



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# **TIBBIYOTDA YANGI KUN**

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**5 (79) 2025**

## **Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЪЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

## **ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

### **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**5 (79)**

**2025**

*май*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

УДК 616.

## ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ЖИГАР ЦИРРОЗИ ФОНИДА КЕЧИШИ ЛАБОРАТОР ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Уроков Ш.Т. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Абидов У.О. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Худайбергенов Ш.О. <https://orcid.org/0009-0008-5786-6960>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,

А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

Ўзбекистон Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро вилояти, 200100, Бухоро ш. Баҳоуддин Нақшбандий кўчаси 59, тел: +998652252020

E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

### ✓ Резюме

*Ўткир аппендицит (ЎА) шошилинч жарроҳлик патологияларидан бири ҳисобланиб, унинг жигар циррози (ЖЦ) фонида кечиши таъхислаш ва даволашда катта муаммоларни келтириб чиқаради. ЖЦ билан боғлиқ иммунитетнинг пасайиши, қон ивиш жараёнининг бузилиши, асцит ва портал гипертензия каби ҳолатлар ЎАнинг клиник кўринишларини ўзгартирар экан, бу эса аниқ таъхис қўйиш ва самарали даволаш тактикаси танлашни қийинлаштиради.*

*РШТЎИМ Бухоро филиалида 2017-2024 йиллар давомида ЎАнинг ЖЦ фонида даволанган 64 бемор иштирокида ўтказилди. Улар 24 нафар ретроспектив назорат гуруҳи ва 40 нафар проспектив асосий гуруҳга ажратилди. Лаборатор таҳлилларда умумий қон таҳлиллари ва яллигланиш маркерлари информативлиги (С-реактив оқсил, лейкоцитлар) ўрганилди. Таъхислаш жараёнида ультратовуш текшируви (УТТ) ва магнит-резонанс томография (МРТ) эффе́ктивлиги қўлланилди.*

*ЖЦ фонида ЎА касаллигини бошдан кечирган беморларда лейкопения иммун тизими бузилиши, гиперспленизм ёки жигарнинг метаболик функциясининг бузилиши, айниқса декомпенсация босқичида билан боғлиқ эканлиги тасдиқланди. Тадқиқот натижаларига кўра, лейкоцитоз ЎА ни аниқлашда самарали маркер эмаслиги, С-реактив оқсил эса ишончли яллигланиш маркери эканлиги аниқланди.*

*Шунингдек, AIR (Appendicitis Inflammatory Response) ва AAS (Adult Appendicitis Score) шкалаларини қўллаш ЖЦ фонида ЎА диагностикасида самарали усул эканлиги тасдиқланди.*

*МРТ ЖЦ билан касалланган беморларда асцит бўлган беморларда ЎА ни эрта аниқлашда УТТ нисбатан сезгирлик ва спецификлик бўйича юқори натижаларни кўрсатди. Асосий гуруҳда 8(20%) беморда NOM (Non Operative Management) стратегияси қўлланиб, консерватив даволашнинг самарали эканлиги тасдиқланди.*

*Калит сўзлар: Ўткир аппендицит, жигар циррози, лаборатор таҳлиллар, С-реактив оқсил, AIR шкаласи, AAS шкаласи, МРТ, NOM стратегияси*

## ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ: ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уроков Ш.Т. Абидов У.О. Худайбергенов Ш.О.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,

г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Баҳоуддина Нақшбанди 159, тел:

+998652252020 E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

✓ Резюме

Острый аппендицит (ОА) является одной из неотложных хирургических патологий, и его течение на фоне цирроза печени (ЦП) представляет значительные диагностические и лечебные сложности. Иммунодефицит, нарушение свертывания крови, асцит и портальная гипертензия, связанные с ЦП, изменяют клинические проявления ОА, что затрудняет своевременную диагностику и выбор эффективной лечебной тактики.

Исследование проведено в Бухарском филиале РШТЁИМ в период 2017-2024 годов с участием 64 пациентов с ОА на фоне ЦП. Они были разделены на две группы: 24 пациента в ретроспективной контрольной группе и 40 пациентов в проспективной основной группе. Информативность лабораторных маркеров воспаления (С-реактивный белок, лейкоциты) и инструментальных методов диагностики (ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ)) была оценена.

