

Н.А.Ақатаев, Қ.Қ.Сабыр, М.Е.Балшамбаев

ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ

Ақтөбе, 2019 ж.

УДК.616.346. 2-002

БКК 54.57

А 37

А 37. Н.А.Ақатаев, Қ.Қ.Сабыр, М.Е.Балшамбаев
Жедел аппендицит – жоғары курс студенттеріне, интерндерге,
резиденттерге, жас хирургтерге арналған оқу құралы, 2019 ж,-
бет

ISBN 978-601-7965-34-1

Оқу құралы іш қуысы жедел хирургиялық ауруларының
арасындағы ең жиілері және маңыздыларының бірі – жедел
аппендицитке арналған.

29 сурет және 1 кесте бейнеленген

Пікір жазғандар:

Қобландин С.Н. – Астана медициналық университеті
интернатураның хирургиялық аурулар кафедрасының
профессоры, м.ғ.д.

Сахипов С.Ж. – М.Оспанов атындағы БҚММУ-нің жалпы
хирургия кафедрасының профессоры, м.ғ.д.

УДК.616.346. 2-002

БКК 54.57

М.Оспанов атындағы БҚММУ-нің ғылыми кеңесінің шешімімен
бекітілді және басылымға рұқсат етілді.

Хаттама №4 (756). 13 желтоқсан, 2018 ж.

ISBN 978-601-7965-34-1

©Н.А.Ақатаев, Қ.Қ.Сабыр, М.Е.Балшамбаев, 2019

КІРІСПЕ

Соқыр ішектің күрт тәрізді өсіндісінің бейспецификалық қабынуын «аппендицит» деп атағалы 150 жылдай уақыт өтті (1886 ж).

Бір жарым ғасыр бойы жедел аппендицитті зерттеу, ерте диагностика, оңтайлы емдеу жолдарын зерделеу тоқтаған емес.

Оған дүние жүзінің хирургтері шама-шарқынша ат салысуда, бірақ мәселе әлі күнге дейін шешімін тапқан жоқ. Жедел аппендицитті зерттеудің медициналық, әлеуметтік – экономикалық маңыздылығына ешкім шек келтірмейді.

Маңыздылықтың себептері:

1. Жедел аппендицитпен аурушаңдықтың (аурудың) жиілігі жоғары. Жасы мен жынысына карамастан бір календарлық жылда әрбір 1000 (мың) тұрғынның 5 (бесеуі) аппендицитпен ауырады.

2. Жедел аппендициттің диагнозын анықтау өте қиын, оған етене нысанды белгі жоқ. Диагностикалық лапароскопиядан басқа зертханалық, құрал – аспаптық тексерулер тек жанама белгілерді ғана көрсетеді. Ал лапароскоп көптеген ауруханаларда жоқ.

3. Операциядан кейінгі асқыну немесе өлім жиілігі төмендемей келеді. Соңғы 50 жыл аралығында операциядан кейінгі өлім жиілігі 0,2 % құрайды. Пайыздық мөлшерде аз болып көрінгенмен, абсолютті санға айналдырсақ өлім жиілігі жоғары.

Соңғы кезде іш қуысының жедел хирургиялық ауруларының өзара жиілік қарым – қатынастарында өзгеріс пайда бола бастады. Көп жыл Москва қаласының бас хирургі қызметін атқарған профессор А.С. Ермоловтың (1992 – 2014 ж.) статистикалық ақпараты бойынша бірінші орында өт қалтасы мен бауырдан тыс өт жолдарының жедел хирургиялық аурулары (жедел холецистит, механикалық сарғаю, холангит), екінші орында жедел аппендицит, үшінші жиілікте жедел панкреатит. Ресейдің Санкт – Петербург қаласының хирургия саласын ұзақ жылдар басқарған профессор А.Е.Борисовтың мағлұматына сүйенсек бірінші орын жедел панкреатиттің еншісінде.

Қазақстанда да жедел аппендицитпен ауру жиілігі төмендеуге бейім. Мысалы 2000-шы жылдардың басында Республика халқының саны 15,5 – 16 млн. шамасында болғанда, жыл сайын 60 мыңдай аппендэктомия жасалды, ал осы күні

халық саны 18 млн-ға жеткенде аппендэктомия жылына 50-55 мың деңгейінде. Халық саны артты, операция мөлшері азайды.

Себебін бірнеше жәйттермен түсіндіруге болады:

1) ЖА-пен аурушандық шын мәнінде төмендеді.

2) Жәй (беткей) катаралды аппендицитте жасалатын операция саны азайды.

3) Жоғары ақпаратты құрал – аспаптық тексеру тәсілдерінің (УДТ, КТ, МРТ) пайда болуына байланысты гинекологиялық, урологиялық, терапиялық аурулардың диагнозы жеңілдеді, демек айыру диагностикасы жақсарды.

4) Қиын жағдайда дәрігерлерге көмекке **диагностикалық лапароскопия** келді, «жазықсыз» құрт тәрізді өсімділерді қозғамайтын болдық. Есесіне, іштің ауруына себеп болған басқа дерттер анықталып, көрсетімді ем жасалады.

5) Дәрігер – хирургтардың санаттары жоғарылап, білімдері көтерілді. Сол себепті, хирургтердің арасында мысқылдап айтылатын «көгілдір құрт тәрізді өсімдіні» («голубой отросток») алып тастау азайды.

Бірақ, бұл деректер жедел аппендицит біртіндеп жойылады деген сөз емес, аппендицитпен ауру жиілігі әлі жоғары.

ЖА-тің диагнозын қоюдың қиындығы, науқастардың медициналық көмекке кеш келуі, операциядан кейінгі асқыну мен өлім жиілігінің төмендемеуі мәселенің күрделілігінің куәсі (белгісі).

Тағы бір ескеретін жағдай, халықтың арасында, тіпті медицина қызметкерлерінің, оның ішінде жас хирургтердің арасындағы «жедел аппендицит жеңіл, емдеуі оңай, кез келген дәрігердің қолындағы дерт» деген қате ұғымның кең таралуы.

Біз ЖА-тің «іш қуысындағы хамелеон» екенін, «аппендэктомияға барғалы тұрып қызбен кездесуге уәде бермеу керек» екенін, «аппендэктомия кейде студенттің де қолынан келетін жеңіл, ал кейде профессорды да терлететін қиын» операция екенін ұмытпауымыз керек.

Операциядан кейінгі асқыну мен өлімнің жиілігінің себебі – операцияның кешігіп жасалуы, ал оның себебі – диагнозды кеш анықтау.

Жедел аппендицитке арналған әр тілде шыққан әдебиетте есеп жоқ, бірақ қазақ тілінде жазылған еңбек жоқтың қасы.

Біз осы мәселеге шамалы болса да өз үлесімізді қосуға ұмтылдық. Бағасын беру оқырмандардың үлесінде.

Авторлар.

I. ТАРИХИ ДЕРЕКТЕР

Көптеген ғасырлар бойы іш қуысы ағзаларының дерттерін зерттеу барысында соқырішектің құрт тәрізді өсіндісіне аса көңіл бөлінбеді.

Жайылған іріңді перитонит, оң жақ мықын аймағындағы іріңдіктер жиі кездескенмен, оларды құрттәрізді өсіндімен байланыстырмай келді. Тек XIX ғасырдың екінші жартысында ғана мықын аймағының, кіші жамбас қуысының іріңдіктерінің және іш пердесінің жайылған қабынуларының себептері құрттәрізді өсіндінің дерттері болуы ықтимал деген көзқарас қалыптаса бастады.

В.И.Колесов жедел аппендицитті зерттеу туралы ілімді 4 кезеңге бөледі (1972).

Бірінші кезең – ежелгі ерте заманнан XIX ғасырдың 80-ші жылдарына дейінгі уақытты қамтиды: «Жедел аппендицит» ұғымы болған жоқ. Артынан белгілі болғандай, құрт тәрізді өсіндімен байланысты аурулар консервативті емделді. Сиректеу, оң жақ мықын аймағында іріңдік пайда болса, ол ашылып кәрізделді; бірақ құрттәрізді өсінді алынған жоқ.

Екінші кезең – XIX ғасырдың 80-ші жылдарынан XX – ғасырдың басына дейін: шектелген (жергілікті) және жайылған перитониттің себебі құрттәрізді өсіндінің қабынулары болуы мүмкін екені анықталды. 1886 ж. Америка дәрігерлерінің ассоциацияның съезінде Гарвард университетінің профессоры Реджинальд Фитц бастаған комиссиясы құрттәрізді өсіндінің қабынуларын «аппендицит» деп атауды ұсынды. **«Перфоративное воспаление червеобразного отростка; со специальным рассмотрением его ранней диагностики и лечения»** деп аталған баяндамасында Фитц оң жақ мықын аймағының іріңдіктерінің негізгі себебі – құрттәрізді өсінді (аппендикс) екенін атап көрсетті және оның айқын клиникалық белгілерін сипаттап, ең маңыздысы, өсіндіні хирургиялық жолмен алып тастауға шақырды.

Аппендикулярлық іріңдіктерде және жайылған перитониттерде **аппендэктомия** жасала бастады.

Үшінші кезең - XX ғасырдың бірінші тоқсаны (первая четверть): Жедел аппендициттің этиологиясы, патогенезі, патологиялық анатомиясы, клиникасы терең зерттеле бастады.

Оперативтік емнің қажеттігі дәлелденді, бірақ аппендэктомияны алғашқы 24-48 сағаттарда ғана жасау керек деп есептелді; ал одан кеш уақытта тек асқынулар пайда болса ғана операция жасауды ұсынды.

Төртінші кезең – XX ғасырдың екінші тоқсаны және онан кейінгі кезең: жедел операция (аппендэктомия) ауру басталғаннан кейін кез келген уақытта жасалады. Қарсы көрсеткіш – тек қана шектелген тығыз аппендикулярлық инфильтрат деген қағида толық қабылданды және өзгеріссіз қалды.

Бірінші кезең

Бірінші кезеңде дәрігерлердің жедел аппендицит туралы түсініктері (ұғымдары) болмады. Олардың назарын аударған оң жақ мықын аймағындағы іріңдіктер болды, ал себебін бұлшықеттердің қабынуларымен түсіндіріп, «псоит» деп атады. Дәрігерлердің тағы бір тобы бұл іріңдіктерді босанғаннан кейін ғана пайда болады деп есептеп, «жатырлық іріңдіктер» деген атауды ұсынды.

Көріп отырғанымыздай көптеген ғасырлар бойы құрт тәрізді өсіндіні атамақ түгілі, соқырішектің өзі туралы мәлімет болған жоқ.

XVIII ғасырдың аяғы, XIX ғасырдың басында ғана іріңдіктердің себебі ретінде соқыр ішекті қарастыра бастады.

XIX ғасырдың басында француз хирургы **Дюпоитрен** илеоцекалық инфильтраттар мен іріңдіктер туралы ілім ұсынып, олардың себебі соқыр ішектің қабынуы деп тұжырымдады.

Неміс ғалымы **Альберс** Дюпоитренді жақтап 1837 ж. «тифлит» (соқыр ішектің қабынуы) деген термин ұсынды. Уақыт өте келе Альберстің ізбасарлары «перитифлит», «паратифлит» деген ұғымдарды енгізіп, іріңдік (қабыну) процессіне тек соқыр ішектің ғана емес, қоршаған тіндердің де қатысы бар екенін көрсетті. Дюпоитрен мен Альберстің ілімдері де жалған, бірақ псоит, жатыр іріңдектері деген көзқарастардан шамалы болса да алға жылжу еді. Дегенмен осы ілім XIX ғасырда негізгі қағида болып есептелді.

Аталған ілімдерді жоққа шығару үшін клиницистер мен анатомдардың көп тер төгулеріне тура келді. Мүрделерді зерттеу барысында тек құрт тәрізді өсіндінің ғана қабынуын,

тіпті олардың тесілуін кездестірген жағдайлар орын алды. Бірінші болып, перитонит себебі ретінде құрттәрізді өсіндіні алып тастау (аппендектомия) керек екенін айтқан француз дәрігері Francois Melier (1827ж). Дюпоитреннің беделінің жоғарылығы сондай, бұл дұрыс ұсыныс медицина қоғамымен қабылданбады. Британиялық хирургтер Bright және Addison «Тәжірибелік медицинаның элементтері» деген кітаптарында (1839 ж) жедел аппендициттің клиникасын толық сипаттап жазып, оң жақ мықын аймағының іріндіктерінің себебі қабынған құрт тәрізді өсінді екенін көрсетеді. Бірақ, олар операциялық емдеу жолын ұсынбайды.

1842 ж Веналық патологоанатом Рокитанский құрт тәрізді өсіндінің катаралді қабынуы мүмкін екенін көрсетті.

Н.И. Пирогов тифлит, перитифлит туралы ілімді әрі қарай дамытты, іріндіктердің әр жерде орналасатындарын және олардың себептерінің де әртүрлі екенін көрсетті (1852 ж). Орыс ғалымдары П.Ю.Неммерт (1850) және П.С.Платонов (1853) қомақты үлес қосып, перитифлитте құрттәрізді өсінді рөл атқаратынын дәлелдеді. Тулалық дәрігер Г.Шахтингер іріндіктің себебі құрттәрізді өсінді екенін күмәнсіз атады.

Дегенмен, Дюпоитрен мен Альберстің теорияларына шешуші соққы бергендер - анатомдар болды (А.И.Таренецкий, 1883; Г.И.Турнер, 1892 ж.). Олар құрттәрізді өсінді соқыр ішектегі «бұтағы» екенін дәлелдеп, оның висцералды ішпердесімен барлық жағынан жабылғанын, яғни интраперитониалды орналасатынын көрсетті. Өте сирек ішпердесінен тыс орналасып, тек сол уақытта ғана «паратифлитке» себеп болатынын дәлелдеді.

Олардың жұмыстарынан шығатын қортынды: қабынуға ұшырайтын соқыр ішек емес, құрттәрізді өсінді; құрттәрізді өсіндіден қабыну көрші ағзалардың ішпердесіне тарайды.

XIX ғасырдың 80 жылдарына дейін жедел аппендицитті терапевтер консервативті емдеді. Тек 80-ші жылдарға ғана аппендикулярлық іріндіктерді оперативтік жолмен емдеуге талпыныс пайда болды. Іш қуысын ашып, оған тампондар енгізді, құрт тәрізді өсіндіні алған жоқ.

В.И.Колесовтің тұжырымдауы бойынша 1 кезең негізі екі белгімен сипатталады:

1) жедел аппендицитті консервативті жолмен емдеді; 2) асқынған аппендицитті ең жеңіл операция түрімен емдеу - іріндікті ашу, құрт тәрізді өсіндіні қалдыру (қозғамау).

Екінші кезең.

Құрт тәрізді өсіндіні хирургиялық жолмен алып тастау (аппендэктомия) бастапқы кезде аппендициттің асқынуларында ғана – перитонит пен іріндіктерінде жасалған. Асқынбаған аппендициттерде операция жасалмады.

Бірақ, айта кеткен жөн, ең біріңші аппендэктомия операциясы құрт тәрізді өсіндінің қабынуында емес, шап жарығын тілу кезінде жасалды.

Лондондағы Қасиетті Георгий госпиталінің негізін салушы, корольдіктің хирургы, өз дәуірінің атақты оташысы, көптеген ғылыми еңбектердің авторы, сол кездегі хирургтер қоғамын басқарған Клавдия Амианда үш монархтың билігі кезінде қызмет еткен. Тарихи деректер бойынша 1735 жылы Амианда 11 жасар ер балаға шап – ұма жарығына операция жасау барысында жарықтың құрамы құрт тәрізді өсінді екенін және оның тұзбен жабылған түйреуішпен жарақатталуы салдарынан жыланкөз дамығанын анықтаған. Құрт тәрізді өсінді және оны қоршаған шажырқай алынып тасталып, бала жазылып шығады.

XIX ғасырдың аяғында құрттәрізді өсіндіні ерте алып тастау жөнінде батыл ұсыныстар жасала бастады.

Жедел аппендицитке байланысты аппендэктомияны 1884 ж. Англияда Фредерик Магомед, Германияда Кронлейн жасады деген ұйғарым жалпыға белгілі.

1884 жылы Германияда (Алманияда) Микулич жедел аппендицитте хирургиялық тактиканы ұсынады, алайда оны Цюрих қаласында Рудольф Кронлейн жүзеге асырады. Кронлейн 17 жасар жасөспірімге ортаңғы лапаротомия арқылы ауру басталғаннан үшінші күні аппендэктомия жасап, іш қуысын толық тігіп тастаған. Науқас үшінші тәулікте қайтыс болады. Екінші рет дамыған перитонит кезінде лапаротомия жасап, құрттәрізді өсіндіні таба алмай, іш қуысын қайта жабады. Таң қаларлық жағдай – ауру жазылып кеткен.

Өзінің бірінші бақылауы туралы мақала жазған Кронлейн былай деген: «Егер дәрігер күмәнданып, ал науқас қауіпті жағдайда болса, эксплоративті (диагностикалық – автор.) лапаротомия жасап, табылған көрініске сәйкес қолыңнан келгеннің барлығын жасағаны дұрыс»

Бірақ, тарихи әділеттікті аттамау үшін төмендегі жағдайларға көңіл аударған жөн. 1880 ж. Британияның жетекші

хирургтерінің бірі Лаусон Тайт 17 жасар қызға аппендэктомия жасап, гангренозды құрт тәрізді өсіндіні кесіп алған. 1883 ж. Канада хирургі Абрахам 12 жасар ер балаға аппендэктомия жасаған. Бірақ, екі жағдай да көп уақыт өткеннен кейін ғана жарияланып, олардың аппендэктомия жасаудағы рөлдері мойындалмай қалды. Рудольф Кронлейн Швейцария хирургі, ол өзінің оқытушысы Микуличтің кеңесімен (ақылымен) жоғарыда көрсетілгендей, 1884 ж. аппендэктомияны жайылған іріңді перитонит кезінде жасады. Фредерик Магомед аппендэктомияны сол жылы аппендикулярлық іріңдік жағдайында жасаған.

1887 жылы табысты аппендэктомияны АҚШ-да Мортон жасады.

М.И.Ростовцевтің пікірінше 1888 жылға дейін дүние жүзінде небәрі 8-ақ аппендэктомия жасалып, оның үшеуі өліммен аяқталған.

1890 ж. Ресейде алғашқы аппендэктомияны Санкт-Петербургтың Обухов ауруханасында ауру басталғаннан 1 айдан кейін келіп түскен 28 жасар науқасқа А.А.Троянов жасады. Оң жақты параректалды тілікпен лапаротомия жасап аппендикулярлық іріңдікті ашып, шіріп-тесілген құрттәрізді өсіндіні алып тастаған.

Аса сақтықпен, қорқыныш – үреймен жасалған санаулы аппендэктомиялар мәселені шеше алмады. Аппендэктомия тек іріңдікте немесе перитонитте ғана жасалу керек деген қағида емдеу мәселесін шешуге үлкен кедергі жасады.

1895 ж. аса беделді неміс терапеві Сали аппендициттің консервативті емін уағыздады. Ол тек 6% жағдайда ғана аппендицит оперативті емді қажет етеді деп қортындылады. Егер сол 6%-ға іріңдіктер мен жайылған перитониттер жататынын ескерсек, операциядан кейінгі өлім жиілігін шамалауға болады (өте жоғары).

Сондықтан консервативті ем операция жасаудан қауіпсіз деген жалған тұжырым пайда болды. Дегенмен, хирургтердің басым көпшілігі жедел аппендицитті емдеудің қортындысына қанағаттанбады.

1896 ж. Н.И.Пироговты еске алуға арналған орыс дәрігерлерінің қоғамының VI съезінде проф. А.А.Бобров «Аппендицит және оны емдеу» деген бағдарламалы баяндама

жасады. Ол жедел аппендицитті терапевтердің емдеуіне үзілді – кесілді қарсылық білдіріп, науқастарды тек хирургиялық бөлімшелерге жатқызуды талап етті.

Солай ете тұра, ол «белсенді күту (бақылау)» тактикасын жақтады. Егер іріндік пайда болмаса, операцияны «салқын» кезеңде жасауды ұсынды.

1900 ж. Россия хирургтерінің I съезінде А.А.Бобров, П.И.Дьяконов, М.И.Ростовцев және басқалар, әлі де болса, «белсенді күту» тактикасын жақтады.

Сол заманның ең беделді хирургтерінің бірі В.Г.Цеге – Мантейфель тіпті артта қалған көзқараста болды: операция тек іріндіктерге ғана жасалуын қоштады.

Бірақ, «белсенді күту» (выжидательно – оперативный метод) тактикасының қортындысы өте нашар болды. Оны өткенді зерделейтін, алдағыны болжайтын хирургтер жақсы түсінді.

XIX ғасырдың аяғы, XX ғасырдың басында кейбір хирургтер жедел аппендицитпен ауырған ауруларды асқынуды күтпей, басталғаннан кейін ерте операция жасауды ұсынды.

Француз клиницисті Dienlafoу аппендициттен ешкім өлмеу керек, ол үшін науқастарға ерте операция жасау керек деп түйіндеді.

Бұл ұсынысты көптеген айтулы хирургтер (Mac Burney, 1894; Sprengel, 1901; А.А.Троянов, 1892; И.К.Спижарный, 1910; Ф.И.Березкин, 1905 және басқ) қолдап, жедел аппендицитте операцияны асқынуды күтпей, ерте жасау керек деген ұйғарымға келді.

Дегенмен, белсенді хирургиялық тактиканы жақтаушылар аз болды. Сонымен, XIX ғасырдың аяғы, XX ғаырдың басында хирургтердің басым көпшілігі жедел аппендицитте «күту - оперативті» (выжидательно - оперативное) емдеу тактикасын ұстанды. Ұстаманың басында науқастарға төсекте тыныштық, диета, опий қабылдау, кейде іш айдайтын дәрілер беріп, ішіне салқын бастырды. Егер көмек болса, салқын кезеңді күтіп, қайталанар ұстаманың алдын алу үшін операция жасалды. Егер қабыну өршіп, перитонит белгілері пайда болса, жедел операцияға көрсеткіш қойылды, бірақ бұл амалсыздан, мәжібүрлектен жасалған операция қолайсыз жағдайда жасалып, нашар қортынды берді.

Үшінші кезең.

XX ғасырдың басында хирургтерінің басым көпшілігі жедел аппендицитте операцияны алғашқы 24-48 сағ. жасау керек деп есептеді. Ал бұл уақыттан кешіксе, тек жайылған перитонит даму қауіпі болса ғана операция жасау ұсынылды немесе ұстама толық басылғаннан кейін ғана мүмкін деген ұғым болды.

Бұл көзқарас қабыну процессін динамикада бақылап, ағымына байланысты қимылдауды жоққа шығарды. Негізгі қауіп операция жасаудың қиыншылығында емес, күтуде және шара қолданбауда болды.

Хирургтердің арасында ерте операция жасау уақытын алғашқы 24-48 сағ.-пен шектеуге деген наразылық туа бастады.

Аппендэктомияны алғашқы 24-48 сағ. жасау керектігін уағыздауда негізгі рөл атқарған Ресей хирургтерінің ІХ съезінде 1909 ж. жасаған Г.Ф.Цейдлердің «Жедел аппендициттің хирургиялық емі» деген баяндамасы болды.

Дегенмен бұл жана ұсыныс барлық хирургтердің қолдауына бірден ие болған жоқ.

М.И.Ростовцев (1909), С.П.Федоров (1910), В.А.Оппель (1910) және басқалар әлі де болса күту, консервативті емдеу тактикасын ұстанып, операцияны тек асқыну пайда болғанда ғана жасауды ұсынды.

Операцияны алғашқы 24-48 сағатта жасау жедел аппендицитте көп алға жылжу болғанымен, ол мәселені толық шешпеді, жартылай шешім болды.

48 сағ. кейін қабыну процессі күшейіп, операция жасалса тіндер ыдырап, операциядан кейінгі асқыну арта түседі деген ұғым қол байлау болды.

Біртіндеп клиникалық тәжірибе бұл қорқыныштың, аса сақтықтың негізсіз екеніне көз жеткізді, күтіп асқыну алғаннан, ауру басталғаннан кейін кез келген уақытта операция жасау тиімді екеніне көз жете бастады.

Төртінші кезең.

Төртінші кезең, **немесе заманауи ұстаным**, ауру басталғаннан кейін диагноз дәлелденсе, уақытты шектемей, бірден жедел операция жасауды көздейді.

Заманауи ұстанымды мойындау 1934 ж. Ленинградта Ю.Ю.Джаналидзенің басшылығымен өткізілген Жедел жәрдем институтының конференциясынан бастау алады.

Конференцияның негізгі шешімі: Жедел аппендицитпен ауырған науқастарды мейлінше ауруханаға ерте салып, дереу операция жасау керек. Өткен уақыт кедергі емес, операцияға жалғыз қарсы көрсеткіш – тығыз аппендикулярлық инфильтрат. Осы көпшілікпен қолдау көрген ұстаным да көптеген сынға ұшырады, ақыры жеңіп шықты.

Жедел аппендицитке көптеген хирургиялық форумдар арналды:

1) Хирургтердің I Бүкіл Ресейлік конференциясы (3-8 шілде, 1956 ж. Куйбышев).

2) III Бүкілодақтың хирургтер мен травматологтердің конференциясы (13-15 желтоқсан, 1967 ж, Воронеж).

Осы III Бүкілодақтық хирургтер мен травматологтердің конференциясында жедел аппендицит туралы қабылданған шешім осы күнге дейін қолданыстағы негізгі ұстаным болып табылады.

Оның негізгі шешуші тұстары:

1. Жедел аппендицитке күдік болса науқасты хирургия бөлімшесіне дереу жатқызу керек.

2. Жедел аппендицит диагнозы анықталса аппендициттің түріне, аурудың жасына, ауру басталғаннан бергі уақытқа қарамай, жедел операция жасау керек. Тек қозғалмайтын, тығыз, жақсы шектелген аппендикулярлық инфильтрат қана операцияға қарсы көрсеткіш болып есептеледі.

3. Түсініксіз жағдайларда, егер аурудың жалпы жағдайы мүмкіншілік берсе, ауруды стационарда, қосымша тексеру тәсілдерін қолданып (R – лық, зертханалық, дәрігерлер кеңесі), мұқият бақылау керек, ал күмән сейілмесе диагностикалық лапаротомия қажет.

Осы тарихи шешімнен кейін де жедел аппендициттегі кейбір ұстанымдарды қайта қарау туралы пікірталастар болды, бірақ уақыт тексеріп, дұрыстығына көз жеткізілген шешім өзгеріссіз қалды.

Соңғы пайда болған инновациялық жаңалықтарға байланысты (УДТ, КТ, МРТ, лапароскопия) диагностика, емдеу әдістеріне кейбір өзгешіліктер енгізілді, бірақ негізгі принцип өзгеріссіз қалды.

II. ҚҰРТТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІҢ АНАТОМИЯСЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МАҢЫЗЫ.

Іш қуысының оңжақ мықын аймағында ішектің **илеоцекальдық бөлігі** орналасқан. Ол бөлік үш анатомиялық құрылымнан тұрады. 1) мықын ішектің териминальды бөлігі; 2) құрт тәрізді өсіндісімен соқыр ішек; 3) илеоцекальдық немесе баугини қақпақшасы (жапқышы).

Құрт тәрізді өсінді соқыр ішектің дамуында қалыс қалған бірі бөлігі болғандықтан, ал соқыр ішектің өзінің ішектің илеоцекальдық бөлігімен ажырамас байланыста болуы себепті, осы аймақтың анатомиялық ерекшеліктері мен негізгі қызметтеріне көңіл бөлген жөн.

Соқыр ішек (соесит) мықын ішектің тоқ ішекке түскен жерінен төмен орналасқан бөлігі. Көбіне соқыр ішек бүкіл жағынан ішпердемен жабылған (интраперитонеалды орналасу), сондықтан өрлеме ішекке қарағанда жылжымалы (қозғалмалы), бірақ айналасында қабыну салдарынан жабысқақ пайда болса бекіп, жараға шығару, мобилизациялау қиындауы мүмкін.



сурет 1.

Негізінен соқыр ішектің шажырқайы жоқ; кейде соқыр ішек мықын ішекпен бірге жалпы шажырқайлы болып, өте қозғалмалы болуы ықтимал – **соесит mobile**. Өте сирек жағдайда тек соқыр ішек қана емес, өрлеу тоқ ішек те шажырқайға ие болуы ықтимал (сурет 1).

Соқыр ішек төменгі жағында бітеу, тұйықталған, сондықтан да соқыр ішек деп аталды.

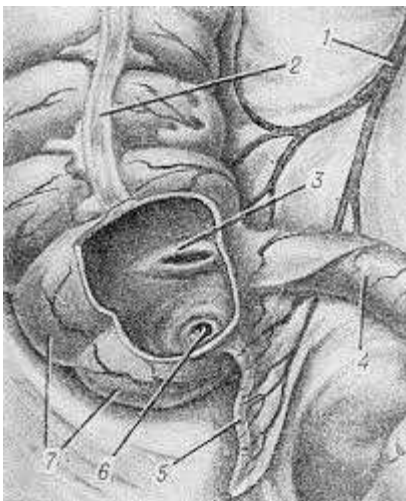
Тоқ ішекке түскен мықын ішектің жоғары қабырғасынан өрлеу ішек бастау алады. Соқыр ішектің ұзындығы 5-7 см.,

ал көлденеңі 6-8 см-ге дейін. Соқырішек қабырғасында үш таспа (ленты) бар, солардың түйіскен жерінде апендикстің негізі орналасады. Соқырішекті алға қарай көтерсе оның артында, париетальдық ішпердесінің алдында кеңістік ашылады, сол кеңістікте толық немесе жартылай құрттәрізді өсінді орналасуы мүмкін (ретроцекальды орналасу).

Соқырішектің қабырғасы тоқ ішектің басқа бөліктері сияқты қабаттардан тұрады: сірі қабық (висцеральды

ішперде), бұлшық ет қабаты, кілегей асты қабат, кілегей қабаты. Соқырішектің қабырғасы тоқ ішектің басқа бөліктерінің қабырғасынан жұқалау, сондықтан тігіс салғанда есте ұстау керек, сақ болу қажет.

Құрттәрізді өсінді соқырішектің қабырғасынан



сурет 2.

эмбриональдық жетілудің 3-айында бастау алады. Апендикс барлық жағынан ішпердесімен жабылған және өне бойында шажырқайы бар. Шажырқайы болуы оның қозғалмалы болуын, әртүрлі топографиялық жағдайда орналасу алуын қамтамасыз етеді.

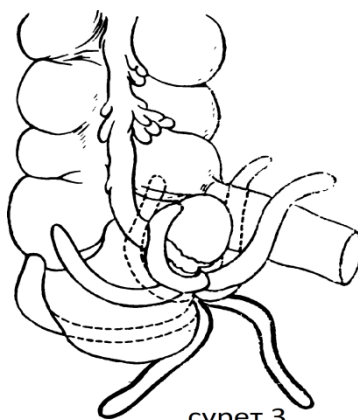
Ересек адамдарда апендикстің ұзындығы 7-10 см., дегенмен 0,5-тен 50 см-ге дейін кездескен жағдайлар болған.

Құрттәрізді өсіндінің диаметрі 5-8 мм, көбіне 1 см-ден аспайды.

Құрт тәрізді өсіндінің түбінде (негізінде), әдетте, **Герлох жапқышы** немесе **қақпақшасы** деп аталатын кілегейлі қабықтың орақ тәрізді қыртысы бар (сурет 2). Бірақ, ол кей жағдайда болмауы да мүмкін. Апендикстің негізінде бұлшық ет қысқышы да әрқашан табыла бермейді. Құрт тәрізді өсінді соқыр ішек қабырғасынан түзілетін болғандықтан, оның қабырғасының құрылысы соқыр ішек қабырғасының құрылысына көп жағынан ұқсас.

Апендикстің басты айырмашылығы - оның қабырғасында лимфатикалық фолликул түріндегі аппараттың ауқымды дамуы. Орташа көлемді құрт тәрізді өсіндіде мыңға тарта фолликулдар болуы мүмкін. Құрт тәрізді өсіндінің құрылысының осы ерекшелігі жедел аппендициттің патогенезінде жетекші рөл атқаратыны жалпылама қабылданған. Асқазан-ішек жолдарының ең жүйке элементтеріне бай аймағы құрт тәрізді өсінді екенін атап өткен жөн. Ағзада жақсы дамыған төрт жүйке өрімдері бар. Құрт тәрізді өсінді құрылысының жастық ерекшеліктерінің де, жедел аппендициттің адам өмірінің әр кезеңдеріндегі даму жиілігіне әсер ететін болғандықтан, тәжірибелік маңызы бар.

Адам өмірінің алғашқы екі жылында құрт тәрізді өсінді ұшына қарай тарылатын құйғы (воронка) пішіндес болып келеді (сурет 4). Осы пішіні оның тез босауына ықпал етеді. 1 жасқа дейінгі балаларда Герлох қақпақшасы және құрт тәрізді өсіндінің сағасындағы қысқышы болмайды. Жаңа туылған нәрестелерде кілігей қабығы тегіс және ұңғылары (крипталары) тіпті жоқ деуге болады. Лимфатикалық фолликулдар да болмайды. Лимфоидтық аппараттың дамуы 11-16 жаста шегіне жетеді. 30 жастан кейін кері процесс басталады. Фолликулдар саны азайып, 50 – 60 жасқа таман толық жойылуы мүмкін. Осы жас шамасына қарай құрт тәрізді өсіндінің қабырғасы жұқарады,



сурет 3

тіпті оның қуысы толық бітеліп қалуы да (облитерациялануы) мүмкін.

Құрттәрізді өсіндінің іш қуысында орналасуы әртүрлі. Орналасу варианты жедел аппендициттің ағымына, клиникалық көріністеріне тікелей әсер етуі мүмкін.

Апендикстің тән орналасуы – медиальды төмен. Тағы да 4 (төрт) орналасу түрлерін ажыратады: 1) бауырастылық. 2) жамбастық. 3) медиальды. 4) ретроцекальдық (толық

немесе жартылай ретроцекальды; ішпердесінен тыс кеңістікте). (сурет 3)

Илеоцекальдық бұрыш өте қозғалмалы болса, құрттәрізді өсінді сол жақ мықын аймағында да орналасуы мүмкін.

Егер ішкі ағзалардың толық керісінше орналасуы орын алса: жүрек оң жақта, бауыр сол жақта, соған орай соқырішек пен құрттәрізді өсінді де сол жақта орналасуы ықтимал. Сиректеу ішкі ағзалардың жартылай керісінше орналауы да мүмкін – аномалияға іш қуысы ағзалары ғана ұшыраған. Ондай жағдайда сол жақта бауыр, оң жақта Траубе кеңістігі және оң жақ мықын аймағында сигматәрізді ішек орналасады.

Мықын ішектің тоқішекке түсер (енер) жері күрделі құрылым түзеді. Осы жерде илеоцекальдық (баугини) жапқышы орналасқан. Оның кілегей қабаттың қыртысынан тұратын жоғарғы және төменгі еріндері болады және олар ерекше клапан қызметін атқарады.

Еріндердің арасында саңылау тәріздес тесік бар, сол тесік арқылы ашішек тоқішекпен қатынасады. Жоғарғы ерін төменгі еріннен ұзындау. Еріндердің қосылған жерінде екі жағынан да тоқішектің кілегей қабатында қыртыс – баугини жапқышының жүгеншігі (уздечка) бар. Аш-ішектің кілегей қабаты (қабығы) баугини жапқышына көшеді, ал жапқыштан тоқішекке тарайды.

Мықын ішек соқырішекке еніп (кіріп) тұрады, сондықтан ашішектің латералды қабырғасы соқырішектің медиалды қабырғасымен қосылады. Екі ішектің осы қосылған жерін Е.А.Дыскин (1965) «илеоцекум» деп атайды. Оның жалғасы болып илеоцекальдық жапқыштың төменгі ерні есептеледі. Мықын ішектің медиалды қабырғасы жапқыштың жоғарғы ерніне жалғасады.

Жалпы қабылданған ұйғарым бойынша илеоцекальдық жапқыш соқырішектің құрамының кейін қарай мықын ішекке түсуіне кедергі жасайды. Көп уақытқа дейін баугини жапқышы тек қана клапан рөлін атқара ма, әлде сфинктрлік (қысқыштық) қасиеті бар ма деген екіталай күмән болды.

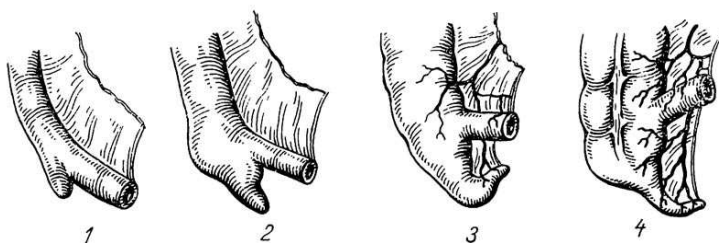
Илеоцекальдық аймақтың анатомиясы мен физиологиясын мұқият зерттеген Е.А.Дыскин баугини жапқышы ерекше жапқыштың қызметін атқарады, ал бір-біріне түсіп (еніп) жатқан соқырішек пен мықын ішектің бұлшықеттері қысқыштар болып табылады; екі құрылым (клапан мен сфинктр) етене

физиологиялық байланыста, өзара бірі бірін толықтырып тұрады деп есептейді.

Құрттәрізді өсіндінің адамның жас шамасына байланысты ерекшеліктері жедел аппендициттің әр түрлі кезеңдегі жиілігіне ықпал етеді.

Туғаннан кейін балаларда құрттәрізді өсіндінің лимфатикалық аппараты тез дами бастайды.

1-2 айдан кейін фолликулдер айқын анықталады. Үшінші айда жетілген фолликулдердің саны төрт – беске жетеді.



сурет 4

Лимфоидтық аппаратың толық жетілуі 11-16 жас аралығында аяқталады.

Сондықтан, 10-12 жасқа дейінгі балаларда, 40-50 -ден асқан ересек адамдарда жедел аппендицит салыстырмалы түрде сиректеу кездеседі. Бірақ ол осы жас шамаларында құрттәрізді өсінді қабынбайды деген сөз емес. Емшектегі сәбилерде де, еңкейген қарттарда жедел аппендицит болуы әбден мүмкін, аса сақтық барлық жас шамасында керек. Қартаң адамдарда жедел аппендициттің ең ауыр атипиялық түрі – бірінші реттік гангренозды (шірулі) аппендицит (қантамырлы аппендицит) кездесуі ықтимал.

Ш.ҚҰРТ ТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІҢ ФИЗИОЛОГИЯСЫ

Құрт тәрізді өсіндінің функциялары және олардың организмдегі рөлдері туралы жеткілікті ақпарат жоқ. Аппендицитке арналған арнаулы оқулықтар мен нұсқауларда аппендициттің физиологиясы туралы сөз қозғалмайды.

И.И.Мечников құрт тәрізді өсінді ешқандай пайдалы қызмет атқармайтын рудиментарлық өскін деп есептеген (1923 ж). В Бобров (1899ж) аппендикс физиологиялық маңызы жоқ, қызмет атқармайтын, табиғаттың өзі-ақ атрофия мен өлімге «үкім шығарған» ағза деп ойлаған.

