

УДК: 617.434.5.616.381-072.1

Курч аппендициттин мүнөздүү эмес түрлөрү (практикадан алынган окуялар)

А.А. Сопуев, А.Т. Атакозиев, Э.Э. Кудаяров, М.Э. Эрнисова, Э. Шамил уулу

*И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы***МАКАЛА ЖӨНҮНДӨ МААЛЫМАТ КОРУТУНДУ***Негизги сөздөр:*

Курч аппендицит

Аппендэктомия

Дифференциалдык дарт аныктоо

Курч сымал өсүндүнүн жайгашышы

Киришүү. Курч аппендициттин мүнөздүү эмес түрлөрү бейтаптардын 20-30% кездешет. Мүнөздүү эмес клиникалык картинасы курсакта аппендикс жайгашкан варианттардын ар түрдүүлүгү менен түшүндүрүлөт. Макалада курч аппендициттин клиникалык көрүнүштөрүнүн өзгөчөлүктөрү келтирилген. Курсакта сокур ичегинин жайгашкан жерине жараша мүнөздүү эмес клиникалык көрүнүштөргө өзгөчө көңүл бурулат.

Изилдөөнүн максаты. Курч аппендициттин мүнөздүү эмес түрлөрүн клиникалык жагдайлардын мисалдарында сүрөттөп берүү.

Материалдар жана методдор. Изилдөө М. М. Мамакеев атындагы Улуттук хирургия борборунун ичеги хирургиясы бөлүмүндө жүргүзүлдү. Курч аппендициттин атипикалык формаларынын үч клиникалык учуру сүрөттөлгөн.

Натыйжалар жана талкуу. Курч аппендицит диагнозундагы негизги каталардын бири, ошондой эле ар кандай кабылдоолордун пайда болушунун себептеринин бири - сокур ичегинин адаттан тыш жайгашуусу, ал жалпысынан курч аппендицит учурларынын 10-35 пайызын түзөт. Статистика боюнча 3,1% учурларда курч аппендицит аныкталган, бейтап ооруканага жаткырылган эмес, ал эми ооруканага жаткырылгандардын 1,6% операция убактысы кечигип жатат.

Жыйынтыгы. Жогоруда айтылгандарды эске алганда, курч аппендициттин кеч диагнозунун бирден-бир себеби-сокур ичегинин адаттан тыш жайгашкан жери жана курч аппендициттин мүнөздүү эмес курсу. Курч аппендицитти аз убакыттын ичинде так аныктай турган татыктуу ыкмалар жок. Курч аппендицит диагнозун дарылоо оңой, бирок ооруну аныктоо өтө кыйын.

Атипичные формы острого аппендицита (случаи из практики)

А.А. Сопуев, А.Т. Атакозиев, Э.Э. Кудаяров, М.Э. Эрнисова, Э. Шамил уулу

*Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика***Адрес для переписки:****Эрнисова Майрам Эрнисовна, 720020,**

Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Ахунбаева 92

КГМА им. И.К. Ахунбаева

Тел.: + 996 703418342

E-mail: mairamernisova@gmail.com

Contacts:**Ernisova Mairam Ernisovna, 720020,**

92, Akchunbaev str, Bishkek, Kyrgyz Republic

K SMA named after. I.K. Akhunbaev

Phone: +996 703418342

E-mail: mairamernisova@gmail.com

Для цитирования:

Сопуев А.А., Атакозиев А.Т., Кудаяров Э.Э., Эрнисова М.Э., Шамил уулу Э. Атипичные формы острого аппендицита (случаи из практики). Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2024, № 3, с. 141-148.

doi.10.51350/zdravkg2024.3.9.20.141.148

Citation:

Sopuev A.A., Atakoziev A.T., Kudayarov E.E., Ernisova M.E., Belevkov T.Zh., Shamil uulu E. Atypical forms of acute appendicitis (cases from practice). Scientific and practical journal "Health care of Kyrgyzstan" 2024, No.3, p. 141-148.

doi.10.51350/zdravkg2024.3.9.20.141.148

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ

РЕЗЮМЕ

Ключевые слова:

Острый аппендицит
 Аппендэктомия
 Дифференциальная диагностика
 Локализация червеобразного отростка

Введение. Нетипичные варианты течения острого аппендицита встречаются у 20-30% пациентов. Нехарактерную клиническую картину объясняют многообразием вариантов расположения червеобразного отростка в животе. В статье приводятся особенности клинических проявлений острого аппендицита. Особое внимание уделяется нехарактерным клиническим проявлениям в зависимости от локализации червеобразного отростка в брюшной полости.

Цель исследования. Описать особенности течения атипичных форм острого аппендицита на примере клинических случаев.

Материалы и методы. Исследование проведено в отделении хирургии кишечника Национального хирургического центра им. М.М. Мамакеева. Описаны три клинических случая атипичных форм острого аппендицита.

Результаты и обсуждение. Одной из основных ошибок при диагностике острого аппендицита, а также одной из причин возникновения различных восприятий является необычное расположение червеобразного отростка, которое в совокупности составляет от 10 до 35 процентов случаев острого аппендицита.

