlanishning yo'qligini ko'rsatadi, uning qorin pardasi rangpar, qon tomir naqshlari. buzilmagan. Ochiq appendektomiyada bo'lgani kabi, asosiy ahamiyatga ega chuvalchangsimon o'simtaning tutqichi va dumini davolash usuli mavjud. Laparoskopik appendektomiyani amalga oshirishning uchta usuli mavjud - ekstrakorporeal, kombinatsiyalangan va intrakorporeal.

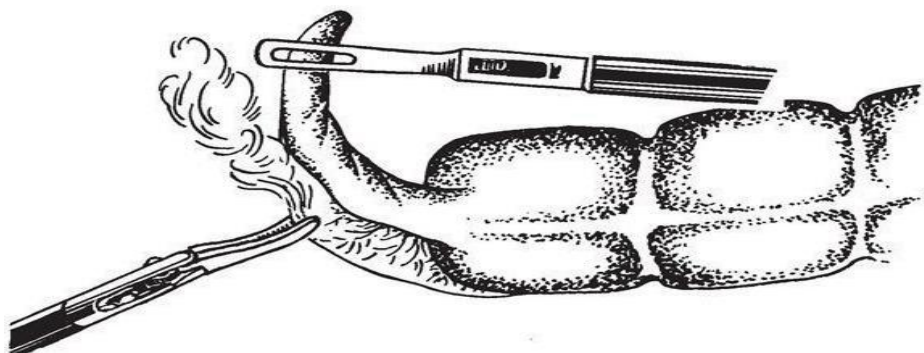


53-rasm. Ekstrokorporal laparoskopik apendektomiya

Ekstrakorporeal usul tashxisni laparoskopik usulda aniqlashtirish, qisqich yordamida appendiksning distal uchini topish va ushlash, so'ngra o'ng yonbosh sohasidagi kirish orqali tutqich bilan birga olib tashlashdan iborat (53-rasm).

Keyinchalik, standart apendektomiya hamyon va Z shaklidagi tikuvlarni qo'llash bilan amalga oshiriladi. Qorin bo'shlig'i yuviladi, quritiladi va drenajlanadi. Usul mobil ko'richak, appendiksning kichik diametri va tutqichda infiltrativ o'zgarishlarning yo'qligi bilan amalga oshirilishi mumkin. Ushbu variantni laparoskopik apendektomiya texnikasini o'zlashtirish bosqichida tavsiya qilish mumkin.

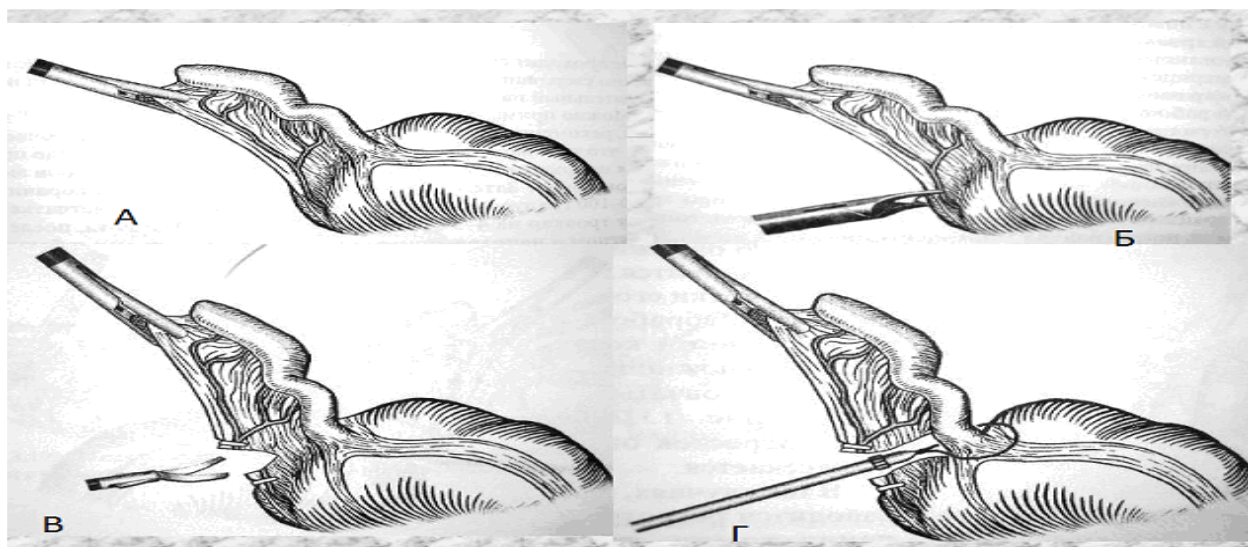
Kombinatsiyalangan usul qorin bo'shlig'i ichida koagulyatsiya qilingan qisqa infiltratsiyalangan tutqich uchun ishlatiladi (54-rasm). Mobilizatsiya qilingan appendiks an'anaviy tarzda olib tashlanadi va davolanadi.



4-rasm. Kombinatsiyalangan laparoskopik apendektomiya. Tutqichni monopolyar koagulyatsiyasi

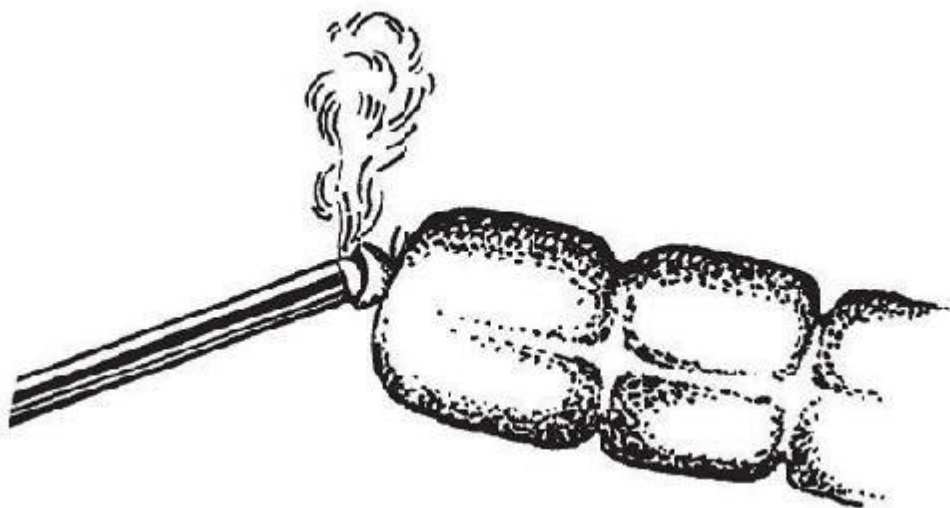
Intrakorporeal usul laparoskopik appendektomiya amalga oshirishning umumiy qabul qilingan usuli bo'lib, aralashuvning barcha bosqichlari qorin bo'shlig'i ichida laparoskopik tarzda amalga oshirilganda. Operatsiya bosqichlari: 1. Tortishish. Chuvalchangsimon o'simtaning distal uchi o'ng mezogastrik mintaqadagi kirish orqali o'rnatilgan qisqich bilan ushlanadi va qorin old devoriga ko'tariladi. Qo'shimchalar yopishqoqlik va yopishqoqlikdan ozod qilinadi va keyin tutqich frontal tekislikda bo'ladigan tarzda joylashtiriladi (55-rasm, A). 2. Mezenteriya 4 usuldan birida kesiladi (55-rasm B-C). 1. Chap yonbosh sohasiga kirish orqali elektrojarrohlik monopolyar qisqich yoki disektor kiritiladi.

2-3 mm gacha bo'lgan kichik qismlarda tutqich to'qimasi tutiladi va koagulyatsiya qilinadi, appendiksning asosiga qarab harakatlanadi. Ko'richak gumbazi yaqinida ayniqsa ehtiyot bo'lish kerak. Quyidagi harakatlar ketma-ketligiga qat'iy rioya qilinadi: to'qimalarning kichik bir qismi disektor bilan ushlanib, ichakdan chiqariladi va shundan keyingina koagulyatsiya qilinadi. Ichak qovuzloqlarining asbobga yaqinligiga e'tibor bering. Bu usul eng oddiy, ishonchli gemostazni ta'minlaydi va oz vaqt talab etadi. Chuvalchangsimon o'simtaning asosini butun aylana bo'ylab butunlay izolyatsiya qilish, uni ligaturani qo'llash uchun tayyorlash kerak. 2. Mezenteriyani davolash uchun bipolyar koagulyatsiyadan foydalanish mumkin, bu xavfsizroq, lekin maxsus asbobni talab qiladi va biroz ko'proq vaqt talab qiladi. 3. Tutqichning bog'lanishi: tutqich tubida tutqichda oyna hosil bo'ladi, u orqali ligatura o'tkaziladi, uning ikkala uchi troakar orqali chiqariladi. Ekstrakorporal shakllangan tugun qorin bo'shlig'iga tushiriladi. Mezenteriya qaychi bilan kesishadi. Shaxsiy titan kliplarni qo'llash juda qimmat va ishonchsizdir, ayniqsa infiltratsiyalangan to'qimalarda. 4. Mezenteriya tikuv apparati bilan kesishadi.



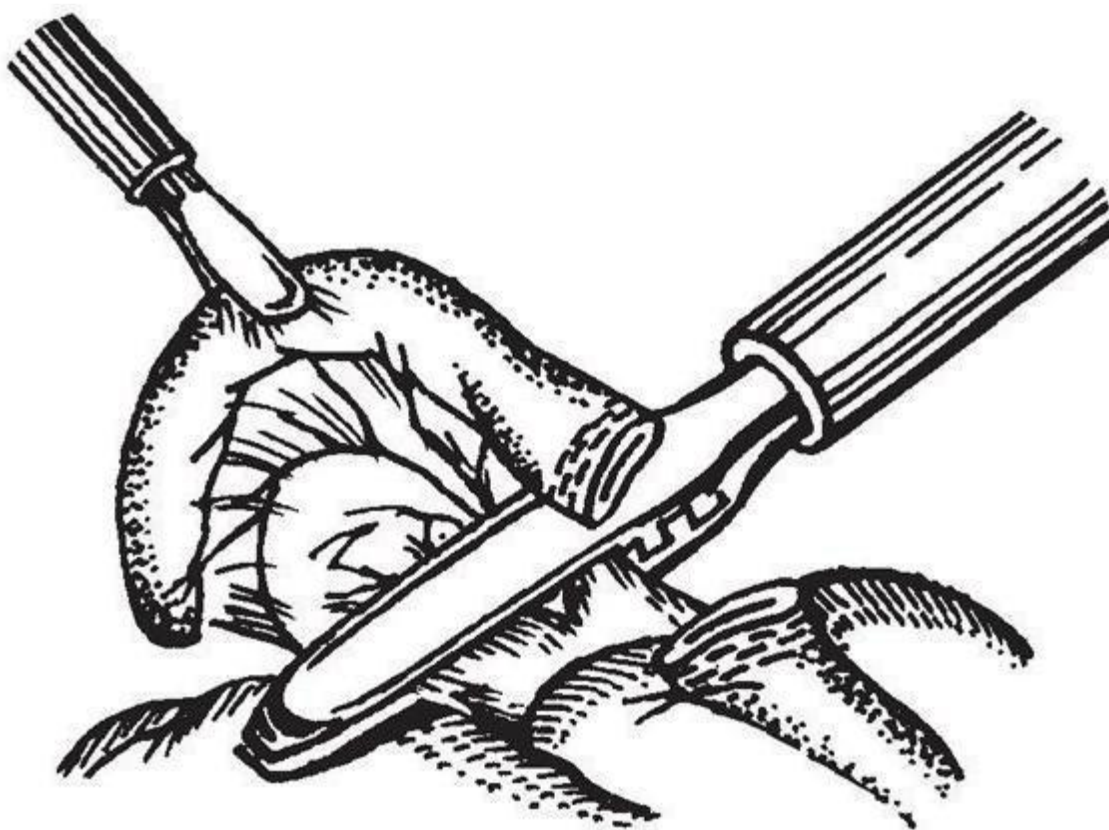
55-rasm. Laparoskopik appendektomiya bosqichlari: A – Traksiya; Б, Б - tutqichni davolash; Г - appendiks dumining shakllanishi.