Подтверждено, что лейкопения у пациентов с ОА на фоне ЦП связана с нарушением иммунной системы, гиперспленизмом или метаболической дисфункцией печени, особенно в стадии декомпенсации. По результатам исследования установлено, что лейкоцитоз не является надежным маркером ОА, тогда как С-реактивный белок (СРБ) показал высокую диагностическую значимость.

Также подтверждена эффективность применения шкал AIR (Appendicitis Inflammatory Response) и AAS (Adult Appendicitis Score) для диагностики ОА у пациентов с ЦП.

МРТ продемонстрировала более высокую чувствительность и специфичность по сравнению с УЗИ у пациентов с асцитом. В основной группе 8 (20%) пациентов были успешно пролечены по стратегии NOM (Non Operative Management), что подтвердило эффективность консервативного подхода в определенных случаях.

**Ключевые слова:** Острый аппендицит, цирроз печени, лабораторные анализы, С-реактивный белок, шкала AIR, шкала AAS, МРТ, стратегия NOM

## ACUTE APPENDICITIS ON THE BACKGROUND OF LIVER CIRRHOSIS: LABORATORY AND INSTRUMENTAL RESEARCH METHODS

Urokov Sh.T., Abidov U.O., Khudaybergenov Sh.O.

Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhoudin Nakshbandi 159, tel: +998652252020

E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ Resume

Acute appendicitis (OA) is one of the urgent surgical pathologies, and its course against the background of cirrhosis of the liver (CP) presents significant diagnostic and therapeutic difficulties. Immunodeficiency, blood clotting disorders, ascites, and portal hypertension associated with CP alter the clinical manifestations of OA, making it difficult to diagnose and choose effective treatment tactics in a timely manner.

The study was conducted in the Bukhara branch of the Russian Academy of Medical Sciences in the period 2017-2024 with the participation of 64 patients with OA on the background of CP. They were divided into two groups: 24 patients in the retrospective control group and 40 patients in the prospective study group. Informative value of laboratory markers of inflammation (C-reactive protein, leukocytes) and instrumental diagnostic methods (ultrasound and magnetic resonance imaging) it was appreciated.

It has been confirmed that leukopenia in patients with OA on the background of CP is associated with impaired immune system, hypersplenism, or metabolic liver dysfunction, especially in the decompensation stage. According to the results of the study, leukocytosis is not a reliable marker of OA, whereas C-reactive protein (CRP) has shown high diagnostic significance.

The effectiveness of using the AIR (Appendicitis Inflammatory Response) and AAS (Adult Appendicitis Score) scales for the diagnosis of OA in patients with CP has also been confirmed.

MRI showed higher sensitivity and specificity compared to ultrasound in patients with ascites. In the main group, 8 (20%) patients were successfully treated using the NOM (Non-Operational Management) strategy, which confirmed the effectiveness of the conservative approach in certain cases.

**Keywords:** Acute appendicitis, cirrhosis of the liver, laboratory tests, C-reactive protein, AIR scale, AAS scale, MRI, NOM strategy

## Долзарблиги

Ўткир аппендицит (ЎА) – энг кўп учрайдиган шошилишч жарроҳлик патологияларидан бири бўлиб, унинг жигар циррози (ЖЦ) фонида кечиши ташхис ва даволашда катта муаммоларни келтириб чиқаради. ЖЦ билан боғлиқ иммунитетнинг пасайиши, қон ивиш жараёнининг бузилиши, асцит ва портал гипертензия каби ҳолатлар ЎАнинг клиник кўринишларини ўзгартирар экан, бу эса аниқ ташхис қўйиш ва самарали даволаш тактикаси танлашни қийинлаштиради.