Көптеген клиницистер XIX ғасырдың аяғы, XX ғасырдың басында (Zucker-Kande.1894; Aitken.1895; Kramer.1902; И.С.Рождественский, 1909, және басқ.) құрт тәрізді өсіндінің организмге пайдасы жоқтығы туралы ойды дамытты. Өз ойларын төмендегідей дәлелдермен қорытты: 1) Жануарларда құрт тәрізді өсіндінің болуының тұрақсыздығы; 2) Адамдарда жасы ұлғайған сайын құрт тәрізді өсіндіде болатын инволютивтік өзгерістер – фолликулярдың санының азаюы, тіндердің дистрофиясы, өзегінің облитерациясы және басқалар; 3) Аппендэктомия операциясынан кейін организмде аса көп өзгерістердің пайда болмауы.

Дегенмен, соңғы уақытта құрт тәрізді өсіндінің белгілі дәрежеде қызмет атқаратыны туралы мәліметтер пайда бола бастады.

Құрт тәрізді өсіндінің жиырылу (перистальтика) қызметі: ол аппендикстің бұлшықет қабаттарымен жүзеге асады. Жедел аппендициттің жіктемесінде (классификациясында) келтірілетін аппендикулярлық шаншуды (аппендикулярная колика) бұлшықет қабаттарының спастикалық жиырылуымен түсіндіреді. Ал, керісінше, құрт тәрізді өсіндінің перистальтикасының бәсеңсуі оның өзегінде секреттің, нәжістік тастың, бөгде денелердің, паразиттердің іркілуіне әкеліп, қабыну процессіне, яғни жедел аппендицитке себеп болады деген болжам бар.

Операцияның үстінде (кезінде) аппендикстің айқын перистальтикасын көру мүмкін емес. Ирригоскопияның кезінде контрасты заттың құрт тәрізді өсіндінің өзегіне түсіп, ұзақ уақыт кейін кетпеуі (соқырішек өзегіне қарай) оның жиырылу қызметінің нашарлығының дәлелі. Аппендикс баугини (илеоцекальдық) жапқышының қызметін реттейді деген болжам бар. Егер бұл қызмет бұзылса баугини жапқышының (Баугинева

заслонка) жиырылуы, дискинетикалық бұзылыстар пайда болып, цекоилеалдық рефлюкс туындайды.

Секреторлық және гормональдық қызметі. Құрт – тәрізді өсіндінің кілегей қабығы (қабаты) бар. Оның құрамында сілемей (слизь) мен сөл (сок) бөлетін жасушалар орын алады. Сөлдің құрамында сиал (сілекей) қышқылы, амилаза мен липазаның аз мөлшері кездеседі, ал протеолитикалық ферменттер жоқ. Демек, құрт тәрізді өсіндінің секреторлық қызметінің асқорытудағы рөлі жоқтың қасы, өте төмен.

Аппендикс перистальтикалық гормон өнімдеп, тоқ ішектің қызметіне әсер етеді деген ұйғарым бар.

Тұрақтандыру (стабилизация) қызметі.

Құрт тәрізді өсінді ішек таяқшаларына инкубатор тәрізді әсер етіп, оларды керегінше токішек өзегіне бөледі, демек токішектің микрофлоралық тұрақтылығын сақтайды. Аппендикс тоқ ішектің қалыпты микрофлорасын сақтауда «құтқарушы» ағза деп есептеледі. Қалыпта жағдайда аппендикс өзегіне ішек құрамы түспейді, сондықтан оны пайдалы микроорганизмдер ғана тіршілік ететін өзіндік «ферма» деп қарастырады. Ішек инфекциясынан кейін, жәй сіңірілетін антибиотикотерапиядан кейін ішек өзегінің қалыпты микробтық пейзажы аппендэктомия жасалған ауруларда қайтадан ұзақ уақыт қалыптасады. Оларға ішектің микробиологиялық экологиясын қалыптастыру үшін қосалқы дәрі – дәрмек қолдануға тура келеді.

Кейбір зерттеушілердің пікірінше (Bill Parker және қаламдастары) халықтың тығыз орналасуына байланысты адамдар бір-бірінің бактериялық қалыптасуына өзара әсер етуі мүмкін.

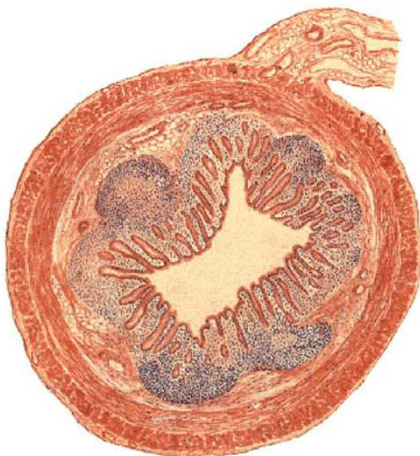
Қорғаныс қызметі.

Аппендиксті пайдасыз, рудиментарлық ағза деп есептеп, өткен ғасырларда Америка, Германия елдерінде жаңа туылған нәрестелерге көрсетімсіз-ақ аппендэктомия жасаған. Негізгі мақсаттары – құрт тәрізді өсіндінің қабынуын болдырмау, асқынудың алдын алу.

Бірақ, осы операция жасалған балаларды бақылау олардың физикалық, интеллектуалдық дамуларында кемшілік болатынын анықтады. Оның себебі – құрт тәрізді өсінді асқорытуға, оның ішінде ана сүтін сіңіруге әсер етеді. Осы қызметтің болмауы заталмасуға кері әсер етіп, бүкіл организмге, әсіресе миға жағымсыз ықпалын тигізеді.

Қорғаныс қызметін қамтамасыз ететін басты бір себеп – құрт тәрізді өсіндіде көп мөлшерде лимфоидтық құрылымның болуы.

Иммунологтардың ұйғаруынша - құрт тәрізді өсінді



сурет 5

ішектің иммундық тінінің шоғырланған жері. Оған сүйек миында пайда болып, айырша безде (вилочковая железа) жетілген лимфоциттер қан ағымымен келеді. Лимфоидтық тінге түскен лимфоциттер организмді әртүрлі зиянды агенттерден (бактериялар, вирустер, санырауқұлақтар т.б.) және олардың өнімдерінен қорғайды (сурет 5).

Аппендэктомия жасалған адамдарда тоқ ішектің обыры жиілейді деген пікір бар.

Анамнезінде аппендэктомия бар жүкті әйелдерде түсік тастау үш есеге дейін жиілейді деген де ұйғарым бар. Радиациялық медицина салаларының кейбір мамандары организмнің рентген сәулелеріне және радиоактивті сәулеленуге жауабы аппендикске тәуелді деп есептейді. Биоэнергетиктер құрт тәрізді өсіндіні адам аурасын анықтайтын ағзаға жатқызады.

Келтірген болжамдар - мен пікірлер аппендикстің белгілі функциясы бар екенінің дәлелдері.

Бірақ, оның қай қызметі де, егер өсінді қабынса, немесе басқа патологиялық өзгеріске ұшыраса, аппендэктомия жасауға бөгет бола алмайды.

IV. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ ЭТИОЛОГИЯСЫ МЕН ПАТОГЕНЕЗІ

Жедел аппендицит – құрт тәрізді өсіндінің микробтар әсерінен дамиды ірінді бейспецификалық қабыну процесі. Осы күнгі көкарас бойынша жедел аппендициттің негізіне илеоцекальдық бұрышта сапрофиттік ғұмыр кешетін аралас вирусты – бактериалдық анаэробты флораның аутоинфекциясы жатады.

Құрт тәрізді өсіндіге инфекцияның үш тусу жолы бар:

1. Энторогендік жол – соқыр ішектің және құрт тәрізді өсіндінің өзінің қуысындағы микробтардың белсенуі;

2. Гематогендік жол – құрт тәрізді өсіндінің тініне, ең бірінші лимфоидтық аппаратына, қанның ағысымен алшақтағы ағзалардан келіп түсетін инфекция;

3. Лимфогендік жол – микробтардың көршілес ағзалар мен тіндерден лимфа тамырларымен тусуі.

Жедел аппендициттің дамуының ертеден белгілі бірнеше теориялары бар.

1. Іркілу теориясы (теория застоя) – жедел аппендициттің пайда болуын құрттәрізді өсіндінің өзегінде (қуысында) нәжістің іркілуімен түсіндіреді.

2. Dieulafoy (1898 ж.) ұсынған «жабық қуыс» (теория «закрытых полостей») теориясы бірінші теорияға жақындау.

3. Ішекқұрт инвазиясы теориясы (Rheindorf, 1920).

4. Ангионевротикалық теория (Ricker, 1928 ж.). Невротикалық бұзылыстар салдарынан құрттәрізді өсіндіде қанайналым бұзылып, некроз ошақтары пайда болады. Өліеттенген тіндерге инфекция ұялайды.

5. 1908 жылы патологоанатом Ашофф өзгермеген және қабынған құрттәрізді өсінділердің гистологиялық айырмашылықтарын зерттеп, инфекциялық теорияны ұсынды.

6. Гематогендік теория (Kretz, Lawen, 1913).

7. Баугиноспазм теориясы (И.И. Греков).

8. Нейрогендік теория.

Нәжістік массалардың іркіліс теориясы. Құрт тәрізді өсіндінің өзегі тар болып, оның жиырылу қызметі нашарласа, бактерияларға бай нәжіс құрамы іркіліп, аппендикстің қабынуына бейімділік дамиды. Кейбір авторлар жедел аппендициттің дамуында нәжістік тастарға аса көңіл бөледі.

Өсінді өзегінде ұзақ тұрған қатты тас аппендикстің қабырғасын жарақаттап, қабаттардың қабынуына әкеледі деген болжам бар.

1898 ж. Dieulafoy «**жабық қуыстар**» теориясын ұсынды. Бұратылудың, тыртықтанудың, жабысқақтардың салдарынан құрттәрізді өсінді өзегінде «жабық қуыс» (соқырішек қуысымен байланысын жоғалтқан) пайда болады да, сол қуыста іркілген нәжісті құрам қабынуға жағдай туғызады.

1920 ж. Rheindorf «**ішек құрттарының инвазиясы**» теориясын ұсынды. Атап айтқанда, Rheindorf острицалардың аппендикстің кілегей қабатына жағымсыз әсерінен жедел аппендицит дамуы мүмкін деген болжам ұсынды. Ішек құрттарының кілегей қабатты механикалық жарақаттауларынан басқа, олардың улы заттарының химиялық әсерлері де жоқа шығарылмайды.

1928 ж. Ricker жедел аппендициттің **ангионевротикалық теориясын** ұсынды. Теорияның негізгі мәні – жүйкелік (неврогендік) бұзылыстардың салдарынан құрттәрізді өсіндіде қантамырлық іркіліс пайда болады. Осының салдарынан тіндердің қоректенуі бұзылып, аппендикс қабырғасында некроздың (өліеттенудің) ошақтары дамиды. Өліеттенген тіндер зарарланады, қабыну тез өршиді. Бұл теория, әсіресе, «**бірінші реттік гангренозды**» аппендицитті (қантамырлық аппендицит) түсіндіруде қолданбалы.

1908 ж. немістің патологоанатомы Ашофф қалыпты және қабынған құрттәрізді өсінділерді гистологиялық зерттеулер негізінде жедел аппендициттің **инфекциялық теориясын** ұсынды. Бұл теория клиницистер мен патологоанатомдардың көпшілігінің қолдауына ие.

Ашоффтың пайымдауынша, жедел аппендицит құрт тәрізді өсіндінің кілегей (сілемей) қабатын **біріншілік** (бірінші реттік) **афферктің** пайда болуынан, басқаша айтқанда, құрттәрізді өсіндінің структурасының біріншілік ошақты өзгерісінен басталады. Ашоффтың ойынша, біріншілік афферкт және одан кейінгі өзгерістер құрттәрізді өсіндінің өзегіндегі микробтардың, әсіресе энтерокктың әсерінен дамиды.

Гематогендік теория.

Көлемі кішкене құрттәрізді өсінді өте көп мөлшерде **лимфоидты тінмен** жабықталған. Лимфоидты тіндер бадамша-бездерде де мол. Осы ұқсастық бадамша бездердің қабынуымен (ангина) жедел аппендициттің араларынан байланыс іздеуге итермелеген.

Kretz (1913), Lawen патологоанатомиялық зерттеулердің нәтижесінде деструктивті аппендицитпен ауырған науқастардың бадамшабездерінде де морфологиялық өзгерістер барын анықтап, инфекция көзі тамақта (ротоглотка), ал құрттәрізді өсіндідегі өзгеріс инфекцияның бадамшабездердің аппендикстке гематогендік метастаздарының салдары деп шешкен.

Баугиноспазм теориясы. И.И. Греков баугинев жапқышы мен пилорикалық қысқыш (қыспа) арасындағы функциональдық байланыс әсерінен асқазан мен соқыр ішек аурулары да өзара байланысты деп есептеген. Оның пікірінше, әртүрлі тітіркендіргіштер (инфекция, тамақпен улану, ішекқұрттар) ішектің жиырылуына (спазм), әсіресе баугинев жапқышының спазмына себепкер болады.

Баугинев жапқышының жиырылуы ауырсынуға, құрттәрізді өсіндідегі іркілікке және инфекцияның соқыр ішектен құрттәрізді өсіндіге көшуіне әкеледі.

Нейрогендік теория.

А.В. Русаков (1952) жедел аппендицит кортико-висцеральдық дерт деп есептейді. Оның ойынша, жедел аппендицит құрттәрізді өсіндінің қантамырларының нейрорефлекторлық спазмының салдарынан дамиды. Әуелі ишемия, содан соң инфекцияның қосылуы орын алады.

Жедел аппендицитке себепкер бір теорияны ұсыну қиын, мүмкін ол жоқ та шығар. Дегенмен құрттәрізді өсіндінің қабынуына **бейімдеуші факторларды** атап өтуге болады:

- құрттәрізді өсіндінің кілегей қабығын жарақаттап, инфекцияға жол ашатын өсінді қуысындағы бөгде денелер;
- құрттәрізді өсінді өзегінде қысымды жоғарлатуға соқтыратын өсіндінің негізінің ішекқұрттарымен, нәжісті тастармен, жабысқақтармен бітелуі;
- соқыр ішек пен құрттәрізді өсіндінің моторикасының (жиырылуының) бұзылуынан нәжістің іркілуі;
- құрттәрізді өсіндінің қабырғасының көректенуін бұзатын ангионевротикалық бұзылыстар;
- морфологиялық алғышарттар (лимфоидты тіннің көптігі);
- организмнің иммунобиологиялық өзгерістері;
- сыртқы ортаның әсері (мысалы, барометриялық қысым қоршаған ортада төмендесе жедел аппендициттің гангреноздық түрлері артады);
- тамақтану ерекшеліктері (ет тағамдарын көп қолданатын адамдарда жедел аппендицит жиі кездеседі).

V. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ ЖІКТЕЛІСІ МЕН ПАТОМОРФОЛОГИЯСЫ.

Жедел аппендициттің жіктелісі. Жедел аппендициттің құрт тәрізді өсіндідегі морфологиялық өзгерістерге негізделген көптеген жіктелісі бар. Ішектің илеоцекальды аймағының функционалдық жағдайын ескеретін жіктелістер де ұсынылған, мысалы -«жедел аппендикобаугиноспазм».

Ең кең таралғаны В.И.Колесовтың (1972 ж) жіктелісі:

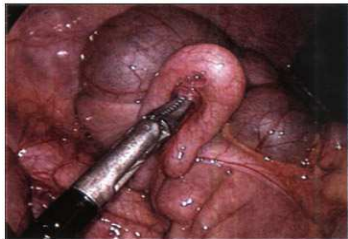
1. Аппендикстік шаншу;
2. Жай (беткей, катаралды қабынған) аппендицит;
3. Деструктивті аппендицит: флегмонозды, гангренозды, тесілген (перфорацияланған);
4. Асқынған аппендицит: аппендикстік инфильтрат, аппендикстік абсцесс, жайылмалы ірінді перитонит, құрсақ қуысының жергілікті іріндіктері – Дуглас кеңістігінің іріндігі, көкетасты кеңістіктік іріндігі, ішекаралық іріндік және т.б., ішперде артындағы флегмона, пилефлебит.

Бұл асқынулар дерттің тікелей асқынулары, дегенмен олардың арасында аппендикстік инфильтраттан басқалары операциядан кейінгі асқынулар болуы да мүмкін.

Аппендикстік шаншуда (нашар айқындалатын жедел аппендицит) – құрт тәрізді өсіндідегі өзгерістер айқын емес, кейде оларды анықтау қиынға түседі. Әдетте, кілегей қабықтың қызаруы (гиперемиясы) және фолликулдардың ісінуі байқалады. Құрт тәрізді өсіндінің қуысындағы нәжіс тасынан, кілегей мен нәжістің жинақталып қалуынан керілуі көрінеді. Кей жағдайларда құрт тәрізді өсіндінің қабырғасының жұқаруы ішіндегі құрамының ұзақ уақыт бойы іркілуінен және жиырылу қызметінің нашарлауынан болады.

Катаралды қабынған аппендицит. Заманауи морфологтар аппендициттің бұл формасын «**жай аппендицит**» немесе «**беткей аппендицит**» деп белгілейді және қабынулық процесс тұрғысынан алғанда бұл дұрыс пікір болып саналады (сурет 6).

Макроскопияда құрт тәрізді өсінді жуандағандай болып көрінеді, серозды қабығы күңгірт, оның астында қанға толы ұсақ қантамырлары көрінеді, олар айқын қызаруды елестетеді. Тіліп

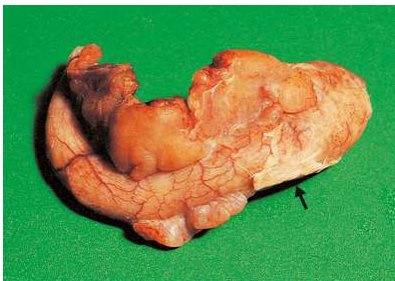


сурет 6

қарағанда құрт тәрізді өсіндінің кілегей қабығы ісінген, сұрғылт-қызыл түсті, кейде кілегей асты қабатта қан құйылу дақтарын көруге болады. Құрт тәрізді өсіндінің қуысында қан түсті сұйықтық болады.

Микроскопия кезінде сериялы гистологиялық кесінділерде кілегейлі қабықтың фибринмен және лейкоциттермен қапталған шағын аймақтарын көруге болады. Кейде зақымдану осы шағын бұзылған аймақтар арқылы кілегей асты қабатқа негізі серозды қабыққа қарай бағытталған сына түрінде таралады. Бұл Ашоффың типті біріншілік аффектісі. Кілегей асты қабықта орташа дәрежелі лейкоциттік инфильтрация көрінеді. Бұлшықет қабаты өзгеріссіз немесе өзгеріске аз ұшыраған. Серозды қабықтағы қан тамырлары кенейген және көп. Осындай

құбылыстар құрт тәрізді өсіндінің шажырқайында да байқалады. Құрсақ қуысында сирек жағдайда мөлдір, стерилді реактивті жалқық кездеседі.



сурет 7

қақпен(жамылғымен) жабылған. Құрсақ қуысында лайлы жалқық жиі табылады (сурет 7).

Флегмонозды қабыну кезінде құрт тәрізді өсінді жуандаған, керіліп тұрады. Серозды қабығы қызарған, кейбір жерлері фибриндік

Құрт тәрізді өсіндінің қуысында іріңді немесе кілегейлі-іріңді экссудат болады. Құрт тәрізді өсіндінің қабырғасы жуандаған, қабаттары нашар ажыратылады. Кілегейлі қабығы толыққанды, ісінген. Зақымдану аймағы құрт тәрізді өсіндіні арқашанда толығымен қамтымайды.

Микроскопиялық зерттеу кезінде айқын лейкоциттік инфильтрация құрт тәрізді өсіндінің қабырғасының барлық қабаттарына таралған. Флегмонозды аппендициттің морфологиялық дәлелдемесі ретінде бір-бірімен ұштасып жатқан көптеген Ашоффың біріншілік аффектілері табылады.

Гангренозды аппендицит құрт тәрізді өсіндінің іріңді қабынуымен, кілегейлі қабық пен оның барлық қабаттарының өліеттенуімен сипатталады (сурет 8).

Макроскопияда құрт тәрізді өсінді жуандаған, керілген,



сурет 8

қара-жасыл түсті, серозды қабығында фибрин қақтары бар. Әдетте, құрсақ қуысында лайлы жалқық болады, париеталдық ішперде және қоршаған ішек тұзақтарының ішпердесі тарапынан да тән сипатты реакциялар байқа-

лады.

Микроскопиялық зерттеу кезінде флегмонозды қабынуға сәйкес өзгерістермен қатар әртүрлі көлемдегі өліеттену аймақтары көрінеді.

Гангренозды аппендицит емделмеген жағдайда құрт тәрізді өсінді тесіледі де (перфорация) процесс келесі сатыға көшеді. Аппендициттің мұндай формасы **тесілген аппендицит** деп аталды. Құрсақ қуысына құрт тәрізді өсіндінің вирулентті бөліндісі құйылады. Осының нәтижесінде жергілікті перитонит дамиды, ол кейін шектеліп өзінің жергілікті сипатын сақтайды немесе жайылмалы перитонитке айналады.

Тесілген аппендициттегі макроскопияда құрт тәрізді өсіндідегі өзгерістердің гангренозды аппендициттегі макроскопиялық өзгерістерден айырмашылығы шамалы. Өліеттену аймақтары балшық-жасыл түсті, олардың бірінде немесе бірнешеуінде перфорациялар бар. Тесілген жерлерден сасық иісті, кейде ихорозды ірің бөлініп тұрады. Айналасындағы ішперде массивті фибриндік қақтармен жабылған. Құрсак қуысында іріңді жалқық, кейде құрт тәрізді өсіндіден түсіп қалған нәжістік тастар көрінеді.

Микроскопиялық зерттеу кезінде аппендициттің гангренозды формасынан айырмашылығы болмайды, тек құрт тәрізді өсіндінің шажырқайында өліеттену ошақтары мен көктамыр тромбозы анықталады.

Жедел аппендициттің катаралды қабыну сатысы дерт басталған сәттен 6-12 сағатқа созылады. Жедел аппендициттің флегмонозды формасы 12-24 сағат ішінде, гангренозды формасы – 24-48 сағат ішінде дамиды, ал 48 сағаттан соң үдемелі жедел аппендицитте құрт тәрізді өсінді тесіледі.

VI. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ КЛИНИКАСЫ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫ.

Жедел аппендицит ұстамасы, әдетте, сау адамда құрсақтағы ауырсыну сезімінен басталды. Бастапқыда ауырсыну сезімі құрсақтың жоғарғы жағынан, кіндік аймағынан (әсіресе балаларда) немесе құрсақты толық ауыртудан басталады. Ауырсыну сезімі тез күшейеді және оң жақ мықын аймағына қарай ығысып, сол жерде тұрақтайды (Кохер симптомы). Ауырсыну сезімінің эпигастрий аймағынан немесе дерттің құрсақтың толық ауыруынан басталуы висцеро-висцералдық рефлекспен сабақтасты. Мықын аймағындағы ауырсыну сезімі қыстырма нейрондар арқылы жоғарғы құрсақ өріміне беріліп, кіндік маңына, эпигастрий аймағына тарайды (иррадиация). Егер ауыру батпалы, сыздамалы сипатта болса, ауырсыну сезімінің осылайша көшуі тек аппендицитке ғана тән.

Жедел аппендициттің клиникалық көрінісі құрт тәрізді өсіндідегі өршіген инфекцияға жауап ретінде дамитын қабынудың тез дамуымен байланысты. Дерт ағымы мен оның клиникасының спецификасы **жалпы** және **жергілікті** симптомдармен анықталады.

Құрт тәрізді өсіндінің қабырғасына жоғары вирулентті микрофлораның енуі салдарынан құрсақ қуысында инфекция ошағы түзіледі. Осы инфекция ошағы дерттің **жалпы симптомдарының** анықтаушы факторы болып табылады. Бастапқыда инфекция ошағы шағын болғандықтан дерттің алғашқы белгілері эндогендік интоксикацияның көрінісімен емес, құрсақ қуысындағы қабыну процесіне жауап ретіндегі рефлекторлық висцеро-висцералдық реакциялармен байланысты болып, жүрек айну, аздаған құсу, ауыздың құрғауы, іштің кебуі, үлкен дәретке отырғысы келуі сияқты белгілерімен көрінеді. Яғни, іш қуысындағы қабыну процесіне жауап тұтас аскорыту жүйесінің реакциясымен байланысты. Осы кезде науқастардың дене қызуы субфебрилді цифрларға дейін көтеріліп (37-38°C), жүрек соғу жиілігінің минутына 90-96-ға дейін артуы, әлсіздік байқалуы мүмкін; лейкоциттер саны $9-11 \times 10^9$ /л шамасында болады. Науқастардың жалпы жағдайы аса өзгере қоймайды және қанағаттанарлық деп бағаланады. Уақыт өткен сайын жоғарыда аталған симптомдардың сипаты өзгеріп, науқастың жалпы жағдайы ауырлайды.

Әдетте, жедел аппендициттің бастапқы кезеңдерінде науқас бір мәрте құсады және құсу эпигастрий аймағындағы жағымсыз

сезімнен кейін пайда болады. Бұл құбылыс құрсақтың мықын-соқыр ішек бұрышындағы жедел қабынбалы процесс кезінде рефлекторлы түрде пилородуоденалдық аймақта дискинезия дамидығымен түсіндіріледі. Мұндай жағдайда асқазан қалтқысының тұрақты спазмы мен асқазанның белсенді жиырылуы кезінде антиперистальтикалық толқындар нәтижесінде құсу орын алады. Асқазан босаған соң, келесі антиперистальтикалық толқын тууына себеп жоқ. Кейін, операция дер кезінде жасалмаған жағдайда, перитониттің дамуына байланысты науқаста көп мәрте, жеңілдік әкелмейтін құсу пайда болады. Бұл құсу, әрине, басқа нозологияға, яғни перитонитке қатысты және оның генезі де өзгеше. Ол екі негізгі фактормен: интоксикациямен және динамикалық ішек салдануымен байланысты. Жайылмалы перитониттің дамуымен қатар, науқастың дене қызуы жоғары цифрларға дейін көтеріліп, тахикардия пайда болады, құрсақ қуысындағы ауырсыну сезімі күшейеді, лейкоцитоз артады, эндогендік интоксикация белгілері айқындала бастайды. Кейде жедел аппендициттің пальпациялық белгілері сақталғанмен, құрсақ қуысындағы, әсіресе, оң жақ мықын аймағындағы ауырсыну сезімі жойылып кетуі мүмкін. Бұл жалған сезім дәрігерді тыныштандырмауы тиіс, керісінше, құрт тәрізді өсіндінің гангренасы туралы ойға итермелеуі керек.

Аппендициттің **жергілікті симптомдары** құрт тәрізді өсіндінің өзіндегі және іргелес жатқан ішпердедегі қабынбалы процестермен және құрсақ қуысында экссудаттың жиналуымен, оның құрсақ қуысында таралуымен – яғни, перитониттің таралу дәрежесімен байланысты. Сондықтан, құрт тәрізді өсіндінің қабынуының негізгі **жергілікті симптомы-ауырсыну сезімі**. Ал қабынудың гиперемия, инфильтрация сияқты симптомдары тек операция кезінде немесе лапароскопия кезінде анықталады. Ішперденің қабынуына жауап ретінде қорғаныш реакция, яғни құрсақ қабырғасының бұлшық еттерінің спастикалық жиырылуы, пайда болады. Ауырсыну сезімі мен құрсақ қабырғасының бұлшық еттерінің жиырылуы құрт тәрізді өсіндінің орналасқан жеріне сәйкес, ал перитонитте – экссудаттың таралған жеріне сәйкес проекцияланады.

Осылайша, жедел аппендициттің симптоматикасы құрсақ қуысында, типтік жағдайда оң жақ мықын аймағында орналасқан қабыну ошағының бар болуына негізделіп құрастырылған. Осы фактіге сәйкес, дәрігер тексеріп қарайтын барлық симптомдар құрт тәрізді өсіндіге және қоршаған

ішпердеге механикалық әсер етуге негізделген. Қабыну болған жағдайда осы механикалық әсердің нәтижесінде ауырсыну сезімі пайда болады.

Егер қабынған құрт тәрізді өсінді типті жерде орналаспаса немесе басқа ағзаның қасында орналасса: соқыр ішек артында (ретроцекалды); несеп ағарға жанасса; кіші жамбас астауында орналасып тік ішекке немесе қуыққа жанасса; бауыр астында орналасып өт қабына жанасса, ауырсыну сезімі сол тиісті жерге көшеді және іргелес жатқан ағзаның тітіркену белгілері (екіншілік) пайда болады.

Жедел аппендициттің диагностикасында дерттің ағымы типті болса аса қиындықтар болмайды. Клиникалық көрінісін талқылау кезінде дерттің типтік көрінісіне сүйену қажет. Дерт клиникасындағы әрбір «классикадан» ауытқу, дифференциалдық диагностика жүргізуді және қосымша зерттеу әдістерін қолдануды талап етеді.

Жедел аппендицитке шалдыққан науқас дерттің клиникасы айқын болған жағдайда оң жаққа қарай бүгіліп жүреді, оң қолымен немесе екі қолымен құрсақтың оң жақ төменгі қабырғасын ұстап қозғалады. Науқас осы әрекетпен құрсақ қабырғасының солқылдауын болдырмауға тырысады. Ауырсыну сезімі науқас оң аяғын басқан кезде күшейеді, ол науқастың мимикасынан көрініп тұрады. Науқас оң жақ қырында, оң аяғын ішіне тартып жатады. Сәл қозғалыстың өзі, әсіресе, сол қырына жатқызу ауырсынуды күшейтеді. Жедел аппендицитпен ауыратын науқасты қараған кезде құрсақтың оң жақ жартысының тыныс алу актісінен қалыңқы екені байқалады. Кейде кіндіктің мықын сүйектің жоғарғы алдыңғы шонданайына қарай ығысуынан құрсақ асимметриясы көзге түседі. Бұл құбылыс - оң жақ мықын аймағындағы бұлшық ет жиырылуының анық белгісі.

Құрсақты объективты зерттеу кезінде анықталатын жедел аппендициттің симптоматикасын екі топқа бөлуге болады:

1. Науқастың өзінің қатысуымен анықталатын симптомдар;
2. Зерттеуші дәрігер-хирург тексеретін және анықтайтын симптомдар.

Бірінші топқа жататын симптомдар:

- **Ситковский симптомы** – науқасты сол жақ бүйіріне жатқызған кезде ауырсыну сезімі пайда болады немесе ауырсыну сезімі күшейеді. Науқастың денесінің қалпын өзгерткен кезде (сол жақ бүйіріне жату) соқыр ішек ығысып,

күрт тәрізді өсіндінің шажырқайы керіледі де қабынған, сезімталдығы жоғары ішперде тітіркенеді.

- «**Жөтел солқылы**» **симптомы** – жөтелген кезде оң жақ мықын аймағында ауырсыну сезімінің пайда болуы немесе күшеюі.

Екінші топ симптомдары құрсақ қабырғасына механикалық әсер ету арқылы

анықталады. Жедел аппендициттің 100-ден аса симптомдары сипатталған. Жедел аппендицитті анықтау кезінде осы барлық симптомдарды тексеру міндетті емес.

Г. Мондор «Неотложная диагностика» атты классикалық кітабында былай деп жазады: “Ол (дәрігер) диагноз қою кезінде бірқатар тамаша, жақсы тексерілген клиникалық көріністерге сүйенуі тиіс, бірақ олардың санының емес, сапасының маңызы зор. **Оларды санау емес, керісінше, таразылау қажет**”.

Жиі анықталатын, ақпараттылығы құнды симптомдарды келтіреміз.



сурет 9

датады). Ішек ішіндегі ауаның (газдарының) жоғары қарай күрт ығысуы соқыр ішектегі қысымды көтеріп, оны тербетеді, нәтижесінде оң жақ мықын аймағында ауырсыну сезімі пайда болады(сурет 9) Мұндай түсінік белгілі бір дәрежеде шындыққа жанаспайтын секілді. Ауырсыну сезімі құрсақтың шайқалуы және ішперденің тітіркенуі салдарынан пайда болуы ықтимал.



сурет 10

Ровзинг симптомы.

Дәрігер сол қолымен сол жақ мықын аймағын басып сигма тәрізді ішектің төменгі бөлігін бекітеді. Содан кейін оң қолымен сәл жоғары жерден сигма тәрізді ішек тұсын итереді (солқыл-

Образцов симптом. Бұл симптомның соқыр ішек артындағы аппендицитті анықтау үшін ақпараттылығы зор. Симптомды тексеру үшін дәрігер құрсақ қабырғасын соқыр ішек тұсынан күрт тәрізді өсін-

дімен бірге оң жақ мықын сайының түбіне бекітілетіндей етіп басып отырып, науқасқа аяғын созып көтеруін сұрайды. Құрт тәрізді өсіндінің жиырылған бұлшық етпен (m. ileopsoas) жанасуы салдарынан оң жақ мықын аймағында ауырсыну сезімі пайда болады (сурет 10).

Бартомье – Михельсон симптомы. Науқасты сол бүйіріне жатқызып оң жақ мықын аймағын сипағанда ауырсыну сезімі құрт күшейеді. Бұл симптомның маңызы құрт тәрізді өсінді соқыр ішек артында орналасқанда аса зор. Науқасты сол жақ бүйіріне жатқызған кезде соқыр ішек ортаңғы сызыққа қарай ығысып, бүйір каналда орналасқан және соқыр ішек жауып тұрған құрт тәрізді өсінді сипауға келеді.

Воскресенский сипмтомы (1940) («жейде симптомы»



сурет 11

немесе «үйкеліс симптом-мы»). Бұл симптом әр әдебиетте әртүрлі сипатталады. Автордың вариантында бұл симптом былайша тексеріледі: Дәрігер сол қолымен

науқастың жейдесінің етегін керіп тұрады. Науқас тыныс алып (ауаны ішке жұтқан сәтте) құрсақ бұлшық еттері мейлінше босаңсыған сәтте, оң қолдың II, III, IV саусақтарының ұшын науқастың эпигастрий тұсынан оң жақ мықын аймағына қарай үйкей отырып жылжытады да, оң жақ мықын тұсына тоқтап, саусақтары құрсақ қабырғасынан алмай бекітеді. Хирург саусақтарының қозғалысын тоқтатқан кезде науқастың оң жақ мықын аймағында ауырсыну сезімі пайда болады немесе күшейеді. В.М.Воскресенскийдің пікірінше, «үйкеліс» кезінде көктамырлардың қантолысы күшейеді. Құрт тәрізді өсіндінің қантолысының күшеюі және ісінуі ауырсыну сезімін күшейтеді (сурет 11).

Коуп сиптомы (1946).

I нұсқасы. Дәрігер науқасты сол жақ қырына жатқызып, оның оң аяғын созған күйінде артқа қарай тартады. Осы кезде оң

жақ мықын аймағында ауырсыну сезімі мен бұлшық еттің қарсыласуы пайда болады.

II нұсқасы. Науқасты шалқасынан жатқызады да, оның тізе және ұршық буынынан бүгілген оң аяғын осінің бойымен бұрайды. Осы кезде оң жақ мықын тұсында ауырсыну сезімі пайда болады.

Ауырсыну сезімінің пайда болуы бұлшық еттердің, атап айтқанда жапқыш бұлшық еттің жиырылуымен түсіндіріледі.

Юре-Розанов симптомы (1924) - Петит үшбұрышы аймағын саусақпен басқанда пайда болатын ауырсыну сезімі. Бұл жерде бұлшықет жоқ болғандықтан ішперде салыстырмалы түрде беткей жатады. Юре-Розанов симптомы соқыр ішек артындағы аппендицитте жиі кездеседі.

Габай симптомы (1937) – алдымен оң жақ Петит үшбұрышы тұсына саусақпен басып, сонан соң саусақты тез кейін алған кезде (Щеткин-Блюмберг симптомын тексерген сияқты) ауырсыну сезімі пайда болады. Симптом ішперденің тітіркенуіне негізделген; ретроцекалды-ретроперитонеалды аппендицитке тән.

Ішперденің тітіркену симптомдары. Құрсақ қуысының бірқатар дерттері ішпердінің қабынуымен, оның механикалық және химиялық тітіркенуімен қатар жүреді. Барлық жағдайларда да ішперденің тітіркену белгілері пайда болады. Аппендицитте оң жақ мықын аймағының ішпердесінің тітіркенуіне тән симптомдарды анықтаудың көптеген түрлері бар. Олардың ішінде Щеткин-Блюмберг және Мендель симптомдары классикалық сипмтом деп саналады.

Щеткин-Блюмберг симптомы. Науқастың құрсағының қабырғасына жайлап басып, қолды тез алу арқылы тексеріледі.



сурет 12

Егер қолды алған кезде ауырсыну сезімі пайда болса, симптом оң мәнді саналады. Ауырсыну сезімінің пайда болуы немесе оның күшеюі құрсақ қабырғасының шайқалуының және қабынған ішперденің тітіркенуінің нәтижесі.

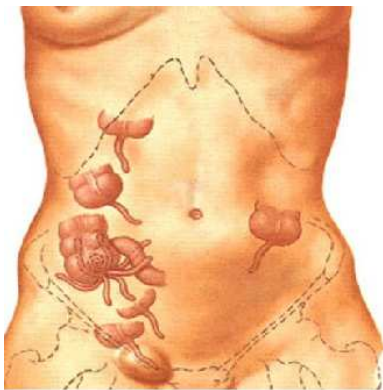
Қабыну кезінде ішперденің сезімталдығы жоғарылайды (сурет 12).

Мендель симптомы – перкуссия арқылы ауырсыну сезімін анықтау. Дәрігер ортаңғы саусағын бүгіп, құрсақтың алдыңғы қабырғасын соққылайды және науқастың реакциясына қарап максималды ауыратын жерді белгілейді. Мендель симптомы ішперденің тітіркенуін ғана емес, ішперденің аса тітіркену аймағын мейлінше дәл анықтауға мүмкіндік береді. Бұл симптом осы қасиетімен басқа симптомдардан, оның ішінде Щеткин-Блюмберг симптомынан да анағұрлым құнды.

Жедел аппендицитке көпшілігіне клиникалық белгілердің белгілі бір ретпен біртіндеп дамуы тән. Бұл белгі – **Мерфи симптомы**: эпигастрий аймағындағы ауырсыну сезімі; жүрек айну немесе құсу; оң жақ мықын аймағын сипағанда жергілікті ауырсыну сезімі; дене қызуының көтерілуі; лейкоцитоз. Мерфи симптомын абсолютті симптомдар қатарына жатқызуға болмайды, бірақ, аталған белгілер ретіне сәйкес келмеу, дифференциалдық диагностикаға мұқият қарап, тиісті бағытта ізденуге себеп болуы тиіс.

VII. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ АТИПИЯЛЫҚ ТҮРЛЕРІ.

Жедел аппендициттің атипиялық формалары (сурет 13).