Qo'shimcha dumining shakllanishi 3 usuldan birida amalga oshiriladi (55-rasm G). 1. Laparoskopiyada ligature usuli eng keng tarqalgan. Mahalliy va xorijiy jarrohlar tomonidan xavfsiz deb tan olingan. Mezenteriyani kesib o'tgandan so'ng, o'ng mezogastrik mintaqadagi kirish orqali endoloop kiritiladi, appendiks ustiga qo'yiladi va qisqich yordamida poydevorga tushiriladi. Pastadir mahkamlanadi va ligature kesiladi. Odatda, bir yoki ikkita ligature chuvalchangsimon o'simtaning dumida qoldiriladi, bir-birining ustiga qo'yiladi (ulardan biri 8 mm qisqich bilan almashtirilishi mumkin). Chuvalchangsimon o'simtaning distal dumiga ligature, qisqich yoki jarrohlik qisqich ham qo'llaniladi, uning yordamida preparat kesilgandan so'ng darhol chiqariladi. Ligatura ustidagi dumning o'lchami 2-3 mm. Qo'shimchalar kesilgandan so'ng, dumning shilliq qavati chap yonbosh sohasiga kirish orqali kiritilgan sharsimon elektrod bilan yuzaki koagulyatsiya qilinadi (56-rasm).



56-rasm. Sferik elektrod bilan shilliq dumning koagulyatsiyasi.

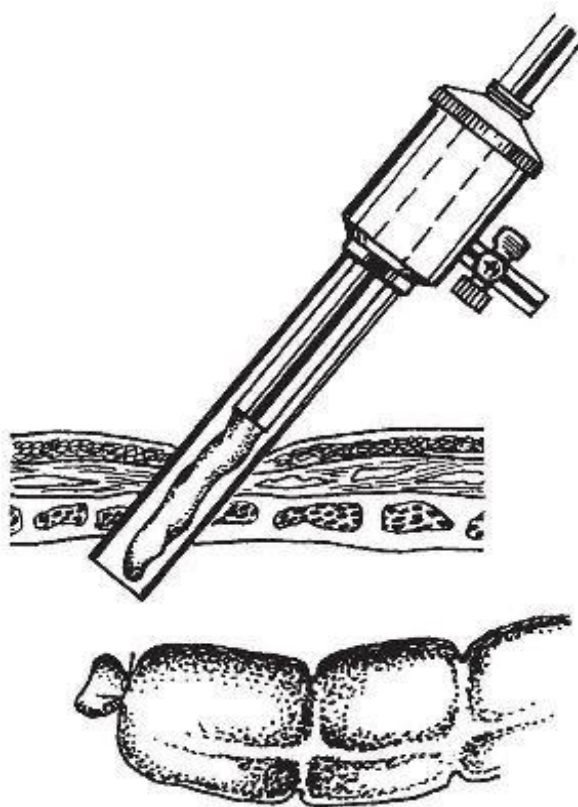
Sizga eslatib o'tamizki, metall qisqichlar yaqinida koagulyatsiyaga yo'l qo'yilmaydi. Etarli tajribaga ega bo'lgan holda, laparoskopik appendektomiyaning davomiyligi ochiq operatsiya vaqtidan oshmaydi, 20-30 daqiqani tashkil qiladi. 2. Apparat usuli. 12 mm troakar orqali, o'ng mezogastral mintaqadagi kirish joyidan, ketma-ket kesib o'tib, appendiks va uning tutqichiga alohida qo'llaniladigan endosurgik tikuv qo'yiladi. To'qimalarning qalinligi kichik bo'lsa, ikkala tuzilma bir vaqtning o'zida tikiladi (57-rasm).



57-rasm. Tikuvchi apparat yordamida appendektomiya

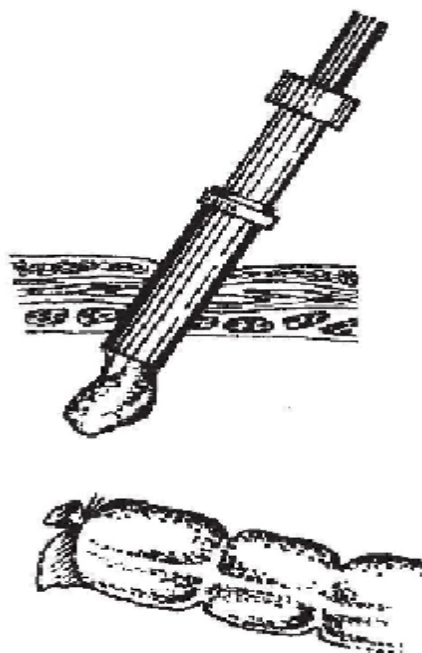
Appendektomiya operatsiya vaqtini qisqartiradi va agar kerak bo'lsa, ko'richak gumbazining aseptik rezektsiyasini amalga oshirishga imkon beradi. Usulning yagona kamchiliklari tikuv apparatining yuqori narxidir. 3. Intrakorporeal hamyon-torli va Z-shaklidagi hamyon-torli tikuvlarni qo'llash orqali dumni ko'richak gumbaziga botirish. Texnika juda mashaqqatli mehnat va endosurgik tikuv texnikasini mukammal egallashni talab qiladi.

Preparatning ekstraksiyasi operatsiyaning muhim momentidir. Qorin bo'shlig'i infeksiyasining tarqalishini oldini olish uchun preparat eksizyondan keyin darhol chiqariladi. Yallig'langan appendiksning qorin old devorining to'qimalari bilan aloqa qilishiga yo'l qo'ymaslik kerak, aks holda to'qimalarning infeksiyasi yiringli asoratlarni rivojlanishiga olib keladi. Buning uchun quyidagi usullardan birini qo'llang: 1. Agar appendiks va tutqichning diametri 10 mm dan kam bo'lsa, preparatni o'ng mezogastrik mintaqada troakar orqali osongina olib tashlash mumkin (58-rasm).



58-rasm. Chuvalchangsimon o'simta kesilgandan so'ng darhol chiqariladi.

2. Preparatning kattaroq diametrlari uchun 10/20 mm o'tish sleeve ishlatiladi (59-rasm).



59-rasm. Preparatni 10/20 mm o'tish gilzasi orqali chiqarish.

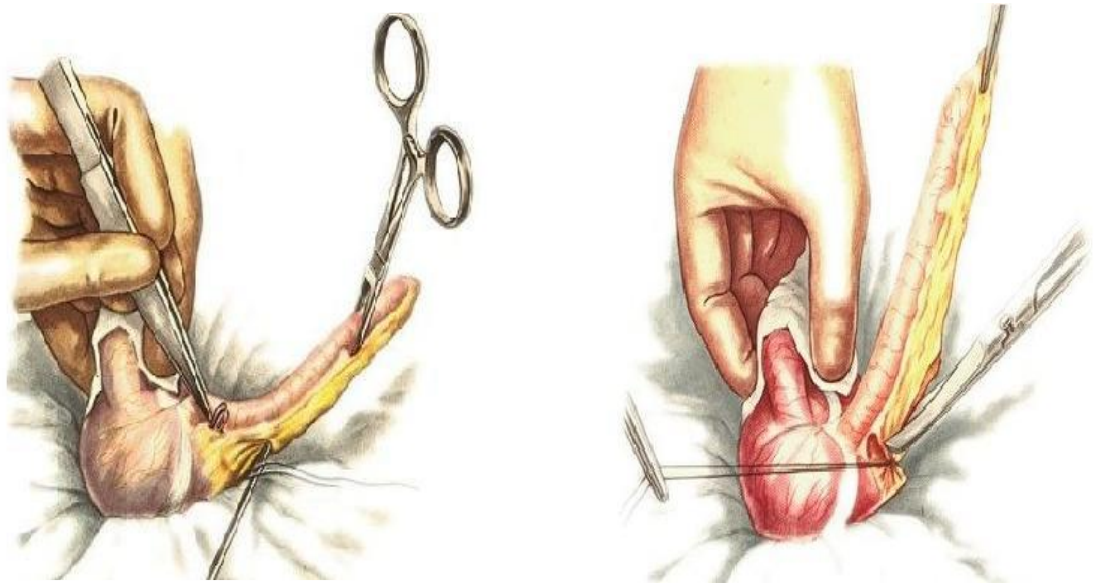
3. Qo'shimchani olib tashlashdan oldin idishga solinadi.

Operatsiyaning tugashi. Aralashuv maydoni antiseptik eritma bilan yaxshilab yuviladi. Bemor asl holatiga qaytariladi va chayish suvi so'riladi. Qorin bo'shlig'ida drenaj o'rnatiladi. Yaralar tikilgan.

Agar laparoskopik appendektomiyani amalga oshirishning iloji bo'lmasa (buyrak, jigar, yurakning og'ir birga keladigan kasalliklari; uzoq homiladorlik davri; og'ir koagulopatiyalar va qon ivishining buzilishi), shuningdek mahalliy kontrendikatsiyalar mavjudligi (qo'shimchalar ichida va atrofida zich yallig'lanish infiltrati, qorin bo'shlig'idagi massiv yopishishlar), -bo'shliqlar, abscession periappendikulyar jarayon) an'anaviy appendektomiyani amalga oshirish uchun ko'rsatma hisoblanadi.