Ташхис жараёнида клиник белгилардан ташқари, лаборатор ва инструментал текшириш усулларининг аҳамияти катта. ЖЦ фонида ЎАнинг кечишини баҳолаш учун стандарт қон таҳлилларидан ташқари, жигар функциясини акс эттирувчи биокимёвий кўрсаткичлар (билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оксил, креатинин), қон ивиш тизими (ХНН, тромбоцитлар) ва яллиғланиш маркерлари лейкоцитлар ва ЭЧТ ўрганилиши муҳим. Шунингдек, аниқ ташхис қўйиш ва асоратларни барвақт аниқлаш учун инструментал текширишлар – ультратовуш текшируви (УТТ), компьютер томография (КТ) ва магнит-резонанс томография (МРТ)дан фойдаланиш зарур.

ЎАни даволаш натижалари асосан ташхиснинг ўз вақтида қўйилиши ва тўғри даволаш тактикасини танлашга боғлиқ. ЎА билан касалланиш ҳолатлари камайиш тенденциясини намоён этаётганига қарамай, беморларнинг тахминан ярми жарроҳлик бўлимларига шу касаллик шубҳаси билан мурожаат қиладилар [1]. Шу билан бирга, ташхисдаги хатолар (5–36% ҳолларда учрайди) кўпинча “кераксиз” асосиз аппендэктомияларни амалга оширишга олиб келади [2, 3,

Ушбу мақолада ЎАнинг ЖЦ бўлмаган беморларда лаборатор ва инструментал текшириш усулларининг беморларга ташхис қўйишда қай даражада информативлиги ва самарадорлиги таҳлил қилинган.

**Тадқиқот мақсади:** Ўткир аппендицитнинг ЖЦ фонида келганда ташхис диагноз қўйиш ва даволаш усуллари натижаларини баҳолаш ва самарали усулларни ишлаб чиқиш.

## Материал ва усуллар

Тадқиқот материалларида РШТЁИМ Бухоро филиали ва РШТЁИМ Хоразм филиалининг шошилишч хирургия бўлимларида 2017- йилдан 2024 йиллар давомида ЎАнинг ЖЦ фонида даволанган 64 беморнинг 24 назорат гуруҳ (ретроспектив) тарихларининг таҳлили ва 40 асосий гуруҳ (проспектив) беморнинг таклиф қилинган диагностик ва даволаш тактикаси натижалари таҳлил қилинди.

Клиник текширишлардан ташқари ЖЦ бор бўлган ва ЎА гумон қилинган асосий гуруҳ беморларда УТТ қўшимча равишда кенгайтирилган инструментал текшириш усуллари (МРТ) ЎА нинг ҳолатини баҳолаш ва даволаш тактикасини аниқлаш мақсадида ўтказилди.

**Лаборатор текширишлар натижалари:** Асосий гуруҳ беморларида ўтказиладиган стандарт умумий қон таҳлилларидан ташқари, жигар биокимёвий таҳлиллари (билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оксил, креатинин, HBsAg, HBeAg, anti-HBe, anti-HBc-маркерлари,) ХНН (Халқаро нормалаштирилган нисбат), С-реактив оксил қон таҳлиллари олинди.

ЖЦ фонида ЎА билан касалланган беморларда лаборатор текширувлар натижалари ўзига хослиги кўринди. (1-жадвал).

1 -жадвал

### Назорат гуруҳи беморларнинг умумий қон таҳлилининг натижалари (n=24)

| ЖФХ (Чайлд-Пью)              | Компенсация n=3(12,5%)    | Декомпенсация n=21(87,5%) |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Гемоглобин г/л               | г/л                       | г/л                       |
| Эритроцитлар ( $10^{12}/л$ ) | $3,5 \times 10^{12}/л$    | $3,4 \times 10^{12}/л$    |
| Лейкоцитлар ( $10^9/л$ )     | $\times 10^9/л$ .         | $10^9/л$ .                |
| Тромбоциты ( $10^9/л$ )      | $100-150 \times 10^9/л$ . | $80-100 \times 10^9/л$ .  |
| ЭЧТ мм/соат                  | 8-10 мм/соат              | 8-12 мм/соат              |

Беморларнинг ҳолати жигар функционал ҳолатининг (ЖФХ Чайлд-Пью бўйича) компенсация ва декомпенсация ҳолатларига бўлинган. Гемоглобин даражаси: Компенсация ҳолатида

гемоглобин даражаси  $94 \pm 5,4$  г/л бўлиб, декомпенсация ҳолатида  $84 \pm 35,4$  г/л гача пасайган. унда эритроцитларнинг ўртача даражаси компенсация ҳолатида  $3,5 \times 10^{12}/л$ , декомпенсация ҳолатида  $3,4 \times 10^{12}/л$  бўлиб, бу анемиянинг оғирлашганлигини кўрсатади.