По статистике в 3,1% случаев выявлен острый аппендицит, пациент не госпитализирован, а в 1,6% госпитализированных время операции задерживается.

Заключение. Учитывая вышесказанное, единственными причинами поздней постановки диагноза острого аппендицита являются необычное расположение червеобразного отростка и нехарактерное течение острого аппендицита. Не существует достойных методов, позволяющих с уверенностью диагностировать острый аппендицит за меньшее время. Диагноз острого аппендицита легко поддается лечению, но болезнь очень сложно диагностировать.

Atypical forms of acute appendicitis (cases from practice)

A.A. Sopuev , A.T. Atakoziev, E.E. Kudayarov, M.E. Ernisova, E. Shamil uulu

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Key words:

Acute appendicitis
 Appendectomy
 Differential diagnosis
 Localization of the appendix

Introduction. Atypical variants of acute appendicitis occur in 20-30% of patients. The uncharacteristic clinical picture is explained by the variety of options for the location of the vermiform process in the abdomen. The article presents the features of the clinical manifestations of acute appendicitis. Special attention is paid to uncharacteristic clinical manifestations depending on the localization of the vermiform process in the abdominal cavity.

The purpose of the study. To describe the features of the course of atypical forms of acute appendicitis on the example of clinical cases.

Materials and methods. The study was conducted in the Department of Intestinal Surgery of the National Surgical Center named after M.M. Mama-keev. Three clinical cases of atypical forms of acute appendicitis have been described. Key words: acute appendicitis, appendectomy, differential diagnosis, localization of the appendix.

Results and discussion. One of the main errors in the diagnosis of acute appendicitis, as well as one of the causes of various perceptions, is the unusual location of the appendix, which together accounts for 10 to 35 percent of cases of acute appendicitis. According to statistics, acute appendicitis was

detected in 3.1% of cases, the patient was not hospitalized, and in 1.6% of those hospitalized, the operation time was delayed.

Conclusion. Considering the above, the only reasons for the late diagnosis of acute appendicitis are the unusual location of the appendix and the uncharacteristic course of acute appendicitis. There are no decent methods that can confidently diagnose acute appendicitis in less time. The diagnosis of acute appendicitis is easy to treat, but the disease is very difficult to diagnose.

Киришүү

Курч аппендицит ич көңдөйүндөгү жалпы хирургиялык оорулардын арасынан эн көп кездешүүчү оорулардын бири [1]. Курч аппендицит диагнозунун коюлушу шашылмыш хирургиялык операцияга көр сөткүч кагары эсептелинет. Курч аппендициттин клиникалык белгилери жакшы изилденгенине карабастан, курт сымал өсүндүнүн көнүмүш эмес (атипикалык) жайгашуусу клиниканы бир топ өзгөртөт [2]. Жалпы курч аппендициттин арасынан, мындай түрлөрү 20-30% га чейин кездешет. Курт сымал өсүндүнүн ич көңдөйүнүн ар кайсы жеринде жайгашып калуусу, бейтаптын жаш өзгөчөлүгү, иммундук системасынын ахывалы жана сезгенүүгө болгон жалпы организмдин жообу курч аппендициттин мүнөздүү эмес түрлөрүнө алып келет [3].

Бир четинен курч аппендицит диагнозу коюлганда, 20-39% учурунда негизсиз хирургиялык операция жасоо, операциядан кийинки пайда болуучу кабылдоолордун көп кездешүүсү (илеоцекалдык аймактык шишик, курсак көңдөйүндө ириңдин топтолушу, перитонит) жана экинчи жагынан бейтаптардын медициналык мекемелерге кеч кайрылуусу жана дарт аныктоонун кечендеши, бул диганозду коюу дагы деле жогорку денгээлге жете электигинен кабар берет [4,2].

Курч аппендициттин мүнөздүү эмес түрлөрүнүн ичинен, курт сымал өсүндүнүн сокур ичегинин артында жайгашып калуусу көп кездешет. Бул учурда курт сымал өсүндү оң бөйрөктүн, оң бөйрөктөн чыккан заара түтүкчөсүнүн жана бел булчуңдарынын үстүндө жатып калуусу мүмкүн [5]. Дарт курсактын ашказан бөлүгүнүн же оң жак бөлүгүнүн ооруксуу менен башталат. Ооруксууну мындан ары курсактын он жак капталына же оң жак бел аймагына өтөт. Ооруксууну туруктуу түрдө жана акырындан болуп, басканда жана оң жаккы жамбаш муунду кыймылдатканда күчөйт, бара-бара бейтаптын оң буттан аксашына да алып келиши мүмкүн [6]. Курч аппендициттин мүнөздүү эмес түрлөрүндө, көңүл дүн айнуусу жана кусуу адаттагыдай курч аппендицитке караганда азыраак кездешет, бирок сокур ичегинин сезгенүүсүнөн 2-3 жолу ич өтүүсү мүмкүн. Бөйрөктүн же заара түтүкчөсүнүн сезгениши заара кылуунун бузулушуна алып келиши мүмкүн [7]. Бейтапты карап көрүүдө адаттагыдай курч аппенди-