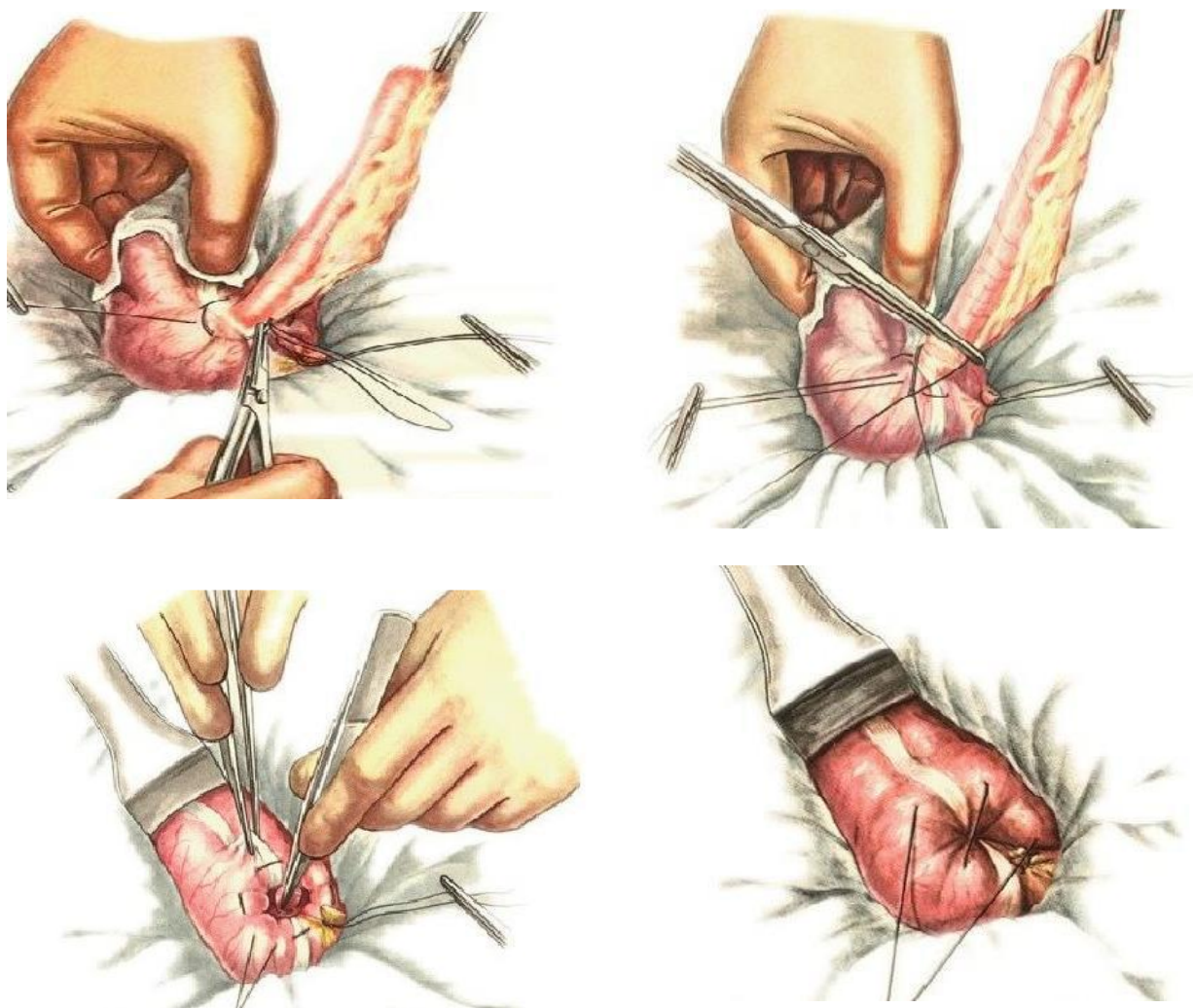
Ilovani olib tashlashning ikkita usuli mavjud: antegrad (ilovani olib tashlash, keyin uning dumini davolash) va retrograd (ilovani kesib, uning dumini davolash, keyin appendiksni olib tashlash).

Chuvalchangsimon o'simtaning tutqichi doimo tikilgan va bog'langan bo'lishi kerak (60-rasm).



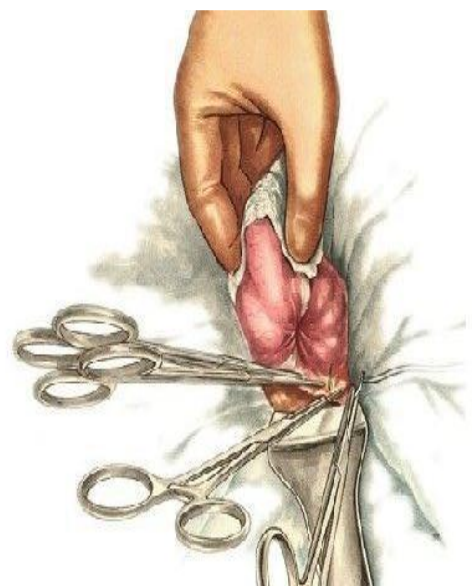
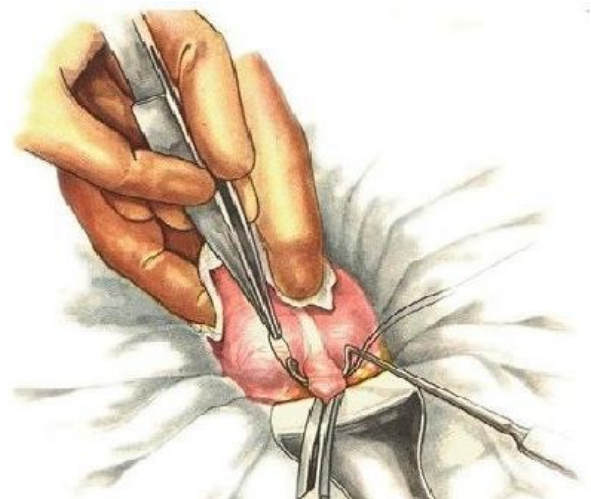
60-rasm. Chuvalchangsimon o'simtani ichak tutqichini bog'lash va kesish.

Qo'shimcha dumaloqni davolashning ikkita usuli ma'lum: cho'milish usuli, ya'ni dumni katgut bilan bog'lab, so'ngra hamyon va Z shaklidagi choklar bilan peritonizatsiya qilish (61-rasm); va ligature usuli, dumni peritonizatsiya qilmasdan, lekin uni monofilament bilan bog'lash bilan. Devorning peritonizatsiyasi bilan yakunlangan ichi bo'sh organning yopilishi yanada ishonchli hisoblanadi.



61-rasm. Chuvalchangsimon o'simtani dumini qayta ishlash bosqichlari, ko'mish usuli.

Qo'shimchani retrograd olib tashlash uni yaraga olib tashlashning iloji bo'lmagan hollarda amalga oshiriladi, bu ba'zida appendiksning retrotsekal holatida yoki atrofdagi a'zolar va to'qimalar bilan yopishqoqlik mavjud bo'lganda sodir bo'ladi. Qo'shimchani yopishqoqlikdan ajratib qo'yganda, infeksiyani oldini olish uchun qorin bo'shlig'ini doka salfetkalari bilan ehtiyotkorlik bilan o'rash kerak. Qo'shimchani retrograd usulda olib tashlash uchun ichak iloji boricha yaraga tortiladi va taeniae birlashadigan joyni boshqaradigan uning asosini topadi. Qo'shimchalar siqiladi, bog'lanadi va poydevorda kesiladi. Chuvalchangsimon o'simtaning dumg'aza qismi ipli tikuv bilan botiriladi. Keyin appendiksning adezyonlari va tutqichlari gemostatik qisqichlar orasidan kesib o'tiladi, keyin bog'lash va kesish (62-rasm).



62-rasm. Retrograd appendektomiya bosqichlari.

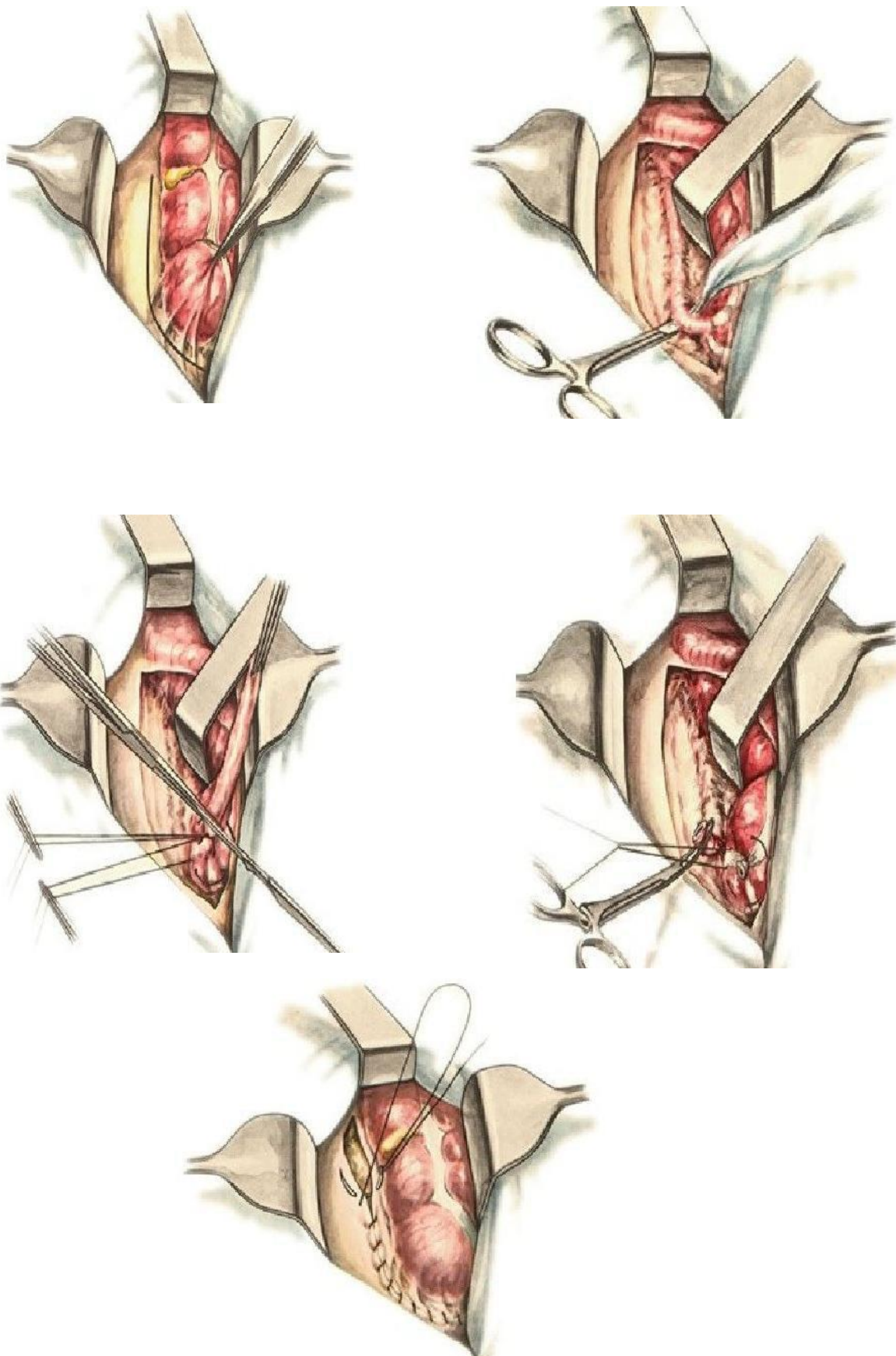
Qo'shimchaning retroperitoneal holati uchun appendektomiya.

Agar qorin bo'shlig'ida yopishqoqlik bo'lmasa va appendiks topilmasa, uning retroperitoneal holati haqida o'ylash kerak. Vermiform appendiks ko'tarilgan yo'g'on ichakning orqasida joylashgan va uning cho'qqisi buyrakning pastki qutbiga etib borishi mumkin. Agar appendiks retroperitoneal joylashgan bo'lsa, uni ochish uchun parietal qorin pardasi ko'richak va ko'tarilgan yo'g'on ichakdan 1 sm tashqariga 10-15 sm uzunlikda kesiladi (63-rasm). Qo'shimchaning asosini topib, uni ushlagichga olishadi. Qo'shimchalar poydevorga bog'lanadi, kesiladi va uning dumi hamyon iplari bilan botiriladi. Qo'shimchani olib tashlangandan so'ng, ko'richak joyiga qo'yiladi va ajratilgan qorin 73ardoning chetlari kam uchraydigan katgut tikuvlari bilan tikiladi..

