



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. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
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
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.346.2-002.1

ЖИГАР ЦИРРОЗИ ФОНИДА ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

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
Ўзбекистон Республика шoшилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали,
Бухоро вилояти, 200100, Бухоро ш. Баҳоуддин Накшбандий кўчаси 59,
тел: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Резюме

Жигар циррози (ЖЦ) билан касалланган беморларда ўткир аппендицит (ЎА) нинг ривожланиши клиник ва диагностик жиҳатдан катта қийинчиликларни тугдирмоқда. Ретроспектив таҳлилларда ЖЦ билан касалланган 24 беморда асоратлар ва ўлим ҳолатлари ўрганилган. Уларда операциядан кейинги даврда жароҳатнинг йиринглаши (29%), қон кетиши (8,3%), сепсис ва пневмония (8,3%), перитонит (8,3%) каби асоратлар кузатилган ва 25% ҳолатда ўлим қайд этилган. Ушбу асоратлар асосан ЖЦ декомпенсация босқичидаги беморларда кузатилган.

Асосий (проспектив) гуруҳда 40 бемор текиширилиб, даволанган. Уларда кенгайтирилган диагностика (МРТ, С-реактив оқсил ва биокимёвий таҳлиллар) асосида даволаш тактикаси аниқланган. Катарал аппендицит ҳолатларида (20%) операциясиз даволаш (НОМ) муваффақиятли қўлланган. Компенсацияланган босқичда лапароскопик аппендэктомия (ЛАЭ) оптимал бўлиб чиқди, декомпенсация босқичида эса очиқ аппендэктомия (ОАЭ) маҳаллий озриқсизлантириши билан тавсия қилинди.

Натижада асоратлар ва ўлим кўрсаткичи назорат гуруҳидаги 25% дан асосий гуруҳда 10% га пасайтирилди. Бу даволаш тактикасига профилактик чора-тадбирларнинг самарали интеграция қилинганлиги билан изоҳланади.

ЖЦ билан касалланган беморларда ЎА ташиxisини аниқлаш ва даволаш жараёнида замонавий диагностика воситалари, инвазивлик даражаси кам усуллар ва даволаш тактикасини беморларнинг функционал ҳолатига қараб стратификация қилиши муҳим аҳамиятга эга

Калитли сўзлар: жигар циррози, ўткир аппендицит, лапароскопик аппендэктомия, очиқ аппендэктомия, НОМ жарроҳлик усуллари

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

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
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Баҳоуддина Накшбанди 159,
тел: +998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Резюме

Развитие острого аппендицита (ОА) у пациентов с циррозом печени (ЦП) представляет значительные клинические и диагностические трудности. В ретроспективном анализе изучены осложнения и летальные исходы у 24 пациентов с ОА на фоне ЦП. В

послеоперационном периоде у них наблюдались нагноение раны (29%), кровотечения (8,3%), сепсис и пневмония (8,3%), перитонит (8,3%), а также летальность в 25% случаев. Эти осложнения в основном регистрировались у пациентов с декомпенсированной стадией ЦП.

В основной (проспективной) группе было обследовано и пролечено 40 пациентов. Тактика лечения определялась на основе расширенной диагностики (МРТ, С-реактивный белок и биохимические анализы). В случаях катарального аппендицита (20%) успешно применялось консервативное лечение (НОМ). В компенсированной стадии оптимальным методом оказалась лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ), тогда как при декомпенсации рекомендована открытая аппендэктомия (ОАЭ) под местной анестезией.

В результате показатель осложнений и летальности снизился с 25% в контрольной группе до 10% в основной группе. Это объясняется эффективной интеграцией профилактических мероприятий в лечебную тактику.

Диагностика и лечение ОА у пациентов с ЦП требуют применения современных диагностических методов, малоинвазивных подходов и стратификации тактики лечения в зависимости от функционального состояния пациента

Ключевые слова: цирроз печени, острый аппендицит, лапароскопическая аппендэктомия, открытая аппендэктомия, НОМ, хирургические методы

THE RESULTS OF TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS ON THE BACKGROUND OF LIVER CIRRHOSIS ARE PRESENTED

Urokov. Sh.T., Abidov O'.O., Khudaybergenov Sh.O.

