

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ**

**ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ - 2025



«СТАСДИҚЛАЙМАН»

Республика шохилинч тиббий
сртам миллий маркази директори

Д.А. Алимов

2025 йил

ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

**ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент-2025

1. КИРИШ ҚИСМИ

	КХТ-10	КХТ-11
Код	К35-К38. Ўткир аппендицит	DB10.0-DB10.Z. Ўткир аппендицит
Ҳавола	https://mkb-10.com/index.php?pid=10172	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#40398753

1.1. Клиник протоколлар 2025 йилнинг май ойида 2019 йилдаги шошилич тиббий ёрдам қўлланмасини тўлдириш натижасида яратилган, қайта кўриб чиқиш санаси - 2029 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлиши билан. Тақдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тuzатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник баённома ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази.

1.2. Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшганлар.

Жараёни ташкил этишда Шошилич тиббий ёрдам соҳаси бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

Туляганов Даврон Бахтиярович – тиббиёт фанлари доктори, Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Бош директори, ТХКМРМ ассистенти;

Алимов Данияр Анварович – тиббиёт фанлари доктори, профессор. Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази директори, ТХКМРМ профессори;

Акилов Хабибулла Атауллаевич – тиббиёт фанлари доктори, профессор, ТХКМРМ ректори;

Атаджанов Шухрат Камилович – тиббиёт фанлари доктори, Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази директорининг фан ва кадрлар тайёрлаш бўйича ўринбосари, ТХКМРМ доценти;

Стопницкий Амир Александрович – тиббиёт фанлари номзоди, Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази илмий котиби, ТХКМРМ ассистенти;

Эрметов Азиз Ташметович – тиббиёт фанлари доктори, Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Тошкент вилояти филиали директори;

Ҳакимов Дилшод Мамадалиевич – тиббиёт фанлари доктори, Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиали директори;

Янгиев Бахтиёр Ахмедович – тиббиёт фанлари номзоди, Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали директори;

Жалалов Бахром Зухритдинович – тиббиёт фанлари номзоди, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Навоий филиали директори.

1.3. Муаллифлар жамоаси:

Туляганов Даврон Бахтиярович – РШТЁИМ, тиббиёт фанлари доктори, РШТЁИМ Бош директори;

Хаджибаев Фарход Абдухакимович – РШТЁИМ, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РШТЁИМ шошилинч хирургия илмий-клиник бўлими раҳбари;

Пулатов Дилмурод Тухтабаевич – РШТЁИМ, тиббиёт фанлари номзоди, РШТЁИМ бош шифокорининг хирургия бўйича ўринбосари;

Пулатов Махмуджон Муратжон ўғли – РШТЁИМ, PhD, 1-шошилинч хирургия бўлими хирурги;

Хошимов Диёр Эгамкулович – РШТЁИМ, РШТЁИМ докторанти (PhD), шошилинч хирургия бўлими олий тоифали хирурги.

1.4. Тақризчилар:

Мадиев Равшан Заирович – Ўзбекистон Республикаси Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази Шошилинч тиббий ёрдам кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди;

Янгиев Равшан Ахмедович – Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази “1-шошилинч хирургия” бўлими мудир, тиббиёт фанлари номзоди.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Мундарижа

ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ5

ЎТКИР АППЕНДИЦИТДА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ.....25

ЎТКИР АППЕНДИЦИТДА КЕЙИНГИ ДАВО ЧОРАЛАРИ, ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ40

1.6. Протоколда фойдаланилган қисқартмалар (1-жад.):