сурет 13

Оларға жататындар:

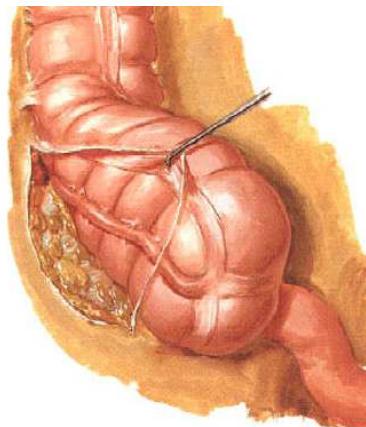
1. Құрт тәрізді өсіндінің эмпиемасы
2. Ретроцекалық жедел аппендицит
3. Жамбастық жедел аппендицит
4. Бауыр асты жедел аппендицит
5. Сол жақты жедел аппендицит
6. Біріншілік-ган-гренозды аппендицит

Құрт тәрізді өсіндінің эмпиемасы барлық аппендициттердің 1-2 %-ын құрайды. Дерттің бұл түрі морфологиясы жағынан флегмонозды аппендицитке жақын болғанымен,

клиникалық көрінісінде одан айқын ерекшеліктері бар. Ең алдымен құрт тәрізді өсіндінің эмпиемасында ауырсыну сезімінің ығысуы болмайды (Кохер симптомы), ауырсыну сезімі тікелей оң жақ мықын аймағынан басталады. Батып ауырады, баяу өршиді, күшіне дерттің 3-5-ші күндері енеді. Осы кезеңдерде солқылдатып ауырады, науқас бір немесе екі мәрте құсады.

Бастапқыда науқастың жалпы жағдайы көп өзгермейді, дене қызуы қалыпты немесе сәл көтеріңкі, оң жақ мықын аймағы солқылдап ауырып, әлсін-әлсін қалтырау пайда болады. Осы сәтте науқастың дене қызуы 38-39° С-қа дейін көтеріледі, ішперденің тітіркену симптомдары көбіне болмайды. Арық науқастарда сипағанда жуандаған, ауыратын құрт тәрізді өсіндіні анықтауға болады. Алғашқы 1-2-тәуліктерде лейкоциттер саны қалыпты күйінде қалады да, кейінірек 20×10^9 /л-ге және одан әрі көбейеді. Лейкоциттік формулада құрсақ қуысындағы қабынбалы процесті дәлелдейтін нейтрофилдік ығысу пайда болады.

Ретроцекальный аппендицит. Күрт тәрізді өсіндінің соқыр ішек артында орналасу жиілігі орташа есеппен 17%-ды құрайды (сурет 14).



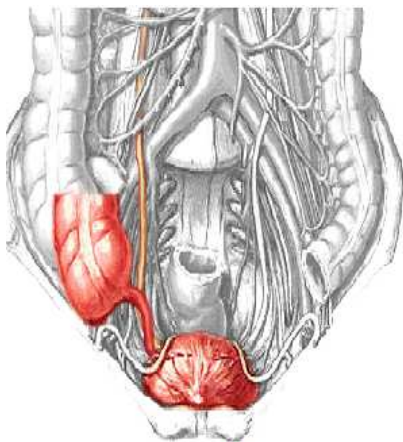
сурет 14

Соқыр ішек артында орналасқан күрт тәрізді өсінді, әдетте, соқыр ішек қабырғасына тақалып орналасады, оның шажырқайы қысқа. Осы анатомиялық ерекшеліктер салдарынан күрт тәрізді өсіндіде бүгілістер мен деформациялар кездеседі. Бұл жағдайларда өсінді, соқыр ішек үстінен жауып тұрғанмен, бәрібір құрсақ қуысының ішінде орналасады. Сирек жағдайда (2 %) күрт тәрізді өсінді соқыр ішектің артында

ғана емес, ішперденің сыртында орналасады. Мұндай жағдайда оның шажырқайы болмайды. Сонымен қатар, ретроцекалды орналасқан аппендикс бауырға, оң бүйрекке, бел бұлшықеттеріне және де басқа ағзаларға тақалуы мүмкін. Ал мұның өзі ретроцекалық аппендициттің клиникасында тиісті ерекшеліктермен көрініс береді. Ретроцекалық аппендицит те аппендициттің басқа формалары секілді құрсақтың эпигастрий аймағындағы, кейін оң жақ мықын немесе бел аймағына тұрақталатын ауырсыну сезімінен басталатынын атап өткен жөн. Қабынған күрт тәрізді өсіндіге соқыр ішектің тығыз жақын орналасуы және оның тітіркенуі салдарынан дерттің алғашқы сағаттарында екі-үш мәрте жартылай сұйық, немес қоймалжың нәжіс болуы мүмкін. Егер күрт тәрізді өсінді бүйрекпен, зәр өзегімен тығыз жанасқан жағдайда дизуриялық құбылыстар пайда болады. Бұрын атап өткеніміздей Образцовтың, Габай, Яуре-Розановтың симптомдары анықталады.

Ретроцекалық аппендицит аппендициттің басқа түрлеріне карағанда деструктивті процеске жиі ұшырайды. Ретроцекалық аппендицитті зәр шығару жолдарының патологиясынан, ішперде артындағы кеңістіктің қабынуынан ажырату қажет.

Жамбастық жедел аппендицит. Құрт тәрізді өсіндінің төмен (жамбас қуысында) орналасуы әйелдерде жиі кездеседі.



сурет 15

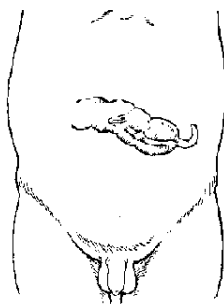
Бұл фактінің өзі және әйелдерде жиі кездесетін ішкі жыныс ағзаларының кабынбалы процестері жамбастық аппендицитті анықтауда белгілі қиындықтар тудырады. Дегенмен, дерттің басталуы бұл жағдайда да типті. Ауырсыну сезімі эпигастрий аймағынан немесе бүкіл құрсақтан басталады, бірнеше сағаттан соң ауырсыну сезімі қасағаның үстіне немесе оң шап байламының үстіне таман жерге тұрақтайды. Тік ішек

пен қуықтың жақын орналасуына байланысты үлкен дәрет жиілеуі немесе дизуриялық құбылыстар байқалады(сурет 15).

Жамбастық жедел аппендицитте процесс тез арада қоршаған ағзалармен шектелуіне және жамбастық ішперденің сіңіру қызметінің шамалылығына байланысты құрсақ қабырғасының бұлшықеттерінің қатаюы, басқа да ішперденің тітіркену сиптомдары, сонымен қатар интоксикация белгілері байқала бермейді. Бірқатар жағдайларда Коуп симптомы оң мәнді болуы мүмкін.

Бауырасты жедел аппендицит. Құрт тәрізді өсіндінің жоғары және медиалды орналасуы сирек кездеседі, сондықтан, осы локализациясындағы аппендицитті анықтау өте қиынға түседі.

Оң жақ қабырға асты аймағындағы ауырсыну сезімі, құрсақ қабырғасы бұлшықеттерінің қатаюы және де басқа ішперденің тітіркену симптомдары алдымен жедел холецистит туралы ойға жетелейді. Әйтседе, жедел аппендицитке тән типтік анамнез дұрыс диагноздың бастамасы болып табылады.



сурет 16

Сол жақты жедел аппендицит. Аппендициттің бұл түрі ішкі ағзалардың кері орналасуында немесе шажырқайы ұзын жылжымалы соқыр ішекте кездеседі. Бұл аталған екі жағдайда да аппендициттің типтік симптомдары сол жақ мықын аймағында анықталады(сурет 16).

Кейде жасы егде тартқан адамдарда **біріншілік-гангренозды** деп аталатын аппендицит дамиды. Оның мәні мынадай: атеросклероз немесе тромбоз нәтижесінде құрт тәрізді өсінді артериясында қан айналысы кенеттен бұзылады, яғни, шын мәніндегі дерттің катаралды және флегмонозды кезеңдерін айналып өтіп, гангренаға айналатын құрт тәрізді өсіндінің инфарктісі дамиды. Біріншілік-гангренозды жедел аппендициттің бастапқы кезеңдері, құрт тәрізді өсіндінің инфарктісі салдарынан, оң жақ мықын аймағындағы күшті ауырсыну сезімімен сипатталады. Бірақ, ауырсыну сезімі жүйке талшықтарының өлеттенуі нәтижесінде тез басылады. Бактериялық қабынудың жылдам дамуы және құрт тәрізді өсіндінің шеңберінен тыс жерге таралуы нәтижесінде тез арада ішперденің тітіркену симптомдары пайда болып, дене қызуы мен лейкоцитоз көтеріледі. Кейінірек толық (тоғалды) некрозға ұшыраған құрт тәрізді өсінді толығымен соқыр ішектен бөлініп қалуы (өздігінен ампутация) мүмкін және жасалған операция кезінде құрсақ қуысында бос жатады.

Жедел аппендициттің ағымына науқастардың жасы, ауырған сәттегі физиологиялық жағдайы, қосымша дерттері және т.б. әсер етеді. Атап айтқанда **жүкті әйелдердегі, балалардағы және қарттардағы** жіті аппендициттің ағымының өзіндік ерекшеліктері бар.

VIII. ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ.

Жедел аппендицитке байланысты операция жасалған әйелдердің 3,5-4 %-ында дерт жүктілік кезінде дамиды. Жүкті әйелдердегі жедел аппендициттің диагностикасы аса жауапты мәселе, себебі, жүктіліктің ерте сатыларында тиісті көрсетімсіз жасалған операция оның үзілуіне, ал кеш кезеңдерінде ерте босануға әкеп соғуы мүмкін. Жедел аппендицитті дер кезінде анықтамау жүкті әйелдің өміріне де және ұрықтың өміріне де қауіп төндіреді. Жедел аппендицитке күдікті жүкті әйелдер құрамында босану бөлімшесі бар стационарлардың хирургиялық бөлімшесіне жатқызылуы тиіс. Жүктіліктің ерте кезеңдерінде жедел аппендицит ерекшеліксіз жүреді. Қиындықтар жүктілік токсыкозы бар әйелдерде ғана орын алуы мүмкін.

Әйелдердегі жедел аппендицитті анықтаудың қиыншылығы әйел организмнің кейбір ерекшеліктеріне, соның ішінде бірінші кезекте анатомио-физиологиялық факторларға байланысты.

Көптеген авторлардың зерттеулеріне сүйенсек, әйелдерде соқыршек өзінің құрттәрізді өсіндісімен, еркектермен салыстырғанда, іш қуысында төмен орналасқан. Демек, құрттәрізді өсінді әйелдерде олардың ішкі жыныс ағзаларымен жанасып жатады.

Соқыршек пен құрттәрізді өсіндісінің жүктілік кезіндегі топографиясының өзгеруінің де клиникалық маңызы зор. Ал босанғаннан кейін соқыршек төмен түсіп, жүктілікке дейінгі уақытпен салыстырғанда жылжымалы, қозғалғыш келеді.

И.П.Жендринский әйелдер мүрдесін зерттеу барысында құрттәрізді өсіндінің шажырқайымен жатырдың оң жақ жалпақ байламасының арасында іркіс (складка) барлығын (Кладо байламасы) және оның бойында құрттәрізді өсіндімен оң жақ аналық безді байланыстыратын кантамырлары мен лимфа өзектерінің өтетіндігін дәлелдеген.

Илеоцекальды бұрышпен оң жақ аналық без арасында өте дамыған лимфа-лимфалық анастамоздар бар, ал олар қабыну процесстерінің пайда болуында, өзара таралуында үлкен рөл атқарады. Жатырдың оң жақ қосалқы ағзаларының қабынуы барысында құрттәрізді өсіндінің екінші реттік өзгеріске ұшырауы аталған механизмдермен түсіндірілуі мүмкін.

Әйелдердің іш қуысы, еркектерге қарағанда, толық жабық (замкнутая) емес, сыртқы қоршаған ортамен жатыр түтікшелері арқылы байланыста. Ішпердесінің сыртқы ортадан мезгілді зарарлануы да ықтимал. Осы жағдай әйелдердің ішпердесінің жиі қабынуын және оның инфекцияға жоғары төзімділігін де түсіндіруі мүмкін.

Құрттәрізді өсіндінің төмен орналасуы, оған көршілес жатыр мен оның қосалқы ағзаларының болуы қабыну процессінің шектелуіне бейімділік туғызады. Ал әйел организмнің мезгілді гормоналды өзгерістерге ұшырауы, қабыну мен қан жоғалтуға жоғары төзімділігі, қорытындылай келгенде, жедел аппендициттің қолайлы ағымына, өлімінің аздығына себепкер болуы жоққа шығарылмайды.

Құрттәрізді өсіндімен ішкі жыныс ағзаларының арасындағы тығыз байланыс әйелдердің ішінің төменгі жағындағы ауырсынудың біріншілік себебін анықтауды қиындатады. Патологиялық процеске бір мезгілде құрттәрізді өсінді мен жатыр қосалқыларының ұшырауы әбден мүмкін, сондықтан 1951 жылы Францияда өткен хирургтердің халықаралық конгресінде **аппендикулярлы-генитальдық** синдром деген ұғымның қабылдануы кездейсоқ емес.

Аппендициттің жүктілікпен қосарлануы, дәлірек айтсақ, жүктіліктің аппендицитпен асқынуы акушер-хирургиялық шекаралас дерттердің ішіндегі ең ауыры екенін А.Н.Бакулев пен С.С.Юдин ертеректе-ақ атап кеткен.

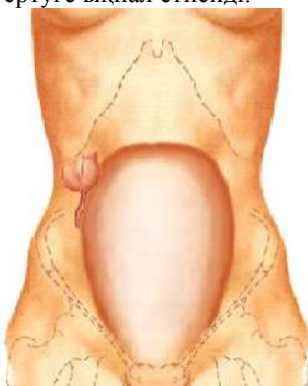
Жүктілік кезінде құрттәрізді өсіндіде патологиялық өзгерістердің пайда болуларына бейімдеуші факторларға соқыршек және құрттәрізді өсіндінің жоғары және сыртқа қарай ығысуы, бұратылуы, созылуы, жабысқақтардың жыртылуы жатады. Белгілі деңгейде құрттәрізді өсіндінің өзегіндегі іркіліс, қанайлымның бұзылыстары, үлкен шарбымайдың жоғары ығысуына байланысты шектеу процесінің бұзылыстары да әсер етеді.

Н.А.Виноградовтың пікірінше, жүктілік кезінде аппендициттің пайда болуына гормоналды өзгерістердің ықпалы зор, олардың әсерінен: строманың (арқаудың) босануы (қабыну көрші ағзаларға тарайды); бүйрекүсті бездің салыстырмалы жетіспеушілігінен инфекцияға резистенттіктің (төзімділіктің) төмендеуі; бауырдың, ретикулоэндотелиалды

жүйенің қызметінің төмендеуі; қышқыл-негіздік байланыстың өзгеруі; қанайналымға жүктеменің күшеюі пайда болуы септігін тигізеді.

Жүкті әйелдерде тромбозға бейімділік бірінші реттік қантамырлық жедел аппендицитке соқтыруы ықтимал. Жүкті әйелдердегі іштің қатуы да жедел аппендицитке бейімдейді.

Көптеген авторлардың пікірінше жүктілік кезінде көп жағдайда бірінші реттік жедел аппендицит емес, созылмалы аппендициттің кезекті ұстамасы (обострение) орын алады. Бірақ бұл жағдай көп тәжірибелік маңызға ие емес, тактиканы өзгертуге ықпал етпейді.



сурет 17

Жүктіліктің екінші жартысында жатыр ұлғаюына байланысты соқыр ішек артқа және жоғары қарай ығысады (сурет 17). Жатыр соқыр ішек үстіне орналасып, құрт тәрізді өсіндіні жауып тұрады. Мұндай жағдайда іш қуысындағы апат жатырдың артқы жағында дамиды. Құрсақтың алдыңғы қабырғасы жағынан болатын реакциялар құрт тәрізді өсіндідегі патоморфологиялық өзгерістерден анағұрлым кейін

қалып отырады. Құсу, жүрек айну сияқты жалпы реакциялар жүктіліктің салдарына жатқызылуы мүмкін. Сонымен қатар, құрсақтың алдыңғы қабырғасы керіліп тұрғандықтан бұлшықеттердің шынайы қатаюын анықтау барлық жағдайда мүмкін болмайды. Науқас әйелді сол қырына жатқызып пальпация жасаудың пайдасы болуы мүмкін. Бұл жағдайда жатыр сол жаққа ығысып оң жақ мықын аймағын сипауға мүмкіндік пайда болады. **Брендо симптомы** – жатырдың сол жақ қырын басқан кезде оң жақта ауырсыну сезімінің пайда болуы немесе **Михельсон симптомы** – **Ситковский симптомынан** айырмашылығы, әйелді оң жақ бүйіріне жатқызған кезде ауырсыну сезімі күшейеді (ұлғайған жатыр мықын-соқыр ішек аймағындағы қабыну ошағын қысады) – оң мәнді болуы мүмкін. Температуралық реакцияны және шеткі қан

құрамындағы лейкоциттер санының өсуін жүктілердің пиелонефритімен байланыстырады. Сондықтан, оң жақ мықын аймағында ауырсыну сезімі анықталған әрбір жүкті әйел үшін кеңеске тиісті маман-дәрігерлерді қатыстыра отырып, мұқият дифференциалдық диагностика жүргізудің маңызы қаншалықты зор екені айтпаса да түсінікті. Ұзақ уақыт бойы бақылау жүргізу перитониттің дамуымен қауіпті және жедел аппендицитке негізді күдік болған жағдайда жүкті әйел үшін операцияның қауіптілігі, дерттің айқын көрінісі пайда болғанға дейін бақылаудың қауіптілігімен салыстыруға келмейді. Дерттің айқын көрінісі жүкті әйелде кеш пайда болуы мүмкін.

Жедел аппендицитке байланысты операция жасалған жүкті әйелдердің 10-12 %-ы мерзімінен ерте босануы, ал 5-6 %-ында түсік болуы мүмкін. Мерзімінен ерте босану мен түсіктердің себептері ретінде мыналарды атауға болады:

- операция кезінде жабыспаларды ажырату барысында жатырдың тікелей жарақаттануы;

- құрсақтың алдыңғы қабырғасының бұлшықеттерінің катаюы нәтижесінде құрсақ қуысының қысымының артуы және негізгі дерттің салдарынан жатыр қызметінің рефлекторлық жиырлуы (стимуляциясы);

- жатырдың контакттылық жолмен және жатыр түтігінің ашық фимбриялы ұшы арқылы зарарлануы;

- іріңнің құрт тәрізді өсіндіден плацентаға, ұрық жұмыртқасының қабықтарына, тікелей ұрық жұмыртқасына, жатыр қабырғасына метастаз беруі.

Жүкті әйелдердегі жедел аппендицитті емдеу барысында екі мәселе бой көтереді: хирургиялық және акушерлік мәселелер.

ІХ.БАЛАЛАРДАҒЫ ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ.

Жедел аппендицитпен кез келген жастағы бала, емшектегі, тіпті жаңа туған нәресте ауыруы мүмкін. Дегенмен, өмірінің алғашқы екі жылында дерт сирек кездеседі. Осы жастан асқан соң дерттің жиілігі біртіндеп арта бастайды, шыңына 9-12 жаста жетеді. Жедел аппендицитпен сырқаттанушылық 1000 балаға шаққанда 3-тен 6-7-ге дейінгі аралықта. Ер балалар қыздарға қарағанда жиі сырқаттанады.

Жедел аппендициттің клиникалық көрінісінің ерекшеліктері сырқат баланың жасына тікелей тәуелді. Баланың жасы неғұрлым ересек болған сайын дерттің клиникасы ересек адамдардағы жедел аппендициттің клиникасына ұқсай бастайды. Диагностика барысында кездесетін қиындықтар мына жағдайларға байланысты: бала шағымдарын дұрыс жеткізіп айта алмайды, ауыратын жерін дәл көрсете алмайды, дерттің бастамасы қалай болды және оның дамуын сипаттап бере алмайды. Ата-анасы балаға әрқашанда зер сала бермейді және дерттің көріністерін өздерінше пайымдайды. Осындай жағдайлардың нәтижесінде дәрігердің алатын ақпараты мардымсыз: құрсақ қуысында ауырсыну сезімі анықталғанмен, бірақ оның дәл қай жері ауыратыны белгісіз. Балаларда құсу ересектерге қарағанда жиірек, бірнеше рет қайталануы мүмкін.

Балалардағы аппендицитте құрт тәрізді өсіндідегі перитонитке ұласатын деструктивті өзгерістер ересектерге қарағанда тез дамиды. Жедел аппендициттің балалардағы қатаң ағымы басты екі фактормен түсіндіріледі:

- балалар инфекцияға төзімді емес. Олар кез келген ішкі және сыртқы тітіркендіргіштерге буырқанған реакциямен жауап бергенмен, адекватты қорғаныс ұйымдастыра алмайды. Осындай реакциялардың негізінде бірқатар ағзалар мен жүйелердің, ең алдымен орталық және вегетативтік жүйке жүйелерінің жетілмегендігі жатыр. Бұл құбылыстар бала жас болған сайын айқынырақ бола түседі;

- үлкен шарбының дамуының аяқталмауының да маңызы ерекше. Алты айлық нәрестеде үлкен шарбы кіндіктен 3,5 см-ге, екі жаста 2 см-ге жоғары орналасады, тек он жасқа келгенде кіндіктің деңгейіне келеді немесе оның деңгейінен 1 см-ге төмен түседі. Осы аталған анатомиялық ерекшелікке байланысты мықын-соқыр ішек аймағындағы қабынбалы процестің шектелуі

мүмкіндігі аз болады және жедел аппендицит балаларда жайылмалы перитонитпен ерте асқынады.

Алдын ала айта кететін жағдай, балаларда жасақталып келе жатқан аппендикстік инфильтрат болбыр болады. Сондықтан, балалардағы аппендикстік инфильтратты емдеудегі ұстаным ересектердегі инфильтратты емдеудегі ұстанымнан басқаша. Аппендикстік инфильтрат анықталған балаларға операция жасау қажет: инфильтратты ажыратып, құрт тәрізді өсіндіні алып тастау керек.

Дерттің клиникасының жалпы сипаттары: Қараған кезде баланың самарқаулығын байқауға болады. Әдетте, бала оң жақ қырында, аяқтарын ішіне тартып жатады. Тілі құрғақ және ақ жамылғымен жабылған. Бастапқыда құрсағы ішке тартылған, тыныс алу актісіне қатыспайды. Уақыт өте келе, ішек парезінің дамуына байланысты, іш кебе бастайды. Пальпацияны аса сақ, байыппен жүргізу қажет, әйтпесе, бала мазасызданып, іш бұлшықеттері қатайып, ауырсыну сезімінің орнын, ішперденің тітіркену симптомдарын, соқыр ішектің орналасуын, іштің кебуі және басқа да пальпациялық белгілер турасында мағлұмат алу мүмкін болмайды. Жедел аппендицитті анықтауда тахикардияның маңызы зор. Оның динамикасы дене қызуынан анағұрлым тез. Балаларда жедел аппендицитке күдік болған жағдайда барлық шараның негізгісі дифференциалдық диагноз болып табылады. Тері жамылғыларын, жұтқыншақты және лимфа түйіндерін мұқият қарау қажет. Кеуденің перкуссиясы мен аускультациясы – әрқашанда міндетті және мұқият жүргізілуге тиіс зерттеулер. Балалардың құрсақ қуысындағы ауырсыну сезімі жедел пневмонияда, миокардитте, инфекциялық ауруларда (жәншау (скарлатина), қызылша, іш сүзегі), қан ауруларында (Шенлейн-Генох ауруы), жыныс-зәр жүйесінің дерттерінде және де басқа көптеген дерттерде байқалады.

Балалардағы жедел аппендициттің клиникалық көріністері әртүрлі, көбінесе организмнің реактивтілігіне, құрттәрізді өсіндінің анатомиялық орналасуына және баланың жас шамасына тәуелді. Негізгі ерекшелігі – жалпы бейспецификалық белгілердің жергілікті симптомдардан басымдылығы. Жалпы клиникалық көріністердің басымдылығына жеке ағзалар мен жүйелердің, соның ішінде орталық және вегетативтік жүйке

жүйелерінің жетіспеушіліктері әсер етеді. Бұл жетіспеушіліктер бала жас болған сайын айқындау.

Диагностиканың күрделілігі балаларда жалпы тексеру мен жергілікті симптомдарды анықтаудың қиындықтарына байланысты. Олардың ақпараттылығы көптеген факторларға тәуелді: баламен тіл табу (контакт), тексеру тәсілдерін меңгеру, дәрігердің жеке тәжірибесі және басқалар.

Бұл факторлар әсіресе өте жас балаларды тексергенде үлкен рөл атқарады. Сондықтан, клиникасын және диагностикасын баяндау барысында екі топты бөліп қарау қабылданған: 3 жасқа дейінгі балалар және одан үлкендері. Ересек балалардағы жедел аппендициттің клиникалық көріністері айқын: іштің ауыруы, дене қызуының көтерілуі, құсық, кейде ішек функциясының бұзылыстары.

Дегенмен, кейбір ауытқуларға қарамай клиникалық көрініс ересек адамдардағы жедел аппендициттің клиникасына ұқсас.

Өте ерте жастағы (3 жасқа дейінгі) балалардағы жедел аппендициттің клиникасының көп ерекшеліктері бар:

бірінші – нерв жүйесінің функционалық жетіспеушіліктеріне байланысты бұл жаста бүкіл жедел қабыну-деструктивті аурулар өзара ұқсас клиникалық белгілерге ие: жоғары дене қызуы, тынбастан құсу, ішек қызметінің бұзылыстары.

екінші – құрттәрізді өсіндідегі қабыну процесі өршулі өтеді, бірақ, қабыну процесін шектеу механизмі өте әлсіз.

үшінші – өте кішкентай балаларды тексерудің өзіндік қиындықтары көп. Шыдамсыздық, жылау, объективті тексеруге кедергі жасау негізгі және жергілікті симптомдарды анықтауға қиыншылық туғызады.

төртінші - осы уақытқа дейін жедел аппендицит 3 жасқа дейінгі балаларда сирек кездеседі деген ұғым берік орын алған, сондықтан дәрігерлерге осы жастағы балаларда жедел аппендицитке деген сақтық жоқ.

Ересек балалардағы жедел аппендицитте негізгі шағым оң жақ мықын аймағындағы ауырсыну болса, кішкене (бірер жастағы) балалар ауырсынуға шағымданбайды, ауырсынудың барлығына жанама белгілерге сүйеніп күйдктенуге тура келеді. Олардың ішіндегі ең бастысы – баланың мінез-құлқының өзгеруі. 75 % жағдайда ата-аналары баланың селқос немесе шыдамсыз, сондай-ақ әлсіз екенін аңғарады. Баланың

шыдамсыздығын ауырсынудың күшеюімен түсіндіруге болады. Үзіліссіз ауырсыну ұйқының қашуына, азаюына соқтырады.

Тұрақты белгі – дене қызуының өте жоғарылауы, 38-39С дейін көтерілуі мүмкін. Жас сәбилерге жиі құсу тән (3-5 рет).

15% жиілікте іш өту байқалады. Диарея жедел аппендициттің асқынған түріне, әсіресе жамбас қуысында орналасқан құртәрізді өсіндіге етене. Ауырсыну негізінен оң жақ мықын аймағында емес, кіндік маңында орналасады. Ол күнтәрізді өрім мен (солнечное сплетение) шажырқай түбірінің өте жақын орналасуына байланысты. Шажырқайлық лимфа түйіндерінің қабынуға тез ұшырауының да маңызы зор.

3 жасқа дейінгі балалардағы жедел аппендициттің клиникалық ағымы ересек балалармен салыстырғанда ауыр. Қабыну процесі интрамуралдық аппараттың жеткіліксіз дамуына байланысты өте тез өршиді. Құртәрізді өсіндінің шіруі (гангрена) мен тесілуі бірнеше сағаттан кейін – ақ пайда болуы ықтимал. Оған өсіндінің қабырғасының салыстырмалы жұқалығы да әсер етеді.

Іш пердесінің пластикалық қасиетінің әлсіздігі салдарынан қабыну процесі бүкіл іш қуысына тез тарайды. Осы ретте үлкен шарбымайдың анатомиялық және функционалдық жетіспеушіліктері, оның оң жақ мықын аймағына дейін жете алмауы да қабыну процесінің бос іш қуысынан шектелуіне мүмкіндік бермейді. Тіпті құртәрізді өсінді соқырішектің артында немесе жамбас қуысында өте төмен орналасқан жағдайда да жайылған перитонит тез дамиды, тез өршиді. Улану белгісі (токсикоз), сусыздану (эксикоз) алғашқы сәттен-ақ көрініс беріп, баланың жалпы жағдайы күрт төмендейді. Ішектің салдануына қарамастан жиі іш өту орын алады.

Жоғарыда аталғандай, қабыну процесі негізінен шектелмейді, **аппендикулярлы инфилтрат** өте сирек қалыптасады. Инфилтрат өте жоғары температурамен және іш пердесінің тітіркенуімен сипатталады. Сиректеу инфилтрат өте үлкейіп, іш қуысының немесе ішпердесінен тыс кеңістіктің ісігінің бейнесін елестетеді. Тек 3 жасқа дейінгі балаларда ғана емес, ересек балаларда да аппендикулярлы инфилтратта тактика белсенді болу керек (операция), себебі инфилтрат барлық жағдайда дерлік іріндейді.

Диагноз қою онайлыққа түспейді. Негізгі белгілері – оң жақ мықын аймағында бұлшықеттің пассивті қатаюы, осы жерде

ауырсынудың пайда болуы. Бірақ бұл белгілерді анықтау оңайға түспейді, ол кішкентай баланың қозғалысты қозуына, қарау барысында шыдамсыздығына байланысты.

Пальпация жасау оңай емес. Баланың «сеніміне» кіру қиын, ішті сипауды бала анасының қолында тұрғанда, емізу кезінде жүргізген дұрыс. Кейде пальпацияны бала ұйықтап жатқанда жасайды, «қолды кейін итеру» (симптом отталкивания) симптомы анықталады. Бірақ, ауырған баланың физиологиялық ұйықтау уақытын күтуге көп уақыт кетуі ықтимал, сондықтан кейде «дәрі-дәрмектік ұйықтатуға» жүгінуге тура келеді: тазарту клизмасынан кейін 10-15 см тереңдікке тік ішекке қатетер енгізеді. Дене температурасына дейін жылытылған 3% хлоралгидраттың ерітіндісін шприцпен қатетер арқылы тік ішекке енгізеді: 1 жасқа дейінгі балаға -10-15 мл; 1-2 жастағы балаға – 15-20 мл; 2-3 жастағы балаға – 20-25 мл. Хлоралгидратты енгізгеннен кейін 15-20 минуттан соң бала ұйқыға кетеді, ішті пальпация жасауға болады. Ұйқтап жатқанның өзінде бұлшықеттің пассивті қатаюы, ауырсынуға реакция сақталады.

Тік ішек арқылы қарау кішкентай балаларда аз ақпарат береді, ол тек инфильтрат пайда болғанда ғана пайдалы, ал аппендикулярлық инфильтрат өте сирек кездеседі. Балалардағы жедел аппендициттің екшеу диагнозын жүргізу өте қиын. Қабынудың шектелуге бейімділігі өте нашар болғандықтан көп күтуге, ұзақ бақылауға болмайды. Жасы үшке дейінгі балаларда жедел аппендицитті жедел вирусты-респираторлық инфекциялармен, копростазбен, урологиялық аурулармен, пневмониямен, асқазан-ішек жолдарының ауруларымен, құлак ауруларымен, балалар инфекциялық ауруларымен жүргізу қажет.

Ересек балалардағы жедел аппендициттің екшеу диагностикасы үлкен адамдардағы екшеу диагнозымен ұқсас.

Мүмкіндік болса, балаларда диагностикалық лапароскопияға көбірек жүгінген дұрыс. Егер дәстүрлі диагностикалық тексерулер негізінде көрсетімсіз жасалған лапаротомиялардың жиілігі 25-30 % болса, лапароскопия кезінде диагностикалық қателесу жиілігі – 0,5-0,8%, олар гипердиагностикалық бағытта.

Х.ҚАРТТАР МЕН ЕГДЕ АДАМДАРДАҒЫ ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ.

Егде адамдардағы жедел аппендицитті анықтауда қиындықтар кездесуі мүмкін. Жедел аппендицитке тән белгілердің басым бөлігі айқын болмайды. Дерттің типті бастамасы да (Кохер симптомы) сирек кездеседі. Ауырсыну сезімі жанға батпайтыны соншалық, науқастар оны қауіпті емес деп санап, дәрігерлік көмекке дер кезінде жүгінбейді. Құрсақ жұмсақ күйінде қалады, оң жақ мықын аймағына терен пальпация жасап қарағанның өзінде ауырсыну сезімі де, ішперденің тітіркену симптомдары да айқын емес. Науқастардың басым бөлігінде дене қызуы қалыпты, қанның құрамында өзгеріс байқалмайды. Осы аталған қиындықтарға карамастан анамнезді мұқият жинастырып, клиникалық деректерді назар салып бағалау қажет. Қарттарда тілдің құрғауы айқын және ерте дамиды. Тахикардия дене қызуының көтерілуінен анағұрлым бұрынырақ пайда болады. Бұл белгілер қолайсыз белгілер болып саналады. Сондықтан жедел аппендициттің белгілері көмескі болғанмен, аталған симптомдармен қатар келген жағдайда, мәселені операцияның пайдасына шешу қажет. Қарттар үшін операцияның кеш жасалуы аса қауіпті.

Қартаң адамдарда жиі кездесетін көптеген қосалқы дерттерге байланысты жедел аппендицит белгілі ерекшеліктермен суреттеледі.

Жедел аппендициттің клиникалық ағымындағы ерекшеліктер өзгеше симптомдардың пайда болуына байланысты емес, белгілі симптомдардың өзгерістеріне, негізінен олардың айқын білінбей, бәсең ағымда өтуінде.

Организмнің реактивтілігінің нашарлауына байланысты құрттәрізді өсіндідегі патоморфологиялық өзгерістерге субъективті сезіну сәйкес келмейді. Науқастар жедел аппендициттің басталу ұстамасын көбіне өздеріндегі асқазан-ішек жолдарының созылмалы дерттерінің кезекті күшеюі деп есептейді.

Құрттәрізді өсіндідегі патоморфологиялық өзгеріс клиникалық көріністерден көп алда дамиды.

И.Л.Ротковтың (180) айтуынша аурудың жағдайын дұрыс бағалау үшін дәрігер тексеру қортындыларына өзіндік «түзету коэффициентін» енгізуі керек, басқаша айтқанда, жасы мен қосымша ауруларын есте ұстау қажет. Қартаң кісілер мен егде жастағылар іштері ауырса өз беттерімен тазарту клизмаларын жасап, іш жүргізетін дәрілерді қолдана бастайды. Қарт кісілерде жедел аппендицит ішек өткізгіштігінің бұзылу белгілерімен суреттелетін болғандықтан тазарту клизмасынан кейін үлкен дәрет болып, науқастың жағдайы «жақсарғандай» болуы ықтимал. Бұл аурудың дәрігерге көрінуін (жүгінуін) кешуілетеді, ал құрттәрізді өсіндідегі деструктивті-қабыну процесі өрши түседі.

Ауырсынудың өте күшті болмауы, науқастардың жас ерекшеліктеріне байланысты төзімділігі қарт кісілердің дәрігерге кешігіп, демек аппендикулярлы инфилтрат сатысында келуіне соқтыруы мүмкін. Бұл жағдайда апендикулярлы инфилтрат пен соқыр ішектің обырын айыруға тура келеді.

XI.ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ.

Жедел аппендициттің зертханалық диагностикасы қосымша рөл атқарады, себебі тек аппендицитке ғана тән лабораториялық өзгерістер жоқ. Деструктивті аппендицитке лейкоцитоз, лейкоцитарлық формуланың сол жаққа қарай ығысулары тән.

Интоксикацияның лейкоцитарлық индексі (ИЛИ - ЛИИ) анықтау дерттің жеделдігін және ауырлығын көрсетіп, уланудың клиникалық белгілеріне сәйкес келеді. Лейкоцитоздың дәрежесіне тәуелсіз ИЛИ – тің жоғарлауы асқынудың пайда болуының және операциядан кейінгі емнің нәтижесінің тиімсіздігінің (жағымсыздығының) белгісі.

ИЛИ құрттәрізді өсіндіде және қоршаған ағзаларда деструктивті өзгеріс күшейген (артқан) сайын жоғарлайды.

ИЛИ Я.Я. Кальф-Калиф (1947) формуласы бойынша анықталады.

$$\text{ИЛИ(ЛИИ)} = \frac{4\text{Ми}+3\text{Ю}+2\text{П}+\text{С} \cdot (\text{Пл}+1)}{(\text{Л}+\text{М}) \cdot (\text{Э}+1)} ;$$

Ми – миелоциттер, Ю – юные, П – палочкоядренные, С – сегментоядерлық нейтрофильдер; Пл – Тюрктың плазматикалық жасушалары; Л – лимфоциттер, М – моноциттер, Э – эозинофилдер.

Қалыпты жағдайда ИЛИ – 0,38 – 1,5 аралығында. Қатаралды аппендицитте ИЛИ 1,5-5; флегмонозды (ірінді) – 5 – 8; гангренозды (шіріген) 8 – 9,25; флегмонозды – перфоративті (тесілген) – 9,34 –ке дейін, гангренозды – тесілген жедел аппендицитте 9,68-ге дейін.

Нейтрофильдердің реактивті жауабының индексі (НРЖИ) анықтау (индекс реактивного ответа нейтрофилов (РОН)). эндогенді интоксикацияның компенсациясы индексінің дәрежесін анықтау болып табылады (Т.Ш. Хабиров, 2004):

$$\text{НРЖИ (РОН)} = \frac{(\text{Ми}+\text{Ю}+1) \cdot \text{П} \cdot \text{С}}{(\text{Л}+\text{Баз}+\text{Мо}) \cdot \text{Э}} ;$$

Ми – миелоциттер, Ю – юные, П – палочкоядренные, С – сегментоядерные нейтрофилдер, Л – лимфоциттер, Мо – моноциттер, Баз – базофилдер, Э – эозинофилдер. Егер П есептегенде 1-ден төмен болса, оның көрсеткіші 1 бірлікке қабылданады. Егер Э есептегенде 1-ден төмен болса, Э-нің көрсеткіші 1-бірлікке қабылданады.

Қалыпты жағдайда НРЖИ (РОН) = 8,5 – 12,7.

Эндогендік интоксикацияның (уланудың) компенсацияланған (тенгерімді) дәрежесінде НРЖИ 15 – 25-ке дейін, субкомпенсация дәрежесінде – 26 – 40, ал декомпенсация дәрежесінде 40-тан жоғары көрсеткішке көтеріледі.

Жедел аппендициттің іріңді – некротикалық (шірулі) түрлерінде d – глобулиндер мен С – реактивті дәрумендердің (белоктардың) көрсеткіштері жоғарлайды.

Гоморидің азотқосылу тәсілімен анықталатын нейтрофилдердік гранулациттердің фосфатты белсенділігі құрттәрізді өсіндінің деструкцияға ұшырағанын көрсететін зертханалық тексеру болып табылады. Жедел аппендицитте нейтрофилді гранулоциттердің белсендігі 5-89 аралығында, ал деструктивті аппендицитте 77-116 аралығында өзгереді. Деструктивті аппендицитте гипертрипсинемия және гиперлипаземия орын алады.

Деструктивті процестерде кейбір иммунологиялық көрсеткіштердің өзгерістері орын алатындығы дәлелденген.

Бірақ жоғарыда келтірілген көптеген зертханалық тексерулер жедел хирургиядағы экспресс – тәсілдерге жатпайды, көп уақытты, қымбат реактивтерді, тәсілдерді меңгерген мамандарды қажет етеді де, күнделікті тәжірибеде қолданыла қоймайды.