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

Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan,

Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhouddin Nakshbandi 159, tel: +998652252020

E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ *Resume*

The development of acute appendicitis (AA) in patients with liver cirrhosis (LC) presents significant clinical and diagnostic challenges. A retrospective analysis examined complications and mortality in 24 patients with LC. In the postoperative period, wound suppuration (29%), bleeding (8.3%), sepsis and pneumonia (8.3%), peritonitis (8.3%), and mortality in 25% of cases were observed. These complications were mainly recorded in patients with decompensated LC.

In the main (prospective) group, 40 patients were examined and treated. The treatment strategy was determined based on extended diagnostics (MRI, C-reactive protein, and biochemical tests). In cases of catarrhal appendicitis (20%), conservative treatment (NOM) was successfully applied. In the compensated stage, laparoscopic appendectomy (LAE) was found to be the optimal method, whereas in the decompensated stage, open appendectomy (OAE) under local anesthesia was recommended.

As a result, the complication and mortality rate decreased from 25% in the control group to 10% in the main group. This is explained by the effective integration of preventive measures into the treatment strategy.

The diagnosis and treatment of AA in patients with LC require the use of modern diagnostic tools, minimally invasive approaches, and stratification of treatment tactics according to the patient's functional condition

Keywords: liver cirrhosis, acute appendicitis, laparoscopic appendectomy, open appendectomy, NOM, surgical methods

Долзарблиги

Ж Ц фонида ўА ривожланиши беморларда касалликни ташхислаш ва даволаш жараёнида кийинчиликларни келтириб чиқаради. ЖЦ билан касалланган беморларда портал қон айланишининг бузилиши ва жигар метаболик функцияларнинг издан чиқиши сабабли аппендицит клиникасида бир қатор ўзига хос хусусиятлар кузатилиши табиий.

Бутун дунёда ЖЦ нинг тарқалиш даражасининг ортиб бориши муносабати билан ушбу систематик шарҳнинг мақсади бундай беморларда аппендэктомиядан кейинги периоперацион ўлим хавфини аниқлашдан иборат эди [6].

Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, ўткир аппендицитда ўлим даражаси 0,14% дан 0,5% гача, кексалар ва қариялар ўртасида эса 4,6% ни ташкил этади. Қайд этиш жоизки, касаллик бошлангандан кейинги дастлабки 6 соат ичида шифохонага ётқизилган беморлар орасида ўлим даражаси атиги 0,02% ни ташкил қилади, 6 дан 24 соатгача бўлган даврда - 0,09%, 24 соатдан кейин эса бу кўрсаткич 1% га этади. Бу рақамлар шунчалик катта кўринмаслиги мумкин, бироқ ҳар йили ўткир аппендицит туфайли амалга ошириладиган операциялар сони (1–1,5 миллион) ни инобатга олганда, ўлим ҳолатларининг мутлақ сони анча катта - йилига тахминан 4000 та (А.Ф. Дронов ва ҳаммуаллифлар, 2000; В.М. Седов ва ҳаммуаллифлар, 2002) [1, 2, 3].

Adiamah A. ва Rashid A. (2023) маълумотларига кўра, жигар циррози бўлган беморларда аппендэктомиядан кейин ўлим хавфи умумий популяцияга қараганда юқорирок. Бу периоперацион асоратлар, жумладан қон кетиши, инфекциялар ва жигар декомпенсацияси хавфининг ошиши билан боғлиқ [4].