1-жадвал

РШТЎИМ	Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази
WSES	The World Society of Emergency Surgery
АРИТБ	анестезиология, реанимация, интенсив терапия бўлими
ЎА	ўтқир аппендицит
ЮУТ	юррак уриш тезлиги
АБ	артериал босим
САБ	систолик артериал босим
ДАБ	диастолик артериал босим
ДД	далиллар даражаси
ТТ	тавсия тоифаси
ГЭК	гидроксиэтил крахмал
ЭКГ	электрокардиография
УТТ	ультратовуш текшируви
КТ	компьютер томографияси
МРТ	магнит-резонанс томографияси
МСКТ	мультиспирал компьютер томографияси
ЭФГДС	эзофагофиброгастроуденоскопия
УҚТ	умумий қон таҳлили
ҚБҚТ	қоннинг биокимёвий таҳлили
АЛТ	аланин аминотрансфераза
АСТ	аспартат аминотрансфераза
ФҚТВ	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти
ХНН	халқаро нормаланган нисбат
ОИВ	одам иммунтанқислик вируси
КАҲ	кислота-асос ҳолати
ОА	очиқ аппендэктомия
ЛАЭ	лапароскопик аппендэктомия
NOT	(no operative treatment) операциясиз даволаш
ХПН	халқаро патентланмаган ном
ОИТ	ошқозон-ичак тракти
ЧЎ	чувалчангсимон ўсимта
КХТ-10	касаликларнинг халқаро таснифи 10-қайта кўриш
ТКС	тасодифий клиник синовлар
ТЯЖС	тизимли яллиғланиш жавоб синдроми
ЦҚХ	циркуляциядаги қон ҳажми
ASA	American Society of Anesthesiologists (Америка Анестезиологлар Жамияти)
EAES	European Association for Endoscopic Surgery and other interventional techniques (Европа Эндоскопик Жарроҳлик ва бошқа интервенцион усуллар Ассоциацияси)

ERAS	Enhanced recovery after surgery (хирургик даволашдан кейинги эрта реабилитация)
-------------	---

1.7. Мазкур нозология бўйича протокол фойдаланувчилари - хирурглар, тез тиббий ёрдам шифокорлари ва фельдшерлар, шошилинч тиббий ёрдам шифокорлари, акушер-гинекологлар, урологлар, умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, инфекционистлар, анестезиолог-реаниматологлар ва бошқалар.

1.8. Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси ўткир аппендицит ва унинг асоратлари билан оғриган беморлардир.

1.9. Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (2, 3, 4-жад.):

Ташхислаш аралашувлари учун

2-жадвал

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назорат ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбирлар учун)

3-жадвал

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, "ҳолат-назорат" тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

4-жадвал

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни егаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни егаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни егалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган

Оксфорд далилларга асосланган тиббиёт марказининг далил даражалари таснифига мувофиқ тавсиялар учун далил даражалари

5-жадвал

Даража	Даволаш усуллари тадқиқ қилиш	Диагностика усуллари тадқиқ қилиш
1a	Бир хил тасодифий клиник синовларни (ТКС) тизимли кўриб чиқиш	Бир хил 1-даражали диагностика тадқиқотларини тизимли кўриб чиқиш
1b	Танланган ТКСлар (тор аниқлилик индекси билан)	“Олтин” стандарт сифати билан когорт тадқиқот ўтказилиши
1c	“Ҳаммаси ёки ҳеч нарса” тадқиқоти	Ўзига хослик ёки сезувчанлик шунчалик юқорики, ижобий ёки салбий натижа ташхис кўйишни инкор этади
2a	(Бир хил) когорт тадқиқотларини тизимли кўриб чиқиш	Бир хил диагностик тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш >2 даража
2b	Ягона когорт тадқиқоти (шу жумладан паст сифатли ТКСлар, яъни кузатувни яқунлаган беморларнинг <80%и дан бошлаб)	“Олтин” стандарт сифати билан алоҳида когорт тадқиқоти
2c	Тадқиқот натижалари, экологик тадқиқотлар	Йўқ
3a	Бир хил ҳолатларни назорат қилиш бўйича тадқиқотларни	3Б ва ундан юқори даражадаги бир хил тадқиқотларни тизимли