ХІІ. ҚҰРАЛ АСПАПТЫҚ ТЕКСЕРУЛЕР.

Медицинаның соңғы кездегі жаңалықтарына байланысты жедел аппендициттің диагностикасында көптеген заманауи құрал – аспаптық тәсілдер қолданылады.

1. Диагностикалық лапароскопия.

2. Ультрадыбыстық тексеру.

3. Терең микротолқынды (микроволновая) радиотермография.

4. Іштің қабырғасының электромиографиясы.

5. Терінің электрлік кедергісін өлшеу.

Диагностикалық лапароскопия.

Ең ақпаратты, диагнозды, клиникалық түрін анықтайтын, көрсеткішіне байланысты емдік тәсілге көшетін тексеру – диагностикалық лапароскопия.

Қарсы көрсеткіштер

Жалпы:

- кернеулі пневмоперитонеум салуға болмайтын жүрек - қантамыр және тыныс алу жүйесінің аурулары;

- жүктіліктің екінші жартысы;

- қанның дүю қабілетінің белгілі дәрежедегі бұзылыстары.

Жергілікті:

- бұрын ішқуысы ағзаларына жасалған көптеген операциялар (жабысқақтық процесстер);

- іштің алдыңғы қабырғасының үлкен жарықтары;

- іштің алдыңғы қабырғасының көптеген іріңдіктері мен жыланкөздері.

Жансыздандыру, қолданылатын құрал, ішке енетін нүктелер арнаулы әдебиеттерде толық сипатталып жазылған, соларды мұқият оқып, біліктілікті көтерген жөн.

Еске ұстайтын жағдай: іш қуысын тексеру шартты түрде үш этапқа бөлінеді: бірінші – жалпы шолып қарау, екінші – іш қуысын обылысқа бөліп қарау, үшінші – патологиялық ошақты мұқият тексеру.

Іш қуысын тексеруді Вереш инесі мен трокарды кіргізген нүктеге жақын жатқан ағзаларды тексеруден бастайды. Себебі визуалды бақылаусыз іш қуысына құрал (ине және трокар) енгізгенде жақын жатқан ағзалар жарақаттануы мүмкін.

Әрі қарай іш қуысын **жалпы шолып қарау** (панорамалық) басталады. Бұл шолу, аты көрсеткендей, алғашқы әсер, күмән,

сезіктену үшін ғана жасалады. Көңіл аударатын мәселелер: іш қуысында дәрекі патологиялық процесстер бар ма (ісікті құрылымдар, іш пердесінің қабыну белгілері, қанның, қабыну экссудатының, іріңнің жиналуы).

Екінші этапта оң жақ қабырға астынан бастап сағат тілінің бағытымен барлық обылыстарды мұқият тексереді. Бауыр, өт қалтасы, диафрагма, асқазанның алдыңғы қабырғасы, талақ, үлкен шарбы май, аш ішектің тұзақтары, олардың шажырқайлары, тоқ ішек, париетальды және висцералды ішперделері, қаптал каналдар тексеріледі. Әйелдерде жатыр мен олардың қосалқы ағзалары тексеріледі.

Осы мұқият тексеруден кейін **құрттәрізді өсіндінің** өзін тексеру басталады. Жедел аппендициттің диагнозын анықтау немесе жоққа шығару аппендиксті түбінен ұшына дейін толық визуалды көргеннен кейін ғана мүмкін.

Жедел аппендициттің морфологиялық түрлерін айыруда қиындық **катарлды аппендицитті** анықтауда туындайды. Себебі жедел катаралды аппендициттің визуалдық белгілері сірі қабатынан емес, ішкі кілегей (сілемей) және кілегейасты қабаттарынан басталады. Сыртынан көрінетін өзгеріс жоқтың қасы, тек висцералды іш пердесінің астына орналасқан қантамырларының екінші реттік реакциясына ғана тіреледі. Бірақ осындай қантамырлық реакция құрттәрізді өсіндінің қабынуымен емес, оның функционалдық жағдайымен де түсіндірілуі мүмкін. Сондықтан катаралды аппендицитті анықтауда негізгі сенімді белгі - құрттәрізді өсіндінің ісінуі (отек). Ісінудің сыртқы белгісін анықтау үшін лапароскопия кезінде құрттәрізді өсіндінің ортан белінің астынан құралмен (трокар) көтеру керек. Егер айқын ісіну болса, трокармен көтерген кезде құрттәрізді өсінді иілмей, тік күйінде қалады («карандаш» (қалам) симптомы).

Ішектің көптеген дерттерінде (тамақпен улану, уремиялық колит) құрттәрізді өсіндінің сыртқы көрінісі (сұлбасы) катаралды аппендицитке ұқсас болуы ықтимал. Жатырдың қосалқы ағзаларының қабынулары құрттәрізді өсіндінің екінші реттік өзгерістеріне соқтыруы мүмкін.

Катаралды аппендицитті түбегейлі анықтау үшін 3-5 сағаттан кейін дианмикалық лапароскопия керек болуы ықтимал.

Флегмонозды (ірінді), гангренозды (шірулі), перфоративті (тесілген) аппендициттерді анықтау қиыншылық туғызбайды.

Құрттәрізді өсіндіні анықтау қиындығы апендикс ретроцекалды (ретроперитониалды) орналасса, инфильтрат орын алса, өте дамыған жабысқақ процессі болса туындайды. Жабысқақатарды ажыратуға, соқырішек күмбезін медиалды ығыстыруға (тартуға) тура келеді.

Аппендикулярлық инфильтратта соқырішек және мықын ішектің терминалды бөлігі үлкен шарбымаймен жабылған (қоршалған), қызарған, ісінген, кейбір жерлерінде фибринді жамылғылар бар. Толық дамыған «қатты» аппендикулярлық инфильтратта іш қуысында сұйықтық (экссудат) болмайды. Лапароскопиялық құралдармен (инструменты) пальпация жасағанда тіндер шеміршек тәрізді қатты, ағзалар бір-бірінен ажырамайды.

Инфильтрат кезінде жамбас қуысында сұйықтықтың (экссудат) болуы – инфильтраттың әлі толық шектелмегенінің – «болбыр» инфильтрат сатысы екендігінің белгісі, бұл жағдайда ағзаларды бір-бірінен ажыратуға болады.

Егер аппендикулярлық инфильтрат құрайтын ағзалардың арасынан ірің түссе (бөлінсе), ол аппендикулярлық (периаппендикулярлық) абсцесстің көрінісі. Кейде құрттәрізді өсіндіде қабыну болмағанның өзінде апендикстің негізінде деформация (қисаю) немесе тыртықтану болса, өсіндінің өзегінде сілемей іркіліп, мукоцеле орын алуы ықтимал. Бұл жағдайда құрттәрізді өсінді шар немесе колбатәріздес үлкейіп, ал негізінде деформация пайда болады.

Құрттәрізді өсіндінің карциноиды апендикстің ұшына таман орналасады. Өсінді тиреуіш тәріздес, қабырғасы қалың, дөрекі. «Пассивті» гиперемия орын алады (кішкене веналар мен венулалардың кеңеюі).

Диагноз анықталған соң, көрсеткішіне байланысты емдік әрекеттер қолданылуы мүмкін.

УДТ (ультрадыбыстық тексеру).

УДТ оң жақ мықын аймағындағы патологиялық өзгерістерді нысанды анықтап, ішқуысына енетін адекватты (оңтайлы) тілікті, жансыздандыру түрін таңдауға көмек береді.

УДТ-дің көмегі жедел аппендицитті іш қуысының басқа хирургиялық ауруларымен ажыратқанда тиімді.

Жедел аппендициттің тікелей белгілеріне патологиялық



сурет 18

өзгеріске ұшыраған аппендиксті көру (сәулелеу) жатады. Сагиталдық кескінді эхограммада өзгерген құрттәрізді өсінді қабырғасы қатайған, ішкі диаметрі 0,8-1,5 см-ге жететін ұзарған эконегативті құрылым болып көрінеді. Көлденең (поперечный) кескінде «мишень» (мишень) симптомы тән (сурет 18).

Құрттәрізді өсіндіні тікелей сәулелеу (көру) барлық жағдайда мүмкін бола бермейді. Ол оның анатомиялық орналасу ерекшеліктеріне байланысты: ретроцекалдық, жамбастық, ретропериотонеалдық орналасулар. Ультрадыбыстық суретті (көріністі) бағалау ішектің пневматизациясы (ауаға толуы) кезінде қиындай түседі.

Жедел аппендициттің жанама ультрадыбыстық белгілеріне оң жақ мықын аймағындағы эхобіркелкі емес, шекара айқын анықталмайтын тіндердің конгломератын табу жатады. Осындай эхокөрініс патологиялық өзгерген аппендикстің маңында үлкен шарбымай, шажырқай және әлсіз перистальтикасы бар ішек дұзақтары бар құрылымға, яғни болбыр аппендикулярлық инфильтратқа тән. Жанама белгілерге салданған ішек дұзақтары, мықын ішек пен соқыр ішек қабырғаларының ісінуі, олардың диаметрлерінің үлкеюі жатады.

Бағалы жанама белгіге оң жақ мықын тостағаны мен кіші жамбас қуысында сұйықтықтың болуы жатады, ол жергілікті перитониттің көрінісі.

Терең микротолқынды радиотермография (ТМР)

ТМР – тіндердің температурасына тікелей тәуелді ішкі ағазалардың меншікті электромагниттік сәулеленуін (излучение) өлшеуге негізделген тәсіл.

Қабыну процессінің немесе күшейген метаболизмнің салдарынан температураның артуы рентгенологиялық немесе УДТ тәсілдерімен анықталатын структуралық өзгерістерден анағұрлым ерте пайда болады, демек дертті ерте сатады да анықтау мүмкіншілігі бар. Тәсіл ішкі ағзалардың табиғи жылылық сәулелену әсерінен болатын ішкі (терең) температурасын микротолқындық диапазонда анықтауға негізделген.

Жедел аппендицитпен ауырған наукастарда оңжақ және солжақ мықын аймақтарында тепературалық асиметрияның болуын анықтауға болады. Асиметрия 0,6 С°-дан 3 С°-ге дейін ауытқиды, қабынған құрттәрізді өсінді проекциясында тепература жоғары.

Іш қабырғасының электромиографиясы.

Бұлшықет талшықтары қозған кездегі биологиялық биопотенциалдарды зерттеуге негізделген. Жедел аппендицит кезінде (әсіресе деструктивті аппендицит) іштің алдыңғы қабырғасының, әсіресе оңжақ мықын аймағының бұлшықеттері қатаяды да, ол ірітолқынды графиктер түрінде көрініс береді.

Терінің электрлі кедергісін өлшеу тәсілі.

Жоғары сезімтал электронды мегаметрдің көмегімен оң және солжақ мықын аймақтарының тері жамылғыларының электр кедергісін өлшейді. Жедел аппендицитте оң жақ мықын аймағындағы электркедергі сол жақпен салыстырғанда төмендейді.

ХІІ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬДЫҚ ДИАГНОЗ.

Типтік жағдайларда жедел аппендициттің симптоматикасы жеткілікті дәрежеде айқын және оны анықтау көп қиындық тудырмайды. Диагнозды бастапқыда-ақ жедел жәрдем бригадасының немесе емхана дәрігерлері қояды.

Госпиталға дейінгі дәрігерлік көмектің негізгі мақсаты жедел аппендицитке сәл де болса күдікті науқастарды дәл анықтау. Олардың барлығы да хирургиялық стационарға жеткізілуі тиіс. Құрсақ қуысындағы ауырсыну сезіміне қатысты дифференциалдық диагностиканы немесе іші ауыратын науқастарды динамикада қадағалауды амбулатория жағдайында жүргізу дәрежі кәте болып табылады. Дифференциалдық диагноз аппендициттің симптомдарына ұқсас белгілері бар барлық дерттермен жүргізіледі. Оларды 5 топқа бөлуге болады:

1. **Құрсақ қуысының басқа жедел хирургиялық дерттері:** жедел холецистит, жедел панкреатит, асқазан мен ұлтабардың тесілген жарасы, жедел ішек түйнелуі, қысылған жарықтар, шажырқай қантамырларының тромбозы және т.б.

2. **Оң бүйректің, зәр шығару жолдарының, ұрық шылбыры мен енінің дерттері:** оң жақты пиелонефрит, оң жақты бүйрек шаншуы, ұрық шылбырының бұратылуы, оң жақты орхит, эпидидимит және басқалары.

3. **Бірқатар жедел инфекциялық аурулар:** тамақтан улану (токсикоинфекция), сальмонеллез, жедел гастроэнтерит, іш сүзегі, қантышқақ (дизентерия) және басқалары.

4. **Жедел гинекологиялық дерттер:** жатырдан тыс жүктілік, аналық без апоплексиясы, аднексит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит және басқалар.

5. **Құрсақ қабырғасына берілетін ауырсыну сезімімен көрініс беретін терапевттік, неврологиялық дерттер және тері аурулары:** миокард инфарктісінің абдоминалдық түрі, оң жақты төменгі бөліктік пневмония, базалдық плеврит, қабыртқааралық невралгия, белдеу теміреткі және т.б.

I топ. Хирургиялық аурулар

Жедел холециститтің айырмашылықтары

- Жедел холециститтің анамнезінде өзгешеліктер бар: оң жақ қабырға астындағы ауырсыну ұстамасының диета бұзғаннан кейін (майлы, тұзды тағамдар, ішімдік), физикалық жүктемелерден кейін пайда болуы, ауырсынудан кейін денесінің сарғаюы, т.б.

- Ауырсыну оң жақ қабырға доғасы астында орналасады, ұстама түрінде өтеді, оң жақ иыққа, жауырынға, жауырын арасына, оң жақ бұғана үстіне таралады (беріледі).

- Оң мәнді френикус – симптом: изеу бұлшықеттің аяқшаларының арасын саусақпен басқан кезде оң жақ қабырға астында ауырсыну пайда болады. Сол жақта ауырсыну жоқ.

- Пальпация кезінде ауырсыну аймағы оң жақ қабырға доғасы астында.

- Өт қалтасының түбі пальпация кезінде анықталуы мүмкін. Демалған кезде өт қалтасы қозғалыста болады.

- Жедел холециститте дене қызуы ерте және көбірек көтеріледі (38° - 39°C).

- Қан анализінде лейкоцитоз $15 - 20 \cdot 10^9$ /л және одан да жоғары, ЭТЖ жоғарлайды.

- Гипербилирубинемия болуы мүмкін;

- Ортнер мен Мерфидің симптомдары оң мәнді.

Жедел панкреатит.

- Анамнезінде шамадан тыс алкоголь қолдану.

- Эпигастрий аймағындағы ауырсыну жедел аппендицитке карағанда анағурлым күштірек.

- Жағдайды жеңілдетпейтін жиі құсу.

- Ауырсыну белге беріледі, белдеме түрінде.

- Улану белгілері өте күшті.

- Гипотония, тамыр соғу күші әлсіз, кейде брадикардия.

- Іштің қабырғасы ұзақ уақыт жұмсақ, ішпердесінің тітіркенуі кеш пайда болады.

- Құрсақ аортасының пульсациясы әлсіз (Воскресенский синдромы).

- Мейо-Робсонның смптомы оң мәнді (сол жақ қабырға – омыртқа бұрышын саусақпен басқанда ауырсынудың пайда болуы).

- Пальпация және перкуссия кезінде көлденең тоқ ішектің үрленгені анықталады.

- Перитонит дамыса іштің алдыңғы қабырғасының көлденең резистенттілігін анықтайды. (Керте симптомы).

- Кіндік маңайының көгістенуі (Куллен симптомы).

- Іштің қаптал қабырғаларының көгіс тартуы (Грей-Турнер симптомы).

- Беттің көгістенуі (Мондор-Лагерлофтың симптомы).

- Зертханалық тексерулерде қан мен зәрде амилазаның көбеюі, қанда билирубиннің жоғарлауы ықтимал.

Егер операцияға дейін диагноз дұрыс анықталмаған болса, операция кезінде онжақ мықын аймағында геморрагиялық сұйықтық көріп, жедел панератитке күмәндануға болады және әрі қарай жоспар өзгереді.

Тесілген жара ауруы

- Жара аурына тән анамнез (мезгілдік өршу, ауырсынудың тамақ ішкеннен кейін немесе ашқарында күшеюі, қыжыл, ащы кекірек, ауырсынудың ас содасын ішкеннен кейін басылуы т.б.).

- Ауырсынудың кенеттен пайда болуы («қанжар сұққандай» ауырсыну).

- Іш бұлшық еттерінің тақтайдай қатаюы.

- Бауыр тұйықтығының жоғалуы (науқас шалқасынан жатқанда).

- R-лық тексеруде ішқуысында (диафрагма астында) бос ауының болуы (орақ тәріздес).

- Брунердің оң мәнді симптомы (оң жақ қабырға астында үйкеліс шуылы – асқазан сөлінің ішпердеге әсері).

- Дене қызуы қалыпты (перитонит дамығанға дейін).

- Әдепкі кезде лейкоцитоз жоқ, ЭТЖ жоғарлауы мүмкін (жара ауруының кезекті өршуі).

- Көбіне ер кісілерде болады.

Дегенмен, кейбір жағдайларда (жабылған тесілу, артқы қабырғаның тесілуі, бауыр астындағы жабысқақтар) асқазан – 12 елі ішек құрамдары оң жақ қаптал каналмен төмен ағып, оң жақ мықын аймағында жиналуы мүмкін. Ол жедел аппендициттің клиникасын береді. Бұл жағдайда операция үстіндегі сақтық керек. Іш қуысында патологиялық сұйықтық бар, кейде өт аралас, қорытылмаған тамақ, ауа көпіршіктері болуы ықтимал. Түсініксіз жағдайларда Неймарк – Мельников сынамасын жасау

керек: іш қуысынан алынған сұйықтыққа иод тамшысын тамызады, сұйықтың көк түске айналуы крахмалдың бар екендігінің белгісі.

Меккель дивертикулиті

Меккель дивертикулы қабынса объективті физикалық тексерумен диагноз қою мүмкін емес. Тек анамнезінде ішектен қан кету орын алған болса, күдіктенуге болады. Осы күні диагностикада лапароскопия көмектеседі. Егер, жедел аппендицитке күмәнденіп, іш қуысын ашқанда құрт тәрізді өсінді өзгермеген болса, мықын ішектің 60-80 см. тұзағын мұқият тескеру керек.

Ішектің жедел өткізбеушілігі

- анамнезінде бұрын іш қуысына жасалған операция болуы мүмкін (жабысқақты ішек түйнелуі).

- анмнезінде жүдей бастау, сол жақ мықын аймағында ауырсыну, үлкен дәреттің түсінің, түрінің өзгере бастауы (қан, ірін аралас, лента тәрізді нәжіс, құмалақ тәріздес нәжіс) болса – тоқ ішектің обырлық obturациялық ішек өткізбеушілігіне күмәндену керек.

- ауырсынудың кенеттен басталуы, толғақ тәріздес болуы (механикалық өткізбеушілік), немесе тұрақты кернеулі (үштің үрленуі – паралитикалық өткізбеушілік) ауырсыну.

- ішек перистальтикасының күшеюі.

- іштің алдыңғы қабырғасын дірілдеткенде «шылпыл шуының» анықталуы.

- деңгейіне байланысты ерте, немесе кеш пайда болған құсу.

- R-лық белгілер: Клойбер таяқшалары, көлденең кескіндер (Кейси симптомы), арқалар.

- Шварц сынамасы, контрасты белгілер топтасуы, ирригоскопия т.б.

Қысылған жарықтар

Дәрігер, егер оң жақ мықын аймағында ауырсыну пайда болса, науқасты емшектіктен санның ортаңғы үштен біріне дейін жалаңаштап, іш қабырғасының барлық әлсіз жерлерін мұқият қараса, қате жібермеуге болады. Осал жерлердегі томпаю, олардың ішке енбеуі, біртіндеп үлкеюі, ауырсынудың күшеюі, кернеуленуі қысылған жарықтың белгілері. Қысылған

ағза ішек тұзақтары болса, жедел ішек өткізбеушілігі орын алады.

Жедел шажырқайлық лимфаденит (мезоаденит).

- Көбіне балаларда кездеседі.

- Көбіне демалыс ағзаларының жедел қабыну ауруларының өршуіне тура келеді.

- Тұрақты локализациясы болмайды, дегенмен оң жақ мықын аймағында жиі орналасады.

- Ауырсыну локализациясы Штернберг сызығына сәйкес келеді (оң жақ мықын аймағынан сол жақ қабырға доғасына қарай) – Штернберг симптомы. Лимфатикалық түйіндер көбіне мықын ішектің төменгі бөлігінде қабынады.

Ауруды сол жақ қапталға ауыстырып жатқыза, 1-2 мин. кейін ауырсыну сол жаққа ауысады және керісінше. Сол жақ қапталда ауырсыну шалқасынан жатқаннан күштірек (Клайн симптомы).

- Жедел аппендицитке қарағанда аурудың жалпы жағдайы жеңілдеу.

- Ернінде ұшық пайда болуы мүмкін.

Лейкоцитоз жоғары емес, әдетте $10 \cdot 10^9 /л$ - дан аспайды.

Дегенмен диагнозды дәл анықтау көбіне қиындық туғызады. Қиындық болса диагностикалық лапароскопия жасаған дұрыс. Бейспецификалық жедел лимфоаденитте іш қуысында сірнелі немесе геморрагиялық сұйықтық болуы мүмкін. Шамалы ісінген және қызарған аш ішек шажырқайында үлкейген лимфа түйіндері байқалады.

Шажырқай қантамырларының жедел тромбозмболиялары.

- Негізгі себептері: жүрек пен қантамырларының атеросклеротикалық өзгерістері, жүректің ревматизмдік (құздамалық) ақаулары, гипертония ауруы, бауыр мен талак дерттері.

- Көп жағдайларда жүрек соғу ырғағының бұзылыстары орын алады.

- Қан ұю қабілетінің жоғарылығы байқалады (туа, жүре пайда болған тромбофилиялар).

- Ауырсыну симптомы өте айқын, тұрақты, аш ішектің бұратылуымен деңгейлес, ауырсынуды басатын дәрілер

(наркотиктер) де көмектеспейді, кейде спазмолитиктер ауырсынуды басуы мүмкін.

- Науқас өзін қоярға жер таппайды, айқайлады, аяқтарын ішіне тартып төңбекшүі, төрттағандауы ықтимал.

- Аурудың түсі құқылданады, боп-боз, кейде көгіс тартады.

- Жоғары шажырқай артериясының тромбозмболиясы орын алса жалпы артериялық қысым 60-80 мм. сын.бағ. жоғарлауы мүмкін (Блиновтың симптомы).

- Кештеу басталған құсықта қанның қоспасы болады, әсіресе аш ішек қамтылса.

- Ішектің «ишемиялық босауы» болуы мүмкін (сұйық дәрет), нәжісте қанның іздері анықталады.

- Веноздық (көктамырлық) инфарктге Мондор симптомы тән (жұмсақ эластикалы, шекарасы анық емес инфилтрат байқалады).

- Тоқ ішекті саусақпен қарағанда қанды бөлініс байқалады..

- Диагностикада ангиография мен лапароскопия көмектеседі.

II топ.

Урологиялық аурулар.

1. Бүйрек шаншуы (почечная колика).

- Аурудың басталуы кенеттен, күтпеген жерден.

- Осындай ұстама бұрын да болуы ықтимал.

- Ауырсыну бел аймағында орналасады, шыдатпас күшті болуы мүмкін, шапқа, санға, жыныс ағзаларына беріледі.

- Ауру шыдамсыз, өзін қоярға жер таппайды.

- Көп жағдайда зәр бөлу, зәр шығару бұзылады: дизурия, поллакиурия, олигоурия, полиурия, кейде анурия.

- Оң жақ бүйрекке екі қолмен пальпация жасағанда бел бұлшықеттері қатайған, ауырсынады.

- Несеп ағар бітеліп қалса, үлкейген оң жақ бүйректі пальпация жасап анықтауға болады.

- Оң жақ XII қабырға симптомы, Пастернацкий симптомы оң мәнді.

- Зәр анализінде эритроциттер анықталады.

- Шолу урограммасында бел бұлшықетінің көлеңкесі айқын емес, омыртқа жотасы оң жаққа қарай қисайған, бүйректің көлеңкесі үлкейген, зәр жүру жолдарында тастың көлеңкесі бар.

- Экскреторлық урограммада бүйрек тостақша – түбекшелерінің (чашечно-лоханочная система) жүйесінің контрастпен кешігіп немесе мүлде толыспауы; Бүйректің несеп шығару жолдарының бітеген тасқа дейінгі деңгейде кеңеюі. («нұсқау (көрсету) саусақтың» симптомы).

- Егер тостақша – түбекшелер жүйесіне контраст түспесе, хромоцистоскопияға жүгіну керек. Егер тас несеп ағардың интрамуральдық бөлігінде орналасса, цистоскопия кезінде несеп ағар сағасының реакциясы білінеді (ісіну, қызару, қанталау), қуықа тас түсейін деп тұрса – саға ашық (зияет), көбіне тас көрініп тұрады.

Егер несеп ағар бітеліп қалса, индигокармин бөлінбейді.

- Егер рентгенонегативті тастар болып, бүйректің қызметі бұзылса, несеп ағардың өткізбеушілігі орын алса, оң жақ несеп ағарға катетеризация жасалады, кедергінің деңгейі анықталады, керек болса, катетр арқылы контрасты зат енгізіледі, кедергінің деңгейі мен себебі анықталады.

- Несеп ағар бойымен зәр ағу қалыптасып, іркілу жойылса (спазмолитиктер, катетеризация) ауырғандық басылып, аурудың жағдайы жақсарды.

- Ауырсыну симптомы Лорин – Эпштейннің новокаиндық тежеуінен кейін басылады (0,5% - 50-60 мл. новокаин ертіндісі шап каналының сыртқы тесігі маңайында ұрық шылбарына немесе жатырдың дөңгелек байламасына енгізіледі).

- Оң мәнді Лорин – Эпштейн симптомы (оң жақ аталық безді тартқанда бел аймағындағы ауырсыну күшейеді).

Ұрық шылбырының, аталық без өсінділерінің және оны қосалқыларының айналып кетуі. (бұратылуы).

- Аталық безде, ұмада кенеттен ауырсыну пайда болу.

- Ұманың оң жақ бөлігінің ісінуі, үлкеюі.

- Оң жақ аталық безді, ұрық шылбырын пальпация жасағанда ауырсыну.

- Ұрық шылбырының ісінуі (жуандауы), қысқаруы, бұратылуы (пальпация кезінде).

- Тез дамыған екінші реттік жедел гидроцеле (диафаноскопия симптомы +).

Жедел пиелонефрит

- Оң жақ бел-кабырға аймағындағы қатты ауырсыну.
- Өте ауыр улану (интоксикация) белгілері (жоғары дене қызуы, әлсіздік, бұлшықеттердегі, буындардағы ауырсыну, жүрек айну, құсу, бас ауыру).
- Алдындағы жалпы соматикалық, жұқпалы, салқын тиген аурулар (ангина, грипп және бас). Немесе урологиялық дерттер (цистит, қуықтас ауруы, нефроптоз және басқ.), тону.
- Пальпация кезінде бүйрек проекциясындағы бұлшықеттердің қатаюы, ауыруы.
- Үлкейген бүйректі пальпациялау мүмкіндігі.
- XII қабырға, Пастернацкий симптомдарының оң мәнділігі.
- Жоғары лейкоцитоз, формуланың солға ығысуы.
- Зәр анализінде көп мөлшерде лейкоциттер (егер толық обтурация болмаса).
- Жалпы шолу урограммасында үлкейген оң жақ бүйректің шекарасының анық болмауы, омыртқа жотасының оңға қарай қисаюы.
- Экскреторлық урограммада тостақша – түбекшелердің кешігіп толысуы (контрастың кешігіп түсуі, ығысуы және басқалар), сыртқы шекарасында томпаюлар, бүйректің үлкеюі, тостақша – түбекшелердің көрінбеуі.
- Экскурсиялық экскреторлық урограммада оң жақ бүйректің қозғалуының шектелуі.
- Оң жақ бүйректің несепағарының бітелуі болса, хромоцистоскопия кезінде индигокарминнің қуыққа түспеуі.

III топ – инфекциялық аурулар.

Аспен улану (пищевая токсикоиннерекция)

- Әуелі жедел гастриттің клиникасы дамиды. Эпигастрий аймағындағы ауырсыну жедел аппендицитке қарағанда күштілеу, құсу өте жиі.
- Эпигастрий аймағындағы ауырсыну бірте-бірте бүкіл іш аймағындағы, тұрақты локализациясы жоқ ауырсынумен алмасады, кейде ұстама түрінде.
- Жиі сұйық нәжіс.

- Іштің алдыңғы қабырғасы жұмсақ, пальпация кезінде ішек тұзақтарының шұрылдауы естіледі, S – тәрізді ішек спастикалық жіңішкерген.

- Ішперде тітіркенуі жоқ.

- Улану белгілері өте дамыған (тері жамылғысының қуқулдануы, ақ-боз түрге енуі), салқын тер, тахикардия, гипотония және басқ.

- Диагноз қоюға эпидемиологиялық анмнезді толықтыру көмектеседі. Көбіне көп тұрған, бұзылған тамақты қолдану әсер етеді.

- Бір мезгілде бірге тамақ ішкен көптеген адамдардың ауруы тән.

- Көбіне ауру жылдың жылы кезінде, мұздатқышы жоқ (тамақ сақтайтын) жерлерде дамиды.

- Жедел аппендицитке тән симптомдар жоқ.

Қантышқак (дизентерия)

- Ауырсыну ұстамалы, толғақ тәріздес.

- Қатты ауырсыну сол жақ мықын аймағында.

- Ұстамалардың арасында (ұстамадан тыс) іш жұмсақ, тоқ ішек бойымен ауырсынады, әсіресе S – тәрізді ішек проекциясында.

- Үлкен дәрет жиі, сұйық, сілемей – қан аралас.

- Ауыр ағымда «**тік ішекті түкірік**» тәріздес.

- Дефекация жиі отырғысы келу сезімімен, жалған күшенумен суреттеледі.

- Лейкоцитоз жоғары емес, өсуге бейімділік жоқ.

- Нәжісті зертханалық зерттегенде эритроциттер, лейкоциттер көп мөлшерде, ет талшықтары, қорытылмаған клетчатка (талшықтар) анықталады.

Іш сүзегі (брюшной тиф)

- Эпиданамнез.

- Продормалдық (алғашқы) симптомдар: жалпы әлсіздік, тоңазу, асқа тәбеттің нашарлауы, бас ауыруы, мәңгіру (заторможенность). Біртіндеп өршіп, бірапта шамасында дерттің негізгі белгілеріне ауысады.

- Дене қызуы көтеріле келе 39°-40°С дейін жетеді.

- Тіл қоңыр жабылғымен (қақпен) жабылады, бірақ екі шеті, ұшы қақтан таза және шаңқай-қызыл түске енеді («сүзектік тіл»).

- Алғашқы күннен-ақ аңқасында (зев) бадамшабез ісініп, қызарады (сүзектік ангина).

- Іштің кебуі, оң жақ мықын аймағында ішектің шұрылы.

- Талақтың үлкеюі.

- Нәжіс «бұршақ (горох) көжесі» (гороховый суп) тәріздес.

- Науқастың бет әлпеті қимылсыз, қоршаған ортаға әсерсіз.

- Ымдау (мимические) бұлшықеттерінің әлсін-әлсін жиырылуы.

- Артериалдық қан қысымының төмендеуі, коллапсқа бейімділік.

- Салыстырмалы брадикардия, дикротия (тамыр соғу толқынының екіге бөлінуі).

- Бірінші күндерден бастап бронхиттер, ошақты пневмония.

- Лейкопения, салыстырмалы лимфоцитоз және анэозинофилия.

- Іштің тері жамылғысында, қаптал беттерінде қызғылтым дақ түріндегі бөртпелер пайда болады, тері үстіне шығыңқы, басқан кезде жоғалады. Бөртпелер саны көп емес.

Вирустық гепатит.

- Диспепсиялық бұзылыстар, буындардың ауруы (артралгия), тәбеттің болмауы (анорексия), әлсіздік, тұмаурату.

- Бауырдың, сиректеу талақтық үлкеюі.

- Пальпация кезінде жедел мезоадениттегідей шажырқайдың беку проекциясында ауырғандық болуы ықтимал. Оның себебі инфекциялық гепатитте регионарлық лимфоаденит қосарлана дамиды.

- Қанда: лейкопения, лимфоцитоз, вироциты – атипиялық лимфоциттер, жоғары базофилия мен протоплазманың азурофильды грануляциясымен қосарланады.

- Қан сарысуында ферменттердің белсенділігінің артуы.

- Дененің сарғаюы (паренхиматоздық).

IV топ. Жедел гинекологиялық дерттер. Жатыр қосалқыларының қабынулары.

- Ауру басталғанда эпигастрий аймағында ауырсыну жоқ (Кохер симптомы теріс мәнді).

- Жағымсыз гинекологиялық анамнез. Жедел қабыну процесстері көбіне жатыршілік араласулардан кейін пайда болады.

- Көбіне етеккірдің келуінің бұзылыстары бар.

- Ауырсыну іштің төменгі бөліктерінде, қасағаның үстінде немесе шап байламасының үстінде (оң жақ, сол жақ немесе екі жақта да) орналасады.

- Ауырсыну жыныс ағзаларына, сегізкөзге, тік ішекке беріледі.

- Бел аймағында ауырсыну бар.

- Іш қалыпты бейнеде, демалыс процессіне белсенді қатысады, сипағанда жұмсақ, ауырсыну төменгі бөліктерде.

- Дене қызуы көтерілген, қолтықасты және тік ішек температурасының айырмашылығы 2°C-ден астам.

- Науқас шалқасынан аяқтарын бүгіп жатқанды ыңғайлы санайды (ауырсыну азаяды).

- Тілі таза, ылғалды.

- Жатырдың қозғалмалығы шектеулі, қозғалту (смещение) ауырсынуды күшейтеді. Қынаптың күмбезін басса, ауырсыну артады. Қосалқы ағзалар үлкейген. Қынаптан, жатырдан іріңді бөлініс.

- ЭТЖ көбейген, нейтрофильді ауытқусыз лейкоцитоз.

- Қынаптың артқы күмбезін пункциялап сірнемелі немесе іріңді бөлініс алуға болады.

- Жендринский симптомы оң мәнді: шалқасынан жатқан аурудың ішін Кюммель нуктесінде (кіндіктен 2см-ге оңға қарай және төмен) саусақпен басып, қолды алмай науқасты тұрғызады. Ауырсынудың күшеюі – аппендициттің белгісі, ал азаюы – жатыр қосалқыларының қабынуының белгісі.

- Оң мәнді Промптов симптомы – қынап арқылы саусақпен жатырды жоғары (алға қарай) көтергенде (жылжытқанда) ауырсыну күшейеді.

Аналық без кистасының бұратылуы.

- Кенеттен басталады.
- Іштің төменгі бөлігіндегі шыдатпас ауырсыну аралыққа, санның ішкі жағына тарайды.
- Көп құсу.
- Науқастың шыдамсыздығы (беспокойство).
- Кіші дәретке отыруға жалған сезім.
- Іш жұмсақ, іш перде тітіркену белгілері жоқ.
- Дене қызуы қалыпты.
- Лейкоцитоз жоқ.
- Қынап арқылы қарағанда (бимануальды) дөңгелек, эластикалық, айқын шектелген құрылым анықталады.

Пельвиоперитонит.

- Дерт жатыр қосалқы ағзаларының қабыну – деструктивті ауруларында дамиды.
- Ауру ағымы жәй, ауырлығы төмен.
- Ауырсыну іштің төменгі жағында орналасқан, шап аймағына, санға, тік ішекке беріледі.
- Кіші дәретке отыру жиі, ауырсынулы.
- Қынаптың артқы, қаптал күмбездері томпайған, ауырсынулы.
- Жатыр қозғалуы шектеулі, өте ауырсынулы.
- Бөлініс іріңді.
- Артқы күмбезге пункция жасағанда іріңді бөлініс.
- Кәріздеу, антибиотик енгізу тез көмек берді.

Аналық бездің апоплексиясы.

Оң жақ аналық бездің жарылыуының клиникалық көріністері қан ағудың жылдамдығы мен көлеміне байланысты. Қан аз кетсе клиника жедел аппендицитке ұқсас. Бірақ кейбір өзгешеліктер бар.

- Ауру менструалдық циклдің орталарында көрініс береді, менструациядан кейінгі бірінші аптада кездеспейді.
- Ішке қан кетудің белгілері бар.
- Аурудың басталуы көбіне ауыр физикалық жүктемеге немесе жарақатқа байланысты.
- Ауырсыну сегізкөзге, аралыққа тарайды.
- Қанды бөлініс болуы ықтимал.
- Дене қызуы қалыпты.

- Тілі таза, ылғалды.
- Қынап арқылы қарағанда күмбездер ауырсынулы, томпауы мүмкін, жатырды қозғау ауыртады. Жатыр қалыпты мөлшерде, қатты. Кейде аналық без үлкейген.
- Қынаптың артқы күмбезін пункциялап қан алу мүмкін.
- Қан көрсеткіштерінде қабыну белгісі жоқ.

Жатырдан тыс жүктілік.

- Жүктіліктің белгілері бар (етеккірдің тоқтауы т.б.).
- Ауырсыну іштің төменгі жағында, кейде толғақ тәріздес.
- Тік ішектің басылу сезімі, үлкен дәретке шығуға жалған сезім.
- Қан жоғалту анемиясының белгілері: қуқылдану, әлсіздік, ес жоғалту, тамыр соғысының әлсіздігі, қан қысымының төмендеуі, көз қарашығының үлкеюі т.б.
- Тілі ылғал, таза.
- Іштің сыртқы бейнесі қалыпты, дем алу актісіне қатысады, сипағанда жұмсақ.
- Іштің жұмсақтығына, пальпация кезінде ауырсынудың шамалылығына қарамай ішпердесінің тітіркену белгілері бар.
- Оң мәнді «френикус» симптом.
- Қаптал каналдарда перкуторлық тұнық дыбыс.
- Жатырдан – қынаптан қара-қошқыл қанды бөлініс.
- Қынап кілегей қабаты көгіс.
- Қынаптан қарау ауырсынулы – «Дугластың айқайы».
- Жатырдың көлемі үлкейген, бірақ 5-6 апталық жүктілік көлемінен аспайды.
- Жатыр жұмсақ.
- Жатырды қозғалту оңай («жүзіп жүрген» жатыр симптомы).
- Қынаптың артқы күмбезі томпаяды.
- Жатырдың қапталында қамыр тәріздес құрылым болуы мүмкін (түтікше маңайлық гематома).
- Дене қызуы қалыпты (екінші – үшінші тәуліктерде қанның сіңірілуіне байланысты көтерілуі мүмкін).
- Қан анализінде анемия.
- Қынаптың артқы күмбезіне пункция жасағанда қан алынады.

V. топ. Терапевтік, неврологиялық және тері аурулары.

Миокард инфаркті және стенокардия.