Аппендэктомия Буюк Британияда энг кенг тарқалган шошилиш абдоминал жаррохлик амалиёти бўлиб, ҳар йили 42 000 дан ортиқ шундай операция ўтказилади. Умумий популяцияда бу процедура хавфсиз деб ҳисобланади, 30 кунлик ўлим кўрсаткичи атиги 0,244% ни ташкил этади. Бироқ, бу кўрсаткич 60 ёшдан катта бўлган беморларда, шунингдек, перфорацияланган аппендицит ташхиси қўйилган беморларда ортиб боради [4, 5].

Шунга қарамай, ЖЦ фонида ЎА ни даволашга бағишланган комплекс тадқиқотларнинг нисбатан етишмовчилиги мавжуд. Шу сабабли, ушбу тиббий билимдаги бўшлиқни тўлдириш учун батафсил текширув ўтказиш муҳим аҳамиятга эга. Теоретик жиҳатдан ЖЦ фонида ЎА нинг кечиши жиддий асоратларга олиб келиши мумкин. Бизнинг тадқиқотимизда биз ЖЦ бўлган беморларда ЎА натижаларини ўрганишга ва шунингдек уларнинг ўлим даражаси ва бу билан боғлиқ касалликларини таҳлил қилишга интилдик.

Тадқиқот мақсади: жигар циррози ўткир аппендицит билан бирга келган ҳолатларда, диагноз қўйиш ва даволаш усуллари натижаларини баҳолаш ва самарали усулларни ишлаб чиқиш.

Материал ва усуллар

Тадқиқот материаллари РШТЁИМ Бухоро филиалининг шошилиш хирургия бўлимида 2017 йилдан 2020 йиллар давомида ЎА 24(0,8%) касаллик тарихларининг (ретроспектив) тахлили ва 2021-2024 йиллар давомида ЎА билан текширилган ҳамда даволанган (проспектив) 40(1,4%) беморнинг таклиф қилинган диагностик ва даволаш тактикаси натижалари таҳлил қилинди.

Назорат гуруҳ беморларида даволашда антибактериал терапия (цефалоспаринлар, фторхинолон), дезинтоксикацион ва инфузионтерапия ўтказилган. Операция очик аппендэктомия (ОАЭ, Волкович-Дяконов кесмасидан). Оғриқсизлантириш – умумий наркоз остида. Жаррохлик усулларида даволаниш натижалари (жароҳатнинг йиринглаши, инфекция асоратлар, ЖЕнинг прогрессивланиши ва бошқалар), ётоқ кунлари, касалхонадаги ўлим кўрсаткичлари, 30 кун ичида қайти госпитализация ва бошқа параметрлари таҳлил қилинди.

Асосий гуруҳ беморларига клиник текширишлардан ташқари ЖЦ бор бўлган ва ЎА гумон қилинган беморларда кенгайтирилган инструментал текшириш усуллари (МРТ) ЎА нинг ҳолатини баҳолаш ва даволаш тактикасини аниқлаш мақсадида ўтказилди.

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

Даволаш тактикасида, инструментал ва лаборатор таҳлиллар натижаларига асосан, жигар функционал ҳолатининг бузилиш даражасига асосан (Чайлд-Пью) аниқланди. Даволашда стандар терапияга қўшимча равишда цефтриаксон, Гепа - мерц, Глутатион, албумин, контрентрацияланган глюкоза эритмалари, Викасол даволаш схемасига қўшилди.

Асосий гуруҳ беморларида операциялар лапараскопик аппендэктомия (ЛАЭ) ултратовушли диссекторлардан фойдаланган ҳолда (оғриқсизлантириш – умумий наркоз остида) ва очик усулдаги аппендэктомия (ОАЭ, Волкович-Дяконов кесмасидан, оғриқсизлантириш маҳаллий ёки эпидурал анестезия) бажарилган.

Назорат ва асосий гуруҳлар ўртасида жинс бўйича беморларнинг тақсимооти кўрсатилган (1-жадвалда). Бунда аёллар I-гуруҳда 14(58,3%) ва II-гуруҳда 23 (57,5%) ҳолатни ташкил этган. Жами аёллар сони 37 (58,8%) ни ташкил этган. Эркаклар назорат 10 (41,7%) ва асосий 17 (42,5%) ҳолатда қайд этилган.