	тизимли кўриб чиқиш	кўриб чиқиш
3b	Алоҳида “вазиятни назорат қилиш” тадқиқоти	Барча синовларда бевосита тўплам билан ёки “олтин” стандарт ўтказмасдан тадқиқот олиб бориш
4	Вазият серияси (когорт тадқиқот ва паст сифатли “вазиятни назорат қилиш” тадқиқотлари)	“Вазиятни назорат қилиш” тадқиқоти ёки сифациз “олтин” стандарт билан тадқиқот олиб бориш

Далиллар даражасига кўра маълумотлар 1a, 1b ва 2a даражаларига тўғри келади – “далиллар кўп сонли мета-таҳлиллар, яхши режалаштирилган ва назорат остидаги тадқиқотлар натижасига кўра олинган” деб баҳоланади.

2. АСОСИЙ ҚИСМ

2.1. Кириш. Қорин бўшлиғи органларининг ўткир хирургик касалликлари орасида ўткир аппендицит биринчи ўринда туради (75-89,1% ҳолларда). Ўткир аппендицит ҳар қандай ёшда учраши мумкин, кўпинча 10 ёшдан 30 ёшгача бўлган беморларда [ташхисланади](#). Эркаклар ва аёлларнинг нисбати мос равишда 1,3-1,6:1 ни ташкил қилади. Шунга қарамай, аёлларда кўпроқ хирургик аралашувлар ўтказилади, бу эса ўткир аппендицит ниқоби остида юзага келадиган бошқа гинекологик касалликлар билан боғлиқдир.

2.2. Таъриф. Ўткир аппендицит (кейинги ўринларда ЎА) – кўричак чувалчангсимон ўсимтасининг ўткир яллиғланиши. ЎА ривожланишининг асосий сабаби – бу **чувалчангсимон ўсимта** (кейинги ўринларда ЧЎ) бўшлиғидан сақланмалар ўтишининг бузилиши ҳисобланади.

Улар копролитлар, гельминтлар инвазияси, озиқ-овқат массалари, лимфоид гипертрофия ва неоплазмалар сабабли юзага келиши мумкин. Обструкция шароитида шиллиқ қаватнинг секрецияси ЧЎ ичида босимнинг ошишига олиб келади. Патоген флора билан ифлосланган ЧЎнинг таркиби ЎА ривожланиши учун қулай муҳит бўлиб хизмат қилади.

Энг тез-тез ажраладиган микрофлоралар аэроб микроорганизмлардир: *Esherichia Coli*, *Streptococcus Viridans*, *Pseudomonas Aeruginosa*, *Streptococcus D*; анаэроблардан *Bacteroides Fragilis*, *Bacteroides Thetaiotaomicron*, *Peptostreptococcus Micros*, *Bilophila Wadsworthia*, *Lactobacillus Spp.* ва уларнинг йиғиндилари.

Катта ёшдаги ва кекса беморларда анастомозларга эга бўлмаган ЧЎ артерияси тромбози сабабли бирламчи гангреноз аппендицит пайдо бўлиши мумкин. Ўткир аппендицитнинг патогенези бўйича ягона фикр, тўхтам мавжуд эмас. Ўткир аппендицитнинг бошқа, янада кам учрайдиган сабаблари ҳам бор.

Асоратланган ЎА - қорин бўшлиғида тарқаладиган инфекция белгилари, аппендикуляр инфильтрат, абсцесслар, тарқалган перитонит, ретроперитонеал флегмона, пилефлебит ва бошқалар билан [асосланади](#).

2.3. Таснифи. Хирурглар орасида В.С. Савельев ва В.А. Петуховнинг 2009 йилги [клиник-морфологик таснифи](#) бирмунча эътиборга лойиқ:

I. Морфологик ўзгаришларнинг табиати бўйича:

1. Оддий (катарал) аппендицит;
2. Флегмоноз аппендицит;
3. Гангреноз аппендицит;
4. Перфоратив (тешилган) аппендицит.