циттин эн нигизги белгиси болгон ич көңдөйүнүн алдыңкы булчуң этинин тырышуусу кезикпейт, бирок оң жак бел аймагынын булчуңдарынын тырышуусу кез келет [6]. Щеткин-Блюмберг симптому ич көңдөйүнүн алдыңкы бетинде шектүү, бирок оң жак бел аймагындагы Пти үч бурчтугунда анык болушу мүмкүн. Курч аппендициттин сокур ичегинин артында жайгашып калган түрүндө «Образцов» симптому анык болуп жана оң жак бел аймагын кармалап, ургулап көрүүдө ооруксууну пайда болушу мүмкүн [7]. Лабораториялык изилдөө жүргүзүүдө жалпы заара анализинде лейкоциттин жана жаңы эритроциттин кезигүүсүнө көңүл буруу абзел.

Ич көңдөйүнүн артындагы кыртышка жакын жайгашып калуусу жана ошондой эле курт сымал өсүндүнүн чычыркайынын кыска болуусунун айынан, курт сымал өсүндүнүн ийрилип жана бүктөлүп калышы өсүндүдөгү кан айлануунун бузулушуна алып келет жана курч аппендициттин мүнөздүү эмес өтүүсүнө жана кабылдап кеткен түрлөрүнө алып келүүсү мүмкүн [8].

Курт сымал өсүндүнүн ылдый, башкача айтканда кичи жамбаш чарасынын көңдөйүндө жайгашып калуусу 15-20 % учурларда жана көбүн эсе аял кишиде көп кездешет. Курт сымал өсүндү кичи жамбаш чарасынын көңдөйүнүн кире беришинде же болбосо түз ичеги менен табарсыктын жанында жайгашып калышы мүмкүн [9]. Мындай учурда ооруксууну курсактын баардык жагынан башталып келип табарсыктын үстүндө же он жак жана сол жак чурай бөлүгүндө жайгашуусу мүмкүн.

Сезгенген курт сымал өсүндүнүн табарсык менен түз ичегинин жанында жайгашып калышы ич өтүүгө жана заара ушатууда ооруксууну алып келет. Курсак адаттагыдай формада жана дем алууга толук катышат. Ич көңдөйүнүн алдыңкы булчуң этинин тырышуусунун жана Щеткин-Блюмберг симптомунун жоктугу дарт аныктоодогу тоскоолдукка алып келет. Дартты тактоо учун Куленкампф симптомун текшерүүгө туура келет [10].

Сезгенүүнүн тез арада тосулуп калуусунун айынан кандагы лейкоциттердин өсүүсү жана дене табынын көтөрүлүүсү адаттагыдан азыраак кездешет.

Курт сымал өсүндүнүн көнүмүш эмес жайгашып калууларынын ичинен 8-10% медиалдык жайгашууга туура келет. Бул учурда курт сымал өсүндү курсактын ортоңку бөлүгүндө, ичке ичегинин чычыр-

кайына жакын жайгашып калат. Ошол себептен мындай учурда дарт белгилери абдан бат өөрчүйт. Ооруксуу башында курсактын баардык бөлүгүндө байкалып, андан кийин киндиктин тегерегинде жана оң жак бөлүгүнүн ылдыйкы жагында жайгашат жана ошондой эле бейтаптын дене табынын көтөрүлүүсү жана кусуусу менен коштолот [11]. Ич көңдөйүнүн алдыңкы булчуң этинин тырышуусу жана Щеткин-Блюмберг симптомы киндиктин айланасында жана курсактын оң жагында байкалат. Ичке ичегинин чычыркайынын сезгенүүсүнүн айынан, ичегинин кыймылдоосу (перистальтика) рефлордук түрдө басаңдайт да, курсактын көбүп – шишип чыгышына алып келет. Адамдын организминде суунун азаюусу менен дене табы дагы көтөрүлөт [12].

Курт сымал өсүндүнүн боордун алдында жайгашып калган учурунда (2-5%) ашказан тараптан башталган ооруксууну боор тарапка өтөт да, өт баштыкчасынын проекциясынан сырткараак алдыңкы колтук сызыгы тарапта жайгашат [10]. Курсакты кармап көрүүдө ушул аймактагы булчуңдардын тырышып турганы жана ооруксуунун ашказан тарапка өтүүсү байкалат. «Ситковский», «Раздольский», «Ровзинг» симптомдору дагы аныкталуусу мүмкүн. Мындай учурда сокур ичегинин бийик жайгашуусун аныктоо үчүн курсак көңдөйүндөгү органдарды рентген изилдөө менен көрүү керек, жана ошондой эле ультрардобуш менен изилдөө да абдан чоң жардамын берет.

Курт сымал өсүндү көнүмүш эмес жерлерде жайгашып калганда дарт аныктоо учурунда абдан көп оорчулуктар пайда болуп, жана диагностикалык катага алып келет, бейтап кеч операция болуп, көптөгөн кабылдоолорго алып келиши мүмкүн. Курт сымал өсүндү көнүмүш эмес жерлерде жайгашып калганда курч аппендицит дартын аныктоо, өсүндүн жайгашуусунан гана көз каранды эмес, курч сезгенген курт сымал өсүндү башка органдарга жакын жайгашып, андагы сезгенүү кийинки органдарга өтүп, ошол органдардагы курч сезгенүүдөн келип чыккан симптомдору пайда кылат.