Лейкоцитлар эса чувалчангсимон ўсимталарда яллиғланиш дараёни бўлсада лейкоцитлар даражаси  $4,8 \times 10^9/л$ , декомпенсация ҳолатида эса  $5,2 \times 10^9/л$  бўлган. Яъни кўзатилиши мумкин бўлган лейкоцитоз ҳолати аниқланмади. Бу асосан назорат гуруҳида операция қилинган катарал 9(37,5%) ва флегмоз ўзгарган 12 бемордан 8(33,3%) тасида лейкоцитоз ҳолати аниқланмади. Бу аппендицитнинг гангреноз бўлмаган 21 бемордан 17 (81%) тасида кузатилди. 3(12,5%) та флегмоз ва 3(12,5%) та гангреноз аппендицитларда лейкоцитоз ҳолатлари кузатилди. ЖЦ фонида лейкоцитлар даражасининг кўтарилмаслиги организмнинг иммун тизимидаги ўзгаришлар, гиперспленизм ва жигар функциясининг декомпенсирланган бузилиши билан боғлиқ бўлди.

Тромбоцитлар даражаси, ЖФХ компенсацияланган ҳолатида тромбоцитлар даражаси  $100 - 150 \times 10^9/л$ , декомпенсация ҳолатида  $80 - 100 \times 10^9/л$  бўлиб, гиперспленизм оқибатида пасайиш кузатилган.

ЭЧТ (эритроцитлар чўкиш тезлиги), компенсация ҳолатида ЭЧТ 8-10 мм/соат, декомпенсация ҳолатида 8-12 мм/соат даражада бўлган. Бу яллиғланишнинг декомпенсация ҳолатида кучайганлигини кўрсатади.

2 -жадвал

#### Асосий гуруҳи беморларнинг умумий қон таҳлилининг натижалари (n=40)

| ЖФХ (Чайлд-Пью)(n=40)           | Компенсация n=10(25%)       | Декомпенсация n=30(75%)    |
|---------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Гемоглобин г/л                  | $101 \pm 2,8$ г/л           | $88 \pm 12,4$ г/л          |
| Эритроцитлар $\times 10^{12}/л$ | $3,2 \times 10^{12}/л$      | $3,1 \times 10^{12}/л$     |
| Лейкоцитлар $\times 10^9/л$ .   | $4,5 \times 10^9/л$ .       | $5,6 \times 10^9/л$ .      |
| С - реактив оксил               | $5 \pm 1,5$ мг/л            | $7,5 \pm 1,7$ мг/л         |
| Тромбоциты $\times 10^9/л$ .    | $110 - 150 \times 10^9/л$ . | $90 - 110 \times 10^9/л$ . |
| ЭЧТ мм/соат                     | 10-12 мм/соат               | 8-12 мм/соат               |

Жадвалда ЖФХ (Чайлд-Пью) тизими бўйича тақсимланган асосий гуруҳдаги беморларнинг умумий қон таҳлили натижалари келтирилган. Беморлар компенсация ва декомпенсация босқичлари бўйича икки гуруҳга ажратилган. Компенсация гуруҳида (n=10/25%) қон таҳлилининг кўрсаткичлари қуйидагича: гемоглобин даражаси ўртача -  $101 \pm 2,8$  г/л бўлиб, эритроцитлар сони -  $3,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоцитлар сони -  $4,5 \times 10^9/л$ , С-реактив оксил даражаси  $5 \pm 1,5$  мг/л, тромбоцитлар сони 110 -  $150 \times 10^9/л$ , ЭЧТ 10–12 мм/соат ташкил этди. Декомпенсация гуруҳида (n=30/75%) гемоглобин даражаси пастроқ - ўртача  $88 \pm 12,4$  г/л, эритроцитлар сони  $3,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоцитлар сони кўпроқ -  $5,6 \times 10^9/л$ , С-реактив оксил даражаси ҳам юқориқ -  $7,5 \pm 1,7$  мг/л, тромбоцитлар сони паст – 90 -  $110 \times 10^9/л$ , ЭЧТ эса 8–12 мм/соат оралиғида бўлди.