Appendektomiyadan so'ng, qorin bo'shlig'i tamponlar yoki elektr assimilyatsiya moslamasi yordamida quritiladi. Ko'pgina hollarda operatsiyadan keyingi yarada drenaj qoldirmasdan mahkam tikiladi. Qorin bo'shlig'ini drenajlash quyidagi hollarda amalga oshiriladi:

- Peritonitda
- Qo'shimchaning butunlay olib tashlanganiga ishonch yo'q
- Gemostaz haqida noaniqlik mavjud bo'lsa
- Periappendikal xo'ppozning mavjudligi
- Yallig'lanishning retroperitoneal to'qimalarga tarqalishi
- Agar jarayonning dumg'azasini cho'ktirishning ishonchliligi haqida noaniqlik mavjud bo'lsa

Drenaj oxirida bir nechta teshiklari bo'lgan naycha yordamida alohida kesma orqali amalga oshiriladi. Peritonit bo'lsa, ikkita drenaj o'rnatiladi. Biri - olib tashlangan jarayonning maydoniga va kichik tos suyagiga, ikkinchisi - o'ng lateral kanal bo'ylab. Boshqa hollarda, olib tashlangan appendiks va kichik tos suyagi sohasida bitta drenaj o'rnatiladi. O'rta chiziqli laparotomiyadan so'ng, drenaj trubkasi posterior kolpotomiya orqali chiqarilishi mumkin.



63-rasm. Retroperitoneal appendeks uchun appendektomiya bosqichlari.

2.3. OPERATSIYADAN KEYINGI DAVR

Operatsiyadan keyingi davr kursining ikkita varianti mavjud: silliq va og'ir yoki murakkab. Operatsiyadan keyingi davr silliq bo'lsa, operatsiyadan 12 soat o'tgach turish, ichish va ovqatlanish tavsiya etiladi - 18-24 soatdan keyin og'riq qoldiruvchi vositalar va antibiotiklar buyuriladi, 3-7 kunlarda tikuvlar olib tashlanadi, 3 - oqindi. 7 kun, imtihonlar talab qilinmaydi.

Operatsiyadan keyingi qiyin davrda tanaga Fauler pozitsiyasi beriladi - yarim o'tirish, ular bemorlarni iloji boricha tezroq faollashtirishga, to'liq kunlik tekshiruv va infuzion terapiyani o'tkazishga, ichak peristaltikasini faollashtirishga va og'riqni yo'qotishga, ular epidural uzoq muddatli anesteziyani amalga oshiradilar, antibakterial davoni, nazointestinal probni belgilaydilar.

Asoratlanmagan appenditsit bilan operatsiyadan bir necha soat o'tgach, bemorga yotoqda o'girilib, o'tirishga va bo'lim atrofida yurishga ruxsat beriladi.

Operatsiyadan bir necha soat o'tgach ichishga ruxsat beriladi, keyingi kundan boshlab yumshoq dieta (gaz hosil qiluvchi ovqatlar yo'qligi bilan) belgilanadi, so'ngra uni 2 hafta davomida kengaytiradi.

Birinchi kun davomida og'riqni yo'qotish uchun steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar guruhidan (analgin, ketorolak) analjeziklar qo'llaniladi. Teri tikuvlari odatda 8-10 kunlarda olib tashlanadi va bemor o'z yashash joyidagi jarroh tomonidan ambulator davolanish uchun chiqariladi.

Operatsiyadan keyingi 1 oy ichida to'liq ish qobiliyati tiklanadi.

III Bob. O'TKIR APPENDITSITNING ASORATLARI

3.1. O'TKIR APPENDITSITNING ASORATLARI

- I. appendikulyar infiltrat;
- II. periappendikulyar absess;
- III. ichki ichak absesslari;
- IV. retroperitoneal flegmona;
- V. pileflebit;
- VI. mahalliy peritonit;
- VII. diffuz yoki diffuz peritonit;

3.2. APPENDIKULYAR INFILTRAT

Yallig'langan vermiform appendiks atrofida joylashgan bo'shashgan organlar va to'qimalarning konglomerati.

Uning shakllanishida parietal qorin pardasi, katta omentum, ko'richak va ingichka ichakning ilmoqlari ishtirok etadi.

Ko'pincha bu asorat flegmonoz o'zgargan appendiks bilan rivojlanadi, lekin ba'zida konglomeratning markazida to'liq vayron bo'lgan appendiks mavjud.

Turli manbalarga ko'ra appendiks infiltratsiyasining chastotasi 3 dan 5% gacha o'zgarib turadi.

Infiltrat kasallikning boshlanishidan 3-5 kun o'tgach hosil bo'ladi. Kasallik kunlarida mavjud bo'lgan mustaqil qorin og'rig'i deyarli butunlay susayadi, bemorlarning umumiy ahvoli yaxshilanadi, garchi harorat past darajada qolishi mumkin.

Qorin bo'shlig'ini ob'ektiv tekshirish mushaklarning kuchlanishini yoki peritoneal tirnash xususiyati beruvchi boshqa alomatlarni aniqlamaydi. Shu bilan birga, infiltrat ko'pincha lokalize bo'lgan o'ng yonbosh sohasida ancha zich, ozgina og'riqli va faol bo'lmagan o'simtaga o'xshash shakllanish sezilishi mumkin. Leykotsitoz odatda neytrofil yallig'lanish siljishi mavjudligi bilan o'rtacha.

Appendiks infiltratsiyasini tashxislashda anamnez muhim rol o'ynaydi. Agar o'ng yonbosh sohasida ko'rsatilgan shakllanish paydo bo'lishidan oldin qorinning pastki qismida og'riq xuruji bo'lsa, ko'proq o'ngda o'tkir appenditsitga xos bo'lgan Kocher-Volkovich simptomi, bitta qusish va tana haroratining o'rtacha ko'tarilishi, keyin appendikal infiltratning to'g'ri tashxisiga amin bo'lishingiz mumkin.

3.3. APPENDIKULYAR INFILTRATLARNING KLASSIFIKATSIYASI:

1. Jarayonni erkin qorin bo'shlig'idan chegaralash orqali:

A) To'liq - jarayon erkin qorin bo'shlig'idan butunlay ajratilgan, keng tarqalgan peritonit rivojlanish xavfi minimaldir.

B) Tugallanmagan - halokatli o'zgargan jarayonning bir qismi erkin qorin bo'shlig'ida joylashgan. Infiltratsiyaning bu shakli chuvalchangsimon o'simtaning erkin qorin bo'shlig'iga teshilishi va keng tarqalgan peritonitning rivojlanishi tufayli potentsial xavflidir.

2. Klinik kursiga ko'ra.

A) Progressiv - yallig'lanish jarayoni atrofdagi a'zolar va to'qimalarga tarqaladi yoki infiltratning absess shakllanishi sodir bo'ladi.

B) Regressiv - dori-darmonli yallig'lanish fonida yallig'lanish sindromining ko'rinishlari to'xtaydi, infiltrat hajmi kamayadi. Regressiv infiltrat natijasida surunkali qoldiq appenditsit hosil bo'ladi.

3. Infiltratning tabiati bo'yicha:

A) Bo'shashmasdan - uni tashkil etuvchi organlarga shikast etkazmasdan infiltratning bo'linishi, ehtimol appendektomiya texnik jihatdan mumkin;



54-rasm. Bo'shashgan appendiks infiltratining intraoperativ rasmi.

B. Zich - bu holda yallig'lanish infiltratini to'g'ridan-to'g'ri bo'linib bo'lmaydi. Infiltratning "o'tkir" ajralishi holatida, infiltratga kiritilgan ingichka ichak yoki ko'richakning teshilishi xavfi mavjud. Bunday holda, infiltratni ajratish qat'iyan kontrendikedir.

Apendiks infiltrati uchun jarrohlik aralashuvning asosiy vazifasi yallig'lanish konglomerati bo'lgan infeksiya manbasini etarli darajada nazorat qilishdir. Appendektomiya masalasi alohida hal qilinadi va infiltratning xususiyatiga bog'liq (to'liq yoki to'liq emas).

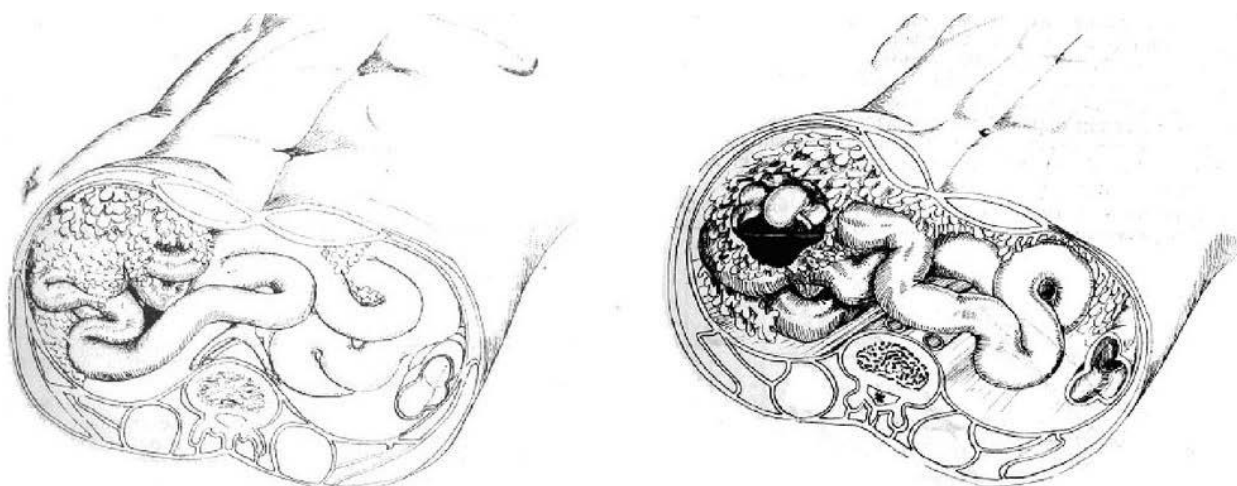
Bo'shashgan infiltratsiya bo'lsa, appendektomiya ko'rsatiladi.

Agar infiltrat zich bo'lsa, appendektomiya o'tkazilmaydi.

To'liq appendikal infiltrat uchun dori terapiyasining tamoyillari infiltratning rivojlanishiga to'sqinlik qiluvchi maksimal himoya rejimini ta'minlashga qaratilgan: yotoqda dam olish, o'ng yonbosh mintaqasida sovuq, steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar (diklofenak, indometazin, ksefokam), antibakterial terapiya.

Tanlangan dorilar monoterapiyada amoksitsillin/klavulanat yoki metronidazol bilan birgalikda II va III avlod sefalosporinlari hisoblanadi. Antibiotik terapiyasining davomiyligi infiltratning regressiyasi vaqti bilan belgilanadi.