Мисал катарында төмөнкүлөрдү келтиребиз:

Клиникалык жагдай 1.

Бейтап А.Ж. 1988- жылы төрөлгөн, ооруканага 21.01.2021 жылы саат 20:00 до, ашказан тушу ооруп, кускусу келип, оозу кургап, алсырап келген. Оору баяны: 20.01.2021- жылдын саат 23:00 дон баштап ашказан тушу, курсактын сол жаккы өйдөнкү бөлүгү ооруп баштаган. Ичи ооруганынын айынан түнкүсүн уктап алган эмес. 21.01.2021- ж. саат 09:00 жашаган жери боюнча үй-бүлөлүк дарыгерге кайрылган. Кароодон өткөндөн кийин дарыгер дарыны таблетка түрүндө жазып берген (дарынын атын эстей албайт). Күн бою ичи ооруганы басылган эмес, дары ичүүдөн майнап чыккан эмес. Кечке жуук бейтаптын ичинин ооруганы күчөп, ахывалы оорлогонуна байланыш-

туу Улуттук хирургия борборуна (УХБ) кайрылган. Бейтаптын ооруканага кайрылгандагы ахывалы орточо оор, акылы таза-тунук, активдүү түрдө басып жүрөт. Тери жана көзгө көрүнгөн былжыр челдери таза жана кубарып турат. Өз алдынча, аз-аздан тез-тез, –минутасына 20 жолкуга чейин дем алууда. Өпкө сүн угуп көрүүдө везикулярдык дем алуу. Жүрөктүн согуусу бир аз үнсүз, минутасына 100 жолу. Кан басымы 100/60 мм.рт.ст. Тили кургак жана ак өңөр каптаган. Курсагы адаттагыдай формада, кичине көөп турат, кармап көрүүдө жумшак, ашказан тушу жана курсактын сол тарабы ооруксуйт. Щеткин-Блюмберг симптому оң тарапта терс жана сол тарапта күмөндүү. Ичегинин иштөөсү басаңдаган. 21.01.2021- ж. эртең менен заңдаган.

Кабыл алуу бөлүмүндө карап көрүп, кандагы лейкоциттерди аныктагандан кийин (13,3), ооруканага шашылыш операцияга жаткырылган. 21.01.2021- жылдын операциялардын №2 протоколунан карап көргөндө: «диагностикалык Волкович-Дьяканов кесүүсү, андан кийин үстүңкү-ортолук лапаротомия, аппендэктомия, курсак көңдөйүнө дренаждын коюлушу» операциялары жүргүзүлгөн.

«Волкович-Дьяканов» кесүүсү менен курсак көңдөйүн ачканда 20,0 мл көлөмүндөгү күнүрт суюктук чыккан. Карап көрүүдө сокур ичеги жана курт сымал өсүндү табылган эмес, ушуга байланыштуу кесүү 6 см ге чейин өйдө жана ылдый чоңойтулган. Курт сымал өсүндү адаттан тышкары сол жак кабырганын астында жайгашып калган, ошого баланыштуу үстүңкү-ортолук лапаротомия кесүүсүн жүргүзүү чечими кабыл алынган. Карап көргөндө курт сымал өсүндү көк боордун ылдыйкы тарабында жайгашып курсак көңдөйүнүн ички чел кабыгына жабышып калган. Мындан ары адаттагыдай аппендэктомия операциясы жасалган. Кичи жамбаш чарасынын көңдөйүндө 200,0 мл күнүрт суюктук бар. Боордун астына жана кичи жамбаш чарасынын көңдөйүнө дренаждык түтүкчөлөр коюлган, жана да курсактын сол жак капталы аркылуу курт сымал өсүндүнүн алынган ордуна дренаждык түтүкчө коюлган. Операциядан кийинки дарт аты: Курч флегмоноздук аппендицит, көк боор астында жайгашуусу. Операциядан кийинки убакта стандарт боюнча даарылоо жүргүзүлгөн, бул убакта эч кандай кабылдоолор болгон эмес жана бейтап 04.02.2021-ж. канат тандыраарлык ахывалда ооруканадан чыгарылган.

Клиникалык жагдай 2.

Бейтап К.А. 1987 - жылы төрөлгөн, ооруканага 23.03.2022-ж. саат 15:00 до башы ооруп, дене табы көтөрүлүп (38,00 чейин), ичи ооруп, алы кетип кайрылган. Оору баяны: 22.03.2022 - ж. алы кетип, шалдырап ооруп баштаган, андан кийин кускусу келип, кусуп, ашказан тушу ооруп, дене табы көтөрүлүп Кемин райондук ооруканага түшкөн. Түнү бою жого

рудагы даттануулардын айынан уктаган эмес.