Компенсация ҳолатида лейкоцитлар даражаси нисбатан барқарор бўлса, декомпенсация ҳолатида лейкоцитлар даражасида динамика пасайиши кузатилган. Асосий гуруҳ беморларда статистик жиҳатдан лейкоцитлар ошмаган бўлсада, СРО концентрацияси сезиларли даражада ошиб борди.

Натижалар шуни кўрсатадики, декомпенсация босқичида қон таҳлилининг кўрсаткичлари кескин ўзгаришларга эга бўлиб, бу яллиғланиш жараёнлари кучайганлигини билдиради. ЖЦ фонида ЎАда лейкоцитлар динамикаси анъанавий аппендицитга қараганда суст намоён бўлади. СРО ЖЦ фонида чувалчангсимон ўсимтасининг яллиғланишини аниқлашда етарлича маълумот берадиган маркер сифатида ишлатиш мумкин.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, ЖЦ фонида ЎА касаллигини бошдан кечирган беморларда лейкопения иммун тизмининг бузилиши, гиперспленизм ёки жигарнинг метаболик функциясининг бузилиши туфайли пайдо бўлиб, бизнинг текширишимизда 24(100%) бемордан 18(75%) беморда кузатилди, шу сабабли ЎА ташхис қўйишда етарлича маълумот бермайди. Компенсация ҳолатида лейкоцитлар даражаси нисбатан барқарор бўлса, декомпенсация ҳолатида лейкоцитлар даражасида динамика пасайиши кузатилган. ЖЦ фонида ЎАда лейкоцитлар динамикаси анъанавий аппендицитга қараганда суст намоён бўлади. Лейкопениюни ҳисобга олган ҳолда, яллиғланишни баҳолаш учун лейкоцитлар текширилиши етарли эмас.

Жадвалда кўрсатилган қон таҳлили натижаларига асосланиб, ЖЦ фонида ЎАнинг диагностикаси ва даволаш стратегиясини аниқлашда замонавий арзон ва тез бажариладиган лаборатор тестлардан фойдаланиш зарурлигини кўрсатади.

Шу сабабли лейкоцитлардан ташқари, С-реактив оксил (СРО), яъни бошқа яллиғланиш маркерини кузатиш муҳимдир. Улар даволаш самарадорлигини баҳолашда қўшимча маълумот беришда муҳим ўрин эгаллаши мумкин.

Қонда лейкоцитлар миқдорининг кўпайиши (лейкоцитоз): назоратгуруҳда 5 (20,8%) ва асосий гуруҳ беморларида 8 (20,0%) ҳолатда қайт этилди.

Назорат гуруҳидаги беморларда ЎАнинг клиник белгиларидан кўпроқ учраган белгилар, жумладан, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ, тахикардия ва тилнинг қуриши. Аммо лейкоцитоз ва тана ҳарорати кўтарилиши каби классик яллиғланиш белгилари нисбатан кам аниқланган. Бу ЖЦ каби бирламчи фон касалликлар ЎА симптомларини маскаллаши ва ташхис қўйишда қийинчиликлар келтириб чиқариши мумкинлигини кўрсатади. Шу сабабли касалликни ташхислашда замонавий инструментал ва лаборатор текширишларда фойдаланиш, даволашда эса индивидуал ёндашув, замонавий жарроҳлик усулларида фойдаланиш муҳим аҳамиятга эгаллиги кўринди.

**Инструментал текширишлар натижалари:** ЎАнинг ЖЦ бўлган беморларда ташхис қўйиш ва даволаш бўйича мураккаб муаммолардан биридир. ЖЦ билан касалланган беморларда ЎА ни эрта аниқлаш ва тўғри ташхис қўйиш учун комплекс ёндашув зарур. Бу касалликларнинг биргаликда учраши ҳолатида, шифокорлар юқоридаги ташхис усуллари қўллаб, беморнинг ҳолатини синчиклаб баҳолашлари лозим.

