

оперативной активности, проведенный по следующим нозологиям: острому аппендициту, острому панкреатиту, острому желудочно-кишечному кровотечению, показал, что пик заболеваемости приходится на 2010 год, когда зарегистрировано наибольшее количество больных, поступивших с экстренной хирургической патологией. Наибольший процент заболеваемости приходится на возрастную группу от 40-60 лет, а летальности старше 60 лет. Осложнения в послеоперационном периоде чаще наблюдаются у больных, поступивших позже 24 часов от момента заболевания. Следовательно, для улучшения результатов лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости необходимо, в первую очередь, совершенствовать систему преемственности в работе поликлиник, терапевтических и хирургических стационаров, особенно пациентов пожилого и старческого возраста, создание условий для организации работы стационаров одного дня. Увели-

чить процент плановых операций за счет ранней выявляемости и санации хирургической патологии брюшной полости.

Литература:

1. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 2001. - №1. - С.27-32.
2. Славин Л.Е., Федоров И.В. Осложнения хирургии грыж живота М.: «Профиль», 2005. -174 с.
3. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Оптимизация лечения панкреонекроза — роль активной хирургической тактики и рациональной антибиотикотерапии и// Анналы хир.- 2000.- № 2.- С. 12-16.
4. IAP guidelines for the surgical management of acute pancreatitis // Pancreatology.- 2002.- N2.- P.565-573.

Кейбір құрсақ қуыс мүшелерінің өткір патологиясының жедел көмек көрсету жағдайлары

О.Г. Таштемирова, С.У. Сыздықов, А.К. Ситказинов, Р.Л. Жалтыров, С.Ю. Зуев

Жалпы өліммен аяқталған операциядан кейінгі ауруларға талдау жүргізілді, құрсақ қуыс мүшелерінің жедел патологияларының кейбір белсенділігі соңғы үш жылда 40-60 жастағы жас мүшелер топтарында аурудың көрсеткіші көбірек байқалды, ал өліммен аяқталу 60 жастан жоғары екендігі көрінді. Операциядан кейінгі кезеңнің асқынулары көбінесе, ауыру уақытынан 24 сағаттан кейін ауруханаға түскендерден байқалады.

The condition of the urgent help in some acute pathology of the abdominal cavity organs

O.G. Tashtemirova, S.U. Syzykov, A.K. Sitkazinov, R.L. Zhylytyrov, S.U. Zuev

There was made the analyses during three years of the common lethality, post operative lethality, operative activity, on some acute pathology of the abdominal cavity organs, which showed the highest percent of the sickness rate in age group of 40-60 years, and lethality is over 60 years. The complication in the postoperative period is more frequent than in patients accepted to the hospital later than in 24 hours from the moment of falling ill.

УДК 616.366-003.7-089

АППЕНДИЦИТТІҢ АТИПТІ ФОРМАЛАРЫН ДИАГНОСТИКАЛАУ ҚИЫНДЫҚТАРЫ

А.А. Кусаинов, М.А. Пайзуллаев, М.Н. Жуманов, М.А. Зейнелова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Өз уақытында анықталып, операция жасалынған жедел аппендицит ешқандай асқынуларға әкелмейді. Алайда бұл кездегі леталды жағдайлар 0,1 – 0,15% жетеді. Бұл аурудың хирургтың араласуынсыз өлімге әкелетіні белгілі, көп жағдайларда ол науқастың дәрігерге кеш қаралуымен, кеш диагностикалануымен, немесе операцияның мақсатсыз ұзаққа созылуымен, хирург қателесуімен түсіндіріледі. Осы аурудың дәрігерлерге жақсы таныс болуына қарамастан, қазіргі кезде оның диагностикалануындағы қателіктер әлі де жиі кездеседі. Тек 80 – 85% жағдайларда дәрігерлер жедел аппендициттің дұрыс диагнозын қойып, дер кезінде операция жасайды.

Диагностикалау қиындықтары ауру дамуының жылдамдығына байланысты дамиды, мұнда бір симптом екіншісін жылдам алмастырады, ал асқынудың дамуы клиникалық көрінісін басып тастауы мүмкін.

Клиникасының көп түрлілігі негізінен екі себепке байланысты:

- Ауру кезеңіне және соқыр ішектегі патологоанатомиялық өзгерістерге
- Соқыр ішектің іш қуысындағы орналасуына және қабыну үрдісіне оның айналасындағы тіндердің және ағзалардың қатысуына

Бұл аталғандар басты себепкер болғанымен, басқа жағдайлар да әсер етуі мүмкін. Көбінесе мұндай жағдайлар хирургты диагноз қоюда және операцияға көрсеткіштерді анықтауда қиын жағдайда қалдырады. Мысалы: ағза реактивтілігінің түрлі дәрежесі, инфекция вируленттілігі және жүрек-қан тамыр жүйесі не басқа да ағзалардың (мысалы: гинекологиялық) патология-

ларының сиптомдарының көрінуі, қарттардағы аппендициттің жасырын өтуі т.с.с. Операциядан кейінгі кезеңде – техникалық, тактикалық, ұйымдастырушылық т.б. түрлі себептерден пайда болған асқынулар болуы мүмкін.