23.03.2022-ж. эртең менен үй-бүлөөлүк дарыгерлер борборуна дарыгерге кайрылган, карап көрүп анальгин менен димедрол даарылары чогуу укол катары куюлган жана райондук ооруканага жөнөтүлгөн. 23.03.2022- ж. саат 15:00 до кабыл алуу бөлүмүндө күзөттөгү даарыгер карап көрүп, жугуштуу оорулуулар бөлүмүнө курч респиратордук оору (фарингит) диагнозу менен жаткырылган. Кабыл алууда объективдүү маалыматтар: жалпы ахывалы салыштырмалуу канааттандырарлык, акылы таза-тунук, активдүү түрдө басып жүрөт, дене табы - 38,5. Тери жана көзгө көрүнгөн былжыр челдери таза жана кубарып турат. Өпкөсүн угуп көрүүдө везикулярдык дем алуу. Жүрөктүн согуусу минутасына 70 жолу. Кан басымы 120/80 мм.рт.ст. Тили нымдуу жана бир аз ак өңөр каптаган. Тамагы абдан кызарып турат. Курсагын кармап көрүүдө жумшак, ооруксуубайт, Щеткин-Блюберг симптому аныкталбайт. Боору жана көк боору чоңойгон эмес. 3 күн ичинде улуу заара болгон эмес. Заара ушатуусу өз алдынча жана ооруксуубайт. Бөлүмдө Пенициллин даарысы 1 млн дозада 6 жолу булчуң этине сайылуу үчүн, 40%-глюкоза С витамини менен жана аспирин даарысы 0,5 г. ченинде 3 маал берилген жана дене табы көтөрүлгөн учурда парацетамол даарысы берилген. 23- марттан 24- мартка караган түнү оорулуунун ичи ооруганы күчөп жана киндиктин тегерегине көчкөн, ичи көпкөн. Күзөттөгү даарыгер карап көргөндө: курсагын кармап көргөндө ылдыйкы тарабы ооруп, катуу болуп калган. «Капростаз» диагнозу деген чечим кабыл алынган жана тазалоочу клизма жасалган (3 кун улуу заарага барбаганына байланыштуу). Тазалоочу клизмадан кийин жел чыгып, оорулуу улуу заарага барган. Бейтаптын айтуусу боюнча мындан кийин ичи ооруганы басылып, ахывалы жеңилдеп калган. 5 саат өткөндөн кийин кайрадан киндик тегереги ооруп баштап, оозу кургап, дене табы көтөрүлгөн (38,1 ге чейин). Кайрадан күзөттөгү даарыгер караганда: тили кургагыраак, ак өңөр каптаган. Курсагы адаттагыдай түзүлүштө, дем алууда толук катышат, көөп турат, кармап көргөндө киндик тегереги жана сол чандыр тушу ооруйт. Щеткин-Блюберг симптому күмөндүү, чоң заарага клизмадан кийин барган. Жогоркуларды эске алуу менен курч аппендицит диагнозуна күмөндүк пайда болуп, Улуттук хирургиялык борборго которулган. 24.03.2022- ж. ультрадобуш изилдөө менен да карап көргөндө ичке ичегиси көөп турат жана начар кыймыл аракетте(перистальтика) экендиги, курсак көңдөйүнүн сол жак чандырында бир ааз эркин суу бар экендиги аныкталган. Жалпы кан анализинде: гемоглобин-132 г/л, эритроциттер-4,41, ЦП-0,9, лейкоциттер-8,7, СОЭ-15, п/я-4, с/я-60, эозинофилдер-3, лимфоциттер-30,0, моноциттер-3. Биохимиялык анализде жалпы билирубиндин 31,0 ге чейин көтөрүлгөнү, АЛТ-1,24, калган көрсөткүчтөр туруктуу. Улук

даарыгер менен чогуу карап көргөндөн кийин бейтап операцияга алынган. 24.03.2022- ж. саат 12:00 до «диагностикалык Волкович-Дьяканов кесүү үсү, андан кийин үстүнкү-ортолук лапаротомия, аппендэктомия, курсак көңдөйүнө дренаждын коюлушу» операциялары жүргүзүлгөн.

Операциянын протоколунан : курсак көңдөйүн ачканда күңүрт суюктук. Сокур ичеги жана курт сы мал ичеги табылган эмес, ушуга байланыштуу кесүү 4 см ге чейин өйдө жана ылдый чоңойтулган. Карап көргөндө сокур ичеги менен курт сымал өсүндү курсак көңдөйүнүн сол жак тарабында жайгашып калган. Үстүнкү-ортолук лапаротомия кесүүсүн жүргүзүү чечими кабыл алынган. Курсак көңдөйүндө 50,0 мл жана кичи жамбаш чарасынын көңдөйүндө 100,0 мл күңүрт суюктук кургатылган. Курч аппендициттин гангреноздук түрү, regio mezogastrika sinistra да жайгашып калган жана үстүнөн жана медиалдык тарабынан ич майга, латералдык тарабынан сигмовиддик ичегиге чапташып калган. Техникалык оорчу луктардын коштоосу менен аппендэктомия операциясы жүргүзүлгөн. Операциядан кийинки диагноз: Гангреноздук курч аппендицит, жайылып кеткен сероздуу-фибриноздук перитонит, реактивдүү фаза.

Операциядан кийин стандартуу дарылоо жүргүзүлгөн, эч кабылдоосуз 14 күндөн кийин жакшы абалда ооруканадан чыгып кеткен.