ЖЦ фонида ЎА ни УТТ орқали аниқлашда маълум қийинчиликлар юзага келиши мумкин. ЖЦ натижасида жигар тўқимасидаги ўзгаришлар ва асцит (қорин бўшлиғида суюқлик тўпланиши) УТТ нинг аниқлигини пасайтириши мумкин. Асцит суюқлиги чувалчангсимон ўсимтани кўришини қийинлаштириши, бу эса ЎА ни ташхислашда қийинчилик туғдиради.

Назорат гуруҳидаги барча операция қилинган беморларнинг 9(37,5%) тасида турли даражадаги асцит суюқлигининг ривожланганлигини аниқланди. Операциядан олдинги УТТ ва операциядан кейинги ўсимтанинг морфологик ўзгаришлари орасида катта тафовутлар бўлган, асцит бўлиши чувалчангсимон ўсимтанинг УТТ да аниқлаш имкониятини пасайтирган бўлиши мумкин.

Асцит ривожланиши бу Чайл-Пю бўйича декомпенсация (В ва С) беморларда бўлишини инобатга олсак, ушбу беморларда аппендикснинг асл деструктив ҳолатини операциядан олдин аниқ баҳо берилиши, ушбу оғир контингент беморларнинг даволаш стратегиясини танлашда жуда муҳим рол ўйнашини айтиб ўтиш керак. Бу ҳолда аппендикс визуализацияси асцит бўлмаган 62.5% беморларда аниқроқ бўлиши мумкин. Назорат гуруҳида 24 нафар беморнинг 62.5% ни ҳисобласак:  $24 \times 0.625 = 15$  беморда сезгирлигини кўрсатди.

Назорат гуруҳида УТТ ЖЦ бўлган беморларнинг ЎА деструктив жараёнларини (ўсимтанинг қалинлашуви, таранглиги) босқичларини аниқлаш учун самарали ташхис усули ҳисобланади, лекин асцит ривожланган беморларда ўзининг кам спецификлиги ва сезгирлиги (62,5%) билан ажралди.

Асосий гуруҳ беморларида УТТ лан ташқари МРТ ўтказилди. Натижаларига асосан ЎА нинг клиник шикоятлари бўлсада унинг нодеструктив формаси (катарал формаси) деган хулоса олинганда, касаллик бошланганлигининг 8 соатдан ошмаган беморларда, жигар функционал ҳолатининг (Чайлд-Пю бўйича В ва С) декомпенсация босқичида - консерватив жарроҳликсиз даволаш усуллари (NOM – Non Operative Management) усулидан 8(20%) беморда даволанилди. Беморлар касалхона шароитида 2-3 сутка давомида клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллариининг динамик назоратида бўлди. Қолган 32(80%) беморларда турли усулдаги жигар функционал ҳолатидан келиб чиққан ҳолда, операциядан олдинги ва кейинги даврларда асоратларни камайтириш мақсадида профилактик чора тадбирларни олиб бориш билан бир қаторда оператив даволаш усуллари олиб борилди ва даволашда ижобий натижалар олинди.

### Натижа ва таҳлиллар

ЎА ни лаборатор диагностика қилиш учун ишлаб чиқилган турли усуллар, жумладан, организмнинг интоксикация даражасини баҳолашга асосланган (Кальф-Калиф лейкоцитар

интоксикация индекси, Шалыгиннинг эритроцитлар агрегация индекси, Хабиловнинг нейтрофилларнинг реактив жавоби индекси, 2000), етарли даражада ахборотли эмас [138].