II. Морфологик ўзгаришларнинг тарқалиши бўйича:

1. Асоратланмаган;
2. Асоратланган:
 - а) аппендикуляр инфилтрат;
 - б) аппендикуляр абсцесс;
 - с) маҳаллий перитонит;

д) қорин бўшлиғининг икки ёки ундан ортиқ анатомик соҳаларини қамраб оладиган диффуз ёки тарқалган перитонит;

е) бошқа асоратлар (ичаклараро абсцесслар, ретроперитонеал флегмона, пилефлебит ва бошқалар).

III. Клиник кўринишларга кўра:

1. Одатий (типик) клиник кўриниш билан;
2. Ноодатий (атипик) клиник кўриниш билан.

Диагностик ёндашув тартиби ва усуллари

Клиник кечиши, симптомларнинг ривожланиш механизмига кўра ўткир аппендицитнинг одатий (типик) ва ноодатий (атипик) шакллари фарқланади.

2.4. Типик клиник кўринишдаги ўткир аппендицит

– **Ўткир қорин оғриғи.** Касалликнинг бошида оғриқ асосан эпигастрал ёки мезогастрал соҳаларда локализацияланади. Касаллик бошланганидан бир неча соат ўтгач оғриқ кучаяди, ўнг ёнбош соҳасига ўтади. Оғриқнинг бу характерли силжиши *Кохер-Волькович* симптоми деб аталади;

– Пальпация пайтида ўнг ёнбош соҳасидаги оғриқ;

2.4.1. Маҳаллий аппендикуляр аломатлар:

• **Ровзинг симптоми** – бу бир қўл билан йўғон ичакнинг тушувчи қисми турткисимон босилганда ва бошқа қўлни ушбу ичак соҳасидан пастга қўйиб турилганда ўнг ёнбош соҳасида оғриқ ҳиссини юзага келиши. Симптом 85% ҳолларда мусбат бўлади;

• **Ситковский симптоми** – бемор чап томонга ёнбошлаган ҳолатда ўнг ёнбош соҳасида оғриқ кучайганлигини сезади. Симптом 85% ҳолларда мусбат бўлади;

• **Бартомье-Михельсон симптоми** – бемор чап томонга ёнбошлаган ҳолатда ўнг ёнбош соҳаси пальпация қилинганда оғриқнинг кучайиши. Симптом 60% ҳолларда мусбат бўлади;

• **Раздолский симптоми** – қорин девори перкуссиясида ўнг ёнбош соҳада оғриқ пайдо бўлади. Симптом 85% ҳолларда мусбат бўлади;

• **Воскресенский симптоми** – қўл билан таранг тортилган “қўйлак” усти бўйлаб эпигастрал соҳадан пастга, кўричак томон бемор нафас олган вақтда тез сирпанувчи ҳаракат қилинганида ўнг ёнбош соҳасида оғриқнинг пайдо бўлиши. Симптом 60-90% ҳолларда мусбат бўлади;

• **Дьелафуа триадаси** – қориннинг ўнг пастки квадрантида маҳаллий оғриқ синдроми, мушаклар таранглиги ва гиперестезия;

• **Кулленкампф симптоми** (чанок қорин пардасининг таъсирланиш симптоми) – ректал ва вагинал текширувда Дуглас бўшлиғи проекциясида ўткир оғриқ аниқланиши;

• **Шёткин-Блюмберг симптоми** – бемор чалқанча ётган ҳолатида қорин олд девори ўнг ёнбош соҳасига қўл бармоқларини бирга йиғиб босилади, сўнгра улар кескин ортга тортиб олинади. Бармоқларни олиш пайтида оғриқ пайдо бўлса ёки кучайса симптом мусбат ҳисобланади. Ушбу симптом 20-25% ҳолларда мусбат бўлади.