Назорат гуруҳи беморларидан 6 нафари (25%) касалхонадан чиқарилган дан сўнг 30 кун ичида аҳволнинг ёмонлашиши сабабли қайтадан госпитализация қилинган.

Операциядан кейинги даврда жигар ва буйрак етишмовчилигидан келиб чиққан асоратларни бартараф этиш учун патогенетик терапия ўтказилган.

Назорат гуруҳидаги беморларда диагностика маълумотлари, касалликнинг клиник кўринишлари, лаборатор кўрсаткичлар динамикаси, жарроҳлик усуллари натижалари (жароҳатнинг йиринглаши, инфекция асоратлар, ЖЕ ва бошқалар), ётоқ кунлари, касалхонадаги ўлим кўрсаткичлари, 30 кун ичида қайта госпитализация ҳолатлари ва бошқа параметрлар чуқур таҳлил қилинди.

1 жадвал

Назорат гуруҳида операциядан кейин кузатилган умумий ва маҳаллий асоратлар (n=24)

Асоратлар	Компенсация (n=3)	Декомпенсация (n=21)	Жами
30 кун ичида қайта госпитализация	-	6(25%)	6(25%)
ЖЕ прогресс сивланиши (сариклик, энцефалопатия)	-	3(12,5%)	3(12,5%)
Перитонит	-	2(8,3%)	2(8,3%)
Жароҳат йиринглаши	-	7(29%)	7(29%)
Сепсис (пневмония)	-	2(8,3%)	2(8,3%)
Жароҳатдан қон кетиш	-	2(8,3%)	2(8,3%)
Ўлим ҳолати	-	6(25%)	6(25%)

ЖЦ фониди ўА билан касалланган назорат гуруҳи беморларида операциядан кейин кузатилган умумий ва маҳаллий асоратлар 1-жадвалда келтирилган. Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, ЖЦ 24 нафар бемордан 3 нафари (12,5%) ЖЦ нинг компенсацияланган даражасига эга бўлган, қолган 21 нафарида (87,5%) декомпенсацияланган ЖЦ аниқланган.

Ўлим ҳолатлари: Декомпенсацияланган ЖЦ 6 нафар беморда (25%) операциядан кейин ўлим ҳолати кузатилган. Буларнинг асосий сабаблари ЖЕ прогрессивланиши 3(12,5%) беморда, 2(8,3%) бемор прогрессивланувчи перитонитдан, 1(4,2%) сепсис (пневмония) бўлди.

Характерли томони шундаки ушбу беморларда 3 ҳолатда деструктив (гангреноз) ўА, 3 ҳолатда нодеструктив ўА морфологик тури (1 флегманоз ва 2 катарал формадаги) аниқланган.

Асосий гуруҳ беморларда ўА ташхиси қўйилган ёки ўА гумон қилинган 40 (100%) беморларда ташхис қўйишда таклиф қилинган лаборатор ва инструментал текшириш усуллари ишлатилгандан сўнг даволаш тактикаси аниқланди.

Асосий гуруҳ беморларида МРТ 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-Пью бўйича В ва С) декомпенсация босқичида - NOM усулидан 8(20%) беморда даволанилди. Беморлар касалхона шароитида 2-3 сутка давомида клиник, лаборатор ва инструментал текшириш усуллари нинг динамик назоратида бўлди (2-жадвал).