Клиникалык жагдай 3.

Бейтап З.К. 1989 жылкы 24.07.2022 жылы саат 04:00 до дене табы көтөрүлүп, ичи түйүлүп ооруп,шалдырап жугуштуу оорулар ооруканасына кайрылган. Оору баянында 22.07.2022 жылдан бери өзүн оорулуу сезет, ашказаны ооруп, 3 жолу ичи өткөн. 23.07.2022 ж. ичи өткөнү басылганы менен, күнү бою кускусу келип жүргөн жана ичи дагы деле ооруксуп жүргөн. 23.07.2022 ж. -24.07.2022 ж. караган түнү ичинин сол чандыр тушу ооруп жаткан. Күзөттөгү даарыгер карап көргөндө: жалпы ахывалы канааттандыраарлык, акылы таза-тунук, активдүү түрдө басып жүрөт. Тери жана көзгө көрүнгөн былжыр челдери таза жана кубарып турат, дене табы 37,8, өпкөсүн угуп көрүүдө везикулярдык, минутасына 17-18 жолу дем алуу, кан басымы 130/90 мм.рт.ст., жүрөктүн согуусу минутасына 56 жолу. Тили нымдуу жана бир ааз гана ак өңөр каптаган. Курсагын кармап көрүүдө жумшак, ашказан тушу жана курсактын сол тарабы ооруксуйт. Щеткин-Блюберг симптому аныкталбайт. Боору жана көк боору чоңойгон эмес. 3 жолу ичи өткөн.Канындагы лейкоцити-9,8. Кабыл алуу бөлүмүнөн карап көрүп, «Курч энтероколит» диагнозу менен ооруканага жаткырылган. 24.07.2022- жылы саат 08:30 да ичи ооруганы дагы деле кала бергенине байланыштуу инфекция дарыгери тарабынан карап көрүлүп, хирург дарыгерин консультацияга чакырган. Санитардык

авиация кызматы тарабынан барган ургенттик хирург дарыгери оорулууну карап көрүп, курч аппендицитке жоромолдоо бар экенин эске алып, оорулууну мындары ары көзөмөлдөө үчүн Улуттук хирургия борборуна которот. Жалпы кан анализинде: Нв-127 г/л, эритроциттер-4.20, ЦП-0.9, лейкоциттер-12.0, СОЭ-8, п/я-4, с/я-68, эозинофилдер - 2, лимфоциттер - 23, моноциттер - 3. Биохимиялык анализде: жалпы билирубин -31,0, АлТ-1,24, калган көрсөткүчтөрү туруктуу. 24.07.2022 ж. саат 13:00 до УХБнын күзөттөгү хирург дарыгери карап көргөндө оорулуунун ахывалы ошол бойдон жана даттануулары ошол бойдон калууда. Ультра добуш изиолдөө менен карап көргөндө курсак көңдөйүнүн оң жак ылдыйкы жагында бир ааз суюктук жана ширеленүү (инфильтрация) байкалган. Жалпы кан анализи: Нв-127 г/л, эритроциттер-4.0, ЦП-0.9, лейкоциттер-15.5, СОЭ- 18, п/я-5, с/я-60, эозинофилдер-1, лимфоциттер-30, моноциттер-4. Биохимиялык анализде: көрсөткүчтөрдүн баардыгы туруктуу. Бейтапка таза-лоочу клизма жүргүзүлгөн жана андан кийин канагаттандыраарлык жыйынтык сезилген эмес. Бейтап мындан ары дагы дарыгер-хирургтардын көзөмөлүндө кала берген. Саат 15:00 карап көргөндө бейтаптын ахывалы ошол бойдон кала берген, даттануулар дагы ошол бойдон калган жана бейтап түнкү күзөттөгү дарыгерлерге өткөзүлүп берилген. Бейтап түнү бою көзөмөлдө болгон жана операцияга көрсөткүчтөр пайда болгон эмес. 25.07.2022- ж. эртең менен караганда бейтаптын ахывалы туруктуу, ичинин сол чандыр тушу кичине ооруйт, алы кетип турат. Акылы таза-тунук, активдүү түрдө басып жүрөт. Тери жана көзгө көрүнгөн былжыр челдери таза жана кубарып турат, дене табы 37,8, өпкөсүн угуп көрүүдө везикулярдык, минутасына 18 жолу дем алуу, кан басымы 110/70 мм.рт.ст., жүрөктүн согуусу минутасына 78 жолу. Тили нымдуу жана таза. Курсагын кармап көрүүдө жумшак, сол чандыр тушу ооруксуйт. Щеткин-Блюберг симптому аныкталбайт. Боору жана көк боору чоңойгон эмес. Кайталап ультра добуштуу изилдөөдөн жүргүзүлгөн: ичегилер абдан көөп турат, курсак көңдөйүнүн оң чандыр жагында бир аз суюктук жана катуу ширеленүү байкалган. Жалпы кан анализинде - Нв-127 г/л, эритроциттер-4.24, ЦП-0.9, лейкоциттер-14.0, СОЭ- 26, п/я-8, с/я-70, эозинофилдер-1, лимфоциттер-18, моноциттер-3., Биохимиялык анализде: жалпы билирубин -22,0, калган көрсөткүчтөрү туруктуу. 25.07.2022 ж. 11:20да 5 дарыгер хирургтардын катышуусунда консилиум өткөндө: бейтаптын ичинин сол чандыр тушу жана табарсык тушу ооруп турат, дене табы көтөрүлгөн жана алы кетип турат. Тили нымдуу жана, ак өңөр каптаган. Курсагы адаттагыдай түзүлүштө, дем алууда толук түрдө катышат, кармап көргөндө сол чандыр тушу жана табарсык тушу ооруйт. Щеткин-Блюберг симптому сол тараптан аныкталат. Угуп көргөндө ичегинин иштөөсү актив