- Көбіне қарт адамдарда кездеседі.
- Анамнезінде стенокардия ұстамалары бар.
- Физикалық жүктемелерден, эмоционалдық толқулардан, көп мөлшерде ішімдік қолданғаннан кейін ұстайды.
- Ауырсыну жүрек аймағында басталып, эпигастрий аймағына беріледі. Инфарктың абдоминальдық түрі айқын дамығанның өзінде ауырсыну іштің тек эпигастрий тұсында ғана болады.
- Ауырсыну сол жақ иыққа, жауырынға, қолға беріледі.
- Іштің бұлшық етінің қатаюы, ішпердесінің тітіркенуі және басқа да жедел аппендицитке тән симптомдар жоқ.
- Ауырсыну валидол немесе нитроглицерин қолданғанда азаяды.
- ЭКГ-де тән өзгерістер пайда болады.
- Миокард инфарктында жүрек тропониндері 6 сағ-тан соң диагностикалық маңызға ие дәрежесіне дейін жоғарлап, көтеріңкі деңгейі 7-14 тәуліктерге дейін сақталады.

Жедел пневмония.

- Айыру диагнозын жүргізу көбіне балаларда қажет.
- Тыныс алу процессіне қосалқы көмекші механизмдер қатысады (мұрын танаулары, қабырғааралық бұлшықеттер және басқ).
- Кеуденің төменгі қаптал беткейін қолмен қысу ауырсынуды күшейтеді.
- Жетел бар.
- Жедел пневмонияда дене қызуы өте жоғары, кейде 39°C-ден асады.
- Перкуссия, аускультацияда, рентгенологиялық тексеруде өзіндік ерекшеліктері бар.

Шенлейн – Генох ауруы.

- Көбіне 5-7 жасар балаларда кездеседі, бірақ жасөспірімдер мен ересек адамдарда да кездесуі ықтимал.
- Үлкен буындардың ауырсынулы ісінулері пайда болуы мүмкін.
- Тері жамылғысында геморрогиялық бөртпелер пайда болады (көбіне аяқтарда).

- Кончаловский – Румпель – Лееденің оң мәнді симптомы – иыққа бұрау (жгут) салғаннан кейін 5 минуттан соң шынтақ шұңқырында немесе білекте геморрагиялық бөртпелер пайда болады.

- Кейде зәр жүру жолдарынан белгілер көрініс береді (гематурия, альбуминурия).

- Буын ауырып (артралгия), теріге бөртпелер шыкса, дене қызуы көтерілуі мүмкін.

- Юргенстің оң мәнді симптомы – бұғана астының терісін шымшыса қанталаулар пайда болады.

Кұрсау теміреткі (опоясывающий лишай).

- Егер ауырсыну симтомы бөртпе пайда болғанға дейін дамыса, айыру диагнозында қиындық болады.

- Іштің қабырғасының қатаюы жоқ, және ауырсыну ортаңғы аксызықтан әрі аспайды.

- Негізгі себебі желшешек вирусымен бірнеше арқалық түйіндердің (ганглий) және соған жақын жатқан артқы түбіршектердің зарарлануы және олардың қабынуы.

- Ауру жалпы шаршампаздық, аздап қызулаудан басталып, өте шыдатпас ауырсынуға әкеледі және ауырсыну көкірек қуысы немесе іштің қабырғаларына берілуі мүмкін де, диагностикалық қиындық туындайды.

- Ауырсыну белдеме түрінде, ауырсынудан кейін (бірнеше сағаттан бірнеше тәулік арасында) қабырға бойымен бөртпелер пайда болады. Бөртпелер сулы, геморрагиялық, тіпті некротикалық болулары ықтимал.

- кей жағдайларда ауырсыну мен бөртпелерге бұлшықеттердің шектелген параличі қосарлануы мүмкін, іш қабырғасының бұлшықеттері томпайып жарыққа немесе ісікке күмән тұғызады.

- Сиректеу герпестік бөртпелер плеврада, қуықта, 12-елі ішекте пайда болады.

- Аурудың жедел сатысында жұлын сұйығында лимфоцитарлық плеоцитоз болатыны дәлелдеген.

- Бірнеше апта шамасында бөртпелер жойылады, ауырсыну азаяды. Бірақ орта жастағы немесе қарт адамдарда көп уақытқа дейін невралгия сақталуы мүмкін.

XIV. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ ЕМІ.

Жедел аппендицитті емдеудің осы кездегі қолданылып жүрген ұстанымын қабылдау біршама «тар жол таяғак кешуден» өтті. Жедел аппендицитті терапевтердің емдеуінен бастап 100% (пайызды) оперативті емдеуге дейінгі ұстанымға өзгеруі ымырасыз пікірталастардың, қарама қарсы көзқарастардың нәтижедері.

Көптеген оташылардың жеке ой – пікірлері де тәжірибе барысында бір ұстанымнан екіншіге, кейде толық кересінше тактикаға өзгеріп отырған.

Осы кезде жедел аппендицитті емдеудегі сұрақ толық шешілген, дүние жүзінің хирургтерінің мойындаған, күнделікті тәжірибеде қолданып жүрген емі біреу – **жедел аппендэктомия**. Әр кезеңде әр елдің хирургтері жедел аппендициттің емдеу тактикасына ревизия жасауға, өзгертуге ұмтылыстар жасаған, бірақ беделді жеке хирургтердің, тәжірибелі хирургиялық ұжымдардың ғылыми – клиникалық дәлелдерінің нәтижесінде жалғыз дұрыс тактика – жедел оперативтік ем өзгеріссіз қалдырылды.

Аурудың жасына, жынысына, ауру басталған және ауруханаға түскен уақытына қарамай, асқынулар орын алса да, қосалқы аурулар болғанымен жедел аппендициттің бір-ақ емі бар – ол **жедел аппендэктомия**.

Бірақ, тактикалық сұрақ шешілгенмен, оперативті емнің қортындысы осы күнге дейін аса қуантарлық жағдайда емес. Соңғы 50-60 жылда операциядан кейінгі өлімнің жиілігі 0,2%-дан төмендемей отыр. Ол тек қана хирургтің қолында емес.

Жедел аппендицитті емдеудің нәтижелерін жақсарту (асқынулар мен өлімді мейлінше азайту) көптеген жағдайлар мен алғышарттарға тәуелді.

Бірінші – жедел хирургиялық аурулармен ауырған, оның ішінде жедел аппендицитпен ауырғандарға да, оперативтік емнің қолжетімділігі мен ақысыздығы;

Екінші – жедел жәрдем, жалпы және жанұялық медицина мекемелерінің қызметтерінің оңтайлылығы, деркезділігі;

Үшінші – науқастардың өз денсаулығына деген оң көзқарасы, жауапкершілігі, уақытында, кешеуілдемей медициналық көмекке жүгінуі.

Іш қуысы ағзаларының жедел хирургиялық ауруларын уақытылы анықтап, дер кезінде оталық көмек көрсету үшін кейбір **міндетті ұстанымдарды** сақтау қажет.

1. Тұрғындар арасында жанұялық медицина, «Салауаты өмір салты» мекемелері, біріншілік медико-санитарлық көмек көрсету мекемелерінің қызметкерлерінің күшімен іші ауырған кезде медициналық көмекке кешікпей, созғыламай, деркезінде бірден, тәуліктің кезкелген уақытында жүгіну керек екендігі жөнінде санитарлық – ағарту жұмысы жүргізілу керек.

2. Жедел жәрдем бекетінің қызметкерлері, емхананың учаскелік терапевтері жедел аппендицитке күмән туындаса, науқасты сатылап қуаламай, хирургиялық көмек көрсететін ауруханаға санитарлық көлікпен өздері жеткізулері керек және кезекші хирургтің қолына тапсырулары қажет.

3. Іші ауырған науқас емханаларда кезек күтпей, кабинеттен кабинетке жүгірмей, бірінші кезекте қаралулары тиіс. Диагнозы толық анықталғанша сарылып отырмаулары керек. Емхананың санитарлық көлігімен немесе жедел жәрдем шақырылып, хирургиялық стационарға дереу жеткізілуі міндетті.

4. Науқас қабылдау бөлімінде ұзақ күтпеуі, қажет мамандармен дереу қаралып, зертханалық, құрал-аспаптық тексерулерден тез өтіп, көрсетіміне сәйкес қажетті бөлімшеге жатқызылуы керек.

5. Диагнозды анықтауға, айыру диагностикасын жүргізуге, операцияға дайындауға 2 сағаттан артық уақыт өтпеуі қажет.

6. Егер клиникалық, зертханалық, инвазивті емес құрал-аспаптық тексерулер диагнозды қоюға көмек бермесе, диагностикалық лапароскопияға жүгіну қажет. Егер ауруханада эндовидеохирургиялық қондырғы болмаса, амалсыз диагностикалық лапаротомияға баруға тура келеді.

7. Диагностикалық лапароскопия мен лапаротомия емдік операцияларға айналуы әбден мүмкін.

8. Анықталған «жедел аппендицит» диагнозы хирургиялық емге абсолютті көрсеткіш болып табылады.

9. Операцияға көрсеткіш анықтау барысында дерттің ұзақтығы, бұрын болған ұстамалардың жиілігі, аурудың жасы мен жынысы, қосалқы аурулары қарсы көрсеткіш болып есептелмейді.

10. Қарсы көрсеткіш тек өлім алдындағы жағдай ғана (агональное состояние).

11. Егер жедел аппендицит жайылған ірінді перитонитпен, абдоминальдық сепсиспен асқынса, операция алдындағы қарқынды дайындық терапиясын 4 сағатқа дейін созуға болады.

12. Жедел аппендициттегі операцияға қарсы көрсеткіш операцияға дейін анықталған **«шектелген қатаң тығыз аппендикулярлық инфильтрат»**.

13. 10-12 жасқа дейінгі балаларда аппендикулярлық инфильтрат операциялық емге қарсы көрсеткіш болып есептелмейді.

14. Жедел аппендицитті емдеудің қортындысын жақсарту дертті емдеу барысында тактикалық сұрақтарды өзгертуге емес, ерте диагноз қою мен ерте операция жасауға негізделуі керек.

Жоғарыда көрсетілгендей жедел аппендициттің емі – **операция – аппендэктомия**. Операция жасау барысында хирургтердің алдында бірнеше мәселе туындайды:

1. Операция алдындағы дайындық.

2. Жансыздандыру тәсілін таңдау.

3. Іш қуысына ену жолын таңдау.

4. Аппендэктомия операциясын жүзеге асырудың тәсілін таңдау және оны орындау.

5. Операцияны аяқтау тәсілін таңдау.

Операция алдындағы дайындықтың көлемі науқастың жалпы жағдайына, қосымша ауруларына, жедел аппендициттің асқынуларына байланысты.

Егер науқас жас, қосымша аурулары жоқ, аппендицит жайылған перитонитпен асқынбаса, операция алдындағы дайындық негізінен жергілікті дайындыққа – операция аймағын дайындауға тіреледі. Операция аймағындағы түктерді қыру, антисептикермен өңдеу, асқазанға және қуыққа катетрлер (зонд) қою қажет.

Көптеген жас оташылар, егер операцияны жергілікті жансыздандырумен жасау жоспарланса, асқазанға зонд, қуыққа катетр қоюға аса мән бермейді. Ол үлкен қате. Себебі: егер құрттәрізді өсімді кіші жамбас қуысында орналасып, техникалық қиындықтар туындаса, зәрге толған, үлкейген қуық операцияны онан сайын қиындата түседі. Операцияның үстінде отаның көлемін кеңейтуге, немесе басқа ағзаларға да әсер ету қажеттігі туындауы мүмкін. Демек жалпы жансыздандыруға көшуге тура келеді. Егер асқазанда зонд болмаса, оны қоюға мәжбүрлік туындайды, ал қоймаса, регургитация алу қауіпі бар. Сондықтан зонд пен катетр қою міндетті. Егер, жедел аппендицит жайылған

іріңді перитонитпен асқынса, асқазандағы зонд асқазан – ішек жолдарының жоғары бөліктерін босатуға, құсуды тоқтатуға, реургитация болмауға көмектеседі. Қуықта орналасқан катетр операция алдындағы дайындықтың нәтижелі екендігінің бір белгісі – сағаттық зәр бөлу мөлшері сағатына кем дегенде 30 мл-ден аз болмау керек. Жайылған перитонитпен асқынған аппендицит жалпы қарқынды терапиялық дайындықты қажет етеді. Ол анестезиолог, хирург, қажет болса басқа маман – дәрігерлердің бірлескен шешімімен жүзеге асырылады.

2-3 сағ. ішінде, көрсеткішіне орай, 3 – 3,5 литр инфузия қажет.

Терең көк қантамырлардың (веналардың) тромбоздарының алдын алу үшін аяқтарын эластикалық бинттермен мұқят орап, немесе эластикалық медициналық трикотаж кигізу керек (шұлық, колготки және басқ.).

Соңғы кезде операция жасаудың тәсіліне қарамай, қабыну инфекцияларының алдын алу мақсатында, операцияның алдында кең спектрлі антибиотик қолдануға ұстаным пайда болды.

Таңдалатын препараттар: көктамыр ішіне амоксициллин /клавуланат 1,2 гр; ампициллин/ сульбактам 1,5 гр. көктамыр ішіне; бақталас (альтернативті) препараттар: цефуроксим 1-2гр. көктамыр ішіне; ампицилин (1-2 гр. көктамыр ішіне) + гентамицин (3-4мг.бұлшықетке немесе көктамыр ішіне).

Жайылған іріңді перитонитпен асқынған жедел аппендициті бар науқастарды дайындау барысында **3 (үш) катетр заңдылығын** бұлжытпай орындау керек: асқазанға зонд, қуыққа катетр және бір орталық көк тамырға веналық катетр қою (ұзақ инфузиялық терапия, орталық веналық қысымды өлшеу және басқ.).

Жансыздандыру.

Көп уақыт бойы асқынбаған жедел аппендицитте ересек науқастарға **жергілікті жансыздандыру** қолданылып келді және ол А.В.Вишневский ұсынған тәсілмен жүзеге асырылды.

Жергілікті жансыздандырудың жағымды жақтары және ерекшеліктері:

- колжетімді, маман-анестезиологты, наркоздық аппаратураны қажет етпейді;

- 0,25% новокаинның ертіндісін көп мөлшерде қолданғанмен ұлану (интоксикация) болмайды: себебі артық мөлшері іш қабырғасының қат-қабаттарын ашқан (тілген) сайын сыртқа ағып, салфеткалармен оңай құрғатылады;

- новокаинді тіндерге тығыз енгізу, олардың фасциялық қуыстар, қынаптар арқылы жылжуы нерв талшықтары, будаларына тікелей әсер етіп, ауырсынуды жояды.

Оң жақ мықын аймағы қабаттарын қат-қабат тілгеннен кейін, париетальдық ішпердені де жаңсыздандыру қажет.

Міндетті орындалатын этап – құрттәрізді өсіндінің шажырқайын жаңсыздандыру және новокаин ертіндісін соқыршек артындағы ішпердеден тыс клетчаткаға енгізу (жіберу). Бірақ жергілікті жаңсыздандыруды қолдану мүмкіншілігі шектеулі.

Жалпы жаңсыздандыруға көрсеткіштер

1. Жүйке сырқатына шалдыққандар.
2. Психикасы тұрақсыз науқастар.
3. Мас күйіндегі аурулар.
4. 18 жасқа дейінгі балалар.
5. Анамнезінде аппендикулярлық инфилтрат болған аурулар.
6. Іштің төменгі бөлігінде жабысқақ болуға күмәнділер (қабыну, операция, жарақат және басқалар).
7. Операция жасау барысында басқа ағзаларды тексеру қажеттілігі туындаса.
8. Іш қуысына жету (доступ) жолын өзгерту мүмкіншілігі болжанса.
9. Жедел аппендициттің асқынулары орын алса (жайылған перитонит, іріндіктер, т.б.).

Осы күнгі ұстаным бойынша кезкелген іш қуысын ашатын операция, оның ішінде аппендэктомия да жалпы жаңсыздандырумен жасалу керек: **«Науқас өзінің операциясына өзі қатыспауы керек».**

Осы күнгі хирургиялық тәжірибеде кейде перидуралдық, көбіне жалпы эндотрахеалды басқарымды жаңсыздандыру қолданылады. Бұл тәсілдер арнаулы білімі – мамандығы бар анестезиологтардың орындауында жүзеге асады, сондықтан бізге тоқталудың қажеттігі жоқ.

- Іш қуысына ену жолдары (іш қабырғасын тілу).

Осы күні аппендэктомия жасаудың көпке белгілі үш түрі (тәсілі) бар.

1. Дәстүрлі аппендэктомия.
2. Лапароскопиялық аппендэктомия.
3. Мини тілікпен жасалатын аппендэктомия.

Дәстүрлі аппендэктомия кеңінен таралған, хирургтердің көпшілігі жақсы меңгерген тәсіл. Бірақ ол жарақатты, косметикалық нәтижесі қанағаттанарлақсыз тәсіл.

Эндовидеохирургиялық тәсілдердің де қолдануды шектейтін жақтары бар:

- қымбат тұратын құрал – аспап (оборудование) керек;
- міндетті түрде тек жалпы жансыздандырумен жасалады;
- бірнеше арнайы мамандандырудан өткен дәрігер, медбикелер керек;
- меңгерудің бастапқы кезінде асқинулар жиілігі жоғарылау;
- қолданылатын қымбат материалдар.

Дәстүрлі ашық аппендэктомия негізінен аппендикиттің асқынбаған түрінде және жергілікті шектелмеген перитонитте қолданылады.

Алдымен кейбір нүктелер мен сызықтарға тоқтау керек. Құрттәрізді өсіндінің іштің алдыңғы қабырғасына проекциясы **Шереннің** «аппендикстік үшбұрышының» аумағында жатады.

Үшбұрыштың қабырғалары төмендегідей анатомиялық құрылымдарды байланыстырады (қосады): кіндік, оң жақты қасағалық бұдыр (төмпешік), оң жақ мықын сүйектің алдыңғы жоғары қылқаны (ость).

Кіндіктен оң жақ мықын сүйектің алдыңғы жоғары қылқанына жүргізілетін сызық – **Монро-Рихтердің сызығы** деп аталады. Мықын сүйектің екі алдыңғы – жоғары қылқандарын қосатын сызық – қылқанарлық немесе **Ланцтың сызығы** деп аталады.

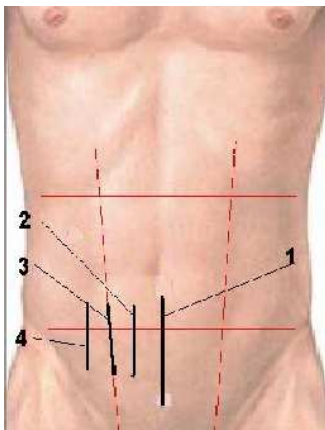
Аппендикстің іштің алыдңғы қабырғасына көптеген проекциялық нүктелері бар.

Кеңінен таралғандары:

- **Мак-Бернейдің нүктесі** – кіндік пен оң жақ мықын сүйектің алдыңғы жоғары қылқанын қосатын сызықтың ортаңғы және сыртқы үштен бір бөліктерінің шекарасында орналасқан;
- **Ланцтың нүктесі** – қылқанарлық сызықтың оң жақ және орталық үштен бір бөлігі шекарасында орналасқан;

- **Кюммельдің нүктесі** – кіндіктен 2 см оң жақта және төмендеу орналасқан;

- **Грейдің нүктесі** – кіндіктен 2,5 см оң жақта және төмендеу орналасқан.



сурет 19

Дәстүрлі ашық аппендэктомия жасау үшін қолданылатын іш қуысына ену жолдарының 20-дан астам түрі хирургиялық әдебиеттерде келтірілген, олардың барлығын башалап сипаттап жатудың онша керегі бола қоймас. Жалпы қабылданған, жиі қолданылар бірнешеуін келтірсек жеткілікті.

Төменгі ортаңғы лапаротомия (Додерлейн, 1892) (сурет 19.1).

Көрсетімдер:

1. Оң жақ мықын аймағындағы тіліктерден құрттәрізді өсінді табылмаса;

2. Техникалық қиындықтар туындап, іш қуысы ағзаларын жарақаттап алу қауіпі туындаса;

3. Жайылмалы перитонит (диффузды);

4. Іш қуысы ағзаларының басқа патологиялары анықталса (кіші жамбас қуысының).

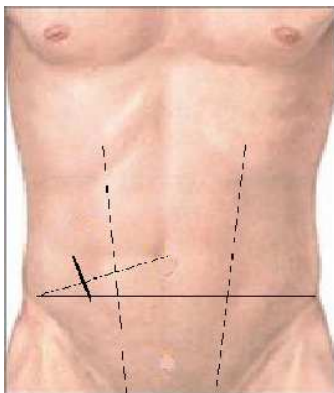
Гаген – Торнның (1884) трансректальдық тілігі іштің оң жақ тіке бұлшық еті арқылы жүзеге асады. Тіліктің ортасы (вертикалды) жамбас сүйектің алдыңғы жоғарғы қылқандарын (ость) қосатын сызықта болу керек. Тіліктің ұзындығы - 8 см. (сурет 19.1,2,3,4)

Леннадердің параректалдық тілігі (1898) – оң жақ тік бұлшық еттің сыртқы жиегімен жүреді. Тіліктің ортасы жоғарыда көрсетілгендей *Linia bispinalis* – тің деңгейінде болу керек. Тіліктің ұсынылатын ұзындығы 8 см. шамасында.

Тілік диагноз аса түсінікті болмағанда, құрттәрізді өсіндінің медиалды орналасуына күмән туындаса қолданылады. Оны жоғары, төмен тез үлкейтуге болады.

Леннадердің тілігінде оң жақ тік бұлшықеттің қынабының екі қабырғасы да (алдыңғы және артқы) тілінеді. (сурет 19.3)

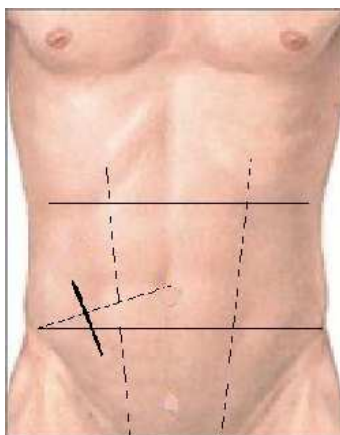
Шеденің тілігі (1888) – ол да оң жақ тік бұлшықеттің сыртқы жиегімен жүреді, бірақ Леннандер тілігінен айырмашылығы тік бұлшықеттің қынабы тілінбейді. (сурет 19.4)



сурет 20

Мак – Бернейдің тілігі (1889). Кіндіктен оң жақ мықын сүйектің алдыңғы жоғары қылқанына жүргізілген түзу сызықтың Мак-Берней нүктесі арқылы мұқият вертикальді бағытта жүргізіледі және сол сызықпен тең екіге бөлінеді. Мықын аймағының бүкіл тіндері қат-қабат тілінеді (ысырылмайды). (сурет 20)

Волкович – Дьяконовтың тілігі (1896) (қисыққолденең - косопоперечный). Мак-Берней тілігі тәріздес жүргізіледі, тек тіліктің 1/3 бөлігі кіндік пен мықын сүйектің жоғары алдыңғы қылқанын қосатын сызықтан жоғары, ал 2/3-сі төмен орналасады. Тері және сыртқы қисық (косая) бұлшықеттің апоневрозы кесіледі (тілінеді), ал көлденең және ішкі қисық бұлшық еттердің талшықтары кесілмей, тек жанжаққа ысырылады. Париеталды ішперде қабырғааралық нервтердің бағытымен кесіледі. (сурет 21)



сурет 21

Осы күні ТМД елдерінде Мак-Берней мен Волкович-Дьяконовтың тіліктері біріктіріліп ішке енудің бір жолы болып саналады және аппендэктомияда «алтын» стандарт болып қабылданған.

Ұсынылған тағы да көптеген тіліктерді (ішке ену жолдарын) келтірудің аса қажеттігі жоқ.

Жедел аппендицитке арналған әдебиеттердің барлығында дерлік аталған тілікпен жасалатын аппендэктомияның

техникасы толық және мұқият сипатталып жазылған, оған тоқталуды жөн көрмедік. Бірақ аппендэктомия жасау барысында еске ұстайтын кейбір жәйттерді атап өткенді дұрыс санадық. Егер операция жергілікті жансыздандырумен жасалса:

1. Кіндік пен мықын сүйектің алдыңғы қылқанын қосар сызықты мұқият жүргізу керек және іштің алдыңғы қабырғасының ерекшеліктерін (конфигурациясын) есепке алу қажет. Егер іштің алдыңғы қабырғасы тақтайдай тегіс болса, сызықты анықтау, тілік жасау, жергілікті қат-қабат инфилтративті жансыздандыруды жүргізуге аса қиыншылық болмайды.

Егер науқас толық, семіз, іштің алдыңғы қабырғасы қыртысты, алжапқыш (фартук) тәріздес болса, мезеген тілік новокаин ертіндісін енгізгеннен (жібергеннен) кейін бағытын өзгертуі мүмкін. Сондықтан жоғарыда аталған сызықтарды алдын ала бояушы маркерлермен (қаламдармен) сызып алса артықшылық етпейді.

2. Тіліктің ұзындығы іштің мықын аймағының қалыңдығы (толщина) көп болған сайын ұзара түсу керек. Апоневроз бен бұлшықеттердің кесілуі (ажыратылуы) тері және теріасты шелдерді тілген ұзындықтан кем болмаулары қажет.

3. Іш қуысына ену барысында өте сақ болып, төмендегідей жағдайларға көңіл бөлген жөн:

А) егер тілік сыртқа қарай ауытқып, бұлшықеттер ішке қарай ысырылып кетсе, іш қуысына түспей (енбей), іш пердесінен тыс кеңістікке қарай тереңдеп, оң жақ несеппағар, немесе мықын қантамырларын жарақаттап алу қауіпі артады;

Б) егер тілек өте төмен ауытқыса, қуық алды шелді ішперде алды майлармен, ал қуықты париетальды ішпердесімен шатыстырып, жарақаттау ықтимал.

В) тілік өте медиальды ығысса іш қуысына ену тағы қиындайды, бұлшық еттердің қарым-қатынасын бұзып, оң жақ тік бұлшық етті, оның қынабын жарақаттау қауіпі артады.

Г) өте жоғары жасалған тілік соқыр ішек күмбезін, құрттәрізді өсіндіні табу, мобилизациялау барысында қиыншылық туғызады.

Д) тілік (жара) аймағын периметрі бойынша антисептикалық ертіндіге шыланған бірнеше қабат салфетқалармен шектеген жөн. Ол операция үстінде жараның зарарлануының, инфекция дамуының алдын алады.

4. Іш қуысын ашқаннан кейін тіліктің периметрімен париеталді іш пердесін новокаин ертіндісімен жансыздандыру міндетті түрде.

5. Аппендэктомия жасау барысында құрттәрізді өсіндінің шажырқайына новокаин ертіндісін жіберіп жансыздандыру бірінші кезекте орындалады.

6. Шажырқай қысқа, жұқа болғанымен оны бір жіппен байлай салу тиімді емес. Шажырқайды сатылап қысқашпен қысып, кескеннен кейін тігіс сала байлаған дурыс. Новокаин ертіндісін енгізген шажырқай ісініп, үлкейіп турады. Оны қанша қатты байлағанмен новокаин тарап, сіңіп кеткеннен кейін жіп босап, байлам сырғып кетуі мүмкін де, ол шажырқайдан іш қуысына қан кетуге соқтыруы ықтимал.

7. Егер құрттәрізді өсіндінің тұқылын инвагинациялық тәсілмен өндесе, «кисет» тігіс салып, тұқылды батырғаннан кейін, Z – тәріздес тігіс салуға, шажырқаймен қосымша жабуға ұмтылу міндетті емес. Ол илеоцекалдық бұрышты, баугини жапқышын қисайтып (деформациялап), мықын ішектің өткізбеушілігіне себеп болуы мүмкін.

8. Операцияны бітірер кезде хирургтің алдында қалай аяқтау мәселесі тұрады, басқаша айтқанда:

- толық тігіп тастау.

- тампон қоюға көрсеткіш бар ма?

- іш қуысына кәріздеу үшін түтік қалдыру керек пе?

Егер жедел аппендицит асқынбай, құрттәрізді өсінді толық алынса, техникалық қиындық болмаса, жабысқақ болмай капиллярлық қан кетуге қауіп туындамаса, мықын аймағындағы жараны қат-қабат **толық тігіп тастауға** болады. Тері асты шелмай өте дамыған болса (семіздік), қан диабетінің орта немесе ауыр дәрежесі орын алса, операция кезінде жұмсақ тіндер қанауға бейім болса, тері асты шелін, апоневрозға дейін бірнеше резеңке жолақтарымен кәріздеу керек.

Тампондауға көрсеткіштер.

1. Патологиялық өзгеріске ұшыраған құрт тәрізді өсіндінің немесе басқа инфекция ошағының толық алынғандығына күмәнділік немесе толық алу мүмкін болмауы;

2. Құрт тәрізді өсіндінің тұқылының перитонизациясының сенімділігіне күмәндану немесе соқыр ішек қабырғасының қабынып ісінуіне байланысты құрт тәрізді өсіндінің тұқылын пертионизациялаудың жеке тігіс салғанның өзінде де мүмкін болмауы және нәжістік жыланкөздің даму қаупі;

3. Капиллярлық қан кетуді қарапайым кәдімгі әдістермен тоқтатудың мүмкін болмауы;

4. Ішперде артындағы кеңістік флегмонасының даму қаупі.

Дренаждауға көрсетімдер.

1. Жедел аппендициттің құрт тәрізді өсінді тесілген деструктивті формалары;

2. Деструктивті аппендициттің құрт тәрізді өсінді тесілмеген, бірақ ағымы өте жылдам түрлері (қысқа мерзім ішінде ірінді жалқық пайда болады);

3. Техникалық қиындықтармен жасалған аппендэктомиялар: қабынған тіндердегі көптеген жабыспалар кесілген, құрт тәрізді өсінді сірі қабық астынан алынған, операция кезінде оның өзегі ашылған жағдайлар және басқалары.

Тәжірибе көрсеткендей, құрсақ қуысына қойылған дренаж түтігі ешқашанда хирургті өкіндірмейді. Қажетті жағдайларда құрсақ қуысына кәріз (дренаж) түтігі қойылмаса науқаста ауыр асқынулар дамуы мүмкін.

Дәстүрлі аппендэктомиядан басқа **лапароскопиялық аппендэктомия** кеңінен қолданылады. Көрсеткіштері дәстүрлі операцияға көрсеткіштермен бірдей.

Қарсы көрсеткіштер де жоқ емес.

1. Жалпы қарсы көрсеткіштер: а) егер кернеулі пневмоперитонеумнің қауіпі операцияның өзінің қауіпінен жоғары болса (өкпе-тыныс жолдарының, жүрек-қан тамырларының аурулары); б) жүктілікті соңғы кезеңдері; в) қанәю қабілетінің ауыр бұзылыстары.

2. Жергілікті қарсы көрсеткіштер: 1) периаппендикулярлық абсцесс; 2) таралған перитонит.

Соңғы кезде лапароскопиялық аппендэктомияны (жалпы лапароскопиялық операцияларды) көп жарнамалау, теңдессіз операция деңгейіне көтермелеу орын алуда. Бірақ лапароскопиялық аппендэктомияның да асқынулары бар екенін есте ұстау қажет.

1. Операция үстіндегі асқынулар:

А) пневмоперитонеум салуға байланысты асқынулар: гипоксемия, гиперкапния, гипотензия, жүрек соғу ырғағының бұзылуы, брадикардия, ауа эмболиясы, тері асты эмфиземасы,

ішпердеалды шелге ауа кету, пневмооментимум, пневмомедиастинум, пневмоторакс;

Б) лапароскопиялық ену (ішке кіру) кезіндегі асқынулар: іштің алдыңғы қабырғасының қантамырларын жарақаттау, ішқуысы ағзаларының жарақаттары, ішпердесінен тыс қантамырларының жарақаттары.

В) лапароскопиялық аппендэктомияның өзіне тән спецификалық асқынулар: құрттәрізді өсіндінің шажырқайынан қан кету, аппендикстің тұқылындағы байланған жіптің жылжып кетуі, құрт тәрізді өсіндінің өзін, не тұқылын жіппен байлау кезінде кесіп (қыркып) жіберу;

Г) электрохирургиялық асқынулар: төмен жиіліктегі токпен зақымдану, тіндердің күйі.

2. Операциядан кейінгі асқынулар:

А) ішқуысындағы асқынулар: іш қуысына қан кету, инфилтрат, абсцесс, перитонит, жараның инфекциялық асқынулары, операциядан кейінгі жарық (шартты түрде).

Б) іш қуысының тыс асқынулар: тромбозмболиялық асқынулар, пневмония және басқ.

Уақыт өте келе лапароскопиялық аппендэктомияның өзін дәстүрлі, лапароскопиялық ассистенцияланған, лапароскопиямен толықтырылған аппендэктомия деген ұғымдар пайда болды. Соңғы екеуінің айтардай айырмашылығы жоқ, негізгі қағидалары бір, «сөз ойнату» (игра слов) нәтижесі деп есепеген дұрыс.

Бірақ **Notes** – **аппендэктомия** деген терминология туралы айта кеткен дұрыс.

Notes (Natural Orifice Transluminal Endoscopis Surgeru)

- негізгі принципі (ерекшелігі) табиғи тесіктер немесе қуыс ағзалардың қабырғалары арқылы майысқақ (иілгіш) эндоскоптардың көмегімен ішқуысы ағзаларына операция жасау.

Notes – аппендэктомия асқазанның (қарының) қабырғасы және қынаптың артқы күмбезі арқылы жасалады.

Мини – тілікпен жасалатын аппендэктомия

Операцияның негізгі принципі – ішқуысына кіретін тіліктің кішкене болуы (5 см-ден аспау). Әдебиеттерде 2004 ж. проф. Л.Г.Куртенок ұсынған оңжақ мықын аймағындағы көлденең тілік (1-2 см. қасаға сүйектен жоғары, ұзындығы 2-3 см.) және оң жақты параректальды қисық тілік (3-4 см.) (С.А.Фомин)

белгілі. Бұл тәсілдерде «мини-ассистент» құралдарының жиынтығы қолданылмайды.

Осы күнгі кең таралған тәсіл «миниассистент» құралдар жиынтығын қолданып жасалатын апендэктомия (Прудков М.И., 2001). Операцияны орындау үшін жалпыхирургиялық құралдар және арнаулы «Мини-ассистент» құралдар жиынтығы қолданылады. Жиынтық құрамына жараны кеңітетін сақина, ілмек тәрізді жара кеңіткіштер, тереңге жарық беруші ілмешектер кіреді.(сурет 22)



сурет 22

Мини – тілікпен жасалатын операциялардың тиімділіктері:

1) төменгі эпигастриальдық қантамырлары жарақатталмайды (a. et. v. Epigastica inferior); 2) мықын – құрсақ асты нервтердің (n. iliohypogastricus) тармақтары жарақатталмайды; 3) қабырға аралық нервтерінің

жарақаттануы аз; 4) тіндерді кесу – тілу Лангердің күштүсу сызықтарының бойымен жүргізіледі.

Кемшіліктері: 1) толық, семіз науқастарға операция жасаудың техникалық қиындығы; 2) ретроградты апендэктомия тәсіліне жиі жүгінуге мәжібүрлік.

XV. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ АСҚЫНУЛАРЫ МЕН ҚАУІПТЕРІ.

Жедел аппендициттің негізгі емі операция. Егер диагноз дұрыс қойылмай немесе ұйымдастыру мәселелерінің оңтайсыздығынан операция кешіксе, аппендициттің қабыну – деструктивті процесстерінің салдарынан операцияға дейінгі асқынулар дамиды.

Құрттәрізді өсіндінің патоморфологиялық өзгерістерінің дәрежесіне, топографоанатомиялық орналасу ерекшеліктеріне, хирургтің квалификациясының деңгейіне байланысты аппендэктомия операциясын жасау кезінде де асқынулар орын алуы ықтимал.

Жауапкершілігі өте жоғары кезең – операциядан кейінгі кезең. Операцияға дейінгі асқынулар, операция үстіндегі қиындықтар мен оны аяқтаудың ерекшеліктеріне байланысты операциядан кейін де өмірге қауіпті асқынулар дамуы мүмкін. Сондықтан жедел аппендициттің асқынуларын шартты түрде 3 (үш) топқа бөлген дұрыс секілді:

- операцияға дейінгі асқынулар;
- операция үстіндегі асқынулар;
- операциядан кейінгі асқынулар.

Операцияға дейінгі асқынулар.

Операцияға дейінгі асқынулар аурулар медициналық көмекке өте кеш жүгінсе, диагностикалық қате кетіп операцияға көрсеткіш деркесінде қойылмаса немесе науқас операциядан бас тартып операция кешіксе, дамиды.

Операцияға дейінгі асқынулар құрттәрізді өсіндінің қабынуы әрі қарай өршіп, шірулі – деструктивті процесс дамыса орын алады.

Науқастың реактивті жағдайына, қабынуды шектеу қабілетіне, құрттәрізді өсіндінің орналасқан жеріне байланысты асқынулардың түрлері де әр талай. Дегенмен, көбінесе іш қуысының шектелген немесе шектелмеген іріңді қабыну процесстері орын алады: аппендикулярлық инфильтрат, абсцесс, жергілікті шектелмеген перитонит, жайылмалы перитонит, тұзақаралық, кіші жамбастық, бауырастылық, көкет (диафрагма) – астылық іріңдіктер; ішпердесінен тыс флегмона, пиелефлебит. Аталған асқынулардың көбі операциядан кейін де кездесулері мүмкін.

Қысқаша бірқатар операцияға дейінгі асқынуларға тоқталған жөн.

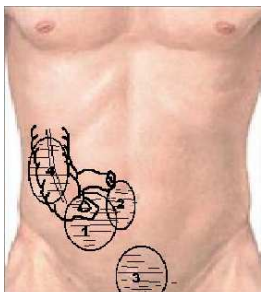
Аппендикстік инфильтрат. Аппендикстік инфильтрат деп қабынған құрт тәрізді өсіндінің айналасына жинақталған және бір-бірімен фибриндік жабыспалармен байланысқан, әдетте, инфильтрацияланған үлкен шарбыдан, соқыр ішек күмбезінен және мықын ішек тұзақтарынан тұратын тіндер мен ағзалар шумағын (конгломератын) атайды. Жергілікті қабынбалы процесс ретінде аппендикстік инфильтрат өздігінен немесе жүргізілген емнің нәтижесінде кері өзгеріске ұшырауы және тарап кетуі немесе - өлеттенген тіндердің секвестрациясы және олардың іріңді еру - фазасына көшіп, іріңдік түзілуі мүмкін.

Аппендикулярлық инфильтраттың ағымында үш сатыны айыру керек: түзілу сатысы (ерте немесе болбыр инфильтрат), түзілген – қатты инфильтрат сатысы (кеш саты) және аяқталу (ақыры) сатысы.

Ерте сатыда аппендикулярлық инфильтрат түзіле бастайды. Инфильтрат жұмсақ, іш қуысынан толық шектелу жоқ, шекарасы дұрыс анықталмайды, ауырғандық сезім пальпация кезінде күшті. Клиникалық белгілер жедел деструктивті аппендициттің белгісімен ұқсас, күмән пальпация кезінде туындайды.

УДТ кезінде айқын шекарасыз, әр түрлі пішінді, ортасында қабырғасы қалындаған ұзынша ағзаның сұлбасы (құрт тәрізді) бар, құрылым анықталады. Зертханалық тексерулер аса маңызды рөл атқармайды, оның көрсеткіштері деструктивті аппендицитке тән өзгерістермен шамалас: формула солға ығысқан лейкоцитоз.