2.5. Атипик клиник кўринишдаги ўткир аппендицит

Чувалчангсимон ўсимта локализациясининг атипик шаклларида ўткир аппендицит клиник кўринишига алоҳида эътибор қаратиш лозим. Атипик локализациянинг куйидаги шакллари мавжуд:

2.5.1. Чувалчангсимон ўсимтани ретроцекал ва ретроперитонеал жойлашуви:

- 6-25% ҳолларда учрайди;
- қориндаги оғриқ аста-секин, ўртача интенсивликда ривожланади, хуружсимон табиатга эга бўлмайди;
- пальпация пайтида ўнг ёнбош, ўнг ён ёки белнинг ўнг соҳасида оғриқ кузатилади;

– **Образцов симптоми** мусбат бўлади – тизза бўғимида узатилган ўнг оёқни букмасдан кўтарган бир вақтнинг ўзида кўричак соҳасига босилганда оғриқ кучаяди (*тавсия даражаси А, далил даражаси 3*).

2.5.2. Чувалчангсимон ўсимтани чанок бўшлиғида жойлашуви:

– 9-18% ҳолларда, кўпинча аёлларда учрайди;
– қов усти соҳасида оғриқ;
– аппендикуляр симптомларнинг мавжуд бўлмаслиги;
– **Коуп симптоми** – бемор орқа билан ётган ва тизза бўғими букилган ҳолатда ўнг сонни ташқарига ротация қилган пайтида ўнг томонлама чанок чуқурлиғида оғриқ пайдо бўлиши. Коуп симптоми гинекологик касалликларда ҳам мусбат бўлиши мумкин;

– **Образцов симптоми** – тизза бўғимида узатилган ўнг оёқни букмасдан кўтарган бир вақтнинг ўзида кўричак соҳасига босилганда оғриқ кучаяди.

2.5.3. Чувалчангсимон ўсимтани жигар остида жойлашуви:

– 0,4-1% ҳолларда учрайди;
– ўнг қовурға остида оғриқнинг мавжудлиги;
– анамнезида ўт-тош касаллиги ва жигар санчиқларининг йўқлиги;
– катталашган ўт пуфаги пайпасланмайди;
– манфий “ўт қоғи” симптомлари.

2.5.4. Чувалчангсимон ўсимтани мезогастрал жойлашуви:

– киндик атрофида ёки ўнг мезогастрал соҳадаги оғриқ;
– мезогастрал соҳада, асосан, ўнг бўлимларда эрта мушаклар таранглашувининг ривожланиши;
– интоксикациянинг яққол умумий симптомлари (иситма, кўнгил айнаши, қусиш);
– жараён ингичка ичакка яқин бўлса, таъсирланиш шиллиқ аралаш суяк ич келишига сабаб бўлиши мумкин.

2.6. Ҳомиладорликни кечки босқичларда ўткир аппендицит

Ҳомиладор аёлларда бу касаллик 800-2000 ҳомиладор аёлга 1 та ҳолатда учрайди. Кўпинча, ўткир аппендицит ҳомиладорликнинг I (19-32%) ва II триместрларида (44-66%), камдан-кам ҳолларда эса III триместрда (15-16%) ва туғруқдан кейинги даврда (6-8%) учрайди. Ҳомиладорлик муддатини ортиши билан ўткир аппендицитнинг клиник белгиларида бирмунча ўзгариш кузатилади ва III триместрда ушбу касалликни ташхислаш анчайин қийин кечади. Ҳомиладорлик даврининг 20-21 хафталигидан бошлаб кўричак ва чувалчангсимон ўсимта юқорига ва ташқарига силжийди.

Ўткир аппендицит билан оғриган ҳомиладор аёлларда қоринда ўткир оғриқлар кузатилади, улар доимий оғриқли характерга эга бўлиб, оғриқ жараён

локализацияси томонга ҳаракат қилади (қориннинг ўнг ён соҳаси, ўнг қовурға ости). Шунингдек, яққол мусбат **Тараненко симптоми** (чап томондан ўнг томонга бурилиш пайтида қоринда оғриқларнинг кучайиши) ва мусбат **Брендо симптоми** (ҳомиладор бачадонни чап қовурға томон босилганда ўнгда оғриқ аниқланади) қайд этилади (*тавсия даражаси В, далил даражаси 3*).