Асосий гуруҳда ЎА жарроҳлик усулида даволаш ва бунда оғриқсизлантириш турлари бўйича тақсимланиши

Операция турлари	ЛАЭ + ЭТН	ОАЭ + маҳаллий оғриқсизлантириш	NOM
Компенсация босқичидаги беморлар			
Катарал	4(10%)	-	-
флегманоз	5(12,5%)	-	-
гангреноз	1(2,5%)	-	-
Декомпенсация босқичидаги беморлар			
Катарал	-	-	8(20%)
флегманоз	10(25%)	8(20%)	-
гангреноз	-	4(10%)	-
Жами:	20(50%)	12(30%)	8(20%)

ЖЦ билан касалланган беморларда ушбу икки усулнинг натижаларини солиштириш долзарб аҳамиятга эга, чунки ҳар бир усулнинг самарадорлиги ва хавфсизлиги беморнинг умумий ҳолати, ЖЦ даражаси ва ЎАнинг морфологик турига боғлиқ бўлиши мумкин. Ушбу бобда ЛАЭ (ЭТН) ва ОАЭ (маҳаллий анестезия) усулларининг афзалликлари ва камчиликлари, шунингдек, уларнинг самарадорлиги ҳақида таҳлиллар келтирилади. Бу маълумотлар ЖЦ бўлган беморларда ЎАни даволашда оптимал ёндашувни танлашга ёрдам беради.

ЛАЭ усули асосан ЖЦ компенсацияланган беморларида барчасида 10(25%) қўлланилиб, интраоперацион шароитда видеолапараскоп камераси ёрдамида жигарнинг ҳолати (макро ёки микронодуля цирроз) га баҳо берилди. Ушбу усул асосан компенсация босқичидаги беморларда ЭТН остида бажарилган. Ушбу беморларда қорин бўллиги дренажланмаган.

Декомпенсация босқичида ЛАЭ асосан флегманоз аппендицит учун қўлланилган 10(25%).

ОАЭ усули асосан декомпенсация даражаси деб баҳоланган беморларда бажарилиб, қорин парда яллиғланиши симптомларининг мусбатлиги сабабли ишлатилган флегманоз аппендицитда 8(20%) беморда, гангреноз турида 4(10%) беморда бажарилган.

Оператив техникада аппендэктомия ва асцит суюқлиги бўшатиладиган сўнг кўтарилиувчи инфекциянинг олдини олиш (асцит перитонит ва жароҳат йиринглаши) мақсадида қорин бўшлиғи дренажлаш амалиёти бажарилмаган. Декомпенсация босқичида бу усул (қорин бўшлиғини дренажлаш) фақат гангреноз аппендицит учун амалга оширилган 4(10%) беморда, бу ҳам қорин парда яллиғланиши симптомларининг мусбатлиги сабабли ишлатилган.

Қолган 32(80%) беморларда турли усулдаги жигар функционал ҳолатидан келиб чиққан ҳолда, операциядан олидинги ва кейинги даврларда асоратларни камайтириш мақсадида профилактик чора тадбирларни олиб бориш билан бир қаторда оператив даволаш усуллари олиб борилди (3-жадвал).

Асосий гуруҳ беморларида аппендэктомиядан кейинги даврда 30 кун ичида турли асоратлар билан госпитализация қилинган беморлар сони 4(10%) ташкил қилди, назорат гуруҳида эса ушбу кўрсаткичлар 6(25%) бўлган (жадвал 4.9.) Назорат ва асосий гуруҳларида ЖЕ асоратлари мос равишда 3(12,5%) дан 2(5%) гача камайган. Операциядан кейинги даврда перитонит билан асоратланиш 2(8,3%) дан асосий гуруҳда 1(2,5%) гача камайди. Бу ҳолат операциядан кейинги даврда антибактериал терапиянинг давом эттирилиши ва қорин бўшлиғининг дренажланмаслик тактикаси билан боғлиқ. Операциядан кейинги жароҳатларнинг асосий гуруҳида йиринглаш ҳолатлари кузатилмади (назорат гуруҳида 7(29%). Интубацион оғриқсизлантириш ва септик ҳолатнинг асоратлари сифатида ривожланган гипостатик пневмониялар 2(8,3%) дан асосий гуруҳда 1(2,5%) гача камайди. Операциядан кейинги жароҳатлардан ва троакар жойларидан кон кетиш асосий гуруҳ беморларида кузатилгани йўқ (назорат гуруҳида 2(8,3%).