Қатты инфильтрат сатысында клиникалық ағым аурудың



сурет 23

жағдайының жақсаруымен ерекшеленеді. Ауырсыну сезімі басылады, шағым азаяды. Дене қызуы шамалы, тіпті қалыпты көрсеткіште. Пальпация кезінде шекарасы анық, ауырсынуы аз қатты инфильтрат анықталады. Лейкоцитоз аса жоғары емес.

Үшінші саты – инфильтраттың аяқталуы (ақыры). Аяқталу (ақыры) екі түрде болуы мүмкін.

Инфильтрат жергілікті қабыну процесі болғандықтан, кешенді ем нәтижесінде таралып,

қабыну басылып, науқастың жағдайы жақсаруы мүмкін. Екіншісі – жағымсыз аяқталу – инфильтрат іріндеп, **абсцеске** айналуы ықтимал, ол жағдайда жедел операция қажет. (сурет 23)

Аппендикстік инфильтраттың диагностикасында дерттің даму тарихының маңызы зор. Әрқашанда жедел аппендициттің алғашқы белгілерінің пайда болғанына 2-3 күннен астам уақыт өткен науқастарда аппендикстік инфильтраттың түзілу мүмкіндігін есте сақтау керек. Егер, аталған мерзім ішінде жайылмалы перитониттің белгілері болмаса, терең пальпация көмегімен оң жақ мықын аймағында инфильтраттың бар-жоғына көз жеткізу қажет. Ер адамдарды тік ішек және әйелдерді қынап арқылы саусақпен тексерген пайдалы. Аппендикстік инфильтратты **соқыр ішектің ісігінен және оң жақ жалпы мықын артериясының аневризмасынан** ажырату керек.

Аппендикстік инфильтраттың емі инфильтраттың динамикасына байланысты.

Бұрын айтқанымыздай, аппендикстік инфильтраттың екі акыры болуы мүмкін: толық таралып кетуі немесе оның іріндеуі. Осыған байланысты хирургиялық тактика да принципті түрде **консервативтік-күтулік** болады.

Осылайша, аппендикстік инфильтрат ағымы байыпты болған жағдайда және динамикада тарауға бейімділік байқалса, операция қажет емес - мұндай жағдай операцияға қарсы көрсетім болып табылады.

Жүргізілетін емдік шараларға мыналар жатады: алғашқы күндері төсектік режим, оң жақ мықын аймағына салқын басу, жеңіл қорытылатын емдәм (диета), антибиотиктер. Емдік шаралармен қатар науқастың, құрсақ қуысының жағдайын, температурасын және лейкоциттердің динамикасын мұқият қадағалап отырады. Ауырсыну сезімі басылып, дене қызуы қалыпқа келген соң, инфильтратты тез тарату мақсатында физиотерапиялық ем тағайындалады: УВЧ, УФО, жылулық процедуралар.

Егер стационарда науқастың оң жақ мықын аймағында қайтадан ауырсыну сезімі пайда болып, интоксикация өршіп, лейкоцитоз жоғарылап, дене қызуы көтерілсе аппендикстік инфильтраттың іріндеуі туралы ойлауға мәжбүр боламыз.

Мұндай жағдайда хирургиялық араласу қажет. Операция жасау үшін былқылдау (флюктуацияны), құрсақ қабырғасының қызаруы сияқты іріндіктің айқын белгілерін күтудің қажеті жоқ, себебі, іріндік мықын сайының тереңінде орналасады.

Операцияның мақсаты - құрт тәрізді өсіндіні алып тастау емес, іріңдікті ашу және дренаждау. Ену жолы іріңдіктің орналасқан жеріне байланысты жүзеге асырылады. Типті орналасқан жағдайда - Мак-Бурней-Волкович-Дьяконов тілігі жеткілікті, іріңдік бүйірге таман орналасқан жағдайда - Н.И. Пироговтың мықын сүйектің қанатының қасынан өтетін - ішпердеден тыс тілігі.

Іріңдеген инфилтратқа байланысты операция жасалған науқастарға 4-6 айдан соң іріңдікті ашу кезінде қалып қойған құрт тәрізді өсіндіні алу үшін қайтадан операция жасалады.

Құрсақ қуысының әр жерінде орналасқан **жергілікті іріңдіктер** (жергілікті шектелген перитониттің формалары ретінде) орын алуы мүмкін. Емделмеген жағдайда жедел аппендицит **жайылмалы перитонитпен** асқынуы ықтимал.

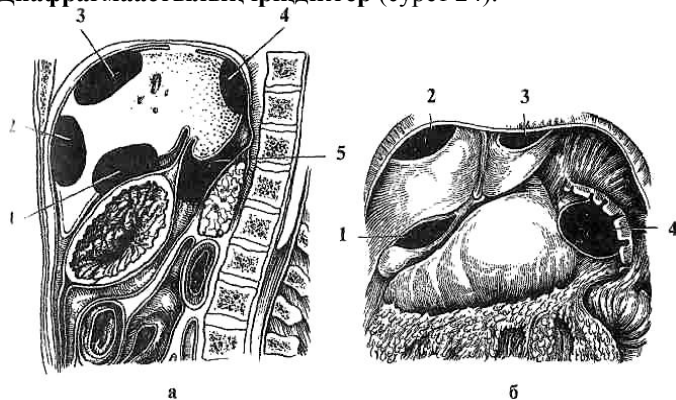
Пилефлебит – қақпа көктамыры мен оның тармақтарының септикалық тромбофлебиті, жедел аппендициттің сирек те, аса ауыр асқынуының бірі болып табылады. Пилефлебиттің дамуының тікелей себебі гангренозды аппендицит және өлеттену процестерінің құрт тәрізді өсіндінің шажырқайы мен оның көктамырларына таралуы. Әрі қарай процесс өрлеуші сипат алып, мықын-соқыр ішек бұрышының көктамырларына тез арада таралады да, 2-3 туәліктен соң қақпа көктамырға, бауыр көктамырларына, сонан соң кері (ретроградты) бағытта талақ және басқа шажырқай көктамырларына көшеді.

Аппенэктомиадан кейінгі пилефлебитте жарқын клиникалық кезең болмайды: науқастарда дене қызуы операциядан кейінгі бірінші күні-ақ көтеріледі, тез үдейтін ауыр интоксикация көрінісі тән. Құрсақты қараған кезде іш кебуі, оң жақ жартысында ішперденің тітіркенуінің айқын белгілерінсіз ауырсыну сезімі байқалады. Кейінірек, процесс бауыр көктамырларына таралған кезден бастап сарғаю, бауырдың ұлғаюы пайда болады. Бауыр-бүйрек жетіспеушілігі үдеп, науқастар дерттің 7-10-шы күндері көз жұмады. Пилефлебиттен сауыққандар туралы нақты деректер жоқ. Әйтседе, теориялық тұрғыдан қарағанда, мықын-тоқ ішек көктамырларын (vv. ileocolicae) неғұрлым ерте байлап тастаса немесе дұрысы, мықын-соқыр ішек бұрышына сау тіндер шеңберінде резекция жасаса науқастарды аман алып қалу мүмкіндігі бар деп тұжырым жасауға негіз бар.

Бұл жағдайдан гангренозды аппендицитке жасалатын аппендэктомия кезінде аса мұқият болу керек деген

көрінісін шығады. Егер құрт тәрізді өсімдінің шажырқайында басталып келе жатқан пилефлебит белгілері болса (түсінің сұрғылт-некрозды болуы, сірі қабықтың көмескіленуі және оның астында жасыл түсті тромбталған көктамырлардың көрініп тұруы) шажырқайды мықын ішектің артында орналасқан түбірімен қоса толық алып тастау қажет.

Диафрагмаастылық іріңдіктер (сурет 24).



Сурет 24. Көкетастылық абсцесстің локализациясы (по В.К.Гостищеву)

а) Қапталынан көрінісі: 1 – бүйрекастылық абсцесс; 2 – алдыңғы көкетасты;

3 – жоғарғы көкетасты; 4 – артқы көкетасты; 5 – шарбы қалтасының абсцесс

б) алдыңғы көрінісі: 1 – бүйрекастылық абсцесс; 2 – жоғарғы көкетастылық;

3 – сол жақ көкетастылық; 4 – талақ қақпасының абсцессі

Бұл іріңдіктер – іш қуысы ағзаларының қабыну – деструктивті ауруларының немесе ағзаларға жасалған операциялар ағымының ауыр асқынулары.

Диафрагмаастылық кеңістік іш қуысы және іш қуысынан (іш пердесінен) тыс бөліктерден тұрады. Іш пердесінен тыс бөлігінде іріңдік өте сирек кездеседі. Диафрагмаастылық іріңдіктер туралы ақпарат осыдан 350 жыл бұрын мүрдені зерттеу (сою) кезінде пайда болды.

Thilesis (1670 ж) мүрдені сойып – зерттеу кезінде диафрагма астынан іріңдік тапқан.

1845 ж. Barlow және Wicks асқазан жарасы тесілген науқаста ауа құрамды іріңдік анықтаған (тірі науқаста).

Клиникалық көрініс. Науқастар іш қуысының жоғарғы жағында, оң және сол жақ қабырға доғалары астында, арқаға, жауырын тұсына, мойынға берілетін ауырғандыққа шағымданады. Ауырғандық сезімі тұрақты және қозғалғанда күшейеді. Жөтел, әлсіздік, еңтігу, тез шаршау, ықылық, кекіру мазалайды. Дене қызуы 41°С дейін көтеріледі, қалтырау пайда болады.

Науқастың жалпы жағдайы ауыр, төсекте мәжбүр жағдайда отырады. Ауырған жақтағы кеуде қуысы дем алғанда қалыңқы (экскуссия төмен), терең дем алғанда эпигастрий аймағы ішке еніп, ауа шығарғанда қайта томпайады (диафрагманың параличі).

Демалу жиі, терең емес. Кеуде қуысының төменгі жағында пальпация кезінде ауырғандық сезіледі, іш қабырғасы жоғары жағында қатайды. Перкуссия кезінде диафрагма күмбезінің жоғары орналасқаны, қозғалысының шектелгені анықталады.

Аускультация өкпенің төменгі жағында демалыстың әлсірегенін, плевраның үйкеліс шуын, дыбыс дірілінің күшейгенін көрсетеді.

Диагностикаға аса үлкен көмек көрсететін қосымша тексеру тәсілдері бар: рентгенологиялық зерттеу, УДТ, КТ. Жалпы шолып қарау **рентгеноскопиясы** диафрагманың бір күмбезінің жоғары тұрғанын, оның қозғалысының шектелгенін, бауыр көлеңкесінің «жалған» үлкейгенін көрсетеді.

Көп жағдайда диафрагмаастылық іріңдікте ауа жиналады, ол жағдайда бауыр үстінде сұйық деңгейі, диафрагманың сұйық үстіндегі айқын күмбезі, кейде плевра синусында «ынтымақты» жалқық (экссудат) анықталады.

УДТ диафрагма астында сұйық жиналғанын, сондай плевра қуысында реактивті экссудат барлығын көрсетеді.

КТ нағыз ақпаратты тексеру тәсілі болып табылады.

Емдеу. Диафрагмаастылық іріңдіктерді емдеу ең күрделі және қиын мәселе. Кейде жасалатын диагностикалық пункция бактериологиялық зерттеуге ірің алғаннан басқа емдік мақсатта да қолданылады: іріңді сорғызу, іріңдік қуысын антисептикалық ертінділермен жуу, абсцесс қуысын силикондық түтікшелермен кәріздеу.

Соңғы уақытта диафрагмаастылық іріңдікті пункциялау рентгеноскопия, УДТ және КТ-нің көмегімен (бақылауымен) жасалады.

Диаметрі 3-4 см-ге дейінгі, онша үлкен емес іріңдіктерді Сельдингер тәсілімен жіңішке түтікшемен кәріздейді.

Егер абсцесс үлкен болса, іріңдікті Мональди әдісімен трокар арқылы сыртқы диаметрі 5 – 10 мм силикон түтікшемен кәріздейді.

Кей жағдайларда аталған кәріздеу тәсілдері науқастарды айықтырып жіберуі мүмкін.

Пункциялық әдістерді қолдану техникалық тұрғыдан мүмкін болмаса немесе оң нәтиже бермесе, оперативтік емге жүгінеді.

Оперативтік емнің негізгі мақсаты – іріңдікті ашу және кәріздеу. Бірақ диафрагмаастылық іріңдікті кәріздеу, сол аймақта орналасқан ағзалардың күрделі ара - қатынастарына байланысты, қауіпсіз емес. Тек іріңдікті ашу және оны кәріздеу мәселені толық шеше қоймайды, инфекцияны шекаралас аймақтарға таратып алмау керек. Іріңдікті ашу мен кәріздеу шектес плевра қуысы мен іш қуысын зарарлап алмайтындай етіп жасалуы керек. Дегенмен осы уақытқа дейін көптеген оташылар аталған қағиданы сақтамай келеді.

Диафрагмаасты іріңдікті ашу операциясын екі топқа бөледі: **кеуде қуысы және іш қуысы** арқылы. Әр топ сірнелі қабықты ашып, сірнелі қабықты ашпай (жарақаттамай) ену болып екіге бөлінеді.

Кеуде қуысы арқылы плеврадан тыс іріңдікті ашу тілікті плевраның қайырылу (ауысу) деңгейінен төмен жасау немесе қабырға – диафрагмалық бұрышты жоғары қарай босату (мобилизация) арқылы жүзеге асады.

Іш қуысы арқылы іш пердесінен тыс тілік (ену жолы) іріңдік іш пердесінен тыс орналасса, соның үстінен ену жолымен немесе іріңдік қуысына жеткенше париетальдық іш пердесін диафрагманың төменгі бетінен бөлу (айыру, іреп төмен түсіру) арқылы жүзеге асады.

Мельников әдісі бойынша жасалатын плеврадан тыс тілік диафрагма астылық іріңдіктерінің негізгі түрлерін ашуда жан – жақты тәсіл болып табылады. Төмен орналасқан іріңдіктерде оларды іш қуысы арқылы іш пердесінен тыс жолмен ашқан дұрыс.

Жамбас қуысының іріндіктері

Жамбастық іріндіктер – негізінен жамбас қуысында орналасқан ағзалардың (жатырдың қосалқы ағзалары, құрт тәрзіді өсінді т.б) деструктивті – қабыну процесстерінде немесе іш қуысының жоғары бөлігінде орналасқан ағзалардың қабынуынан пайда болған ірінді экссудат төмен қарай аққанда пайда болады (жедел холецистит, тесілген жара ауруы т.б). Жамбас қуысы іш қуысының ең төмен орналасқан кеңістігі болып табылады, сондықтан қуыстың түбінде сұйықтық жиналу заңды құбылыс.

Операциядан кейін наукастарды бас жағын көтеріп, жартылай отырғызып қояды. Негізгі мақсат – жиналған экссудат кідіріссіз жамбас қуысына қарай ағып, кәріздер арқылы сыртқа шығуы керек. Жамбас қуысында іріндікке ерте шектелуге жақсы жағдай бар, оларды ерте анықтап, уақытылы кәріздеу, басқа локализацияларға қарағанда, оңай.

Жамбас іріндіктерінің алғашқы белгілері: іштің төменгі жағында ауырсыну, аралыққа берілу, жиі дизуриялық бұзылыстар және жиі ауырсынулы үлкен дәретке шығу (тенезмы).

Аталған шағымдар операциядан 5 – 7 тәулектен кейін пайда болады. Осы уақытта қайтадан қызу көтеріліп, нейтрофильдік ығысуы бар лейкоцитоз анықталады. Науқастың жалпы жағдайы онша ауыр болмауы мүмкін, бірақ уланудың (интоксикация) белгілері көрініс береді: тері жамылғысы бозарады, тахикардия. Объективті тексергенде аздап ішектің салдануы, қасағаның үстінде ауырғандық пен инфильтрат болуы ықтимал, бірақ іш пердесінің тітіркенуі айқын емес.

Құнды әдістің бірі – тік ішекті сұқ саусақпен тексеру. Әйелдерді қынап арқылы қарау қажет. Жамбас іріндігінің пайда болуының алғашқы сатысында қынаптың артқы күмбезінде немесе тік ішектің алдыңғы қабырғасының үстінде аз қозғалатын ауырсынулы инфильтрат анықталады. Динамикалық бақылау барысында инфильтраттың жұмсаруын, ал іріндеген кезде – флюктуацияны байқаймыз.

Жамбастық тығыз инфильтрат анықталса, науқасты жартылай отырғызып, керуеттің басын көтеріп Фовлер жағдайын жасау керек. Антибиотиктер тағайындап, жылы сумен микроклизма жасаған дұрыс.

Егер жасалған емге қарамай, науқастың жағдайы нашарласа, жүйелік қабыну реакциясының симптомдары, ішек

салдығы сақталса, қызу өте жоғарлап, тік ішек немесе қынап арқылы қарағанда флюктуация анықталса, іріндікті жарып, кәріздеуге көрсеткіш қою керек.

Әйелдерде жамбас қуысының іріндігін қынаптың артқы күмбезі арқылы, ал ерлерде тік ішектің алдыңғы қабырғасы арқылы кәріздеу тиімді.

Ішекаралық іріндіктер.

Ішектің тұзақаралық абсцесстеріне ащы ішектің тұзақтарының арасында, ащы ішек пен тоқ ішек арасында, ішек пен үлкен шарбы май арасында орналасқан іріндіктер жатады. Кей жағдайда іріндіктің бір қабырғасын іштің алдыңғы қабырғасының париетальдық іш пердесі құрауы мүмкін.

Ішекаралық іріндіктерді екі үлкен топқа бөледі: 1) бірінші реттік; 2) қалдық (резидуальдық) іріндіктер.

Бірінші реттік іріндіктер бірінші басталған инфекция ошағының маңында, мысалы: құрт тәрізді өсіндінің, өт қабының, ащы немесе тоқ ішек дивертикулаларының, асқазанның және ішектің тесіліп жабылған жараларының аймағында орналасады.

Резидуальдық немесе қалдық ішекаралық іріндіктер жайылған ірінді перитониттен кейін пайда болады.

Ішекаралық іріндіктер біреу, бірнешеу (көптеген), асқынған немесе асқынбаған болуы мүмкін.

Жиі кездесетін асқынулар: іріндіктің бос іш қуысына немесе қуысты ағзаға жарылуы, ішек жыланкөздері, жедел ішек өткізбеушілігі, пневмония, плеврит, өкпе ателектазы, жараның іріндеуі, тері астылық эмфизема, пилефлебит, бауыр абсцесі. Іш қабырғасының тері астында, белде немесе санда эмфиземаның пайда болуы күтпеген жағдай көрінуі ықтимал, бірақ ол мүмкін жағдай.

Ішек аралық іріндіктің ең жиі себебі – жедел аппендицит. Абсцесс аппендикулярлық инфильтраттың іріндеуінде, құрт тәрізді өсінді тесілгенде немесе жайылған аппендикулярлық перитониттен кейін дамиды.

Қуыс ағзаларға салынған тігістің шамасыздығы, гематоманың іріндеуі, ішкі жыланкөздер, операцияның жарақаттылығы, іш қуысында бөгде дененің қалуы да іріндікке себеп болады.

Басқа іріндіктер тәрізді, ішекаралық іріндіктерге де «жарық уақыт» (светлый промежуток) тән. Аппендэктомиядан кейін іріндіктің бірінші белгілері: дел – салдық, тәбеті нашарлап,

жоғары қызу, лейкоцитарлық формуланың сол жаққа ығысуы пайда болғанша 5-7 тәулік өтеді.

Объективті қарағанда: аппендикулярлық инфилтратқа ұқсас, бірақ одан ішкерірек (медияльды), анық шекарасы жоқ, қаттылау, аз қозғалмалы инфилтрат анықталады. Іш пердесінің тітіркенуі бола қоймайды, бірақ аздаған ішек салдығы байқалады.

УДТ сұйық құрамды, әртүрлі пішінді инфилтрат анықтайды.

Емдеу тактикасын таңдауда шешуші рөлді клиникалық көрініс атқарады. Жүйелі қабыну реакциясының айқын белгілері басталса оперативтік ем жасалады.

Ақпаратты жоғары тексеру әдісіне КТ жатады. Оның көмегімен тек іріңдіктің бар немесе жоқтығын ғана емес, олардың дәл локализациясын, басқа ағзалармен арақатынастарын да анықтауға болады.

Іріңдік іш қуысының қабырғаларына жақын орналасса, УДТ немесе КТ-ның бақылауымен іріңдікті пункциялық әдіспен де кәріздеуге болады.

Жайылған іріңді перитонит – ішперденің, оның жекелеген аймақтарын немесе бүкіл бетін қамтитын, ішперделік жамылғының жергілікті өзгерістерімен, айқын үдемелі интоксикациямен бірге жалпы құбылыстар кешенімен жүретін қабынуы. Бұл - дерттің жалпы анықтамасы, сондықтан, оның әрқилы түсініктемесі де болады. Перитонит мәселесінің күрделілігі мен қайғылылығы (драматизмі) жалпылама түсінік пен клиникалық түсініксіздіктің көлеңкесінде қалып келеді. Перитонит диагнозы, жалпы алғанда, ішперденің қабынуының кез келген түрі мен айқындылық дәрежесін көрсетеді.

Абсолюттік көпшілікте, перитонит, біріншілік патологиялық процестің, жарақаттың немесе оның көзінің пайда болуына - құрсақ қуысы ағзаларының қабынулық немесе жарақаттық деструкциясына әкеп соқтыратын дерттердің ағымын асқындырушы - екінші кезектегі патологиялық жағдай ретінде анықталады.

Перитониттің ауырлығын оның себебінің сипаты мен ұзақтығы анықтайды. Жедел іріңді перитониттің, соның ішінде жайылмалы перитониттің дамуы, әрқашанда дерт көзінің асқинуы мен осы перитониттің қолайсыз ағымының белгісі болып табылады.

Абдоминалдық хирургияда перитониттен асқан шешімі қиын мәселе жоқ деуге болады. Мәселенің өзектілігі оның жиілігімен ғана емес, сонымен қатар, бұл дерттен болатын өлім-жітімдіктің жоғары, дерттің меңдеген, көпағза жетіспеушілігі сатыларында 60-70 %-ға дейін жететін деңгейімен де байланысты. Гемодинамиканың және басқа ағзалар мен жүйелердің критикалық бұзылыстары инфекциялық шок туралы заманауи түсініктерге сай келеді. Дерттің патогенезінде гуморалдық реттеудің, метаболизмнің және оттегі тасымалының терең және үдемелі бұзылыстары орын алады. Бұл аталған бұзылыстардың өзара байланысы ақаулы шеңбердің түзілуіне және организмнің бейімділік (адаптациялық) мүмкіндіктерінің әлсіреуіне әкеп соқтырады. Перитониттен болатын өлім-жітімнің жоғары болуының бір себебі - осы. Перитонит пен оның себептерін ерте анықтау және пациенттерді хирургиялық стационарларға ерте жеткізу мен оперативтік араласудың қажетті көлемін ерте орындауға пациенттердің өмірі тікелей тәуелді.

Сонымен қатар, перитонитте өлім-жітімнің көрсеткіштері оның таралу дәрежесіне тәуелді, мысалы, жергілікті перитонитте 0-1,5 %, жалпы перитонитте –36,6-дан 55 %-ға дейін, ал операциядан кейінгі перитонитте 70-75 % және одан да астам.

Осылайша перитонитті емдеу мәселесі өзінің шешімін таба қойған жоқ, өйткені, дерттің ақыры 1914 жылы И.И. Греков жариялаған емдеу нәтижелерімен бірдей деуге болады.

Егер бір жарым ғасыр бұрын Вернер өзінің замандас хирургтерін құдай мен перитониттен қорқып өсті деп жазса, К.С. Симонян ғасыр өткен соң «Перитонит» (1971) атты монографиясында «құдай алдындағы қорқыныш өткенмен, перитониттің алдындағы қорқыныш қалды», - деп жазған болатын. Бұл құсалыққа (пессимизмге) бүгін де қарсы уәж айту мүмкін болмай отыр.

Жедел перитониттің жіктелісі. Теориялық көзқарастан да, тәжірибелік тұрғыдан да жіктеу құрсақ қуысындағы қабынулы процестің лапаротомияға дейінгі сәттегі табиғи ағымының барлық фазалары мен кезеңдерін бейнелеуі тиіс. Мұның өзі диагноз қою кезінде науқастардың жағдайын нақты бағалауға жағдай туғызады.

Перитонитті алғаш рет жіктеуге тырысқан Микулич (1904) болатын. Ол перитонитті былайша бөлген: алғашқы 24 сағат ішінде өліммен аяқталатын аса жедел перитонит, немесе

перитонеалдық сепсис; 2-3 күнге созылатын іріңді жайылмалы перитонит; 5-15 күн бойы дамидың жеделдеу перитонит (екеуі де өліммен аяқталады); созылмалы перитонит.

Кейінірек перитонитті қоздырғышына, жалқықтың сипаты мен таралу дәрежесіне, дерттің басталған уақытына, қабынулы процестің құрсақ қуысына таралу дәрежесіне, ағымының сипатына, ішек парезінің деңгейіне және өмірлік маңызды ағзалардың қызметіне қарай жіктеуге тырысқандар болды.

Бірақ, перитонитті қандай да болмасын бір белгіге қарап жіктеу бұл дертте болып жататын процестің күрделілігін бейнелей алмайды. Соңғы 30 жыл ішінде әртүрлі жіктелістерді ұсынған авторлардың пікірлерін ескере отырып, перитониттің мынадай жіктелісін ұсынғанды жөн көрдік:

I. Этиологиясына және инфекцияның көзіне байланысты.

1. **Біріншілік перитониттер** ішперденің гематогендік, лимфогендік және жатыр түтікшелерінің сілемейлі қабығымен тікелей өткен (per continuitatem) микроорганизмдермен біріншілік зақымдануының салдарынан дамиды. Кей жағдайларда басқа аймақтарда орналасқан іріңдіктер құрсақ қуысына жарылған кезде немесе криптогенді түрде дамиды. Осыдан: а) гематогендік; б) лимфогендік; в) жарылған; г) криптогендік перитониттер шығады. Криптогендік перитонит сирек кездеседі (1% шамасында).

2. **Екіншілік перитониттер** құрсақ қуысындағы қабынулы-деструктивтік процестермен немесе құрсақ қуысының жарақатымен байланысты: а) аппендикстік; б) холецисто-панкреастық; в) перфоративтік; г) жарақаттық; д) некроздық-тепшулік (пропотной); е) операциядан кейінгі; ж) гинекологиялық; з) басқа түрлері.

3. **Үшіншілік перитонит.** Бұл термин ішперденің «қайталамалы» сипаттағы қабынуын көрсетеді. Кейде мұндай перитонитті «персистенциялы» немесе «қайталамалы» перитонит деп белгілейді.

II. Перитониттерді қоздырғыштардың түріне қарай бөлудің клиникада аса маңызы жоқ, өйткені, басым көпшілігіне микробтар ассоциациясы кездеседі. Дегенмен, құрсақ қуысынан шыққан бөліндіден микробтардың антибиотиктерге сезімталдығын анықтау және антибактериалық терапияны тиімді әдісін таңдау үшін себінді алу міндетті.

III. Экссудаттың сипатына қарай: іріңді, геморрагиялық, шірулік, серозды, фибринозды, нәжістік, несептік, өтті және басқалары.

IV. Таралу дәрежесіне қарай.

1. Жергілікті перитонит: а) шектелген (қабынулы инфильтрат, абсцесс); б) шектелмеген (шектейтін бітісулер жоқ, бірақ, процесс 2 анатомиялық аймақтан артық шықпаған).

2. Жайылған перитонит: а) диффузды (ішперденің зақымданған ауданы ауқымды, дегенмен, процесс 5 анатомиялық аймақтан артық шықпаған; немесе 2 этаждан артық емес); б) жайылмалы (ішперде толық немесе толық деуге болатындай зақымданған).

V. Клиникалық ағымына қарай К.С. Симонян (1971) дертті үш сатыға бөлуді ұсынды: реактивті (алғашқы 24 сағат), токсикалық (24-72 сағат) және терминалдық (72 сағаттан астам).

Бұл фазаларды құрсақ қуысындағы патологиялық процестерге физиологиялық реакцияларды бағалап, ең алдымен гемодинамикалық реакцияларды, айналыстағы қандағы реологиялық өзгерістерді және эндогендік интоксикацияның дәрежесін бағалап, оларды клиникалық тексеру деректерімен қосқан жағдайда ғана анықтауға болады.

Бұл жіктелістің кеңінен таралып, тұрақты орын алуына ықпал еткен көңілге қонымды жағы- жайылмалы перитониттің клиникалық көріністерінің дерттің патологиялық даму фазаларына сәйкес келуі. Дегенмен, бұл жіктеуді осы жылдар ішінде толыққанды пайдалануға кедергі болған басты кемшілігі ретінде оның белгіленген фазаларын бөлетін айқын және келісілген клиникалық критерийлердің болмауын атауға болады.

Жайылмалы перитониттің жіктелісіне қатысты жағдай **абдоминалдық сепсис** туралы түсінік клиникалық тәжірибеге енгеннен соң түбегейлі өзгерді және айқындала бастады (В.С. Савельев және қаламд., 1999). Перитониттің клиникалық ауырлығын бағалаудағы жаңа ұстанымның қалыптасуына ықпал еткен жетекші фактор ретінде әлемнің жетекші клиникаларында сепсисінің 1991 жылы Чикагода өткен келісім конференциясында қабылданған клиникалық жіктеуінің таралуын атауға болады (Bone R.C. қаламдаст., 1992). Конференция қазіргі кезде жалпыға белгілі жүйелік қабынбалы реакция синдромының (ССВР) төрт келісілген белгілерін бекітті.

Жүйелі қабынбалы реакция синдромы (ЖҚРС) – организмнің әртүрлі күшті тітіркендіргіштерге (инфекция,

жарақат, операция және басқалары) жүйелік реакциясы: екі немесе одан да көп, келесі белгілермен сипатталады:

- дене қызуы 38°C-қа тең немесе одан да астам; 36°C-ға тең немесе одан да төмен;

- Жүрек соғу жиілігі минутына 90-ға тең немесе одан да астам;

- Тыныс алу жиілігі минутына 20 немесе гипервентиляция (PaCO_2 32 мм.сын.бағ-на тең немесе одан да аз);

- Қандағы лейкоциттер $12 \times 10^9/\text{л}$ -ден көп немесе $4 \times 10^9/\text{л}$ -ден аз, немесе жетілмеген формалары 10%-дан астам.

Инфекциялық-деструктивтік процесс диагнозы қойылып, осы аталған жүйелік қабынулы реакция синдромының төрт белгісінің екеуінен астамы анықталған жағдайда **сепсис**тің **кешенді белгісі** деген атау ұсынылды. Бұл кешенге көпағза жетіспеушілік синдромы қосылған жағдайда **ауыр сепсис** деп қарастырылса, басқарылмайтын 90 мм.сын.бағ.-нан төмен артериалық гипотензия **инфекциялық-токсикалық (септикалық) шок** түрінде анықталатын сепсистің терминалдық фазасының белгісі деп белгіленді.

Жайылмалы перитонит инфекциялық-деструктивтік процестің үдеуінің күмәнсіз белгісі болғандықтан, ЖҚРС-ның үш немесе төрт белгісінің анықталуы және көпағзалы жетіспеушілік синдромының (КАЖС) белгілері ауыр перитонеалдық сепсис (абдоминалдық сепсистің бір түрі) ретінде бағалануы тиіс, сәйкесінше ақыры ауыр болады. Ал, **инфекциялық- токсикалық шоктың дамуы** процестің терминалдық фазасына көшкенін көрсетеді.

Осылайша, соңғы жылдары жайылмалы перитонитті патогенез фазасына байланысты ауырлығына (реактивті, токсикалық немесе терминалдық) қарап бөлудің орнына фазалары бойынша басқаша бөлу бекітілді: **сепсис**тің **белгілері жоқ перитонит, перитонеалдық сепсис, ауыр перитонеалдық сепсис, инфекциялық-токсикалық шок**. Осы жоғарыда келтірілген жағдайларды ескере отырып жайылмалы перитониттің жіктелісінің схемасын былайша бейнелеуге болады.

I. Этиологиялық сипаттамасы:

- біріншілік;
- екіншілік;
- үшіншілік.

II. Таралуы:

- жергілікті: шектелген, шектелмеген;
- таралған: диффузды, жайылмалы.

III. Экссудаттың сипаты:

- серозды-фибринозды;
- фибринозды-іріңді;
- іріңді;
- нәжістік;
- өттік;
- геморрагиялық;
- химиялық.

IV. Процестің ағымының фазалары:

- сепсиссіз;
- сепсис;
- ауыр сепсис;
- септикалық (инфекциялық-токсикалық) шок.

Отандық хирургтерге үйреншікті емес «**үшіншілік перитонит**» терминіне шағын түсініктеме берген жөн. Перитониттің бұл түрі екіншілік перитонитке шалдыққан әлсіреген науқастарды емдеу барысында іріңді перитониттің айқын клиникалық көрініссіз дамитын және жүретін түрлерін біріктіреді және иммундық жүйенің әртекті бұзылыстарының орын алуы да сирек емес. Ертеректе мұндай перитонит «баяу ағымды» немесе «персистенциялы» деп аталды. Әдетте, перитониттің бұл түрі науқастарда (немесе жаралыларда) операциядан кейінгі кезеңде, экстремалдық, кризистік ситуацияларда болған, инфекцияға қарсы қорғаныс механизмдері таусылғандарда дамиды. Мұндай перитониттің ағымы көмескі клиникалық көрініспен, көпағзалық дисфункциямен және жүргізілген емге көнбейтін (рефрактерлі) эндотоксикозбен ерекшеленеді. Үшіншілік перитониттің даму қаупінің негізгі факторлары ретінде науқастың тамақтануының бұзылуын (таусылу), плазмадағы альбуминнің концентрациясының азаюын, ережеге сай қолданыстағы антибиотиктердің басым бөлігіне төзімді, проблемалы қоздырғыштарды және ағзалық жетіспеушілікті келтіруге болады.

Егер екіншілік перитонитте кейде науқастың организмінің жоғары реактивтілігі салдарынан таралған перитониттің айқын клиникалық көрінісіне операция кезінде табылған өзгерістер сәйкес келмейтін ситуациялар кездесетін болса, үшіншілік перитонитте бұл жағдай керісінше болып келеді, дерттің жалпы

клиникалық белгілері мен жергілікті физикалдық белгілері ұзақ уақыт бойы күмәнді саналады. Осындай жағдайда, науқастағы күмәнді көрсетімдер бойынша белсенді хирургиялық тактика қолдану орынсыз болып көрініп, қажетті операцияны кідіруге мәжбүр етеді. Реллапаротомия жасау керектігі жөнінде шешім қабылданған кезде, операцияда ішперде көмескі, айқын гиперемия жоқ, ішек тұзақтары арасында көптеген іріңдіктер (абсцесс), басым көпшілігіне иісі ихорозды жайылмалы іріңді экссудат, мол фибринді қақтар табылады. Мұндай қайшылықтар екі жағдайдың салдары болып табылады: біріншіден, организмнің іріңді-деструкциялық процеске қарсы реакциясының тежелуі, екінші жағынан оппортунистік полирезистентті микрофлораның басымдығы.

Үшіншілік перитониттің екіншілік перитониттен басты айырмашылығы екіншілік перитониттің клиникалық көрінісі инфекциялық агенттің организмге түсуіне және ішперденің бір бөлігіндегі деструкциялық процеске жауап ретінде дамитын прокабынбалық цитокиндердің көптеп бөлінуі секілді, организмнің қорғаныстық реакциясымен сабақтасты. Ал үшіншілік перитонитті, авторлардың басым бөлігінің пікірінше, организмнің жүйелік және жергілікті деңгейлерде адекватты реакция ұйымдастыруға қабілетсіздігі ретінде қарастыру қажет және қалыптасқан жағдай құрсақ қуысындағы инфекциялық процеске жауапты қабынуға қарсы цитокиндердің басым болуының нәтижесі болып табылады. Операция кезінде үшіншілік перитониттің көзін табу мүмкін болмай қалатын жағдайлар сирек емес.

Клиникасы және диагностикасы. Перитониттің клиникалық көрінісі оның себептері мен науқастардың шамадан тыс тітіркендіргіштерге реакциясы секілді әралуан болып келеді.

Перитониттің басты симптомдары мыналар: 1) құрсақ аймағындағы ауырсыну сезімі; 2) құрсақты сипағанда ауырсыну; 3) оң мәнді Щеткин-Блюмберг симптомы; 4) құрсақ қабырғасы бұлшықеттерінің жиырылуы; 5) жүрек айну және құсу; 6) паралитикалық ішек түйілуі; 7) дене қызуының көтерілуі және лейкоцитоз.

Перитониттің клиникалық көрінісі белгілі бір дәрежеде перитониттің сатылы ағымына сәйкес жүреді.

1. Реактивті саты – жергілікті симптомдардың барынша айқын көрініс беретін сатысы: айқын ауырсыну синдромы,

бұлшықеттердің қорғаныстық жиырылуы, қозғалыстық қозу, құсу және т.б. Бұл сатыдағы дерттің жалпы көріністері (тамыр соғуының минутына 120-ға дейін жиілеуі, қан қысымының көтерілуі, тыныс алудың жиілеуі) ауырсыну шоғымен түсіндіріледі. Жалпы интоксикацияға тән белгілерге дене қызуының 38°C-қа дейін көтерілуі, лейкоциттік формуланың солға қарай орташа дәрежеде ығысуы жатады.

2. Токсикалық саты – жергілікті симптомдардың тынышталып, айқын интоксикацияға тән жалпы реакциялардың бас көтеретін сатысы: беті қуқыл тартқан, бозарған, науқас сирек қимылдайды, эйфория, тамыр соғу жиілігі минутына 120-дан астам, қан қысымы төмендейді, кеш құсу, дене температурасы гектикалық сипатта, лейкоциттік формуланың солға күрт ығысуы. Жергілікті симптомдардан дерттің токсикалық сатысында ауырсыну сезімінің бәсеңдеуі тән және ішек перистальтикасының күрт баяулауы, үдемелі метеоризм де осы сатыға тән белгілер болып табылады. Токсикалық сатыға тән, оны реактивті сатыдан айыруға мүмкіндік беретін белгі – синдромдық бұзылыстардың (гиповолемия, ацидоз, асқазан-ішек жолдарының парезі және т.б.) пайда болуы.

3. Терминалдық сатысы – қайтымдылықтың шегіне жеткен терең интоксикация сатысы: Гиппократ беті, адинамия, енжарлық, мәңгіру, интоксикациялық елеру (делирий), тыныс және жүрек-қан тамыр жүйесінің айқын бұзылыстары, нәжіс иісті мол құсу, лейкоциттік формуланың солға қарай күрт ығысуы, дене қызуының түсуі, бактериемия. Жергілікті симптомдардан перистальтиканың толық жойылуы, іштің қатты кебуі, құрсақтың барлық жеріндегі ауырсыну сезімі байқалады.

Осылайша, перитониттің терминалдық сатысында дерттің токсикалық сатысында пайда болған синдромдық бұзылыстардың декомпенсациясы дамиды.