дүү. Заара кылуусу жана заңдоосу жайында.

Консилиумдун чечими менен: Курч аппендицит. Перитонит диагнозу коюлган жана диагностикалык лапаротомия операциясы жүргүзүү кабыл алынган. Операциянын протоколунан: «үстүңкү-ортолук лапаротомия, аппендэктомия, курсак көңдөйүнө дренаждын коюлушу» операциялары жүргүзүлгөн. Курсак көңдөйүн карап көргөндө сокур ичеги жана курт сымал өсүндү курсак көңдөйүнүн ылдыйкы тарабынын ортосунда жайгашып калган. Курт сымал өсүндү гангреноздуу өзгөргөн, ич май менен оролуп калган жана өсүндүнүн учу сигмовид ичегисине чап-ташып калган.жана ошондой эле ушул жерде 200,0 мл фибриноздук суюктук бар. Мындан ары оорчулуктар менен коштолгон аппендэктомия операциясы жүргүзүлгөн жана курсак көңдөйүнө дренаждык түтүкчөлөр коюлган. Операциядан кийинки диагнозу: Курч кармаган гангреноздук аппендицит. Жайылып кеткен сероздуу – фибриноздук перитонит, реактивдүү фаза. Операциядан кийин стандарттуу даарылоо жүргүзүлгөн, эч кабылдоосуз 15 күндөн кийин жакшы абалда ооруканадан чыгып кеткен.

Талкуу

Курч аппендицит дартын аныктоодогу эн негизги ката кетирүүнүн жана ошондой эле ар кандай кабылдоолордун келип чыгышынын бирден бир себеби болуп курт сымал өсүндүнүн көнүмүш эмес жайгашуусу эсептелет жана жалпы көлөмдө алганда курч аппендициттин 10-35 пайызын түзөт [11]. Курт сымал өсүндүнүн көнүмүш эмес жайгашуусунун айынан оорунун белгилери башкача өтөт: ооруксууну жерлери өзгөрүп, башка дарттардын клиникалык белгилерин кайталаган белгилер пайда болот. Кээ бир райондук жана шаардык ооруканаларда курч аппендицит дартын аныктоо үчүн клиникалык белгилерге жана жалпы таралган лабораториялык изилдөөлөргө гана таянышат [12]. Курч аппендициттин мүнөздүү эмес түрдө өтүшү ар түрдүү клиникалык белгилерди пайда кылат жана дарт аныктоодогу тоскоолдуктарга алып келет [13]. Медицинанын жана техниканын азыркы учурда абдан өнүккөнүнө карабастан, дарыгердин 100% так жана даана дарт аныктоо үчүн шаймандары да, мүмкүнчүлүгү да жок. Статистикага таянсак курч аппендицит дарты аныкталган учурлардын 3,1% бейтап ооруканага жаткырылбайт, а жаткырылыган адамдардын 1,6% учурун да операция жүргүзүү убактысы кечендейт.

Активдүү түрдөгү хирургиялык дарылоону тандоо үчүн, курт сымал өсүндүнүн көнүмүш эмес жайгашуусунан келип чыгуучу курч аппендициттин мүнөздүү эмес түрлөрүнүн клиникалык белгилери, дарт аныктоодогу өзгөчөлүктөрү жана операция учурундагы кыйынчылыктар, заманбап дарт аныктоо методдору болгон: рентген изилдөө, ультра добуштук изилдөө, компьютердик томография, курсак

көндөйүнүн лапароскопиясын колдонууга жана башка дагы адистердин кенешин алууга түрткү бет [14].

Корутунду

Жогорудагыларды эске алуу менен курч аппендицит диагнозунун кеч коюлушунун бирден бир себептери болуп курт сымал өсүндүнүн көнүмүш эмес

жайгашышы жана курч аппендициттин мүнөздүү эмес түрдө өтүшү эсептелинет. Ишеним менен курч аппендицит диагнозун аз убакытта аныктоо үчүн татыктуу ыкмалар жок. Курч аппендицит диагнозун дарылоо жеңил, а бирок дарт аныктоо абдан татаал.

Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жоктугун жарыялайт.