ЖЦ компенсация даражасидаги беморларда ЎА билан оператив даволанган беморлар орасида асоратлар ва ўлим ҳолатлари кузатилмаган.

Назорат гуруҳидаги беморларда кузатилган ўлим кўрсаткичлари ЎА морфологик формалари кесимида кўрганимизда уларнинг 3 та гангреноз формалардан кейин, 1 та флегманоз ва ҳатто 2

та катарал формадаги беморларда кузатилди, жами бўлиб 6(25%) беморда 30 кун ичида леталлик кузатилди.

Асосий гуруҳ беморлардаги ўлим ҳолати морфологик турлар кесимида кўрилганда, гангреноз аппендицитда 2(5%) ва флегманоз формадаги беморларда 2(5%) кузатилди. Жами олганда асосий гуруҳ беморларда олиб борилган тактика натижасида, ўлим кўрсаткичлари назорат гуруҳидаги 6(25%) дан 4(10%) гача пасайди. Бу асосан катарал форма хисобига олинган беморларда NOM амалиётини бажариш ва ЖЕ профилактикасига қаратилган чора тадбирлар хисобидан эришилди.

Натижа ва таҳлиллар

ЖЦ билан касалланган беморларда ЎА нинг ривожланиши клиник ва диагностик жиҳатдан катта аҳамиятга эга, чунки бу икки касалликнинг биргаликда келиши шифокорлар учун бир қатор қийинчиликлар туғдириши, назорат гуруҳидаги (ретроспектив таҳлиллар асосида) беморларда кузатилган асоратлар ва ўлим даражаси кўрсатди. ЖЦ билан боғлиқ бўлган иммунитет сусайиши, гипоальбуминемия, коагулопатия, ушбу беморларни юқори хавфли гуруҳга киритиб, бир қатор ҳаёт учун хавфли асоратларни келтириб чиқарди.

Ретроспектив таҳлил қилинган ЖЦ фонидида кечган ЎА билан операция қилинган 40 беморнинг касаллик тарихи таҳлил қилинганида бир қатор асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари аниқланди. Асоратлар сабабли 6 (25%) нафари бемор операциядан кейин 30 кун ичида турли хил асоратлар билан қайта касалхонага қайта ётқизилган. Техник жиҳатдан операция қийин бўлмасида, операциядан кейинги даврда ЖЦ билан боғлиқ асоратлардан 6(25%) беморда ўлимга сабаб бўлди. Касалликнинг клиник таҳлилининг аҳамияти ва муаммоси шундаки, ушбу вафот қилган беморлар орасида чувалчангсимон ўсимтанинг катарал формалари ҳам учраган.

3 жадвал

Асосий ва назорат гуруҳларида даволаш натижасида кузатилган ўлим кўрсаткичлари морфологик кесимда (n=64)

Чайлд-Пю	Назорат гуруҳи						
	Компенсацияланган			Декомпенсацияланган			Жами
турлари	катар	флегмона	гангреноз	катар	флегмона	Гангреноз	
ЖЕ	-	-	-	2	-	1	3(13%)
Перитонит	-	-	-	-	-	2	2(8%)
Пневмония	-	-	-	-	1	-	1(4%)
Ўлим сони	-	-	-	-	-	-	6(25%)
Жами	-	-	-	2	1	3	
Чайлд-Пю	Асосий гуруҳ						
	Компенсацияланган			Декомпенсацияланган			Жами
турлари	катар	флегмона	гангреноз	катар	флегмона	гангрен	Жами
ЖЕ	-	-	-	-	-	2(5%)	2(5%)
Перитонит	-	-	-	-	1(2,5%)	-	1(2,5%)
Пневмония	-	-	-	-	1(2,5%)	-	1(2,5%)
Ўлим сони	-	-	-	-	2(5%)	-	2(5%)
Жами					2(5%)	2(5%)	4(10%)