Екіншілік перитониттің себебінің топикалық диагностикасы, әдетте, жергілікті перитонитте және перитониттің реактивті сатысында аса қиынға соқпайды. Жедел жайылмалы перитониттің токсикалық және терминалдық сатыларында перитониттің себебін анықтау мүмкін де емес және аса қажеті де жоқ. Тек перитониттің өзін анықтаудың маңызы бар, өйткені, сол ғана тактиканы анықтайды. Перитонит барлық жағдайда да операцияға көрсетім болып табылады.

Диагноз қоюға және оны дәлелдеуге мынадай зерттеу әдістерінің көмегі болады: 1) тік ішек және қынап арқылы

зерттеу; 2) рентгенологиялық зерттеу; 3) құрсақ қуысын ультрадыбыспен зерттеу; 4) лапароцентез; 5) лапароскопия; 6) компьютерлік рентгенотомография; 7) түрлі-түсті сұйықкристалдық термография; 8) таңбаланған лейкоциттермен радиоизотоптық зерттеу; 9) құрсақ қабырғасы бұлшықеттерінің электромиографиясы; 10) диагностикалық лапаротомия.

Дифференциалдық диагностикасы. Перитонитте дифференциалдық диагностика басым көпшілігіне дерттің реактивті сатысында, дерттің қысқа мерзімі және бірсыпыра ортақ белгілері, лапаротомия жасау қате болып табылатын, бірқатар дерттерді жоққа шығару үшін жүргізіледі. Жалған абдоминалдық деп аталатын синдромдар әртүрлі ағзалардың 70-тен астам дерттері мен жарақаттарында бой көрсетуі мүмкін. «Жедел құрсақтың» жалған көрінісін беретін дерттердің қысқаша тізімін келтіреміз.

1. **Өкпе мен плевра дерттері:** төменгі бөліктік пневмония, базалдық (көкеттік) плеврит, өкпе мен қабырғалардың жарақаттары, гемоторакс, спонтандық пневмоторакс және басқалары.

2. **Жүрек-қантамырлық дерттер:** стенокардия, миокард инфарктісі, аортаның және оның тармақтарының қатпарланған аневризмасы, аскорыту ағзаларының ишемиясы, жүрек жетіспеушілігі және т.б.

3. **Аллергиялық аурулар:** жайылмалы түйнекті периартериит, идиопатиялық геморрагиялық васкулит (Шенлейн-Генох синдромы).

4. **Қанның аурулары:** тромбопениялық қанталау бөртпесі, гемофилия, жедел гемолитикалық қаназдылықтар, лейкоздар.

5. **Жүйке жүйесінің дерттері мен жарақаттары:** бас-ми жарақаты, бас миының ісіктері, энцефалиттер, жұлынның жарақаттары, жедел миелиттер, белдеу теміреткі, нейросифилис.

6. **Эндокриндік дерттер мен метаболикалық бұзылыстар:** қантты диабет, тиреотоксикоз, жедел бүйрек үсті безінің жетіспеушілігі, гиперкальциемия, гипокалиемия, уремия.

7. **Инфекциялық (жұқпалы) аурулар:** тағамдық токсикоинфекциялар, вирустық гепатит, тұмау (грипп), тонзиллит, жәншау (скарлатина), күл (дифтерия), қантышқак (дизентерия), іш сүзегі.

8. **Бауырдың, талақтың және несеп-жыныс ағзаларының дерттері:** бауыр гематомасы, талақтың

инфарктісі, бүйрек шаншуы, гидронефроз, бүйректер ісіктері мен амилоидозы.

9. Құрсақ пен ішперде артындағы кеңістіктің дерттері мен жаракаттары: жарықтар, абсцестер, құрсақ қабырғасының гематомалары, құрсақ бұлшықеттерінің жыртылуы, ішперде артындағы гематомалар мен ісіктері, паранефрит.

Осылайша, «жедел құрсақ» синдромын ажырату қажет дерттерді тек жәй санап шығудың өзі ғана хирургтің эрудициясының қаншалықты кең болу керектігін және операцияның мерзімі, сипаты және оның қажеттілігі туралы сұрақты дұрыс шешу үшін өзінің мамандығы мен жақын мамандықтардан білімін әрдайым толықтырып отыру қажеттілігін көрсетеді. Операцияның қажеттілігі, мерзімі және сипаты туралы сұрақтардың дұрыс шешімін табу хирургиядағы ең «бақытты шақтар» саналады.

Қауіпті факторлар. Заманауи емдеу тактикасы туралы сөз қозғамас бұрын, перитониттегі қауіпті факторларды талқылап алған жөн. Соңғыларды ескеру операцияны аяқтауда негізделген тәсілдерді таңдауға, перитонитті емдеудің ақырын шынайы бағалауға қатысты хирургиялық тактиканы индивидуализациялауға ықпал етеді.

Әрине, пациенттердің жасы, олардағы әртүрлі қатандықтағы қосымша дерттер, дерттің операцияға дейінгі ұзақтығы, басқаша айтатын болсақ, науқастардың стационарға келу мерзімдері перитонитті емдеудің ақырында шешуші роль атқаратыны түсінікті. Перитониттің көзінің, сонымен қатар, микрофлораның да маңызы зор екені анық. Мәселен, гинекологиялық перитониттің, құрсақ қуысына асқазан-ішек жолдарының микрофлорасы түсетін хирургиялық перитонитке қарағанда анағұрлым жеңіл өтетіні, жалпылама белгілі. Перитонитте науқастардың жағдайын бағалаудың, осыған байланысты емнің ақырын болжаудың көптеген тәсілдері ұсынылған: SAPS, APACHE II, ALTONA (PIA) перитонеалдық индексі және басқалары. Олар әртүрлі клиникалық белгілер мен лабораториялық зерттеулер қорытындысын баллдық жүйе бойынша бағалауға негізделген. Соңғылары эндогендік интоксикацияның ауырлық дәрежесін бағалауға бағытталған. Кең таралғаны **Мангеймнің перитонеалдық индексі (MPI)**(кесте 1).

Кестеге түсініктеме.

Ағзалық жетіспеушілік:

Бүйректер: креатинин деңгейі 117 ммоль/л-ден астам; несеп нәрі – 16,7 ммоль/л-ден астам; олигурия – 20 сағ/мл-ден аз.

Өкпелер: рО₂ (капиллярлар) – 50 мм.сын.бағ.-нан аз; рСО₂ (капиллярлар) – 50 мм.сын.бағ.-нан аз.

Шок: гипо – немесе гипердинамиялық .

Ішек түйілуі: толық механикалық немесе 24 сағаттан астам уақыт паралитикалық.

Индекс: 21-ден аз – өлім-жітім 0-11 % (орташа 2,3), перитонеалдық лаваж; 21-29 – өлім-жітім - 10,6-50 % (орташа 22,5), бағдарламалы санациялар; 29-дан астам – өлім-жітім - 41-87 % (орташа 59,1), лапаростомия.

Кесте 1. Мангеймнің перитонеалдық индексі

Қауіпті фактор	Баллдары
Науқастың жасы 50-ден жоғары	5
Жынысы- әйелдер	5
Ағзалық жетіспеушілік	7
Қатерлі жаңатүзіліс	4
Перитониттің ұзақтығы 24 сағаттан астам	4
Перитониттің себебі тоқ ішек	4
Таралған перитонит	6
Жалқықтың сипаты:	
Мөлдір	0
лайлы, ірінді	6
Нәжісті	12

Балдық жүйелердің басым бөлігі синдромдық бұзылыстардың ауырлығын жақсы бағалайды және дерттегі өлім-жітімді болжауға мүмкіндік беретінін атап өткен жөн. Балдық жүйелерге нәруыздың деңгейін талдау, табиғи детоксикация ағзаларының қызметін бағалау (несеп нәрінің,

креатининнің, билирубиннің концентрациясы бойынша) кіреді. Молекулалық массасы орташа заттардың деңгейін анықтау немесе жалпы интоксикацияның басқа да сынамалары (ИЛИ, биосынамалар) толықтырушы параметрлер болып табылады.

Емдеу. Қазіргі кезде ішперденің ірінді қабынуларын емдеу жедел жәрдем қызметінің жұмысын кеңейту және дамытуға, диагностикалау, хирургиялық тактика және техника жөнінде зор тәжірибе жинақтауға, дерттің күрделі патогенезін зерттеу нәтижелерін ескеруге және клиникалық тәжірибе мен медициналық ғылымның жан-жақты жетістіктерін кеңінен пайдалануға негізделген тұтас жүйелік шаралардан тұрады. Перитониттің кешенді емінің В.С. Савельев қаламдастарымен құрастырған құрамды бөліктері мынадай:

- инфекция ошағын хирургиялық араласу арқылы мүмкіндігінше ерте жою;

- құрсақ қуысындағы және одан тыс жерлердегі инфекцияны антибактериалық препараттар көмегімен, оны жуу және түтіктермен адекватты кәріздеу арқылы басу;

- мұрын-асқазан сүңгісімен, асқазан-ішек жолдарының декомпрессиясы арқылы және медикаменттік жолмен паралитикалық ішек өткізбеушілігін жою;

- адекватты инфузиялық терапия көмегімен волемиалық, электролиттік бұзылыстарды түзету және нәруыз тапшылығын, негіздік-қышқылдық тепе-теңдіктің ауытқушылықтарын жою;

- бүйректердің, бауырдың, жүректің және өкпелердің қызметін қалыпқа келтіру және оларды тиімді деңгейде ұстап тұру.

Жайылмалы ірінді перитониттің емінің негізі неғұрлым ерте операция жасауда, дегенмен операцияға дейін кезеңде дайындық жүргізілуі тиіс. Операцияның табысты болуы перитониттің сатысына, науқастың жасына, қосымша дерттерінің қатандық дәрежесіне тәуелді. Операция алдында жүргізілетін шараларға екі түрлі әрекет кіреді – диагностика және емдеу. Уақытты жоғалтпас үшін, екеуі бір мезетте, параллельді түрде жүргізіледі. Перитониттің диагностикасынан өзге ең алдымен гиповолемианың дәрежесін бағалау қажет. Бұл мақсатта гемоглобинді, эритроциттердің құрамын, орталық көктамыр қысымын анықтайды, сағаттық диурезді есептейді. Сонымен қатар, дифференцирленген терапия жүргізу үшін операция

алдындағы кезеңдерде мынадай көрсеткіштерді бақылап тұру қажет: АҚҚ, пульс, ЭКГ, қанның газдық құрамы және негіздік-қышқылдық тепе-теңдік, қандағы натрий, калий, жалпы нәруыз, несеп нәрі, креатинин, билирубин және басқаларын. Осылардың барлығы кешенді түрде жүрек-қантaмыр жүйесінің, өкпелердің, бүйректердің, бауырдың қызметі туралы мағлұмат алуға және оларды оптималды деңгейде ұстап тұруға мүмкіндік береді. Жайылмалы перитонитпен сырқаттанған науқасты тексеру, наркоз бен операцияға дайындау бағдарламасын анестезиолог, хирург және реаниматолог бірлесе отырып құрастырады. Операция алдындағы дайындық қарқынды емдеу блогында жүргізіледі. Операцияның шұғыл түрде жасалуы тиістігіне қарамастан, операция алдындағы қысқа мерзімдік дайындықтың қажеттігі сөзсіз. 2-3 сағат бойы жүргізілген гиповолемианың коррекциясы, қышқылдық-негіздік тепе-теңдікті, электролиттік бұзылыстарды қалпына келтіру, диурезді ең болмағанда субнормалық цифрларға (40 мл/сағ) дейін жеткізу наркоздың, операцияның және операциядан кейінгі кезеңнің қауіпсіздену болуын қамтамасыз етеді. Уақытты операцияға дейін 2-3 сағатқа созудың емнің ақырына кері әсері науқастарға дайындықсыз операция жасаудан артық емес.

Жансыздандыру. Жайылмалы перитонитке жасалатын операцияларда қолданылатын негізгі жансыздандыру әдісі бұлшықетті босаңсытатын дәрілерді және жасанды тыныс алдыруды пайдаланатын **көп құрамды теңгерімді жалпы анестезия** болып табылады.

Жету жолы. Оперативтік жету жолы негізінен перитонитке себеп болған дертке байланысты таңдалады, әйтседе, ол ыңғайлы да қарапайым болуы тиіс. Ең алдымен бұл аталған талаптарға **орталық лапаротомия** сай келеді. Бұл жету жолы құрсақ қуысын тез ашып, жабуға, жақсылап шолу жасауға және жараның саңылауын перитониттің көзінің орналасқан жеріне байланысты барлық бағытта кеңейтуге мүмкіндік береді.

Құрсақ қуысын ашқан соң, әрі қарай операция мынадай қатаң ретпен жасалады:

1. Құрсақ қуысындағы патологиялық құрамды сыртқа шығару;
2. Рефлексогендік аймақтарды блокадалау (тежеу);
3. Перитониттің себебін анықтау мақсатында ревизия жасау;

4. Перитониттің көзін алып тастау немесе оны шектеу;
5. Асқазан-ішек жолдарын декомпрессиялау;
6. Құрсақ қуысының санациясы;
7. Құрсақ қуысын кәріздеу;
8. Операцияны аяқтау тәсілін таңдау.

Құрсақ қуысын тексерудің кезеңінде **экссудатты бағалайды**, оның сипатына қарап перитониттің көзін де анықтауға болады. Экссудатты себіндіге алады. Сонан соң, электросорғының көмегімен құрсақ қуысын патологиялық сұйықтықтан тазартады. Мәрліден жасалған тампондарды сақтықпен қолдану қажет, өйткені, сірі қабықты жарақаттап, кейін жабыспалы процестер даму қаупі жоғары.

Жасалатын операцияның жарақаттылығын ескеретін болсақ, **рефлексогендік аймақтарға новокаин блокадасын жасау** ең бірінші қажет шара болып табылады. Новокаин ерітіндісін (0,25 %-дық) көлденең тоқ ішектің, жіңішке және сигма тәрізді ішектердің түбіріне жібереді.

Жансыздандырушы ертінді, ережеге сай, таралып симпатикалық құрсақ және жоғарғы шажырқай өрімдеріне жайылады, сондықтан мұндай блокада патологиялық висцералдық рефлекстерді бөгеп, ішек парезін тез жоюға ықпал етеді. Инфекцияның ішперде артындағы кеңістікке өту қаупі асыра айтылған деп есептеу керек.

Ревизияны біртіндеп экссудаттың сипатына, оның көп жинақталған жеріне қарап, жоғарғы немесе төменгі қабатынан бастап жүргізеді.

Орталық лапаротомиялық жету жолы арқылы перитониттің көзін табу аса қиындық тудырмайды. Дегенмен, паралитикалық немесе механикалық ішек өткізбеушілігінде құрсақ қуысы ревизиясының өзіндік ерекшеліктері бар. Ашы және тоқ ішектер күрт керіліп, сыртқа шығып кеткен жағдайларда экссудатты шығарған соң, бірден ашы ішектің назоинтестиналдық интубациясына кірісу қажет. Осындай жағдайларда ішекті газ бен сұйықтықтан босату құрсақ қуысының ревизиясын анағұрлым жеңілдетеді. Егер сүңгі перитониттің көзін алып тастауға кедергі келтірмейтін болса, онда оны операциядан кейінгі кезеңге қалдырады. Жайылмалы перитониттің көзін тапқан соң, **оны жоюға** кіріседі. Перитониттің себебі ең қарапайым тәсілдер көмегімен сенімді

түрде жойылуы тиіс. Егер перитониттің көзін жою мүмкін болмаса, оны кәріздеп, қалған құрсақ қуысынан мәрлілік тампондармен сенімді түрде шектеу қажет. Негізгі жою жолы – аппендэктомия.

Айқын ішек парезінде **ішек декомпрессиясы** жасалады. Соңғысы – жайылмалы перитонитке жасалатын операциялардың маңызды этаптарының бірі. Перитониттегі ішек жетіспеушілік синдромын, абдоминалдық сепсисті емдеуде, ішек қуысында көп мөлшерде сұйықтық пен газдың патологиялық секвестрациясымен байланысты жоғары ішекішілік қысымды жоюдың ерекше маңызы бар. Ішек ішіндегі қысымының төмендеуі ішек қабырғасындағы қан айналысын, оның моторлық, кедергілік және метаболизмдік қызметтерінің қалыпқа келуін қамтамасыз етеді. Ашы ішекте айқындылығы жоғары ішек жетіспеушілігі перитониттегі көпағзалық жетіспеушілік пен өлім-жітімнің негізгі себебі болғандықтан, ашы ішекті толық декомпрессия жасау қажет. Хирургтердің басым көпшілігі секілді, біз де интубацияның жабық тәсілдеріне - назогастроинтестиналдық интубацияға, ал балаларда - трансаналдық интубацияға көбірек жүгінеміз.

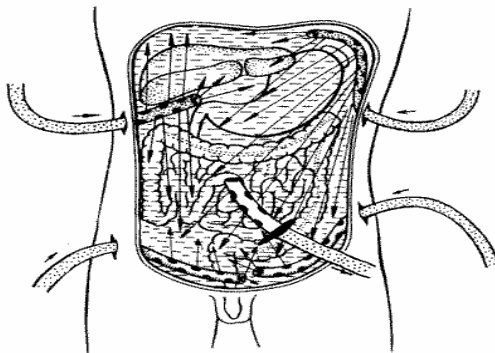
Жабық интубация жасау мүмкін болмаған жағдайда гастро-, еюно-, цеко-, аппендикоцекостома арқылы жасалатын ашық әдістерге жүгінуге тура келеді.

Құрсақ қуысының санациясы – оперативтік араласудың жайылмалы перитониттің сатысына және оның сипатына тәуелсіз маңызды кезеңі. Бұл кезеңде қабырғалық және висцералдық ішперденің максималды деконтаминациясына қол жеткізуге тырысады. Әр авторлар құрсақ қуысын жууға әртүрлі антисептикалық ерітінділер ұсынады (хлоргексидиннің 0,5 %-дық ертіндісі, 1:5000 фурациллиннің ерітіндісі және басқалар). Операция үстіндегі санацияның негізгі мақсаты - құрсақ қуысын, ішпердені патологиялық құрамнан және фибриннен мұқият механикалық тазарту. Осы мақсатта дене температурасына дейін жылытылған Рингер ерітіндісін немесе физиологиялық ерітіндіні 8-10 литрден кем емес мөлшерде пайдаланған жөн. Сұйықтықпен бірге құрсақ қуысынан қан, ірің, фибрин және тіндер үзіктері шығарылады. Сонымен қатар, экссудаттағы, фибриндегі, қабынған ішперде бетіндегі

микроорганизмдер мен жасушалардың ыдырау және метаболизм өнімдері – токсикалық заттар шығарылады.

Соңғы жылдар әдебиеттерінің деректері **ультрадыбыстық кавитация** әдісін санацияның ақырғы кезеңінде пайдаланудың оң нәтиже беретіндігін көрсетіп жүр. Ультрадыбыстық толқулар тіндердегі диффузия процестерін күшейтеді, соның нәтижесінде қабынулық процестер азаяды. Құрсақ қуысының ультрадыбыстық кавитациясының ұзақтығы 1-2 минуттен 10 минутқа дейін және одан астам уақыт аралығында. Құрсақ қуысының санациясы кезінде ультрадыбыстық кавитация үшін канамициннің, фурациллиннің ерітіндісін, хлоргексидиннің сулық ерітіндісін немесе құрамында кең спектрлі антибиотиктер бар ерітінділерді пайдаланады. Құрсақ қуысын озондалған ерітінділермен де жуады немесе озонмен «үрлеп» шығады.

Құрсақ қуысын кәріздеу. Құрсақ қуысын кәріздеудің мақсаты операциядан кейінгі кезеңде экссудаттың адекватты эвакуациясын қамтамасыз ету. Құрсақ қуысын кәріздеуге қатысты пікірталастар әлі де болса толастамай отырғанмен, авторлардың басым көпшілігі жайылмалы перитонитке жасалатын барлық операциялардың міндетті кезеңдерінің бірі деп есептейді. Тек операция лапаростомиямен аяқталатын жағдайлар ғана бұл ережеден тыс болуы мүмкін, себебі экссудат «ашық» құрсақ қуысы арқылы шығарылады. Екінші жағынан, В.К. Гостищев пен қаламдастары операция үстіндегі көп мәртелі лапаросанациялардың ең заманауи деген әдістемелерінің өзі патогенді микрофлораны сенімді түрде жоя алмайды, ал токсикалы экссудаттың кідіруі эндотоксикозды қолдайды деген пікірді алға тартады.



Сурет 25. Құрсақ қуысын дренаждау (кәріздеу)

Құрсақ қуысын кәріздеудің әртүрлі варианттары ұсынылған. Хирургтердің басым бөлігі жайылмалы перитонитте құрсақ қуысын 4 бірқуысты немесе екіқуысты полихлорвинил немесе силиконнан жасалған, диаметрі 0,8-1,0 см, екі мықын және екі қабырға асты аймақтардағы бөлек тесіктер арқылы өткізілген түтіктермен кәріздейді. Оң жақ мықын аймағынан кіші жамбас қуысын, ал сол жағынан сол бүйірлік каналды, оң жақ қабырғасы астындағы тесік арқылы бауыр астындағы кеңістікті, сол жақ қабырға астындағы тесік арқылы – сол жақ көкет астындағы кеңістікті кәріздейді. (сурет 25).

Операциядан кейінгі кезеңде перитонеалдық лаваж жүргізу туралы шешім қабылданған жағдайда бөлек тесік арқылы көлденең тоқ ішек шажырқайының астына қарай бүйірінде көптеген тесіктері бар, жіңішкелеу (0,4-0,6 см) түтік өткізеді. Бағдарламалы қайталама санация туралы шешім қабылдау құрсақ қуысын кәріздеуге қайшы келмейді.

Перитонеалдық лаваж және перитонеалдық диализдің арасындағы айырмашылықты түсіну қажет. Жедел перитониттердегі **перитонеалдық диализдің** негізгі мақсаты – интоксикациямен күресу. Диализ - деп заттарды, өзінің саңылаулары арқылы жоғары молекулалы коллоидтарды өткізбейтін, бірақ, электролитер мен шағын молекулаларды өткізетін жарғақ (мембрана) арқылы, бөлудің ерекше түрін

атайды. Перитонеалдық диализде жартылай өткізгіш жарғақтың ролін **ішперде** атқарады. Перитонеалдық диализ жүргізу үшін қарқынды терапия жүргізуге, гомеостазды лабораториялық бақылауға, енгізілген және шығарылған сұйықтықтың көлемі мен құрамын есептеуге мүмкіндік беретін жағдайлар жасалуы тиіс.

К.С. Симонян мен оның қаламдастарының (1967) пікірінше перитонеалдық диализдің оңды жақтары мынадай:

1) Бұл әдіс экссудатты, іріңді, қан ұйындыларын, фибриндік қақтарды тез арада шайып жібереді және интоксикацияның азаюына ықпал етеді;

2) Диализ диализаттың осмостық қысымын өзгерту арқылы организмдегі су тепе-теңдігін реттеуге мүмкіндік береді. Ішперде арқылы сыртқа кәріздеу диализдеуші ерітіндіде гипертониялық орта жасақтау арқылы жүзеге асырылады;

3) Құрсақ қуысына антибиотиктерді жіберу олардың қабынған ішпердедегі қажетті концентрациясын ұстап тұруға мүмкіндік береді;

4) Диализдеуші ортаның құрамы лабораториялық бақылау арқылы тұздардың алмасуын бағытты реттеуге мүмкіндік береді;

5) Ішперденің интерорецепторларынан келетін рефлекторлық әсерлерді бөгеу үшін новокаин жіберу мүмкіндігі бар;

6) Енгізілген салқын сұйықтық дене қызуын төмендетеді;

7) Бүкіл құрсақ қуысын шайып тұратын сұйықтық ағымы жабыспалардың дамуына кедергі жасайды;

8) Реконвалесценция кезеңінде, құрсақ қуысынан токсикалық заттардың сіңірілу қаупі жойылғаннан кейін, диализ жүргізу барысында диализдеуші ерітіндіге нәруыздық заттар мен дәрілік заттарды қосу мүмкіндігі бар.

Перитонеалдық диализдің оңды жақтарымен қатар, теріс жақтары анықталды. Олардың ішінде ең жиі кездесетіні: зат алмасу процесінің бұзылуы (нәруыздық, минералдық және қышқылдық-негіздік жағдайдың бұзылыстары).

Перитонеалдық диализді жүргізу барысында мынадай техникалық қателер жіберіледі:

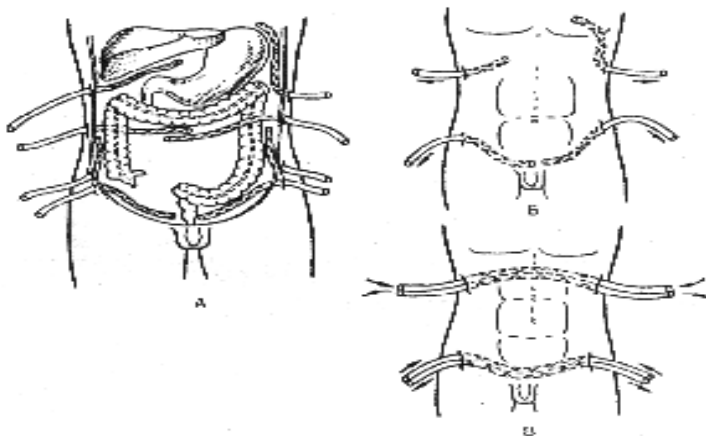
1) түтіктердің айналасындағы жара каналының герметикалылығының бұзылуы;

2) Түтіктердің құрсақ қуысында дұрыс орналаспауы (ішек тұзақтарының арасында);

3) Түтіктердің бітеліп қалуы (майысуы, фибринмен, шарбымен бітелуі);

4) Катетерді ішперде алдындағы кеңістікке енгізу немесе оның бүйірлік тесіктерінің бірінің тері астындағы шел қабатында орналасуы.

Перитонеалдық лаваж микроорганизмдерді экссудаттағы фибрин ұлпаларымен, ыдыраған жасушалар қалдықтарымен және токсикалық заттармен бірге шайып шығару мақсатын көздейді. Лаваж антисептикалық ерітіндінің шағын көлемімен жүргізіледі және интоксикацияны жоюға, зат алмасу процесін реттеуге емес, патологиялық құрамды механикалық түрде шайып жіберуге бағытталған. Диализ де, лаваж да ағынды және фракциялық әдістермен жүргізілуі мүмкін (сурет 26).



Сурет 26. Перитонеальды лаваж

Соңғы жылдары негізгі лапаротомиялық жараны тігу және құрсақ қуысын жабық кәріздеу немесе операциядан кейінгі диализбен (лаважбен) аяқтаудан өзге, құрсақ қуысының жарасын тігусіз қалдыратын операцияларға қайта оралып жатыр. Бұл әдістің әртүрлі атаулары бар: «жайылмалы ірінді

перитонитті емдеудің ашық әдісі», «ашық құрсақ», «құрсақ қуысының фенестрациясы», «лапаростомия».

Басқарулы лапаростомия. Хирургтердің «ашық құрсақ» - лапаростомия идеясына қызығушылығын тудырып отырған себеп – перитонитті емдеудің классикалық әдістерінің нәтижелерінің қанағаттанарлықсыздығы. Лапаростомияның барлық белгілі идеялары перитонитте құрсақ қуысы тоталды іріңдік, яғни оны іріңдік хирургиясының заңдылықтарымен кәріздеп емдеу қажет деген ойға негізделген. Тігілмеген немесе уақытша жабылған құрсақ қуысы оны операциядан кейінгі ерте кезеңде іріңді шығару және эндотоксикозбен күресу мақсатында бірнеше мәрте қолдап тазалау (санациялау) мүмкіндігін арттырады.

«Ашық құрсақ» идеясын ұсынған Н. Микулич болатын. Алғаш рет лапаростомияны 1949 жылы Н.С. Макоха жүзеге асырды. Лапаростомияның мүмкіндіктері хирургтердің XXXI Бүкілодақтық съезінде талқыланды.

Лапаростомияны жабық және ашық эвисцерация деп екі түрге бөледі. Кең таралғаны **жабық эвисцерация әдісі**. Бұл әдісте, операциялық жара ашық қалатындықтан, ішектерді сыртқы инфекциядан қорғау мақсатында салфеткалармен және тампондармен жабады, ал теріге тек провизорлық тігіс салынады. **Ашық эвисцерацияның** жақтастары лапаростомияда құрсақ қуысы толық ашық қалдырылуы, ал операциялық жара – «үңірейіп тұруы» тиіс деп санайды.

Үшінші бағыттың өкілдері көп мәрте қолдап санациялау үшін жету жолын жеңілдету және құрсақішілік қысымды төмендету мақсатында жараның жиектерін тек терілік тігіспен ғана: турникетпен, «бантиктермен», аппараттармен жақындатады.

Қолдап санация жасаудың мақсаты –іріңді, инфекция ошақтарын көзбен бақылап отырып алып тастау, ішек тігістерінің жағдайын, кәріздердің қызметін бақылау, қажет болған жағдайда – оларды алмастыру, құрсақ қуысына қосымша кәріздер қою, жаңадан табылған патологиялық өзгерістерді жою. Бұл кезде психологиялық кедергіні женудің маңызы зор және әрбір санацияны релапаротомия деп санамау қажет.

Санацияларды тоқтатудың критерийлері: интоксикация белгілерінің және инфекцияның құрсақ қуысындағы жергілікті

көріністерінің жойылуы, ішектің қозғалыстық қызметінің қалыпқа келуі, науқастың жалпы жағдайының жақсаруы, гомеостаз көрсеткіштерінің қалыпқа келуге бейімделуі.

Лапаростомияны қолданатын кешенді ем 18-20 күн бойы жүргізіледі, ал негізгі жараны толық жабу 7 күннен 23 күнге дейінгі мерзім ішінде жүзеге асырылады. Лапаростомия хирургиялық агрессияның жарақаттылығын арттыратыны сөзсіз, сондықтан оны тек тәжірибелі хирургтер қатаң көрсетімдер бойынша жасауы тиіс.

Операциядан кейінгі ем.

Жедел перитонитпен сырқаттанған науқастарды емдеуде жеткілікті дәрежедегі қиын да күрделі қарқынды емді операциядан кейін жалғастырғанда ғана табысқа қол жеткізуге болады. Көпфакторлы емдік әсер қажет болады. Олардың құрамына мыналар кіреді:

- антибактериалдық әсер ету;
- метаболикалық бұзылыстарды түзету;
- организмді энергиямен қамтамасыз ету;
- белсенді детоксикация;
- ішек моторикасын қалыпқа келтіру;
- организмнің өмірлік маңызды қызметтерін қолдау.

Антибактериалдық әсерді антибиотиктер мен иммуномодуляторларды қолдану арқылы жүзеге асырады. Антибактериалдық препараттарды жүйелі түрде көктамыр ішіне (сирек - бұлшықетке) қолданумен қатар, регионарлық (аорта ішіне – шажырқай қантамырлар аймағына – және лимфатамырларына) жолмен енгізу тиімдірек болады.

Перитониттегі микробтар сипатын ескере отырып, цефалоспориндерді (цепорин, кефзол) немесе жартылай синтетикалық пенициллиндерді (ампициллин және басқаларын) аминогликозидтермен (канамицин және басқалары) қосарлап пайдаланған ұтымды болады. Перитониттің дамуына кластридиалық емес анаэробтардың да жиі қатысы барын ескере отырып, антибиотиктерді метронидазолмен қосарлаған жөн. Препараттың мөлшері бүйректердің қызметіне тәуелді. Қалыпты диурезде максималдық мөлшерде тағайындайды. Алғашқы күндерде антибактериалдық терапияны әсер ету спектрі кең препараттармен жүргізеді. Олардың арасындағы ең нәтижелілеріне клиндамицин, линкомицин, гентамицин, цефалоспориндер (цефтизоксим, фортум), полимиксин В и

метронидазол жатады. Микрофлораның сипатын анықтағаннан кейін антибиотиктерді микрофлораның сезімталдығына қарап тағайындайды. Ем басталған соң 5-7 күннен кейін қолданыстағы антибиотикті басқасымен ауыстыру қажет. Иммундық жүйені түзетуші препараттар ретінде тималин, тимоген, Т-активин, интерлейкин, сарысулық иммуноглобулин, жаңамүздатылған нативті плазма қолданылады. Ауыр иммундық тапшылықта лейкоконцентратты құюға тура келеді. Жайылмалы перитониттегі жасушалық иммунитеттің реакциясын түрткілеудің тиімді әдісі және анаболиздеуші фактордың біріне науқастың ультракүлгін сәулелермен сәулеленген өз қанын трансфузиялау жатады.

Инфузиялық терапия гидроиондық бұзылыстарды түзеуге, айналыстағы қан көлемін қалыпқа келтіруге және қаның реологиялық қасиеттерін жақсартуға бағытталған. Айналыстағы қан көлемінің тапшылығы мен гидроиондық бұзылыстарды Рингер-Локк ерітіндісін, полиглюкинді және басқаларды көктамырға жіберу арқылы жояды. Енгізілетін ерітінділердің жалпы көлемі барлық жоғалтатын сұйықтықтардың (несеп, құсық, кәріздерден шыққан бөлінді, перспирация, терлеу) көлемін толтыруы қажет. Тәулігіне 4-6 литр немесе одан да астам сұйықтықты, айналыстағы қан көлемін, орталық көктамыр қысымын, гематокритті және диурезді қадағалап отырып енгізуге тура келеді. Бұл сұйықтық мөлшерін – аортаішілік және көктамырішілік деп екіге бөлген ұтымды. Инфузиялық терапия барысында қышқылдық-негіздік тепе-теңдіктің ауытқушылықтары да жойылуы тиіс. **Ацидозда** натрий гидрокарбонатының ертіндісі, лактасол жіберіледі, ал **алкалозда** – тұз қышқылының ертіндісін енгізеді. Бұл кезде науқастың жалпы жағдайы мен препараттардың әсер ету ерекшеліктерін ескерген жөн. Атап айтсақ, натрий лактатын, қан айналысының бұзылыстарымен байланысты айқын тіндік гипоксияда құюға болмайды

Организмді энергиямен қамтамасыз ету парентералдық тамақтандыру (тәулігіне дене салмағына 168-210 кДж/кг немесе тәулігіне дене салмағына 40-50 ккал/кг) және нәруыздық тепе-теңдікті өзгеріске ұшырағыш (лабильді) нәруыздар тапшылығын қалыпқа келтіру арқылы жүзеге асырылады.

Энергия алмасуда орнын толықтыру (компенсация) үшін глюкозаның концентрациялы (10-20 %) ертінділерін (500-1000 мл) инсулиннің тиісті мөлшерімен, сорбитолдың (20 %-дық 500

мл ерітінді) көмегімен жүзеге асырылады. Организмнің нәруыздық қажеттілігін бос аминқышқылдарының қоспасымен, гидролизаттармен, нәруыздармен (500-1000 тәулік/мл), альбуминмен толықтырады.

Белсенді детоксикация каналмастырғыштар (гемодез, полидез) көмегімен де, сонымен қатар арнаулы әдістер (күшейтілген диурез, перитонеалдық диализ, гемосорбция, плазмаферез, плазмосорбциямен, кеуде лимфалық өзегін кәріздеу-, лимфосорбциямен) көмегімен де жүргізіледі. Операция кезінде ашы ішекті кәріздеу ішекті жууға және эндогендік интоксикацияның ошағына энтеросорбция арқылы тікелей әсер етуге мүмкіндік береді. Перитониттің барлық түрлерінде өлім-жітімді 2-2,5 есеге азайтатын қосымша тиімді әдісіне гипербариялық оксигенация жатады.

Ішектің моторлық-эвакуациялық қызметін қалыпқа келтіру перитонитті емдеудің ең маңызды кезеңдерінің бірі болып табылады. Профилактикалық және емдік шараларды операцияға дейін асказнға сүңгі қойып, оның құрамын босатудан бастайды. Операция кезінде осы мақсатта шажырқай түбірін новокаин ертіндісімен инфильтрациялайды, назоинтестиналдық сүңгі қойып, токсикалы ішек құрамын шығарады. Бұл сүңгіні тек операция кезінде ғана қолданып қоймай, операциядан кейінгі кезеңде де қалдырады. Бір мезетте ішек қозғалысын стимуляциялау мақсатында жергілікті анестетиктермен блокада жасауды, медикаменттік препараттарды (симпатомиметиктер, ұзақ әсер ететін холиномиметиктер, осмостық белсенділігі бар ерітінділер) немесе электрофизиологиялық әдістерді (электростимуляция) пайдаланады.

Организмнің **өмірлік маңызды қызметтерін қолдау** оттегінің жүйелік және регионарлық тасымалын жетілдіру (оттегінің ингаляциясы, тыныс шығарған кезде оң мәнді қысыммен жасанды тыныс алдыру, ГБО, инотропты әсері басым жүрек-қантамырлық дәрілер, гипокалиемианы нәтижелі түзету), толыққанды қызметі бар эритроциттерді құю және тиімді субстраттық және реттеуші антигипоксантиларды қолдану, сонымен қатар витаминдердің нәтижелі дозаларын тағайындау және гипергликемианы түзету сияқты шаралардан құралады. Дер кезінде іске қосылған экстракорпоралдық детоксикация және гемокоррекция әдістері мұндай емнің мүмкіндіктерін арттыра түседі.

Жедел перитониттің толыққанды кешенді емі операция дер кезінде жасалып, ішперденің қабыну көзі жойылған жағдайда науқастардың басым бөлігінде емнің ақыры қолайлы болып, сауығуға қол жеткізеді. Дегенмен, бұл дерттегі өлім-жітім әлі күнге дейін жоғары күйінде, әртүрлі авторлардың деректері бойынша 60 %-дан 70 %-ға дейінгі аралықта, ал операциядан кейінгі перитонитте 75-90 %-ға (Петухов И.А., 1980; Попов В.А., 1985) дейін және азаюға бейімділік жоқ. Егер перитониттің көзі жойылмай, операция тек кәріздеумен және шектеумен ғана аяқталған болса, онда өлі-жітімдік 50-60 %-ға дейін жетеді. Қабыну ошағын тіпті кәріздеу мүмкін болмаған жағдайда өлім-жітім одан сайын арта түседі (93-95 %).

Жедел хирургиялық абдоминалдық патологияның, оның ішінде, жайылмалы іріңді перитониттің оперативтік емі туралы сөз қозғағанда, **құрсақшілік гипертензия синдромы (ҚІГС)** жайында айтпасақ толық болмас еді. ҚІГС-ы – құрсақ қуысындағы қысымның көтерілуі салдарынан дамиды маңызды патофизиологиялық ығысулар кешені болып табылады. Интраабдоминалдық гипертензия синдромын алғаш рет 1984 жылы Кгон қаламдастарымен сипаттап жазған болатын. Оны олар аортаның абдоминалдық бөлігінің аневризмасының жыртылуынан кейін дамуы ықтимал асқынулар ретінде келтірген. Кейінірек бұл асқынуға арналған көптеген зерттеулер жүргізілді және қазіргі кезде ҚІГС-ның операциядан кейінгі кезеңдегі жиілігі (құрсақ қуысы ағзаларына жасалған операциялардан кейінгі) 15-20 %-ға дейін жетеді, дегенмен, оның көпағзалық жетіспеушілік синдромымен қоса жүретін дағдарыстық (кризистік) түрлері сирек кездеседі деп пайымдалуда. Абдоминалдық сепсис пен жайылмалы перитонитті емдеу барысында операциядан кейінгі алғашқы 1-3 тәуліктерде ҚІГС-ы түріндегі асқынулар жиі дамиды.