Жедел аппендицитпен түскен 20% жуық науқастар динамикалық бақылауды және ажырату диагностикасын жүргізу мақсатында басқа да мамандардың кеңестерін қажет етеді. Олардың 14,55%-да аппендицит диагнозы алынып тасталуы мүмкін. Ал, 70% жуығында ас қорыту ағзаларының аурулары (гастриттер, колиттер, гастроэнтероколиттер, холециститтер және т.б.), 20% -да урологиялық, 6,6% -да гинекологиялық, 3%-да басқа, яғни іш қуысы ағзаларының патологиясымен байланысты емес (пневмониялар, баспа, ЖРВИ, радикулиттер және т.б.) аурулар анықталады. 5,5% науқастарға операция жасалынады, олардың 4,6%-на жедел аппендицит, 0,9%- басқа диагноз қойылады (асқазан ойық жарасының перфорациясы, жедел холецистит, жедел ішек өтімсіздігі және т.б.).

Жедел аппендицит диагнозымен операция жасалынғандарының ішінен атипті клиника 30,5%-да байқалған, ал жалпы операция жасалынғандарының ішінен (3351 науқас) 1,3% құрайды.

7,3% науқастарда дизуриялық бұзылыстар, 5,9% науқастарда зәрінде өзгерістер анықталған. Бұл көрініс жиі аппендикстің жамбас қуысында орналасуында, яғни деструкцияланған өсінді қуыққа жабысып қалғанда, ішастардан тыс, бүйрек аймағында орналасуында кездеседі. Соқыр ішек өсіндісі жамбас қуысында

орналасып, қуыққа жабысып қалса саусақпен ректалды зерттеу кезінде – оң жақ бүйір аймағындағы ауырсыну анықталады, қолтық астындағы және ректалды температуралар арасындағы айырмашылық 1°C , не одан жоғары болуы мүмкін.

6,3%- науқастарда диарея, 1%- шырышты диарея жағдайлары кездеседі. Бұл симптомдар аппендикстің сол жақ жамбас қуысында орналасуы кезінде анықталады. Диарея себебі - ірінді- гангренозды деструкция кезіндегі жоғары интоксикация, не аппендикстың жамбас қуысының сол жағында орналасып, оның сигмаға не тоқ ішектің ректосигмоидты бөлігіне жабысып, қабыну үрдісіне олардың да қатысуы.

Ас-токсико инфекциясымен инфекциялық стационарларға түсетін науқастардың 1,9% - да жедел деструктивті аппендицит анықталады. Мұндай жағдайларда ажырату диагностикасын жүргізу мақсатында спазмолитиктерді енгізу, инфузиялық терапияны жүргізу маңызды орын алады. Осы кездегі ауырсындың басылуы, локалды симптомдардың жоғалуы «жедел аппендицит» диагнозын жоққа шығарады.

1,2%-1,6% жағдайларда жедел аппендиците аппендикстің бауыр астылық орналасуына байланысты жедел холециститтің клиникалық көрінісі байқалады. Ауырсыну эпигастриде, оң жақ қабырға астында не іштің оң жақ аймағында, белде пайда болады. 2,8%-да бұл ауырсынулар оң жақ мықын аймағында локализацияланып, дұрыс диагноз қоюға мүмкіндік береді. Жедел холецистит клиникасы кезінде УДЗ - өт қабындағы деструкцияның бар – жоқтығын анықтауға үлкен көмек көрсетеді.

Төс асты аймағындағы өткір ауырсынулар кезінде, тіпті олар кейін оң жақ мықын аймағына локализацияланса да, асқазан ойық жарасының тесілуімен ажырату диагностикасын жүргізуге тура келеді. Іш қуысында бос газдың болуы перфорацияланған жараны дәлелдейді, алайда газдың болмауы оны жоққа шығармайды. Түсініксіз жағдайларда Александер бойынша пневмогастрография (1940), эффе́ктивтілігі 93% жететін лапароскопия көмек көрсете алады.

Соқыр ішек өсіндісінің мезоцекалды орналасуы кезінде, ішастар түбінде орналасуы кезінде жедел аппендиктті жедел ішек өтімсіздігімен ажырату диагностикасын жүргіземіз.

Көбінесе жедел аппендиците субфебрильді температура байқалады (38°C жоғары емес). Температураның 38°C жоғарылауы кеш мезгілдерде, ірінді – септикалық асқынулар дамыған кезде (периаппендикулярлы абсцесс, перитонит, түрлі локализациядағы іш қуысы абсцестері) пайда болады. Белгісіз диагнозбен түскен науқастардың 69,5%-да, жалпы операция жасалғандардың 2,3%-да лейкоцитоздың болмауымен және қалыпты температурамен сипатталатын түсініксіз клиника байқалады.