2.7. Катта ёшдаги ва кекса беморларда ўткир аппендицит

Катта ва кекса ёшдаги беморларда ўткир аппендицитнинг ўзига хос хусусияти шундаки, операциягача ўткир аппендицитни аниқлаш организмнинг реактивлиги ва оғриқ сезувчанлигини пасайиши сабабли қийинлашади. Бундай ҳолларда ҳатто чувалчангсимон ўсимтада деструктив ўзгаришлар ривожланиши ҳам мужмал, яққол ифодаланмаган клиник симптомларни намоён қилиши мумкин. Бу эса оғриқ симптомининг кучсиз ифодаланганлиги, диспептик ва дизурик бузилишлар, нормал ёки биров кўтарилган тана ҳарорати, тахикардия, лейкоцитоз ва ЭЧТ ошишининг йўқлиги билан намоён бўлади.

2.8. Асоратланган ўткир аппендицит диагностикаси

Аппендикуляр инфилтрат – бу яллиғланган чувалчангсимон ўсимта атрофида жойлашган органлар ва тўқималарнинг ўзаро битишмали конгломерати (йиғиндиси) ҳисобланади. У касаллик бошланганидан 3-5 кун ўтгач, беморнинг шифокорга ўз вақтида мурожаат қилмаслиги, стационаргача ёки стационар босқичдаги диагностик хатолар натижасида ривожланади. Оғриқ сусаяди, бемор умумий аҳволи ёмонлашмайди, тана ҳарорати субфебрил бўлиб, қориннинг пастки ўнг квадрантида (ЧЎ типик жойлашганда) инфилтрат пальпация қилинади, қорин парда таъсирланиш белгилари бўлмайди.

Бунда анамнезни синчковлик билан йиғиш муҳимдир: оғриқ ҳаракати (кўчиши)нинг аломати (**Кохер-Волькович, Кюммел**) ва аппендицитнинг бошланишига хос бўлган симптомкомплекс аниқланади. Аппендикуляр инфилтрат ривожланишининг 2 хил натижаси бўлиши мумкин: сўрилиш ва абсцесс.

Периаппендикуляр абсцесс аппендикуляр инфилтратнинг натижасидир: шифохонадаги кузатув жараёнида беморда аппендикуляр инфилтрат проекциясида қайтадан оғриқ пайдо бўлади, тизимли яллиғланиш реакцияси ривожланади (иситма, тахикардия, лейкоцитлар даражасининг ошиб бориши), ултратовуш текшируви (УТТ) гипо - ёки анехоген таркибли ва пиоген капсулага эга юмалоқ бўшлиқли ҳосилани кўрсатади.

Сепсис кўринишисиз перитонитда қоринда оғриқ, ифодаланган тахикардия, мушаклар таранглашуви, қорин парда таъсирланиш симптомлари мусбат бўлади.

Абдоминал сепсиснинг ривожланишида маҳаллий намоён бўлишига (қоринда оғриқ, мушаклар таранглашуви, қорин парда таъсирланиш симптомларининг мусбат белгилари) 2 ёки ундан ортиқ ТЯЖС мезонлари ҳам

кўшилади: тана ҳарорати $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ёки $\leq 36^{\circ}\text{C}$ дан юқорилиги, тахикардия $\geq 90/\text{дақ.}$, тахипное $>20/\text{дақ.}$, лейкоцитлар $>12 \times 10^9/\text{л}$ ёки $<4 \times 10^9/\text{л}$ ёки $>10\%$ этилмаган шаклларнинг мавжудлиги).

Оғир абдоминал сепсисда органлар дисфункцияси ривожланади: гипотензия (САБ <90 мм.Нг.уст. ёки ДАБ <40 мм.Нг.уст.), гипоперфузия (рухий ҳолатнинг кескин ўзгариши, олигурия, гиперлактатацидемия).