Destruktiv appenditsitni konservativ davolash natijasi (to'liq regressiv appendiks infiltratida, zich infiltrat yoki periappendiks absessi bilan texnik jihatdan imkonsiz appendektomiya) surunkali qoldiq (ushlanib qolgan) appenditsitning shakllanishi hisoblanadi. Infeksiyaning surunkali o'chog'ining mavjudligi muqarrar ravishda o'tkir yallig'lanishning takroriy hujumiga olib keladi. Shu munosabat bilan appendektomiyasiz destruktiv appenditsit bilan og'rigan bemorlarga rejalashtirilgan jarrohlik davolash ko'rsatiladi. Surunkali qoldiq appenditsit bilan og'rigan bemorlarning ushbu toifasi o'tkir appenditsitdan 3 oy o'tgach rejalashtirilgan appendektomiyadan o'tishi kerak. Ushbu atamalarni tanlash appendiks va uning atrofidagi to'qimalarda o'tkir yallig'lanishni bartaraf etish bilan bog'liq bo'lib, bu "sovuq" davrda appendektomiyani amalga oshirishga imkon beradi, bu esa asoratlarni xavfini minimallashtiradi. Shunday qilib, appendiksning o'simta bo'lmagan kasalliklari uchun rejalashtirilgan appendektomiyaning yagona ko'rsatkichi surunkali qoldiq appenditsit tashxisidir.



55-rasm. Absess hosil bo'lgan va absessiz infiltratsiyaning rivojlanish sxemasi.

3.4. PILEFLEBIT

Chuvalchangsimon o'simtaning tomirlaridan infeksiyaning gematogen tarqalishi natijasida infeksiyalangan portal vena trombozi.

Bu eng kam uchraydigan, ammo ayni paytda o'tkir appenditsitning eng og'ir asoratidir. Pileflebit bilan o'lim 95% ga yetishi mumkin.

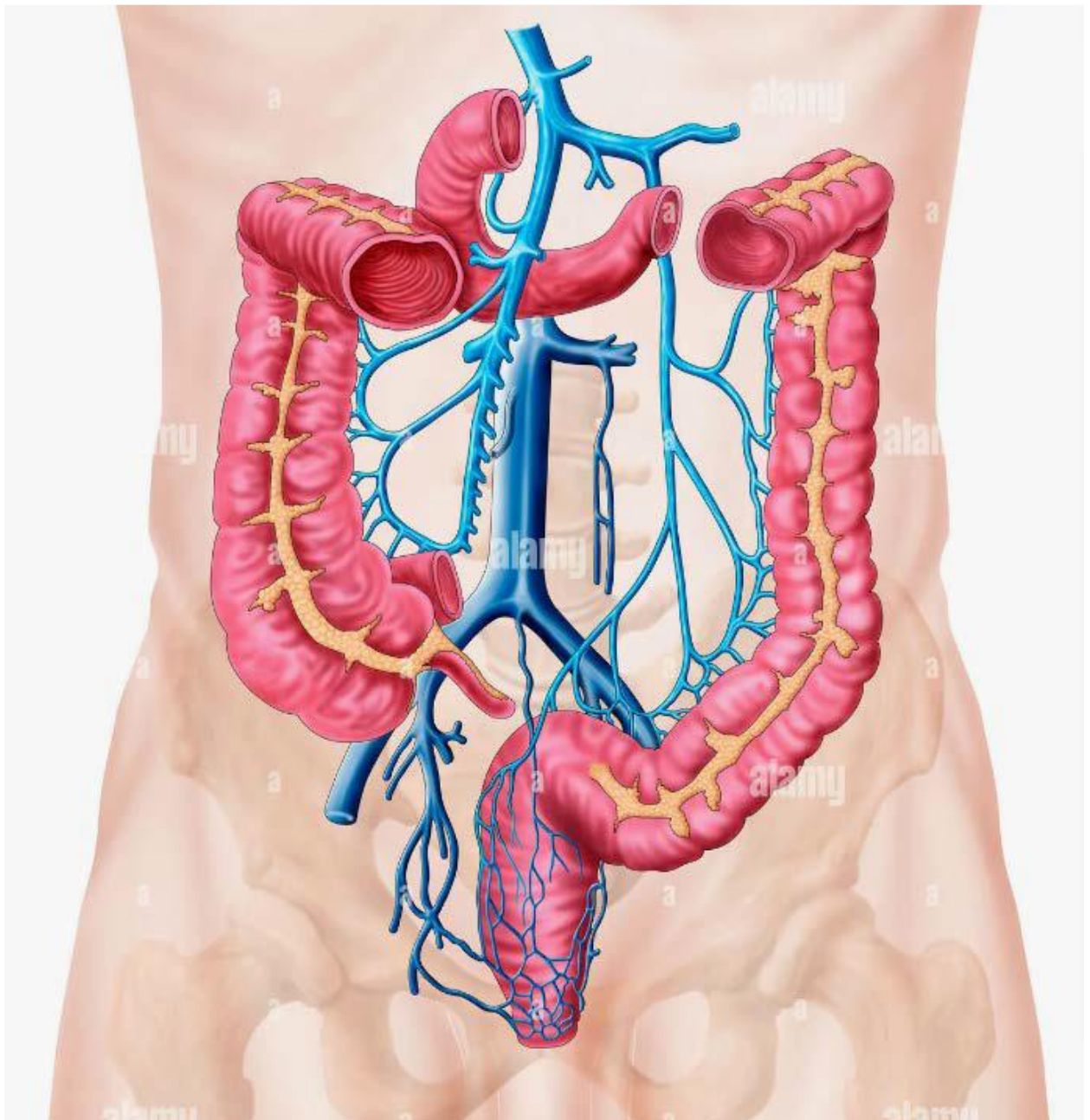
O'lim sababi pileflebit jigar absesslarining shakllanishi natijasida ko'p organ etishmovchiligi, birinchi navbatda jigar etishmovchiligi rivojlanishi bilan progressiv sepsisdir.

Ushbu asoratning rivojlanishining asosiy sababi gangrenoz appenditsit bo'lib, unda appendiks tutqichining trombozlangan venalaridan infeksiya proksimal ravishda ileokolik va tutqich venalari orqali tarqaladi, bu esa portal vena magistralining trombozini rivojlanishiga va ichak tomirlarining shakllanishiga olib keladi.

Obyektiv tekshiruvda bemorlarning ahvoli septik sindrom tufayli og'ir. Sariqlik va organ disfunktsiyasi belgilari (nafas qisilishi, taxikardiya, gipotenziya) kuzatilishi mumkin.

Qorin bo'shlig'ini tekshirganda, uning simmetrik kengayishi va astsitlar mavjudligiga e'tibor beriladi. Palpatsiya paytida qorin pardaning tinash xususiyati belgilarisiz o'ng yarmida og'riq aniqlanadi. Splenomegaliya mavjudligi diqqatga sazovordir. Jarayon jigar venalariga tarqalganda, hepatomegali ham paydo bo'ladi.

Ushbu kasallikni davolashda zamonaviy jarrohlikning cheklangan imkoniyatlari tufayli pileflebitning jarrohlik oldini olish birinchi darajali ahamiyatga ega. Shu munosabat bilan, agar appendektomiya paytida appendiks tutqichi venalari trombozi belgilari aniqlansa, jarayonning ileokolik venaga tarqalishini oldini olgan holda butun tutqichni olib tashlash kerak.



56-rasm. Qorin bo'shlig'i organlaridan venoz chiqishi.

3.5. RETROPERITONEAL FLEGMONA

Chuvalchangsimon o'simtaning retroperitoneal joylashuvi bilan retroperitoneal flegmona rivojlanishi mumkin.

Keksa, charchagan, zaiflashgan bemorlarda u tez tarqaladigan xarakterga ega bo'lishi mumkin.

Retroperitoneal flegmon bilan og'riq umumiy simptomdir. Odatda, doimiy haroratning 38-39 °S gacha ko'tarilishi bilan birga keladi, kamroq tez-tez "sakrash" harorati kuzatiladi, 40 °S gacha ko'tariladi.

Tashxis qo'yishda bel va qorinni palpatsiya qilish muhim ahamiyatga ega. Qarama-qarshi tomondan nosimmetrik joylarni palpatsiya qilish katta ahamiyatga ega, chunki lumber mintaqadagi og'riq asosiy simptomdir. Qorin bo'shlig'ini paypaslaganda, agar yallig'lanish jarayoni erkin qorin bo'shlig'idan yaxshi ajratilgan bo'lsa, og'riq bo'lmasligi mumkin.

Bemor har doim o'rtacha og'ir og'riqli namoyon bo'lgan o'ng yonbosh mintaqasini chuqur palpatsiya qilishga reaksiyaga kirishadi. Qorin old devori mushaklarining retroperitoneal flegmonasi bilan kuchlanishi, lumber mintaqada dalgalanma, qoida tariqasida, yo'q.

Chuvalchangsimon o'simtaning retrotsekal va retroperitoneal lokalizatsiyasi bilan hatto retroperitoneal flegmona va absesslar kabi og'ir asoratlarni ham o'z vaqtida aniqlanmaydi.

Tashxis aniqlanganda, bemorga appendektomiya va o'ng lumber mintaqada nekrektomiya va retroperitoneal bo'shliqni drenajlash uchun chuvalchangsimon o'simta keng kesma amalga oshiriladi.

3.6. PERIAPPENDIKULAR ABSESS

Asosan appendiks infiltratining absess shakllanishining natijasi. Yallig'lanishga (gipertermiya, titroq) tizimli reaksiyaning namoyon bo'lishi, intoksikatsiya sindromi namoyon bo'lishining kuchayishi kasallikning boshlanishidan boshlab 5-7 kunlarda paydo bo'lishi tipik klinik ko'rinishdir. Bunday holda, o'ng yonbosh mintaqasida og'riq davom etadi. O'rtacha ichak parezining belgilari xarakterlidir.

Obyektiv tekshiruv holati o'rtacha og'ir ekanligini ko'rsatdi. Intoksikatsiya sindromining ko'rinishlari mavjud (gipertermiya, nafas qisilishi, taxikardiya). Og'iz bo'shlig'ini tekshirganda, til quruq va qoplangan. Qorin bo'shlig'ini tekshirganda, uning cheklangan nosimmetrik shishishini ko'rish mumkin.

Yuzaki palpatsiya mushaklarning kuchlanishi va aniq mahalliy og'riqlar, shuningdek, o'ziga xos appendikulyar va peritoneal simptomlarning yo'qligi bilan tavsiflanadi. Ultratovush tekshiruvi o'ng yonbosh mintaqasida katta suyuqlik shakllanishi mavjudligini aniqlashi mumkin. Shaffof kapsulaga ega bo'lgan bo'shliqda uning ustidagi suyuqlik va gaz darajasi aniqlanadi.

Periappendikal absess uchun jarrohlik taktikasi

Periappendikal absessning mavjudligi uning drenajlanishi uchun mutlaq ko'rsatkichdir. Destruktiv appenditsitning rivojlanishi natijasida absess paydo bo'lganda, absessni ochish va drenajlash ko'rsatiladi. Operatsiyadan keyingi davrda periappendikal absess paydo bo'lganda, ultratovush nazorati ostida minimal invaziv texnologiya - ponksiyon va drenajni qo'llash mumkin.



57-rasm. KT - gigant periappendikal absessning rasmi.