ЎАни диагностика қилишда касалликка хос белгиларига асосланган интеграл шкалалар кенг қўлланилади. Турли параметрларга берилган балллар йиғиндисини баҳолаш орқали ҳар бир бемор учун даволашнинг кейинги тактикаси аниқланади. Бундай шкалалардан бири 1986 йили А. Alvarado томонидан ишлаб чиқилган таблица ҳисобланади. У 6 та клиник симптомни ўз ичига олади: **А. Алворадо**. (Alvarado score) ЎА ташхисини қўйишда фойдали деб топган 8 прогностик омилни ушбу шкалага киритган:

| Белгилар                                   | Баллар    |
|--------------------------------------------|-----------|
| Ўнг ёнбош соҳадаги оғриқлар                | +2        |
| Тана ҳароратининг кўтарилиш 37,3 дан юқори | +1        |
| Шеткин-блумберг симптоми мусбат            | +1        |
| Кохер-Волкович симптоми мусбат             | +1        |
| Иштаха йўқолиши                            | +1        |
| Кўнгил айниш/қусиш                         | +1        |
| Лейкоцито $10^9$ дан юқори                 | +2        |
| <b>Жами:</b>                               | <b>10</b> |

**Натижалар:** 5 баллдан камроқ -ЎА эҳтимоли паст; 5-6 балл -ЎА эҳтимоли бор ва бемор кузатувда бўлиши керак; 7-8 балл -ЎА эҳтимоли юқори; 8-9 балл ЎА бор ва беморга шошилиш жарроҳлик амалиёти керак.

Натижалар шуни кўрсатадики, декомпенсация босқичида қон таҳлилининг кўрсаткичлари кескин ўзгаришларга эга бўлиб, бу яллиғланиш жараёнлари кучайганлигини билдиради. ЖЦ фонида ЎАда лейкоцитлар динамикаси анъанавий аппендицитга қараганда суст намоён бўлади. СРО ЖЦ фонида чувалчангсимон ўсимтасининг яллиғланишини аниқлашда етарлича маълумот берадиган маркер сифатида ишлатиш мумкин.

ЖЦ фонида ЎА ривожланишида назорат ва асосий гуруҳ беморларида ҳам лейкоцитоз ривожланмаслигини инобатга олган ҳолда ушбу Алворада (Alvarado score) диагностик шкала ўрнига, СРО бор AIR (Appendicitis Inflammatory Response) шкалалардан фойдаланиш таклиф этилади.

AIR (Appendicitis Inflammatory Response) ва AAS (Adult Appendicitis Score) шкалалари орқали ЎАни ташхислаш.

**AIR (Appendicitis Inflammatory Response) шкаласи.** Бу шкала ЎА да яллиғланиш реакциясини баҳолаш учун ишлатилади.

| Кўрсаткич                                          | Баллар   |
|----------------------------------------------------|----------|
| Ўнг ёнбош соҳасида оғриқ                           | 1        |
| Оғриқнинг кўчиши (Кохер-Волкович)                  | 1        |
| Лейкоцитоз ( $10-14,9 \times 10^9/\text{л}$ )      | 1        |
| Лейкоцитоз ( $\geq 15 \times 10^9/\text{л}$ )      | 2        |
| Нейтрофилия ( $\geq 70\%$ )                        | 1        |
| Тана ҳарорати ( $\geq 38,5^\circ\text{C}$ )        | 1        |
| Перистальтика йўқлиги                              | 1        |
| <b>С-реактив оқсил (10–49 мг/л)</b>                | <b>1</b> |
| <b>С-реактив оқсил (<math>\geq 50</math> мг/л)</b> | <b>2</b> |

Натижалар: 0–4 балл: аппендицит эҳтимоли паст; 5–8 балл: ўртача эҳтимол (қўшимча диагностика зарур: УЗИ, КТ); 9–12 балл: юқори эҳтимол (жарроҳнинг маслаҳати ва шошилиш ёрдам зарур).

Клиник амалиётда қўллаш: Паст хавф (0 - 4 балл); консерватив кузатув, 6–12 соатдан кейин қайта баҳолаш; ўртача хавф (5 - 8 балл);

Қўшимча диагностика: УЗИ, КТ, лаборатория таҳлиллари. Юқори хавф (9 -12 балл):

Асосий гуруҳ беморларда умумий қон таҳлилида статистик жиҳатдан лейкоцитлар ошмаган бўлсада, СРО концентрацияси сезиларли даражада ошиб борди. ЖЦ фонида ЎАда лейкоцитлар динамикаси анъанавий аппендицитга қараганда суст намоён бўлади. СРО ЖЦ фонида чувалчангсимон ўсимтасининг яллиғланишини аниқлашда етарлича маълумот берадиган маркер сифатида ишлатиш мумкин. Шу сабабли ЖЦ фонида ЎА гумон бўлганда диагностик шкала сифатида Алворада (Alvarado score) диагностик шкала ўрнига, СРО бор AIR (Appendicitis Inflammatory Response) шкалалардан фойдаланиш таклиф этилади.