Жайылмалы перитонитке байланысты операция жасалған науқастарда құрсақ қуысын жапқаннан кейін дамиды интраабдоминалдық қысымның көтерілуі ҚАЖС-ымен ұқсас клиникалы синдромның дамуына әкеп соғуы әбден мүмкін.

Сепсиске шалдыққан науқастардағы типтік көпағзалық жетіспеушілік, сепсистің шығу тегіне қарамастан қабынулы процестің микроорганизмдермен немесе олардың тіршілік әрекеті өнімдерінің әсері нәтижесінде дамып, алыс ағзалардағы микроциркуляцияны бұзатын болса, **құрсақ қуысындағы**

қысымның көтерілуі құрсақ қуысындағы ағзалардағы қан айналысын өзі-ақ бұзады.

Микроциркуляцияның сладж, қантамыр қабырғасының өткізгіштігінің бұзылуы өзгерістері – ҚІГС-ының патогенезіндегі жетекші құрамды бөліктері болып табылады. Көпкөлемді инфузиялық-трансфузиялық терапия жүргізу мұндай жағдайда жасушадан тыс сұйықтық көлемін арттырады. Осындай эффект кейін үдемелі ишемия мен тіндердің ісінуі нәтижесінде дамиды. Құрсақтың алдыңғы қабырғасының эластикалығының төмендеуі салдарынан күшейе түседі. ҚІГС-ның патогенезі осылай жалпы түрде бейнеленеді.

ҚІГС-ның дамуы мүмкін қауіп-қатер тобына белгілі бір себептерге байланысты құрсақ қуысы ағзаларының көлемі өскен наукастар жатады. Солардың арасында операциядан кейін көп көлемде инфузиялық терапия жүргізуді қажет ететін жайылмалы перитонитке шалдыққан наукастар да бар. Бұл топқа ішек өткізбеушілігіне шалдыққан, белгілі бір себептерге байланысты ішек интубациясын жасау мүмкін болмаған (жасалмаған) наукастар жатады. **ҚІГС-ның клиникалық көріністеріне бүйрек жетіспеушілігі (олигоурия түріндегі) мен үдемелі тыныс жетіспеушілігінің тез дамуы жатады.** ҚІГС-ындағы олигоурияның шығу тегі – реноваскулярлық компрессия, сондықтан, ҚІГС-ндағы олигоурияның сипатты белгісі - стимуляция мен инфузиялық терапияға резистенттілігі. Жасанды тыныс алдыру кезінде, қажетті тыныс көлемін қамтамасыз ету үшін, аппараттың контурындағы қысымды көтеруді қажет ететін тыныс жолдарындағы қысымның көтерілуі, резистентті олигоуриямен бірге ҚІГС-ының ерте және нақты белгісі болып табылады.

Құрсақ қуысындағы қысымның үдемелі көтерілуін анықтауға мүмкіндік беретін қарапайым және тиімді диагностикалық тәсіл қуық катетеризациясы және оның ішіндегі қысымды өлшеу болып табылады. Бұл әдіске қуыққа 50 мл-ден 100 мл-ге дейін сұйықтық жіберген кезде, оның құрсақ қуысындағы қысымды көрсететін пассивті перде болатыны негіз болған. Осыған байланысты құрсақ қуысындағы қысымды өлшеудің бұл әдісінде қуыққа 70-100 мл ерітінді (физиологиялық ерітінді, антисептик және басқалары) енгізіп, сонан соң, қысымды өлшеп тіркейді.

Әдебиеттер деректері бойынша, 10-15 мм.су бағ.-нан төмен қысымның клиникалық маңызы жоқ, 16-20 мм.су бағ.-ның

маңызы аз, 21-30 мм.су бағ.-ны орташа, 30-35 мм.су бағ.-ның – қауіп өте жоғары. Әрине, мұндай градация шартты және оның негізгі мақсаты – құрсақ қуысындағы қысымның динамикасын бағалау. ҚІГС-ның клиникалық белгілерінің пайда болуы және құрсақішілік қысымның көтерілуімен бірге ерте диагностикаға ықпал етеді.

ҚІГС-ын емдеу – тек қана хирургиялық жолмен емделеді. Науқастардың 93 %-ында жасалған лапаротомия және ішкі ағзаларды уақытша лапаростомиямен босату ұтымды – тез дамып келе жатқан көпағзальқ жетіспеушілік кері дамиды. Лапаростома орташа есеппен – 2-4 тәулік тұрады.

ОПЕРАЦИЯ ҮСТІНДЕГІ АСҚЫНУЛАР МЕН ҚАУІПТЕРІ.

Қате мен қауіп, олардан туындар асқынулар операцияны бастап, ішке ену жолын жүзеге асырар уақытында – ақ кездесуі мүмкін.

Лапароскопиялық операция кезінде кездесетін асқынулар мен қауіптер аталған (сәйкес) бөлімді мазмұндау барысында қарастырылды («Лапароскопиялық аппендэктомия» бөлімін қара).

Дәстүрлі аппендэктомия кезінде төмендегідей жағдайларға көңіл аудару керек.

1. Егер Мак-Берней – ВольковичДьяконов ену жолын қолданса әржаққа ауытқулар болуы мүмкін.

Мысалы: тілік сыртқа қарай – латералды ауытқыса іш қуысына енбей, іш пердесінен тыс кеңістікке түсіп, оңжақ несепағарды немесе қантамырларын жарақаттап алу қауіпі бар. Несепағарды жарақаттау оның түріне байланысты зәрлік ішпердеден тыс флегмонамен, несеп ағар байланса оң жақты гидро-, пионефрозбен асқынулары ықтимал.

Егер тілік **өте төмен жасалса**, париеталды ішпердесімен шатыстырып қуықтың түбін немесе алдыңғы қабырғасын жарақтау мүмкін. Жарақат зәрлік флегмонамен (қуықтың ішпердеден тыс бөлігі), немесе зәрлік перитонитпен (іш қуысы бөлігі) асқынады.

Өте жоғары немесе медиалды (ішке қарай) ауытқу операцияны қиындатады, тілікті қосымша үлкейтуге тура келеді, жара жиектерін қатты тартып (созып) тіндерді жарақаттауға,

сайып келгенде операциядан кейінгі гематомаларға, серомаларға, инфильтрат, іріндеуге соқтырады.

Демек ішке ену тілігін мұқият жоспарлап, қажет болса алдын ала бейнелеп (сызып), жеткілікті ұзындықта жасау керек.

Іш қуысына енгеннен кейін, құрттәрізді өсіндіні іздеу, анықтау, аппендэктомия жасау барысында да қиындықтар мен асқынулар жоқ емес.

Асқынбаған жедел аппендицитте құрттәрізді өсінді қалыпты жерде орналасса аппендэктомия онша қиын операция емес. Бірақ жедел аппендицит асқынса, атипиялық орналасу болса аппендэктомия қиын, тіпті тәжірибелі хирургтердің өзін «терлететін» күрделі отаға айналуы мүмкін. Кей жағдайларда үлкен сеніммен «анықталған» жедел аппендицит болмай, басқа операциясы күрделі дерт табылуы ықтимал. Демек бригада операция жоспарын өзгертуге, қиын операцияға дайын болуы тиіс. Сондықтан аппендэктомия операциясын хирург тек бір ғана операциялық медбикемен бастамай, тағы да бір хирург - ассистент алуы керек.

Тек бір операциялық медбикемен операция жасау асептика - антисептиканың бұзылуына, операция уақытының созылуына, тіндердің жарақаттануына, сайып келгенде ішқуысы немесе іш қабырғасы жарасында асқыну пайда болуға соқтырады.

Операция кезіндегі жиі кездесетін кате – қауіп – **соқыр ішекті дөрекі, жарақаттап жара аумағына шығару**. Операцияның алғашқы этапы – илеоцекалық бұрышты табу және жараға шығару. Көп жағдайда соқыр ішек жасалған тілікке жақын жатады немесе оны табу онша қиын емес. Дегенмен кейде жабысқақтардың салдарынан, құрттәрізді өсіндінің шажырқайының қысқа болуына байланысты соқыр ішекті жараға шығару, аппендиксті табу қиындайды. Саусақтардың сыймауына байланысты соқыр ішек күмбезін пинцетпен, қысқыштармен ұстап тартуға тура келеді. Ол сірікабықтың жарақатына (десерозирование) немесе сіріасты гематомаға әкеледі.

Хирург соқыр ішек қабырғасын «шымшымай», қалындау алып, астына марлы салфетка салып саусақпен шығаруы керек. Егер ішке ену тілігі тар болса, ішекті тартқыламай, тілікті үлкейту (ұзарту) қажет. Егер операция жергілікті жансыздандырумен басталса, жалпы жансыздандыруға көшкен жөн.

Байқалмаған, немесе алғашқыда кішкене болып көрінген гематома біртіндеп өсіп, жарылуы иә іріндеуі ықтимал. Сірі

қабығы жарақаттанған жерде ішек жыланкөзі пайда болуы да мүмкін.

Соқыр ішек пен құрттәрізді өсіндіні ұзақ іздеу (таба алмау). Кейде оң жақ мықын аймағында соқыр ішектің орнында мықын ішектің тұзақтары немесе S – тәрізді ішек жатуы (долихосигма) ықтимал.

Соқыр ішек, егер ішкі ағзалар керісінше орналасса немесе оның ұзын шажырқайы болып, жылжымалы соесум (soesum mobile) орын алса, сол жақ мықын аймағында жатуы да мүмкін. Жабысқақ процесстерінің салдарынан илеоцекалдық бұрыштың жоғары бауыр астында немесе медиалды ақсызық бойында жатуы да кездеседі.

Осы қиыншылықтарды жеңу тағы да ішке ену жолдарының оңтайлылығына келіп тіреледі. Оңжақ мықын аймағындағы дәстүрлі ену жолын кеңейтудің бірнеше тәсілдері бар: Богуславский, Богдавленский, Колесов тәсілдері т.б. Алайда тәжірибе көрсеткендей аталған қиыншылықты жою тәсілі – төменгі ортаңғы лапаротомия.

Аппендикстің өзін табу да қиыншылық тудыруы мүмкін. Ретроцекалды, әсіресе ретроперитонеалды (ішпердесінен тыс) орналасқан құрттәрізді өсіндіні табу оңай емес.

Ретроперитонеальдық құрттәрізді өсіндіні табу үшін арнайы тәсіл – оңжақ қаптал каналда париеталды ішпердені тіліп, ішпереденен тыс кеңістікті ашуға тура келеді.

Есте ұстайтын жағдай – ішпердеден тыс кеңістікте орналасқан аппендикстің шажырқайы болмайды. Сиректеу құрттәрізді өсінді соқыр ішектің қабырғасында сірі қабаттың астында (субсерозды) орналасуы мүмкін де, оны табу қиын. Мұқият қарау, пальпация жасау керек. Хирургиялық әдебиеттерде құрттәрізді өсіндінің соқыр ішек өзегіне инвагинациясы туралы жазылған мысалдар бар.

Құрттәрізді өсіндінің тоқішектің үш таспасының (ленталарының) тоғысқан жерінде орналасатынын есте қатаң ұстау керек.

Құрттәрізді өсіндінің орнына жаңылысып өрлеу, көлденең, тіпті S – тәріздес ішектердің майлы алқасын (жировая подвеска) алып тастаған жағдайлар да болған.

Орталық ішектің эмбрионалдық кезеңде бітпеген немесе дұрыс айналмауынан болатын туа пайда болған ауыртқулар болуы (аномалия) ықтимал (Леданың синдромы және басқ.). Құрттәрізді өсіндіні өзіне тән орыннан табу мүмкін емес.

Илецекалды бұрышты, соқырішекті, мықын ішекті толық анықтағанның өзінде құрттәрізді өсінді табылмайтын жағдай бола ма? Өте сирек (казуистика) болады.

1) Казуистикалық жағдайда құрттәрізді өсінді туғаннан болмауы мүмкін. 2) Бұрынғы орын алған деструктивті қабыну кезінде өсінді ампутацияға ұшыраған (анамнезінде аппендикулярлық іріңдікті кәріздеу бар); 3) құрттәрізді өсіндінің инвагинациясы.

Қорытып келгенде, аппендэктомия операциясын жасауға жауапкершілік пен шұғыл өзгеріске дайындық қажет.

Аппендэктомия кезінде де өте сақтық қажет.

Аппендэктомияның техникасы жедел аппендицитке арналған кез-келген әдебиеттерде, оперативті хирургия курсында толық сипатталып жазылған. Хирург болуға ұмтылған жас дәрігерлердің бірінші көретін, алғашқы жасайтын операциялары да аппендэктомия. Сондықтан жас хирургтер аппендэктомияны өте оңай, жеңіл, кез-келген хирургтің қолынан келетін операция деп ойлайды.

Тәжірибе жинақтай келе әрбір хирург аппендэктомияның өзі ғана білетін «қыр-сырын» меңгере бастайды. Олардың көбін сөзбен жеткізу қиын, «ішкі сезім» деңгейінде ғана болуы ықтимал.

Біз аппендэктомияның классикалық техникасын оқуды, үйренуді арнайы хирургиялық әдебиеттердің еншісіне қалдырамыз. Әрбір жас хирург сол әдебиеттерді оқып саралауға, жұмыс үстелінде ұстауға міндетті. Біз кейбір ерекшеліктерді атап кетуді жөн көрдік.

Құрттәрізді өсіндіні мобилизациялау (босату).

Құрт тәрізді өсіндіні ұшынан өсіндінің өзімен шыжарқайының жанасқан (бекіген) жерінен қысқышпен қысып ұстайды. Егер шажырқай ісіңкі, инфильтрацияланған болса, сақ болған жөн, тін жыртылып, үзілу кетуі мүмкін. Құрттәрізді өсіндінің өзінің қабырғасын қысқышқа алудың керегі жоқ, себебі кернеулі өсінді жарылып, өзегіндегі ірің, нәжіс, нәжісті тас іш қуысына төгілуі мүмкін. Аппендэктомия кезіндегі ауырсыну, жүрегі айну, кейде құсу (егер аппендэктомия жергілікті жансыздандырумен жасалса) шажырқайды қысқанда, тартқанда пайда болады. Сондықтан мобилизацияны бастамай тұрып аппендикстің шажырқайына 0,25% новокаин ертіндісін енгізу керек.

Шажырқайдың ұзындығы, қалыңдығына қарамай өсіндіге параллелді бағытта сатылап қысқыш салып – кесіп, әрбір кесіндіні сіңірілмейтін жіппен тігіс сала байлау (перевязка с прошиванием) қажет. Бұл әдіс байламның жылжып (сырғып) кетіп шажырқайдың босауынан, демек онан қан кетуден сақтайды.

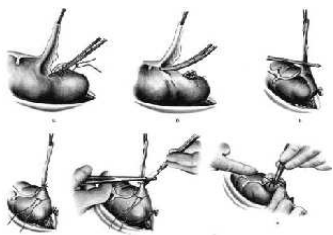
Ол әсіресе шажырқайға алдын ала новокаин ертіндісін енгізгенде керек. Себебі новокаин ертіндісі сіңіріліп кеткеннен кейін шажырқайдың ісінуі қайтып, жіп босап қалуы, демек байлам босап іш қуысына қан кетуге себеп болуы ықтимал.

Құрттәрізді өсіндіні шажырқайдан босатқаннан кейін аппендикстің негізінің соқыршек қабырғасына қатысын тексерген абзал. Белгілі бір бөлігі субсерозды орналасуы, жабысқақпен бұратылуы, сондықтан түбіне дейін босамауы мүмкін. Егер аппендэктомия солардың үстінде жасалса, тұқылды инвагинациялау аса қиындыққа түседі. Тұқылдың абсцесі дамып, іш қуысына жарылуы ғажап емес.

Егер жабысқақтың салдарынан аппендикстің ұшы тереңде, жамбас қуысында бекіген болса, оны жұлып алуға болмайды. Оңтайлы тәсіл – ретроградты аппендэктомия, алдын ала өсіндіні түбінен кесіп, әрі қарай сатылап шажырқайды байлап, ұшына қарай жылжу керек. Операция барысында өсіндінің тұқылына сақ болған жөн. Өсіндінің тұқылы сіңірілетін жіппен байланғаннан кейін, аппендэктомия жасалмай тұрып кисетті инвагинациялық тігіске батырылуы керек.

Құрттәрізді өсіндіні кесіп тастау.

Құрттәрізді өсіндіні негізінде шамалы тұқыл қалдырып кесіп алып тастау қажет. Ол үшін 0,5 см. тұқыл қалатындай етіп өсіндіні негізінде қысқышпен қысып, пайда болған ізге ішекжіппен (кетгут) байлам салады. Байламның үстінен тағы да қысқышпен қысып оның төменгі жиегімен скальпелмен аппендиксті кесіп тастайды. Негізінен байланған (түйін) құрттәрізді өсіндінің тұқылы 0,5 см-дей болу керек. Одан көптеу – 1 – 1,5 см. қалдыру тиімді емес, ұзын қалдырылған тұқылда инфекция жалғасып, тұқылдың үстінде, қынаптайтын (инвагинациялайтын) көмкеруші (кисетный) тігістің астында созылмалы инфильтративті қабыну дамуы мүмкін. Кейде тұқылдың абсцесі өрбіп, ішқуысына жарылуы, перитонитке әкелуі де ықтимал. Кейде



сурет 27

тұқылдың абсцесінің іш қуысына емес, соқырішектің өзегіне жарылуы да мүмкін. Ол тұқылдың негізін сіңірілетін жіппен байлағанда ғана ықтимал. (сурет 27)

Аппендикстің тұқылын тұмшалау (погружение в кисет) немесе ашық қалдыру құрттәрізді өсіндінің негізінің және соқырішек күмбезінің патологиялық өзгерістеріне байланысты. Егер өсіндінің негізінен қабыну процесі соқырішек күмбезіне тарап, қынаптау (инвагинациялау) тігісі жыртылып кетер болса (прорезывание), тұқыл лигатуралық (бунақжіптік) тәсілмен өңделеді. Бұл әдісте құрттәрізді өсіндінің негізі (тұқыл) сіңірілмейтін жіппен байланады. Қабынған тінді қиып кетпеу үшін бұл жіп жуандау болуы керек және өте қатты тартып байлауға болмайды. Бунақжіптік өндеуде тұқылдың шамасыздығының қауіпі жоғары. Сондықтан, шамасыздық болса нәжіс іш қуысына тарап, нәжісті перитонит дамымау үшін, тұқыл айналасына шектеу тампондары мен кәріздеу түтікшелерін қояды.

Аппендикс тұқылын өндеу тәсілдерін екіге бөледі: инвагинациялау және бунақжіпті (лигатурный метод) тәсіл.

Бунақжіппен байлау тәсілі үш (3) жағдайда қолданылады.

- он-он екі жасқа дейінгі балаларда (соқырішек күмбезінің қабырғасы өте жұқа);

- қабыну процесі соқырішектің қабырғасына дамып (тифлит), салынған кисет тігісі шамасыз (жыртылу, ыдырау) болса;

- лапароскопиялық аппендэктомия кезінде.

Бунақжіптік әдісте тұқыл антисептикермен өте мұқият өңделуі керек.

Инвагинациялық (қынаптау) тәсілде негізінен кисет (көмкеру) тігісіне жүгінеді. Кейбір авторлар сенімдірек болу үшін оның үстінен Z тәрізді тігіс және аппендикстің шажырқайымен қосымша перитонизация жасауды ұсынады.

Біздің ойымызша, осындай асыра сақтықтық керегі жоқ сияқты.

Біріншіден, дұрыс салынған кисет тігісі сенімді инвагинациялайды.

Екіншіден, қосымша салынған Z тәрізді тігіс, оның үстіне шажырқайымен перитонизациялау, илеоцекальдық бұрышты деформациялап (қисайтып, бұратып) баугини қақпақшасының қызметін бұзуы, тіпті ішек өткізбеушілігіне де себеп болуы мүмкін.

Операциялық жараны тігу және кәріздеуге көрсеткіштер.

Жараны тікпей тұрып гемостазды, жамбас қуысы мен мықын аймағының қаннан, экссудаттан, іріңнен толық тазартылғанын тексеру керек. Ол визуалды, тампондардың, қысқыштың ұшына қыстырылған тупфермерлердің көмегімен тексеріледі.

Егер техникалық қиындық болмаса, қан, экссудат, іріңнен таза болса, жараны қатқабат тігіп тастауға болады.

Егер науқас өте толық, қосымша қант диабеті орын алса, ішқуысына антибиотик енгізу үшін микроирригатор қалдыруға болады.

Кейде ішқуысында кәріздік түтік, немесе тампон, кейжағдайда олардың қосындысын қалдыруға болады.

Кәріздеу мен тампон қалдыруға арнайы көрсеткіштер бар (жедел аппендицитті емдеу тарауын қара).

Еске ұстайтын жағдай, түтіктер мен тампондарды негізгі тілік арқылы емес, қосымша тілік арқылы шығарған дұрыс деп есептеледі.

АППЕНДЭКТОМИЯДАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАР

1. Операциялық жараның (ену жолының) асқынулары.
2. Іш қуысында дамиды асқынулар.
3. Іш қуысынан тыс ағзаларда дамиды асқынулар.
4. Басқа асқынулар.

I. Жараның асқынулары

A) Ерте дамиды асқынулар

- жарадағы қабыну инфильтраты;
- жараның іріңдеуі;
- жарадан сыртқа қан кету;
- жарадағы гематома;
- жарадағы тігістің сөгілуі, эвентерация.

B) Кеш дамиды асқынулар

- бунақжіптік жыланкөз (лигатурный свищ);
- операциядан кейінгі жарық;
- келлойдты тыртық;
- операциядан кейінгі тыртықтағы қатты ауырсыну синдромы (невринома);
- операциядан кейінгі тыртықтың эндометриозы (өте сирек);
- тыртықтың қауіпті ісігі (өте сирек).

II. Ішқуысында дамидын асқынулар

A) Ерте дамидын асқынулар

- іш қуысына қан кету;
- іш қуысындағы инфильтраттар мен іріндіктер;
- ішпердесінен тыс кеңістіктің флегмоналары;
- жергілікті немесе жайылған перитониттер;
- операциядан кейінгі ішек өткізбеушілігі (жабысқақтық, инфильтраттың ішекті (басуы), дренаждар мен тампондардың салдарынан).

B) Кеш дамидын асқынулар

- тұқылдың қабынулары (культит);
- қабыну «ісіктері»;
- ішек жыланкөздері;
- жабысқақ ауруы.

III. Іш қуысынан тыс асқынулар

A) Тромбоэмболиялық асқынулар

- тромбофлебиттер мен флеботромбоздар;
- өкпе артериясының тромбоэмболиясы;
- миокард инфарктсы;
- шажырқай қантамырларының тромбоэмболиялары;
- пилефлебит.

B) Тыныс алу жолдарындағы асқынулар

- бронхиттер;
- ателектаз;
- гипостатикалық пневмония;
- плевриттер;
- өкпенің ірінді деструкциялары.

B) Зәр шығару ағзаларындағы асқынулар

- зәр шығарудың жедел рефлекторлық тоқтауы;
- цистит;
- пиелонефрит;
- жедел бүйрек жетіспеушілігі.

IV. Басқа асқынулар

- жедел паротит;
- операциядан кейінгі психоз;
- жамбастағы жауыр (пролежень).

Келтірілген жіктеудегі көтеген асқынулар операцияға дейінгі асқынулармен ұқсас, әсіресе инфильтраттар, іріндіктер, пилефлебит т.б. Олар сол тарауда жазылды, айырмашылығы – операциялық жарақаттан, жалпы жансыздандырудан кейін антибиотикотерапия мен ауырсынуды басатын дәрілерді

қабылдау аясында дамитындықтан диагностикасы қиын, емі күрделі. Ал диагностика мен емдеу принциптері ұқсас.

Жоспарланған кітаптың көлемі бүкіл асқынуларды толық сипаттап жазуға мүмкіншілік бермейді. Сондықтан ынта білдірген оқырмандарды пайдаланылған әдебиеттер тізіміне жүгінуге шақырамыз.

Аппендэктомиядан кейінгі жараның асқынулары.

Жараның іріңдеуі.

Хирургиялық әдебиеттерге жүгінсек аппендэктомиядан кейін жарада инфекцияның дамуы ауруханада жатқан кезеңде 13,1% дейін де, ал ауруханадан шыққан соң 23,3% - дейін жиілікте.

Асқынудың пайда болуы аппендициттің морфологиялық түріне, операцияға дейін дамыған асқынуларға, организмді жалпы жағдайына, қосалқы ауруларына тәуелді.

Жараның бірінші реттік тыртықпен жазылуына кедергі келтіретін факторлар: 1) инфекция; 2) жараның жиектерінің қатты тартылуы (кернеуі); 3) жарадағы тіндердің тіршілігінің бұзылыстары; 4) жарадағы бөгде денелер, гематома, қуыстар; 5) жараның жиегі мен қабырғаларының өзара алшақтығы (диастаз); 6) тіндік интерпозиция.

Іріңдеудің алдын алу (профилактика).

1) Асептиканың заңдылықтарын сақтап науқасты операцияға мұқият дайындау; 2) Гомеостаздың бұзылыстарын қалыптастыру; 3) Операцияның техникасын мұқият орындау – тіндерді көп жарақаттамау, гемостаз, тіндердің қанмен қамтамасыз етуін сақтау, қуыс қалдырмау, атрауматикалық инелерді, монофиламентті жіпті пайдалану; 4) жараның жиектері мен қабырғаларын өте қатты тартпай, дұрыс беттестіріп, ишемияға ұшыратпай тігу; 5) жарада қалатын тігіс материалы сіңірілетін болу керек; 6) операция ұзақ болмау қажет – жараның құрғауы, ісінуі, қанайналым бұзылысы, тіндердің қосымша жарақаты іріңдеуге бейімдеуші факторлар болып табылады; 7) көрсетіміне байланысты жараны дренаждау (кәріздеу) қажет; 8) антибиотикопрофилактика; 9) антисептикопрофилактика; 10) бірінші күні төсектік режим, жараға салқын грелка басу, оңтайлы жансыздандыру, таңғыштарды уақытылы алмастыру, дренаждау түтікшелерінің күтімі.

Емі. Іріңдеген жараны кешенді емдеудің бір құрамы – жоғары әсерлі антибиотикотерапия – III - IV ұрпақты цефалоспориндер.

Жарадағы іріңдіктің орналасу тереңдігін анықтау үшін алдын ала УДТ жүргізген дұрыс. Егер іріңдік теріасты шелде орналасса жарадағы 1-2 тігісті алып, жараның жиектерін ажыратса жеткілікті. Егер іріңдік сыртқы қиғаш бұлшық еттің апоневрозының астында орналасса, инфекция ошағын жалпы жансыздандыру арқылы өндеген дұрыс. Жараны емдеу инфекцияның сатылы ағымына байланысты – гидратация, дегидратация, грануляция. Терең орналасқан грануляциялы жараға екінші реттік тігіс салу керек болуы ықтимал.

Гематома

Жараның гематомасы операция кезіндегі нашар гемостаздың немесе қанның ұю процессінің бұзылуының салдары. Гематома жараның іріңдеуінің алғашқы себебі болуы мүмкін. Диагноз қою үшін жараның сыртқы пішінін бағалау, пальпация жасау және УДТ жеткілікті. Емдеу барысында жарадан гематоманы сыртқа шығару жеткілікті. Көбіне қан кету көзі табылмайды, жара жиегі қанмен ісінген, қанталаған. Антисептикпен өндегеннен кейін сутектің асқынотығымен (перекись водорода) шыланған мәрлі тампонмен (тығын) тығындайды.

Әрі қарай іріңді жараны емдеу жолымен жалғастырады.

Қанның ұюының бұзылыстары орын алса этиологиясы мен патогенезіне байланысты дәрі – дәрмекті коррекция жүргізіледі.

Бунақжіптік (лигатура) жыланкөздер мен іріңдіктер.

Бунақжіптік жыланкөздер мен іріңдіктердің себептеріне ластанған (контоминация), сіңірілмейтін, өрілген бунақжіпті пайдалану жатады (сурет 28). Емдеу барысында көбіне байлап –



сурет 28

таңу бөлмесінде қысқышпен анық көрмей – ақ шамамен іздеу – тартқылау жолымен жіпті алады. Түбегейлі әдіс – жыланкөз жолын, 1% метилен көгі ертіндісімен бояп ашу, ревизия жасау, себеп болған бунақ жіптерді толық алып тастау. Операция барысында операциядан кейінгі тыртықты жыланкөзбен бірге бір блокта кесіп алады. Жара антисептикпен өңделіп, қажет болса бөлек контрапертура (басқа тесік) арқылы кәрізделеді.

Іш қуысындағы асқынулар Операциядан кейінгі іш қуысындағы қабыну инфильтраттары мен іріндіктері.

Операцияға дейінгі асқынулар тәрізді операциядан кейінгі әртүрлі локализациядағы инфилтраттар мен іріндіктер кездесулері мүмкін. Біздің назар аударып отырғанымыз оңжак мықын аймағында пайда болуы мүмкін инфилтраттар мен абсцесстер. Олардың негізгі себептері – құрттәрізді өсіндінің тұқылын жеткіліксіз өңдеу мен жамбас қуысын (мықын аймағын) жеткіліксіз санациялау.

Инфилтраттың себебі аппендиксті қоршаған тіндердің қабынуы, өсіндінің ұшының қалып қоюы (ретроградтық аппендэктомия), сірі қабының толық алынбауы, түсіп қалған нәжісті тас және басқа да бөгде денелер болулары ықтимал. Инфилтраттың қақортасы құрттәрізді өсіндінің инвагинацияланған тұқылы болуы да немесе «кисет» тігісін салу кезінде соқырішек күмбезін тесіп алу да (прокальвание) болуы мүмкін.

Асқыну операциядан кейін 2-4 тәуліктерде көрініс бере бастайды. Науқас жалпы әлсіздікке, ұйқысының бұзылуына, ішіндегі ыңғайсыздыққа (дискомфортқа) шағымданады. Денекызуы көтеріледі (38-39°C), қалтырауы мүмкін.

Іші кебе бастайды, жайылмалы ауырсыну пайда болады, бұлшық ет қатаяды. Қанда лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлайды. Пальпация кезінде қатты – эластикалық құрылым анықталуы, ал оның үстінде ішперденің тітіркенуі мүмкін.

Инфилтрат төмен орналасса әйелдерді қынап арқылы, ер кісілерді тікішек арқылы саусақпен қарау көмектеседі. Инфилтрат сатысында ем – консервативті, іріндеу сатысында – операция: жару, кәріздеу.

Іш қуысына қан кету

Іш қуысына қан кету сирек кездесетін, бірақ өте қауіпті асқыну. Қан кету – оперативтік техниканың ақауының салдары. Негізгі себебі аппендикстің шажырқайына салған байламның шамасыздығы немесе техникалық қиын жағдайда түбегейлі гемостаз жасамау. Ішке қан кетудің клиникалық белгілері қан кетудің жылдамдығы мен көлеміне байланысты. Профузды қан кетуде тері жамылғы ағарып, салқын тер жауып, бас айналады, еңтігеді, жүрек соғу жиіледі. Іштің төменгі жағы ауырады, ауырсыну иыққа берілуі мүмкін. Іштің қаптал каналдарында перкуторлық жылжымалы тынық дыбыс байқалады.

Егер қан кету капилярлы болса бірінші белгі – анемия, ал қан кету клиникасы (гемодинамикалық өзгерістер) кейінірек көрініс береді.

Қан кетудің емі – жедел ортаңғы лапаротомия. Көбіне қан кету көзі анықталмайды, ұйыған қанды алып (төгіп), іш қуысына санация жасалады. Іш қуысына бақылау түтігін қалдырады. Ішек интубациясына қажеттілік туындауы мүмкін.

Операциядан кейінгі перитонит.

Аппендэктомия кезіндегі техникалық ақаулар, операцияға дейінгі перитониттің түрі мен жайылуын дұрыс бағаламау, іш қуысын санациялаудың кемшілігі, құрттәрізді өсіндінің тұқылын өңдеудегі және тұйықтаудағы (инвагинация) қателіктер - операциядан кейінгі перитониттің себептері. Операциядан кейінгі перитонит инфузионды – трансфузионды, антибактериалды, жансыздандыру терапияларының аясында дамитына байланысты диагноз қою қиыншылыққа түседі. Үшінші реттік перитонитте өлім жиілігі де жоғары.

Операциядан кейінгі перитониттің емі – тек қана операция. Ортаңғы лапаротомия, перитонит көзін жою, іш қуысының санациясы, ішек өзегінің интубациясы, іш қуысын кәріздеу. Жоспарланған лапаросанацияға жүгінуге тура келуі мүмкін.

Жабысқақтық ішек өткізбеушілігі.

Операциядан кейінгі ерте кезеңде кездесетін жабысқақтық ішек өткізбеушілігі перитонитпен асқынған деструктивті аппендицитке жасалған отадан кейін дамиды. Асқынуға себеп

болатын жәйттер – құрттәрізді өсіндінің қабыну деструкциясы, қоршаған тіндердегі инфекция, операция кезіндегі висцералды және париеталды ішперделердің жарақаттануы.

Іш қуысында кәріздеу (дренаждау) түтікшелерін қалдыру жабысқақты ішек өткізбеушілікті жиілетеді (көбейтеді) деген көзқараспен келісу қиындау. Керісінше, дренаждау түтігі іш-қуысындағы экссудатты сыртқа шығаруға, демек қабыну процессінің өршуіне қарсы әсер етеді де, жабысқақтық процесс даму мүмкіншілігі төмендейді.

Бірақ дұрыс орналастырылмаған (ішек тұзағын басу) өте қатты түтіктер ішек тұзақтарын сыртынан басып, өткізбеушілікке себепкер болуы ықтимал. Сондықтан, кәріздеу кезінде мұқият болып, түтікшенің ішектің үстінен басып өтуіне сақ болу керек.

Жабысқақтық ішек өткізбеушілігінің патогенезінде динамикалық (паралитикалық) ішек салдауының рөлі жоғары. Қозғалмайтын, перистальтикасы жоқ ішек тұзақтары бірі – бірімен жана-сып, жабысып қалуы әбден мүмкін. Салданған ішек кез келген кедергіні жоя алмайды.



сурет 29

ерте жабысқақтық (механикалық) – 3-30 тәуліктердің арасында дамиды.

Жабысқақты – салданулы ішек өткізбеушілігінде толғақ тәрізді ауырсыну, іштің кебуі, жүрек айну, құсу, жел шығу мен үлкен дәреттің тоқтауы орын алады.

Пальпация кезінде іштің барлық бөліктерінде де жайылмалы ауырсыну байқалады, перкуссияда – тимпанит (дабыл үніне ұқсас дыбыс) орын алады.

Жалпы шолу R – грамасында диафрагма күмбездерінің жоғары (биік) орналасуы, аш ішектегі Клойбер табакшалары (сурет 29) көрініс береді.

Жабысқақты – салданулы ішек өткізбеушілігі консервативті емді қажет етеді. Асқазанға түтікше қою, паранефралдық тежеу, сифонды клизма, инфузионды терапия, антибиотико – және қабынуға қарсы дәрі – дәрмек қолданылады. 3-5 сағ. бойы жүргізілген қарқынды емнен нәтиже болмаса, релапаротомияға жүгінуге тура келеді.

Пайдаланган әдебиеттер.

- 1.** Ақатаев Н.А. және қалам. Клиникалық хирургия. – Ақтөбе. Принта баспасы 2017 ж. – 75-104 б.
- 2.** С.Я.Долецкий және қалам. Осложненный аппендицит у детей – Л., Медицина, 1982, 189 б.
- 3.** Дехтярь Е.Г. Острый аппендицит у женщин. М, Медицина, 1965, 192 б.
- 4.** Русанов А.А. Аппендицит – Л, Медицина, 1979, 171 б.
- 5.** Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. – М, «Медицина», 1980, 206 б.
- 6.** Нифантьев О.Е. Острый аппендицит – изд. Красноярского университета, 1986, 163 б.
- 7.** И.М.Матяшин және қалам. Осложнения аппендэктомии – Киев, «Здоровье», 1974, 222 б.
- 8.** Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита – Л, «Медицина», 1972, 342 б.
- 9.** Кригер А.Г. және қалам. Острый аппендицит – М, «Мед практика - М», 2002, 244 б.
- 10.** Соколов Г.Е. және қалам. Хирургический диагноз. Заболевания аппендикса – Ростов-на-Дону, Феникс – 2006, 187 б.
- 11.** Фенчин К.М. Острый аппендицит у пожилых и старых людей – Минск «Белорусь» - 1984, 124 б.
- 12.** Фомин С.А. Диагностика и лечение острого аппендицита – Ростов-на-Дону; «Феникс» - 2013, 122 б.
- 13.** Утешев Н.С. және қалам. Острый аппендицит – М, «Медицина» 1975, 157 б.
- 14.** Тошовский В. Аппендицит у детей – М, «Медицина» - 1988, 2007 б.

МАЗМҰНЫ:

I. ТАРИХИ ДЕРЕКТЕР.....	5
II. ҚҰРТТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІҢ АНАТОМИЯСЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МАҢЫЗЫ.....	13
III. ҚҰРТТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІҢ ФИЗИОЛОГИЯСЫ.....	18
IV. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ ЭТИОЛОГИЯСЫ МЕН ПАТОГЕНЕЗІ.....	21
V. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ ЖІКТЕЛІСІ МЕН ПАТОМОРФОЛОГИЯСЫ.....	24
VI. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ КЛИНИКАСЫ МЕН ДИАГНОСТИКАСЫ.....	28
VII. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ АТИПИЯЛЫҚ ТҮРЛЕРІ.....	35
VIII. ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ.....	39
IX. БАЛАЛАРДАҒЫ ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ.....	43
X. ҚАРТТАР МЕН ЕГДЕ АДАМДАРДАҒЫ ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТ.....	48
XI. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ.....	50
XII. ҚҰРАЛ-АСПАПТЫҚ ТЕКСЕРУЛЕР.....	52
XIII. ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ.....	57
-хирургиялық аурулар.....	58

-урологиялық аурулар.....	62
-жұқпалы аурулар.....	64
-жедел гинекологиялық аурулар.....	67
-терапевтік, неврологиялық және тері аурулары.....	70
XIV.ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ ЕМІ.....	72
XV.ЖЕДЕЛ АППЕНДИЦИТТІҢ АСҚЫНУЛАРЫ МЕН ҚАУІПТЕРІ.....	85
-ОПЕРАЦИЯ ҮСТІНДЕГІ АСҚЫНУЛАРЫ МЕН ҚАУІПТЕРІ.....	119
-АППЕНДЭКТОМИЯДАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАР.....	125
-Жараның асқынулары	127
-Іш қуысындағы асқынулар.....	129

Н.А.Ақатаев, Қ.Қ.Сабыр, М.Е.Балшамбаев

Жедел аппендицит
Оқу құралы

Компьютерде терген: **Сулименова А.Е.**

Басуға қол қойылған күні 04.02.2019
Қалыбы 60x84¹/₁₆. Есепке алынатын баспа табағы 8,38
Таралымы 200 дана

ЖК С. Т. Жанәділов баспаханасында
дайын оригинал-макеттен басылған

Ақтөбе қаласы, Ағайынды Жұбановтар көшесі, 278А