3.7. ICHKI ABSESS

Operatsiyadan keyingi davrda infeksiyalangan peritoneal ekssudatning tutqichning burmalarida va ingichka ichak qovuzloqlari orasida to'planishi natijasida rivojlanadi. Qorin bo'shlig'idagi boshqa absesslarda bo'lgani kabi, ichki ichak absessi appendektomiyadan keyin 5-7 kunlarda rivojlanishi bilan tavsiflanadi.

Bundan tashqari, absessning bu joylashuvi deyarli o'ziga xos klinik ko'rinishga ega emas. Barcha qorin bo'shlig'i absesslariga xos belgilarga chuvalchangsimon o'simta ravishda, ob'ektiv tekshiruvda gipo- yoki mezogastriumda zich, o'tirgan infiltrat aniqlanishi mumkin. Qoida tariqasida, ichak parezining namoyon bo'lishi mavjud.

3.7.1. SUBFRAGMAL ABSESS

Shakllanishning sababi o'ng lateral kanal bo'ylab tarqalishi natijasida o'ngdagi subdiafragmatik bo'shliqda infeksiyalangan efüzyonning to'planishi deb hisoblanadi. Appendikulyar subfrenik absess uchun odatiy joy o'ng orqa subfrenik bo'shliqda joylashgan.

Klinik ko'rinishning xususiyatlari:

O'ng hipokondriumda va pastki qismida zerikarli og'riqlar bilan tavsiflanadi o'ngdagi ko'krak qafasining qismlari, chuqur ilhom bilan yomonlashadi.

Pleuropulmoner sindrom mavjud:

- quruq, samarasiz yo'talning mavjudligi
- o'ngda ekssudativ plevritning klinik ko'rinishi
- o'ngdagi pastki lobda pnevmoniya rivojlanishi.

Ko'krak qafasini tekshirganda, o'ngda kechikish mavjud yarmi nafas olayotganda, bemor chuqur nafas olish vaqtida uni tejashga harakat qiladi, uning harakatchanligini cheklaydi.

Qorin bo'shlig'ini tekshirganda, nafas olish paytida o'ng hipokondriyumning cheklangan harakatchanligiga e'tibor beriladi. Subdiafragmatik absessning o'ziga xos xususiyati hisoblanadi

Kryukovning alomati - o'ngdagi orqa va o'rta qo'lتيq osti chiziqlari orasidagi kengaygan 6-8 qovurg'alararo bo'shliqlar hududida og'riqli bo'rtiq mavjudligi.

Ultratovush tekshiruvi o'ngdagi subdiafragmatik bo'shliqda uning ustidagi gaz bilan suyuqlik darajasining mavjudligini aniqlashga imkon beradi.

3.7.2. PELVIK ABSESSI

Qoida tariqasida, bu operatsiyadan keyingi asorat bo'lib, qorin bo'shlig'ining etarli darajada sanitariyasi bo'lmagan veziko-rektal (erkaklarda) yoki uterorektal (ayollarda) bo'shliqda infeksiyalangan efüzyonni chegaralash natijasida rivojlanadi.

Xarakterli jihatlari:

operatsiyadan keyingi davrning 5-7 kunida klinik ko'rinishlarning rivojlanishi.

Tos bo'shlig'i absessining klinik ko'rinishining xususiyatlari:

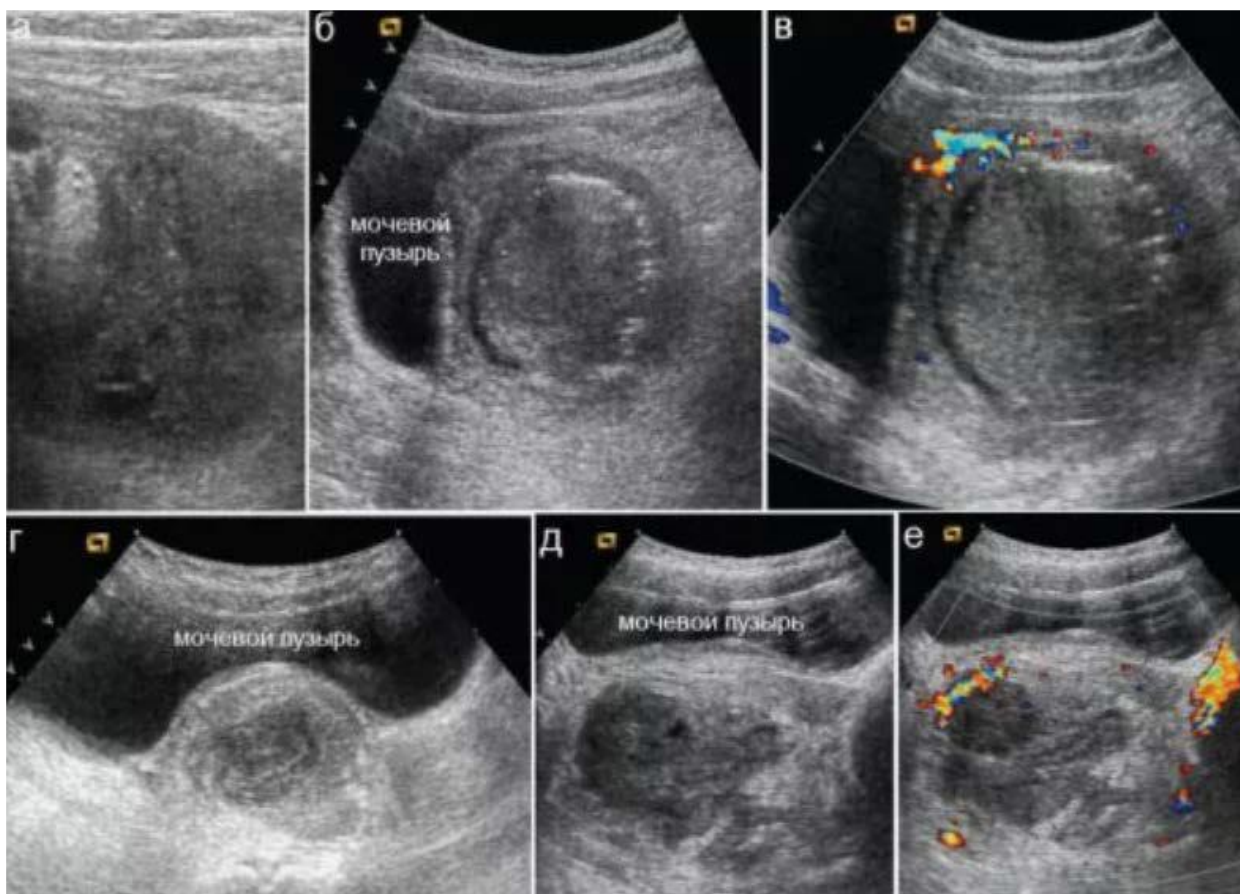
- qorinning pastki qismidagi noaniq og'riq, perineumga nurlanish.
- Reaktiv proktitning belgilari: tez-tez og'riqli defekatsiya, tenesmus, najasdagi patologik aralashmalar (shilliq, qon).
- Dizurik buzilishlar.

O'rtacha darajadagi mumkin bo'lgan aniqlash

ichak parezi, og'riq va qorin pardaning tirnash xususiyati belgilarisiz pubis ustidagi infiltratsiya.

Tos a'zolarining absessini tashxislashda eng katta ahamiyatga ega bo'lgan rektal tekshiruv ayollarda vaginal tekshiruv bilan to'ldiriladi. Orqa vaginal forniksda yoki to'g'ri ichakning old devori bo'ylab fluktuatsiya o'chog'i bilan harakatsiz, og'riqli infiltrat aniqlanadi.

Instrumental tadqiqotning xususiyatlari ultratovush tekshiruvi paytida rektal va (yoki) vaginal (ayollarda) sensorlardan foydalanish hisoblanadi.



58-rasm. Tos bo'shlig'i absessining ultratovushli rasmi.

Tos a'zolarining absessi uchun jarrohlik taktikasi

Pelvis absessining mavjudligi uning drenajlanishi uchun mutlaq ko'rsatkichdir. Tos bo'shlig'ining absessini ochish, qoida tariqasida, ayollarda - orqa vaginal teshik orqali, erkaklarda - to'g'ri ichakning old devori orqali ekstraperitoneal tarzda amalga oshirilishi kerak.

3.8. O'tkir appenditsitning asoratlarini davolash

Agar appendikal infiltrat operatsiyadan oldin tashxis qo'yilgan bo'lsa - palpatsiya va ultratovush orqali - u holda jarrohlik davolash amalga oshirilmaydi, chunki mahkam birlashtirilgan organlar ajratilganda, ular ichak lümenini ochish orqali zararlanishi mumkin. Dastlabki 2-4 kun davomida bemorga yotoqda dam olish buyuriladi, qorinning o'ng pastki kvadrantiga mahalliy sovuq qo'llaniladi, antibiotiklar va yumshoq parhez buyuriladi. Shu bilan birga, ular bemorning ahvolini kuzatib boradilar: shikoyatlar dinamikasini, yurak urish tezligining o'zgarishini, tana haroratini, qorin devorining mushaklaridagi kuchlanishni va leykotsitlar sonini kuzatadilar. Umumiy holat normallashtirish va qorinni palpatsiya qilishda og'riq yo'qolganda, terapevtik chora-tadbirlar fizioterapiya (UHF) bilan to'ldiriladi. Agar dinamika 7-10 kun davomida ijobiy bo'lsa, bemor surunkali qoldiq appenditsit tashxisi bilan rejalashtirilgan jarrohlik davolanish uchun 2-3 oydan keyin

kasalxonaga yotqizish tavsiyasi bilan jarroh nazorati ostida ambulator davolanishga chiqariladi. o'tkir appenditsitning takroriy hujumi.

Agar operatsiya vaqtida infiltrat aniqlansa, infiltratning tabiatini aniqlash muhimdir. Agar u zich bo'lsa, yopishishlar osongina ajratilmaydi, aralashuv qorin bo'shlig'ini drenajlash va jarrohlik yarasini mahkam yopishtirish bilan cheklanadi. Operatsiyadan keyingi taktikalar operatsiyadan oldin aniqlangan infiltratni davolashga o'xshaydi, ammo qorin bo'shlig'iga drenajlash orqali antibiotiklarni kiritish bilan to'ldiriladi. Agar infiltrat bo'shashgan bo'lsa, qo'shni organlarga zarar bermasdan, yopishishlar erkin ajratiladi, appendiks va uning tutqichi infiltratdan ajratiladi va qorin bo'shlig'ini drenajlash bilan tipik appendektomiya qilinadi.

Shoshilinch ravishda appendiks va qorin bo'shlig'i absesslarini ochish, sanitariya va drenajlash zarur. Otopsiya peritondan tashqarida amalga oshiriladi. Absess bo'shatiladi, parchalangan chuvalchangsimon o'simtaning faqat bo'sh bo'laklari chiqariladi, bo'shliq qalin silikon naycha bilan drenajlanadi va tiqilib qoladi.

Davolash paytida fekal oqma paydo bo'lishi mumkin, bu odatda 3-4 haftadan so'ng o'z-o'zidan yopiladi. Agar bu sodir bo'lmasa, ko'richak yoki sil kasalligini izlash kerak.

Yara bitgandan so'ng, 3-4 oy o'tgach, bemor rejalashtirilgan appendektomiya uchun kasalxonaga yotqiziladi. Jarayonning qolgan qismlari olib tashlanadi.