Жедел аппендицитке тән аурудың басталуы, ауырсындың локализациясы науқастардың тек 36,6% байқалып, қалғандарында ауырсындың сипаты және локализациясы түрліше болған. Ровзинг симптомы

науқастардың-25%, Ситковский симптомы-22%, Щеткин–Блумберг симптомы-5,9%, бұлшықеттік дефанс-7,8% анықталған.

Хирургтардың диагностикалық қателігі орташа мөлшермен-2,4% құрайды, оның 2,2%-гипердиагностика жағына, 0,2%-гиподиагностика жағына ауытқиды. Ең маңыздысы – операцияның орындалу уақыты. Неғұрлым операция ерте орындалса, соғұрлым нәтиже де жақсы болады. Ауру басталғаннан кейінгі алғашқы 6 сағатта операция жасалынғандардың ішінде летальділік 0,06%-0,1%, 24 сағатқа дейінгілердің ішінде 0,18–0,24%, 24 сағаттан кейінгілерде 0,6–1,0% құрайды. Летальділік аурудың морфологиялық формаларына, асқынуларға, науқас жасына байланысты.

Катаральды аппендиците летальділік болмауы қажет. Ол қосалқы аурулардың салдары, аппендикттің гипердиагностикасы болып табылады. Катаралды аппендицитке жасалған аппендэктомияның кейінгі нәтижелерін зерттеу науқастардың 38% шағым айтатынын көрсетті. Осылайша, түсініксіз әрі атипті клиникалық жағдайлар кезінде динамикалық бақылау, спазмолитиктерді, жүректік дәрілерді енгізу қажет. Қосымша зерттеу тәсілдерінің ішінен кеуде қуысының шолу рентгеноскопиясы және-графиясы (пневмония), физикальды зерттеулер, УДЗ, лапароскопия, ЭКГ, эхокардиография көмектеседі. Жедел аппендицитке симптомдарының пайда болуының кезектілігі тән екендігін ескергеніміз жөн. Бұған бірталай хирургтар, әсіресе Мерфи, Нелюбович және тағы басқалары үлкен дифференциалды диагностикалық мән берген.

Мерфи бойынша олардың кезектілігі төмендегідей: Ауырсыну жиі эпигастралды аймақта немесе кіндік аймағында орналасады, локализациясы айқын емес. Жүрек айну немесе құсу. Оң жақ мықын аймағын пальпациялаған кездегі локальды ауырсыну. Дене температурасының жоғарлауы. Лейкоцитоз.

Көп жағдайларда аппендиктегі клиникалық симптомдардың пайда болуының мұндай кезектілігі кездеседі. Мұны хирургтар қатаң ескерген жөн.

Литература:

1. Шевхужев З.А., Канаматов М.Х. Эндолимфатическое введение препаратов при лечении осложненных острого аппендицита. // Хирургия. - 1993. - № 4. - С.36-38.
2. Девятов В.А., Петров С.В. Причины гнойных осложнений после аппендэктомии. // Хирургия. -1991.- № 3.- С. 103-106.
3. Каншин Н.Н., Воленко А.В., Файнберг К.А. и др. Осложнения заживления раны после аппендэктомии. Медицинские и экономические аспекты. // Хирургия. - 1991.- № 9.- С. 119-123.
4. Комаров Н.В., Сиднев Г.В. Актуальные вопросы лечения острого аппендицита. // Клин. хир. -1993.- № 2.- С. 56-60.
5. Мазурик М.Ф., Насонов П.И., Бескоровайный А.М. и др. Причины летальных исходов при остром аппендиците. // Клин. хир. -1990.- № 4.- С. 18-19

Трудности диагностики при атипичных формах аппендицита

А.А. Кусаинов, М.А. Пайзуллаев, М.Н. Жуманов, М.А. Зейнелова

Острый аппендицит, вовремя распознанный и своевременно оперированный, как правило, не приводит к осложнениям. Однако летальность при нем достигает 0,1-0,15%. Несмотря на то, что это заболевание хорошо знакомо врачам, в настоящее время ошибки в диагностике его встречаются еще довольно часто. Многообразие клиники зависит главным образом от двух причин: стадии заболевания и патологоанатомических изменений в червеобразном отростке.

Difficulties of diagnostics atypical forms of appendicitis

A.A. Kusainov, M.A. Payzullaev, M.N. Zhumanov, M.A. Zeynelova

The acute appendicitis in time distinguished and in time operated, as a rule, does not lead to complications. However the mortality it reaches 0,1-0,15%. In spite of the fact that this disease is well known to doctors, now mistakes in diagnostics meet still often The variety of clinic depends mainly on two reasons: stages of disease and pathoanatomical changes in appendix.