Шу сабабли, асосий гуруҳ беморларида, МРТ дан ва лаборатор диагностик маркер сифатида С-реактив оксилдан фойдаланган ҳолда, операциягача бўлган даврда чувалчангсимон ўсимтанинг яллиқланиш даражасига баҳо бериш ва декомпенсацияли ЖЦ фонидида беморларни “нооператив” (NOM - Non-Operative Management) йўллари билан даволаш имкониятларини

аниқлашга қаратилди. Бундан ташқари, ушбу беморларни оптимал операция усуллари ва оғриқсизлантириш усулини танлаш, операция жараёни охирида қорин бўшлиғини дренажламаслик, операциядан кейинги даврда ЖЦ билан боғлиқ асоратларни олдини олиш муаммоларини ечишга қаратилди.

Хулоса

1. Назорат гуруҳидаги таҳлиллар шуни кўрсатиши, ЖЦ ва унинг асоратлари операциядан кейинги даврга жиддий таъсир кўрсатишини кўрсатади. Улар орасида жароҳат йиринглаши, қон кетиши, сепсис, перитонит ва ЖЕ каби ҳолатлар кузатилган. Шунингдек, қайта госпитализация ва ўлим кўрсаткичлари ҳам юқори бўлган.
2. ЖЦ компенсация босқичида умумий ҳолат нисбатан барқарорли сабабли миниинвазив ЛАЭ ишлатиш мақсадга мувафиқ. Декомпенсация босқичида, агар чувалчангсимон ўсимтада деструктив ўзгаришлар бўлса ОАЭ маҳаллий анестезия остида бажариш мақсадга мувафиқ.
3. МРТ натижаларига асосан нодеструктив ҳолатларда (катарал) жарроҳлик хавfli бўлган ҳолларда антибактериал (консерватив NOM) усулини қўллаш даволаш натижаларини яхшилайти.
4. Хулоса қилиб айтганда, шошилиш тиббий ёрдам амалиётида ўткир аппендицит (ОА) таҳмини билан бўлган беморларни стратификация қилиш учун клиник баҳолаш воситаларини кенгрок ва мақсадлирок қўллаш муҳимдир. ЎА эҳтимоллиги кам беморлар учун энг самарали стратегия кузатув ҳисобланади. Ўртача хавfli беморларда клиник манзара ноаниқ бўлган ҳолларда, жарроҳликкача бўлган даврда визуализация тадқиқотларини чуқуррок ўтказишни тавсия қиламиз. Агар визуализация патология аниқламаса, қўшимча текширувлар ўтказиш ёки кузатувни давом эттириш мақсадга мувофиқ бўлади, шошма-шошарлик билан операция ўтказишдан сақланиш керак.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Дронов А.Ф., Котлобовский В.И., Поддубный И.В. // Эндоскопическая хирургия. -2000. - I №3. - С.16-19.
2. Котлобовский, В.И. Лапароскопическая хирургия распространенного аппендикулярного перитонита: сравнительное проспективное рандомизированное исследование / В.И. Котлобовский, А.Ф. Дронов // Материалы X международного конгресса по эндоскопической хирургии. - М., 2006. - С. 93.
3. Седов, В.М. Аппендицит / В.М. Седов. - СПб.: ЭЛБИ, 2002. -232с.
4. Adiamah, A., Rashid, A., Crooks, C. J., Hammond, J. S., Jepsen, P., West, J., & Humes, D. J. (2023). Outcomes after emergency appendectomy in patients with liver cirrhosis: a population-based cohort study from England. *Langenbeck's archives of surgery*, 408(1), 362. <https://doi.org/10.1007/s00423-023-03072-3>.
5. Akbulut, S., et al., An investigation into the factors predicting acute appendicitis and perforated appendicitis. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 2021. 27(4): p. 434-442.
6. Rashid, A., Gupta, A., Adiamah, A., West, J., Grainge, M., Humes, D. J. (2022). Mortality Following Appendectomy in Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World journal of surgery*, 46(3), 531–541. <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06373-0>

Қабул қилинган сана 20.03.2025