Absesslarni davolashda minimal invaziv jarrohlik texnologiyalaridan tez-tez foydalanishga harakat qilish kerak - ultratovush yoki kompyuter tomografiyasi nazorati ostida ajratilgan yiring to'planishini ponksiyon qilish va drenajlash. Tegishli asbob-uskunalar mavjud bo'lmasa, absess ekstraperitoneal kirish yordamida ochiladi.

Pileflebitning nisbatan sekin rivojlanishi bilan trombozlangan tomirlar bilan gangrenoz appendiksning butun tutqichini rezektsiya qilish kerak.

Operatsiyadan keyingi davrning murakkab kursi bo'lsa, antibiotiklarni profilaktika qilish floraning sezgirlikini hisobga olgan holda antibiotik terapiyasi bilan almashtiriladi.

O'lim holatlari

19-asr oxiri va 20-asr boshlarida umumiy o'lim darajasi 40% ga yetdi. 1950-yillardan hozirgi kungacha umumiy o'lim darajasi 0,1% -0,3% ni tashkil etdi. O'lim kech kasalxonaga yotqizilganligi va o'z vaqtida o'tkazilmagan operatsiya bilan bog'liq. O'lim to'g'ridan-to'g'ri qo'shimchadagi patologik o'zgarishlarga bog'liq, ya'ni. o'tkir appenditsit shaklidan. Keksa va kekse bemorlarda o'lim yoshlarga qaraganda yuqori. Bolalarda nisbatan yuqori o'lim (tanib olishda qiyinchilik va appendiksni tezda yo'q qilish). O'limning asosiy sabablari - umumiy (diffuz) peritonit va o'tkir ichak tutilishi belgilari bilan qorin bo'shlig'ining yiringli asoratlari.

Prognoz

O'z vaqtida jarrohlik amaliyoti bilan prognoz qulaydir.

So'nggi 60 yil ichida dunyoning aksariyat mamlakatlarida o'limning umumiy darajasi barqaror bo'lib, 0,1-0,25% ni tashkil qiladi. Teshilgan appenditsit bilan u 4-6% gacha ko'tariladi, diffuz mahalliy peritonitda 5-10%, diffuz keng tarqalgan peritonit fonida esa 25-30% ga etadi. Ko'pincha o'lim bolalar va keksa bemorlarda sodir bo'ladi. Asoratlanmagan appenditsit bilan homilador ayollarda o'lim darajasi 0,5% ni tashkil qiladi, homila o'limi esa 1-6% ni tashkil qiladi. OIV infeksiyasi bilan noxush oqibat ehtimoli immunitet tanqisligining og'irligi bilan belgilanadi: kasallikning dastlabki bosqichlarida davolash natijalari OITS bosqichidagi o'rtacha ko'rsatkichdan farq qilmaydi, o'lim darajasi 50% ga etadi;

Bemorlarning kech kasalxonaga yotqizilishi o'lim holatlariga ta'sir qiluvchi asosiy omil hisoblanadi. Bemorlar kasallik boshlanganidan keyin 24 soat ichida yotqizilganda, o'lim darajasi 0,07-0,1% ni tashkil qiladi. Agar u kechroq bo'lsa (bir kundan ortiq), bu ko'rsatkich 0,6-0,8% gacha oshadi.

Operatsiyadan keyingi davrda eng ko'p uchraydigan asoratlar yallig'lanish infiltrati va yaraning yiringlashi (bemorlarning 4-10 foizida). Boshqa asoratlarga kamdan-kam uchraydigan, ammo hayot uchun xavfli bo'lganlar kiradi - operatsiyadan keyingi keng tarqalgan yiringli peritonit (5-6%), qorin bo'shlig'ining infiltratlari va absesslari (0,5-2,0%), ichak oqmalari (0,3-0,8%), hodisa (0,3-0,6%, o'tkir ichak tutilishi (0,2-0,5%), qon ketishi va gematomalar (0,03-0,2%).

OIV infeksiyasi bilan og'rigan bemorlarda yiringli asoratlar ehtimoli birinchi navbatda CD4 limfotsitlari darajasiga bog'liq. Ularning soni ortishi bilan (500/mkl dan ortiq) bu asoratlar bemorlarning 4-8 foizida, 200/mkl yoki undan kam darajaga tushishi bilan 60-80 foiz hollarda kuzatiladi.

Operatsiyadan keyingi kechki bosqichlarda operatsiyadan keyingi churralar (15%), ligatur fistulalar, yopishqoq kasallik, bepushtlik (bachadon naychalarining yopishqoq obstruktsiyasi tufayli) kabi asoratlar kuzatiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, surunkali qisman yopishqoq ichak tutilishi bilan og'rigan bemorlarning 70 foizida birinchi operatsiya "oddiy" appenditsit uchun appendektomiya bo'lgan. Operatsiyadan oldingi og'riqlarga o'xshash qorin og'rig'i "kataral" appenditsit bilan operatsiya qilinganlarning 30-55 foizida operatsiyadan keyin 1 yildan ortiq davom etadi. Apandektomiya va yo'g'on ichak saratoni paydo bo'lishi o'rtasida bog'liqlik bor deb ishoniladi.

XULOSA

O'tkir appenditsit - qorin bo'shlig'i organlarining eng keng tarqalgan o'tkir kasalligi. O'tkir appenditsit uchun mamlakatimizda yiliga yarim milliondan ortiq appendektomiya o'tkaziladi, o'lim darajasi 1 foizga yaqin. Rossiyada har yili besh ming bemor o'tkir appenditsitdan vafot etadi, bu abdominal organlarning o'tkir xoletsistit, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi, strangulyatsiyalangan churra, o'tkir yopishqoq ichak tutilishi kabi o'tkir jarrohlik kasalliklaridan ko'proqdir.

Shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatadigan jarrohlar o'tkir appenditsitning xiralashgan klinik ko'rinishiga tobora ko'proq duch kelishmoqda. Ushbu adabiyotlar bu haqiqatni antibiotiklarning keng tarqalgan va nazoratsiz qo'llanilishi bilan izohlaydi. Tashxisga shubha tug'lsa, laparoskopiya yordamida qorin bo'shlig'idagi patologik jarayonning xarakterini tekshirish mumkin va zarur. Darhol ta'kidlaymizki, o'tkir appenditsitning deyarli barcha klinik belgilari asosan o'tkir appenditsitning faqat bitta og'riqli belgisini ko'rsatadi - shish, infiltratsiya, giperemiya - faqat video laparoskopiya yordamida ko'rish mumkin.

Agar operatsiyadan oldingi davrda o'tkir appenditsit paytida yuzaga keladigan asoratlar biroz jarrohga bog'liq bo'lsa, operatsiya vaqtida va ko'pincha operatsiyadan keyin paydo bo'ladigan asoratlar jarrohning to'g'ri tanlangan taktikasi va texnik jihozlariga bog'liq. Shuning uchun appendektomiya qilishni boshlagan jarroh ileotsekal burchakning anatomiyasini va appendiksning joylashishining barcha variantlarini yaxshi bilishi kerak; kasallikning atipik shakllaridan odatda yuzaga keladigan o'tkir appenditsitning klinik ko'rinishini yaxshi bilish; o'tkir appenditsit belgilariga o'xshash kasalliklarni haqiqiy o'tkir appenditsitdan ajrata olish. Murojaat qilishdan oldin yosh jarroh o'tkir appenditsit uchun operatsiyalar mustaqil ravishda jarroh yordamchisi sifatida operatsiyada ko'p marta ishtirok etishi kerak, bu davomida u tajribali jarroh o'tkir appenditsitning murakkab shakllarini bajarishda foydalanadigan barcha jarrohlik usullarini ko'radi.

Faqatgina ushbu shartlarning barchasi bajarilgan taqdirdagina jarrohlar diagnostik, taktik va texnik xatolardan qochishlari mumkin, bu, shubhasiz, o'limga olib keladigan asoratlar sonining kamayishiga olib keladi.

ADABIYOT

1. Andersson, R. Milliy kohortda laparoskopik va ochiq appendiktomiyaning qisqa muddatli asoratlari va uzoq muddatli morbiditesi / R. Andersson. – Matn: elektron // Br J Surg. 2014. – No 101 (9). – B. 1135-42. – DOI: 10.1002/bjs.9552 (kirish sanasi: 03/15/2024).
2. Di Saverio, S. O'tkir appenditsit diagnostikasi va davolash: WSES Quddus ko'rsatmalarining 2020 yangilanishi / S. Di Saverio, M. Podda, B. De Simone. – Matn: bevosita // World J Emerg Surg. – 2020. – No 15(1). -27.
3. Elniel, M. 72 h O'tkir appenditsitda operatsiya qilish uchun vaqt kritik nuqtami / M. Elniel, J. Grainger, E.J. Nevins [va boshq.] - Matn: to'g'ridan-to'g'ri // J Gastrointest Surg. – 2018. – No 22. – 310 – 5 22.
4. Gaskill, C.E. O'tkir appenditsit bilan og'rigan bemorlarda perforatsiyani aniqlash uchun kompyuter tomografiyasidan foydalanish / C.E. Gaskill, V.V. Simianu, J. Carnell [va boshq.] - Matn: to'g'ridan-to'g'ri // Curr Prob Diagnostic Radiol. – 2018. – No 47. – B. 6-9.
5. Bregendahl S. Daniya mintaqasida laparoskopik va ochiq appendektomiyadan keyin asoratlari va 30 kunlik o'lim xavfi, 1998-2007; 18,426 bemorning aholiga asoslangan tadqiqoti / S. Bregendahl, M. Norgaard, S. Laurberg, P. Jepsen. – Matn: elektron // Pol Przegl Chir. – 2013. – No 85. – B.395-400. – DOI: 10.2478/ pjs-2013-0060 (kirish sanasi: 03/15/2024).
6. Chaochankit, W. O'tkir appenditsit tashxisi qo'yilgan bemorlarda salbiy appendektomiya darajasi / W. Chaochankit, A. Boocha, S. Samphao. – Matn: elektron // BMC Surg. – 2022. – No 22(1). – P. 404. – DOI: 10.1186/s12893-022-01852-0 (kirish sanasi: 03/15/2024).
7. Ju, J.I. Homiladorlikda asoratlanmagan appenditsit uchun antibiotik terapiyasining natijalari / J.I. Ju, H.-C. Park, M.J. Kim [va boshq.] - Matn: to'g'ridan-to'g'ri // Am J Med. 2017. – No 130. – 1467 – 9
8. Mallinen, J. Appendicolith appenditsit klinik jihatdan murakkab o'tkir appenditsit - bu asoratlanmagan o'tkir appenditsitdan histopatologik jihatdan farq qiladimi / J. Mallinen, S. Vaarala, M. Makinen [va boshq.] - Matn: darhol // Int J Colorectal Dis. – 2019. – No 34. – 1393 – 400.
9. MakGillen, P.K. Murakkab appenditsitda operatsiyadan keyingi antibiotiklarni retrospektiv tahlil qilish / P.K. MakGillen, F.T. Drake, A. Vallejo [va boshq.] - Matn: to'g'ridan-to'g'ri // Surg Infect. – 2019. – No 20. – 359 – 66.
10. Malikov, D. O'tkir appenditsit: tashxis va davolash / D. Malikov, Z. Toshtemirova, D. Doniyorov [va boshqalar] Matn: bevosita // SAI. – 2022. – No D8.
11. Rushing, A. Kattalardagi o'tkir appenditsitni boshqarish: Sharqiy travmalar jarrohligi assotsiatsiyasidan amaliyotni boshqarish bo'yicha qo'llanma / A. Rushing, N. Bugaev, C. Jones [va boshq.] - Matn: to'g'ridan-to'g'ri // J Trauma o'tkir tibbiy yordam jarrohligi. – 2019. – No 87. – B. 214 – 24

12. Sammalkorpi, H.E. Katta yoshli appenditsitning yangi reytingi o'tkir appenditsitning diagnostika aniqligini oshiradi - istiqbolli tadqiqot / H.E. Sammalkorpi, P. Mentula., A. Leppaniemi. – Matn: to'g'ridan-to'g'ri // BMC Gastroenterol. – 2014. – No 14. – B. 114

13. Sammalkorpi, H.E. Kattalar uchun appenditsit skorining kiritilishi manfiy appendektomiya darajasini pasaytirdi / H.E. Sammalkorpi, P. Mentula, H. Savolainen [va boshq.] Matn: to'g'ridan-to'g'ri // Scand J Surg. 2017. – No 106. – B. 196-201.