Жарроҳ маслаҳати ва зарурат бўлса, шошилиш жарроҳлик учун, бу шкалалар таҳисни стандартлаштиришга ва керакисиз жарроҳлик аралашувларини камайтиришга ёрдам беради.

Инструментал текшириш усулларида Биз ЖЦ фонида ривожланган ЎА ни таҳислашда МРТ нинг анъанавий диагностик усуллар (УТТ ва КТ) билан солиштирганда самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолашга қарор қилдик.

Асосий гуруҳ беморларнинг операциядан олдин ва кейинги натижаларига асосан 16(40%) беморларда кузатилган. Бу декомпенсация босқичидаги 30(75%) беморларнинг 53,3% ташкил қилди. Ушбу беморларнинг 8(20%) беморларда ўнг ёнбош соҳасида оғриқ ва ЎА бошқа симптомлари бўлсада, чувалчангсимон ўсимтанинг 7 мм дан қалин бўлмаган ва касаллик давомийлиги 8 соатгача бўлган декомпенсация ЖЦ деб баҳоланган беморларда оператив даволаш ўрнига NOM стратегияси ишлатилди.

### Хулоса

1. Тадқиқот натижалари ЖЦ бор беморларда ЎА нинг клиник кўриниши атипик бўлишини, оғриқнинг локализацияси ва мушак таранглигининг паст даражада намоён бўлади. Гиперспленизм фонида лейкоцитознинг кам учраши ва С-реактив оксил (СРО) яллиғланишнинг ишончли маркери сифатидаги аҳамиятлиги тасдиқланди.
2. ЖЦ бўлмаган беморларда ишлатилариган AIR (Appendicitis Inflammatory Response) ўрнига шкаласида СРО сақлаган AAS (Adult Appendicitis Score) шкалаларидан фойдаланиш тавсия этилади, чунки улар ЎАга гумон қилинган ҳолларда энг юқори прогностик самарадорликни кўрсатди.
3. Таҳис усулларининг самарадорлигини баҳолашда МРТ нинг асцит мавжуд бўлган беморларда юқори сезгирлик ва спецификликка эгалиги илмий асосланди.

### АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Кичибек, Э. А. Железосодержащие белки как маркеры деструкции при остром аппендиците / Э. А. Кичибек // Военно-мед. журн. - 2010. - № 8. - С. 50-51.
2. Кривов, А. П. Острый аппендицит: вековой мониторинг / А. П. Кривов, И. М. Барсукова // Скорая медицинская помощь - 2018 : материалы 17-го Всерос. конгр. (Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием), посвящ. 135-летию со дня рождения акад. АМН СССР, проф. И. И. Джанелидзе / гл. ред. С. Ф. Багненко. - Санкт-Петербург, 2018. - С. 81-82.
3. Михин, И. В. Острый аппендицит: учеб. пособие / И. В. Михин, А. Е. Бубликов. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013. - 76 с.
4. Сажин, В. П. Значение лапароскопии в уменьшении "напрасных" аппендэктомий при остром аппендиците / В. П. Сажин, В. А. Юрищев, Д. Е. Климов // Хирургия 2005 : материалы Всерос. науч. форума. - Москва, 2005. - С. 150-151.
5. Acute suppurative appendicitis in children with malignant tumors of the central nervous system during radiation treatment (rt) with chemotherapy / F. F. Antonenko, O. I. Shcherbenko, O. G. Zheludkova [et al.] // Surg. Gastroenterol. and Oncol. - 2018. - Vol. 23, № S1. - P. S11-S12.
6. Hassan, W. A. W. Torsion of the vermiform appendix: a case report and review of literature / W. A. W. Hassan, Y. K. Tay, M. Ghadiri // Am. J. Case Rep. - 2018. - Vol. 19. - P. 365-368.

**Қабул қилинган сана 20.04.2025**