Септик шокда ЦКХни тўлдирилишига чидамли гипотония, шунингдек, тўқима ва органлар гипоперфузияси ривожланади. Ушбу тоифадаги беморларга ташхис қўйиш қийинчилик туғдириши мумкин: хуши бузилган, оғриқ синдроми, классик перитонеал белгилар аниқланмаган ёки кучсиз ифодаланган, энтерал етишмовчилик белгилари (қоринда шиш, перистальтиканинг йўқлиги), шунингдек қорин олд девори пастозлиги (енгил шиш) белгилари мавжуд бўлади (*тавсия даражаси В, далил даражаси 3*).

Alvarado клиник баҳолаш тизимига кўра **диагностик самарадорлик, WSES, World Journal of Emergency Surgery 2016 [тавсиялари бўйича](#):**

1. Alvarado клиник баҳолаш тизими, физик текширув ва лаборатория параметрларга асосланган бўлиб, ўткир аппендицитни истисно қилишда етарлича самарали ҳисобланади: баллар йиғиндиси 5 (0-4) дан кам бўлса, ўткир аппендицит эҳтимоли паст;

2. Alvarado клиник баҳолаш тизими ўткир аппендицитни ташхислаш учун етарлича махсусликка эга эмас;

3. Бугунги кунда идеал, юқори сезувчанликка ва ўзига хосликка эга бўлган клиник қўлланиладиган диагностик баҳолаш тизими мавжуд эмас (*б-жад.*):

б-жадвал

Alvarado шкаласи

№	Белгилар	Баллар
1	Ўнг ёнбош соҳасидаги оғриқ	2
2	Кўнгил айланиши ёки қайт қилиш	1
3	Анорексия	1
4	Оғриқни эпигастрал ёки параумбиликал соҳадан ўнг ёнбош соҳасига кўчиши	1
5	Ўнг ёнбош соҳасида маҳаллий мушаклар таранглашуви	1
6	Нароратнинг кўтарилиши $>37,5^{\circ}\text{C}$	1
7	Лейкоцитоз $>10 \times 10^9/\text{л}$	2
8	Лейкоцитар формуланинг чапга силжиши (нейтрофиллар $>75\%$)	1
	ЖАМИ	10

Баллар йиғиндиси бўйича маълумотларни баҳолаш (7-жад.):

7-жадвал

0-4 балл	ўткир аппендицит эҳтимолдан йироқ
5-6 балл	иккиланиш мавжуд (истисно қилиб бўлмайди)
7-8 балл	ўткир аппендицит эҳтимоли мавжуд
9-10 балл	ўткир аппендицит эҳтимоли юқори

2.8.2. Аппендицит эҳтимолини башорат қилиш. [PIRASA хавф шкаласи](#)
(Raja Isteri Pengiran Anak Saleha Appendicitis, 8-жад.):

8-жадвал

№	Мезонлар	Баллар йиғиндиси
Клиник белгилар		
1	Кўнгил айнаши ва қайт қили	1
2	Анорекция	1
3	Ўнг ёнбош соҳасида оғриқ	1
4	Оғриқнинг ўнг ёнбош соҳасига кўчиш	0,5
5	Ровзинг симптоми	2
6	Ўнг ёнбош соҳасидаги мушакларда ҳимоя (таранглик) белгиси	2
7	Шёткин-Блюмберг симптоми	1
8	Тана ҳарорати $>37^{\circ}$	1
9	Лейкоцитлар даражаси $>10,0 \times 10^9/\text{л}$	1
Жинси		
10	Эркак	1
11	Аёл	0,5
Ёши		
12	40 ёшдан кичик	1
13	40 ёшдан катта	0,5
Симптомларнинг давомийлиги		
14	48 соатдан кам	1
15	48 соатдан кўп	0,5
16	Сийдик таҳлилининг салбий натижаси	1
	БАЛЛАРНИНГ ЖАМИ ЙИҒИНДИСИ	15

PIRASA шкаласи бўйича калит (9-жад.):

9-jadval

0-5 балл:	аппендицит эҳтимоли жуда паст
5-7 балл:	аппендицит эҳтимоли паст
7,5-11,5 балл:	аппендицит эҳтимоли ўртача
12 балдан юқори:	аппендицит эҳтимоли юқори

3. ТЕКШИРУВ ПРОТОКОЛИ

“Emergency department” бўлимида мажбурий ва қўшимча текшириш усуллари амалга оширилади.