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов. The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Хаджибаев Фарход Абдухакимович, Каримов Даврон Рустам Угли, Мадиев Равшан Зоирович, Баймурадов Шахризод Элмуродович Диагностика и хирургическое лечение больных с атипичными и редкими формами острого аппендицита // Вестник экстренной медицины. 2023. №2. С. 74-80.
2. Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Алиев Э.З., Нургалиев А.А. Диагностика острого аппендицита на современном этапе: видеолaparоскопия // Медицинский вестник Башкортостана. 2019. №3 (81). С. 72-76.
3. Тимербулатов Ш. В., Тимербулатов В. М., Сагитов Р. Б., Мехдиев Д. И., Сахнутдинов Р. М. Острый аппендицит: клинико-лабораторные, лапароскопические, патоморфологические параллели // Креативная хирургия и онкология. 2019. №1. С. 13-17.
4. Yesiltas M., Karakas D.O., Gokcek B., Hot S., Egin S. Can Alvarado and Appendicitis Inflammatory Response scores evaluate the severity of acute appendicitis? Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2018, 24(6):557-62. DOI: 10.5505/tjtes.2018.72318
5. Slotboom T., Hamminga J.T., Hofker H.S., Heineman E., Haveman J.W., et al. Intraoperative motive for performing a laparoscopic appendectomy on a postoperative histological proven normal appendix. Scand J Surg. 2014;103(4):245-8. DOI:10.1177/1457496913519771
6. Baskiran A., Ince V., Cicek E., Sahin T., Dirican A., Balicki Cicek I., et al. Efficacy of laboratory tests and ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis in gravid patients according to the stages of pregnancy. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2018;24(4):333-6. DOI: 10.5505/tjtes.2017.23693
7. Alzahrani H., Maghdoori B., Islam S., Maghdoori S., Atri M. Imaging approach to the diagnosis of acute appendicitis in a group of teaching hospitals with 24/7 in-house availability of ultrasound technologist: effect of timing of request on imaging modality. Can Assoc Radiol J. 2018;69(3):311-5. DOI: 10.1016/j.carj.2018.03.002
8. Maghrebi H., Maghraoui H., Makni A., Sebei A., Fredj S.B., Mrabet A., et al. Role of the Alvarado score in the diagnosis of acute appendicitis. Pan Afr Med J. 2018;29:56. DOI: 10.11604/pamj.2018.29.56.14011
9. Corson-Knowles D., Russell F.M. Clinical ultrasound is safe and highly specific for acute appendicitis in moderate to high pre-test probability patients. West J Emerg Med. 2018;19(3):460-4. DOI: 10.5811/westjem.2018.1.36891
10. Pickhardt P.J., Lawrence M.L., Pooler B.D., Bruce R.J. Diagnostic Performance of Multidetector Computed Tomography for Suspected Acute Appendicitis. Ann Intern Med. 2011; 154(12):789-796. DOI: 10.7326/00034819-154-12-201106210-00006
11. Bozkurt M.A., Unsal M.G., Kapan S., Gonenc M., Dogan M., Kalayci M.U., Alis H. Is laparoscopic appendectomy going to be standard procedure for acute appendicitis; a 5-year single center experience with 1,788 patients. Eur J Trauma Emerg Surg. 2015; 41(1):87-89. DOI: 10.1007/s00068-014-0411-x
12. Phillips A.W., Jones A.E., Sargen K. Should the macroscopically normal appendix be removed during laparoscopy for acute right iliac fossa pain when no other explanatory pathology is found? Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2009; 19(5):392-394. DOI: 10.1097/SLE.0b013e3181b71957
13. Tartaglia D., Bertolucci A., Galatioto C., Palmeri M., Fantacci R., Furbetta N., Chiarugi M. Incidental appendectomy? Microscopy tells another story: A retrospective cohort study in patients presenting acute right lower quadrant abdominal pain. Int J Surg. 2016; 28:149-152. DOI: 10.1016/j.ijssu.2016.02.085
14. Ростовцев М.В., Нуднов Н.В., Литвиненко И.В., Пронкина Е.В., Вершинина О.Ю., Нежлученко В.В. Мультиспиральная компьютерная томография в выявлении и дифференциальной диагностике острого аппендицита. Медицинская визуализация. 2019. №23. С. 28-36

Авторы:

Сопуев Андрей Асанкулович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3810-1646>

Атакозиев Азамат Таштанбекович, ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0879-1471>

Кудаяров Эдил Эшимбекович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3623-2466>

Эрнисова Майрам Эрнисовна, ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2425-9968>

Шамил уулу Эрбол, ассистент кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика

Authors:

Sopuev Andrey Asankulovich, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Hospital Surgery with a Course in Operative Surgery, Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3810-1646>

Atakoziev Azamat Tashtanbekovich, assistant of the department of hospital surgery with the course of operative surgery of the Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0879-1471>

Kudayarov Edil Eshimbekovich, Candidate of Medical Sciences, assistant at the Department of Hospital Surgery with a course of operative surgery at the Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3623-2466>

Ernisova Mayram Ernisovna, assistant at the Department of Hospital Surgery with a course of operative surgery at the Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2425-9968>

Shamil uulu Erbol, assistant at the Department of Hospital Surgery with a course of operative surgery at the Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyz Republic

Поступила в редакцию 29.07.2024
Принята к печати 15.08.2024

Received 29.07.2024
Accepted 15.08.2024