14. Siotos, C. Murakkab appenditsit uchun laparoskopik appendektomiyada assimilyatsiyaga qarshi sug'orish: meta-tahlil / C. Siotos, K. Stergios, V. Prasath [va boshq.] - Matn: to'g'ridan-to'g'ri // J Surg Res. – 2019. – No 235. – B. 237 – 43

15. Saar, S. Murakkab appenditsitda jarrohlikdan so'ng kengaytirilgan antibiotiklarni qo'llashga qarshi yigirma to'rt soat: Randomize nazorat ostida sinov / S. Saar, V. Mihnovits, T. Lustenberger [va boshq.] - Matn: to'g'ridan-to'g'ri // J Trauma Acute Care Surg. – 2019. – No 86. – 36-42.

16. Salo, M. Bolalar appenditsitida mikrobiomani baholash / M. Salo, N. Marungruang, B. Roth [va boshq.] - Matn: to'g'ridan-to'g'ri // Int J Kolorektal Dis. – 2017. – No 32. – 19-28.

17. Sippola, S. APPAC randomizatsiyalangan klinik sinovidan asoratlanmagan o'tkir appenditsitni davolash uchun appenditsitni davolash uchun antibiotik terapiyasining iqtisodiy bahosi: asoratlanmagan o'tkir appenditsit uchun antibiotik terapiyasining appendiktomiyaga nisbatan iqtisodiy bahosi / S. Gronroos, J. Tuominen [va boshq.] -

Matn: to'g'ridan-to'g'ri // Br J Surg. – 2017. – No 104. – 1355 – 61

18. Stofi, C. O'tkir appenditsit: jarrohlik davolash tendentsiyalari - 800 000 dan ortiq bemorlarni qamrab olgan aholiga asoslangan tadqiqot / C. Stofi, U. Nitsche, P.A. Neumann [va boshq.] – Matn: elektron // Dtsch Arztebl Int. – 2021. – No 118(14). – 244-9. – DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0118 (kirish sanasi: 15.03.2024).

19. Tan, V.J. Alvarado Score-ga asoslangan boshqaruv algoritmi va shubhali appenditsitni baholashda joriy eng yaxshi amaliyotni taqqoslaydigan tasodifiy nazorat sinovi / W.J. Tan, S. Acharyya, M.H. Chew [va boshq.] – Matn: elektron // World J Emerg Surg. – 2020. – No 15(1). – 30. – DOI: 10.1186/s13017-020-00309-0 (kirish sanasi: 03/15/2024).

20. Van, Dijk S. O'tkir appenditsit bilan og'rigan bemorlarda asoratlar uchun xavf omili sifatida jarrohlikdan oldin shifoxonada kechikishning meta-tahlili / S. Van Dijk, A. van Dijk, M. Dijkgraaf, M. Boermeester. – Matn: elektron // Br J Surg. 2018. – No 105(8). – 933-45. – DOI: 10.1002/bjs.10873 (kirish sanasi: 03/15/2024).

21. Harutyunyan, A.S. Keng tarqalgan appendik peritonitni davolashda laparoskopik yondashuv - usulning imkoniyatlari va uning xavfsizligi,

randomizatsiyalangan klinik sinov / A.S. Arutyunyan, D.A. Blagovestnov, P.A. Yartsev [va boshq.] - Matn: darhol // VNMT. – 2021 yil – 4-son.

22. Bagdasaryan, M.S. O'tkir appenditsit va zamonaviy texnologiyalar / M.S. Bagdasaryan, S.P. Poluboyarinova, D.I. Gadjieva, A.I. Afanasova. - MAJBUR. – 2022. – No S1. - Matn: to'g'ridan-to'g'ri.

23. Galimov, O.V. Peritonit bilan asoratlangan o'tkir appenditsit uchun laparoskopik operatsiyalar / O.V. Galimov, V.O.Xanov, D.M. Minigalin [va hokazo] - Matn: to'g'ridan-to'g'ri // Ijodiy jarrohlik va onkologiya. – 2023. – 1-son.

24. Jdanova, O.A. Bolalarda o'tkir appenditsitni davolashda antibakterial preparatlarni qo'llash tahlili / O.A. Jdanova, N.A. Nazareva, O.A. Boshlang [va boshqalar] - Matn: darhol // KVTiP. – 2023. – No S6.

25. Zatevaxin, I.I. Rossiya Federatsiyasida jarrohlar amaliyotida o'tkir appenditsit uchun diagnostika va terapevtik yondashuvlar. Butunrossiya so'rovi natijalari / I.I. Zatevaxin,

A.V. Sajin, A.I. Kiriyenko [va boshqalar] // Jarrohlik. nomidagi jurnal N.I. Pirogov. – 2020. – No 8. – B. 5-16.

26. Malkov, I.S. Murakkab destruktiv appenditsit bilan og'rigan bemorlarni davolashda yangi yondashuvlar / I.S. Malkov, T.A. Ogli Mamedov, M.I. Shakirov, V.A. Filippov. – Matn: to'g'ridan-to'g'ri // Zamonaviy klinik tibbiyot xabarnomasi. – 2022. – 4-son.

27. Panasyuk, A.I. Gangrenoz appenditsit rivojlanishi bilan appendiks arteriyasining trombozi / A.I. Panasyuk, E.O. Inozemtsev, P.I. Sandakov, E.G. Grigoryev. – Matn: to'g'ridan-to'g'ri // E&CG. – 2022. – No 11 (207).

28. Pugaev, A.V. O'tkir appenditsit / A.V. Pugaev, E.E. Achkasov. – Moskva: Infra-M; 2019. – Matn: elektron. – doi: 10.12737/monography_5b30a3ba23b7c2.74391380 (kirish sanasi: 15.03.2024).

29. Revishvili, A.Sh. Rossiya Federatsiyasida jarrohlik yordami / A.Sh. Revishvili, V.E. Tin, V.P. Sajin [va boshq.] – M., 2019. – 136 b. - Matn: to'g'ridan-to'g'ri.

30. Revishvili, A.Sh. Rossiya Federatsiyasida jarrohlik yordami / A.Sh. Revishvili, V.E. Tin, V.P. Sajin [va boshq.] – M., 2020. – 132 b. - Matn: darhol

31. Revishvili, A.Sh. Rossiya Federatsiyasida shoshilinch qorin bo'shlig'i jarrohliligining hozirgi tendentsiyalari / A.Sh. Revishvili, V.P. Sajin, V.E. Tin, M.A. Zaxarova. – Matn: elektron // Jarrohlik. nomidagi jurnal N.I. Pirogov. 2020. – No 7. – B. 6-11. – doi: 10.17116/hirurgia20200716 (kirish sanasi: 15.03.2024).

32. Revishvili, A.Sh. Rossiyada o'tkir appenditsitdagi o'lim / A.Sh. Revishvili, V.E. Tin, D.V. Kalinin, A.V. Kuznetsov. – Matn: elektron // Jarrohlik. nomidagi jurnal N.I. Pirogov. – 2022. 10:5-14. DOI: 10.17116/hirurg-ia20221015 (kirish sanasi: 03/15/2024).

33. Savelyev, V.S. Jarrohlik kasalliklari: darslik. + CD. 2 jildda / V.S. Savelyev, A.I. Kiriyeenko. – 1,2-jild. – M.: GEOTAR-Media, 2014 - 688 b. - 720 s. - Matn: to'g'ridan-to'g'ri.
34. Sajin, A.V. O'tkir appenditsit / A.V. Sajin, T.V. Nechai, A.I. Kiriyeenko. - Moskva: "Meditsinskoe" MChJ axborot agentligi", 2019. – 208 b. – Matn: bevosita.
35. Sajin, A.V. Homilador ayollarda o'tkir appenditsitning murakkab shakllari / A.V. Sajin, M.A. Kurtser [va boshq.] - Matn: to'g'ridan-to'g'ri // Jarrohlik. nomidagi jurnal N.I. Pirogov. – 2019 yil – 4-son – 15-23-b.
36. Smirnov, A.K. Bolalarda o'tkir appenditsit / A.K. Smirnov, A.V. Boyko, D.A. Elkova. – Matn: bevosita // Olim. – 2022. – No S4 (22).
37. Saxabetdinov, B.A. Laparoskopik appendektomiya paytida appendiks dumidagi ligaturalarning ruxsat etilgan soni / B.A. Saxabetdinov, B.R. Valitov. – Matn: to'g'ridan-to'g'ri // "Reaviz" tibbiyot instituti byulleteni: reabilitatsiya, shifokor va salomatlik. – 2022. – No 2 (56) Maxsus nashr.
38. Timerbulatov, Sh.V. O'tkir appenditsit: "behuda" appendektomiya qanchalik tez-tez amalga oshiriladi? / Sh.V. Timerbulatov, M.V. Timerbulatov, S.V. Fedorov [va boshqalar]. – Matn: bevosita // Ijodiy jarrohlik va onkologiya. – 2023. – 2-son.
39. Jarrohlik kasalliklari: o'quv-uslubiy qo'llanma / tahririyati S.A. Chernyadyev. - Ekaterinburg, 2019 yil. – 29 s. - Matn: to'g'ridan-to'g'ri.
40. Hamidov, O.A. O'tkir appenditsit tashxisi uchun ultratovush tekshiruvining auditi (retrospektiv tadqiqot) / O.A. Hamidov, S.X. Ataeva. – Matn: bevosita // UJCR. – 2022. – 1-son.
41. Shulyak G.D. Homiladorlik davrida o'tkir appenditsit uchun diagnostika va davolash taktikasini optimallashtirish: dis.... Cand. asal. Fanlar: 14.01.17 14.01.2020 himoyalangan 23.02.2020 – M., 2019 yil – 155 b. - Matn: to'g'ridan-to'g'ri.
42. Shavrina, N.V. Qorin bo'shlig'i absesslarini tashxislash va davolashda ultratovush tekshiruvi / N.V. Shavrina, A.S. Ermolov, P.A. Yartsev [va boshqalar]. – Matn: bevosita // Jarrohlik. nomidagi jurnal N.I. Pirogov. – 2019. – No 11. – B. 29-36