3.1. Асосий ва қўшимча лаборатория текширувлари

3.1.1. Асосий лаборатор текширувлар (мажбурий):

- Умумий қон таҳлили (УҚТ);
- умумий сийдик таҳлили;
- қоннинг ивиш вақти, қон кетиш давомийлиги;
- ОИВ учун қон текшируви;
- қон гуруҳи ва Rh фактори.

3.1.2. Кўрсатмага асосан қўшимча лаборатор текширувлар:

- УҚТ кенгайтирилган лейкоформула билан: лейкоформуланинг чапга силжиши;
 - кўрсатмага асосан қоннинг биокимёвий текшируви (Алт, Аст, мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза, умумий оқсил): перитонит билан асоратланганда мочевина, креатинин даражасининг ошиши;
 - С-реактив оқсил: СРО концентрациясининг ошиши (0-49 мг/л ёки ≥ 50 мг/л);
 - коагулограмма (протромбин вақти, фибриноген, ФҚТВ, ХНН): коагулопатия (абдоминал сепсис билан асоратланганда);
 - электролитлар (кўрсатмага мувофиқ);
 - КАХ (кўрсатмага мувофиқ);
 - D-димерлар даражасини аниқлаш (дифференциал диагностика учун);
 - плазмадаги лактат даражасини аниқлаш: лактоацидоз (абдоминал сепсис билан асоратланганда);
 - қон размасидаги прокалситонин тести (микдорий иммунолюминометрик усул ёки ярим микдорий иммунохроматографик экспресс-усул): прокальцитонин даражасининг ошиши (абдоминал сепсис билан асоратланганда);
 - соатлик диурезни аниқлаш;
 - марказий веноз босим (МВБ) ва қорин ичи босими даражасини аниқлаш (*тавсия даражаси В, далил даражаси 4*).

3.2. Асосий ва қўшимча инструментал текширувлар

3.2.1. Асосий инструментал текширувлар:

- қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси органларининг обзор Р-графияси – тик ҳолда;
- қорин бўшлиғи УТТ;
- ЭКГ.

3.2.2. Кўрсатмага асосан қўшимча инструментал текширувлар:

- Терапевт, анестезиолог-реаниматологнинг кўриги, агар зарур бўлса қабул бўлимида аёллар учун гинеколог кўриги;

- перитонеал экссудатни, периаппендикуляр абсцесс бўшлиғи таркибини бактериологик текшириш;
- чувалчангсимон ўсимтани гистологик текшириш.

3.2.3. WSES, World Journal of Emergency Surgery 2016 [тавсияси асосида](#) кўрсатмага кўра қўшимча текширувлар (техник имкониятлар мавжуд бўлганда):

– аппендицитга шубҳа қилинган беморларда диагностик текширувларга кўрсатма ва усулларни аниқлашда касалликни ифодаланганлиги, бемор жинси ва ёшига қараб индивидуал ёндашув тавсия этилади;

– ўткир аппендицитига шубҳа қилинган ҳомиладор беморлар дифференциал диагностикаси учун КТ қарши кўрсатма ҳисобланади, уларга МРТ тавсия этилади;

– қорин бўшлиғининг УТТ: ўсимта диаметри 6-7 мм, қисқармайди, ўнг ёнбош соҳасида ажралма мавжудлиги, инфилтрат ёки абсцесс мавжудлиги, қорин бўшлиғида эркин суюқлик бўлиши;

– диагностик лапароскопия: яллиғланган чувалчангсимон ўсимта, фибрин, ўнг ёнбош соҳасида ва қорин бўшлиғида суюқлик кўринади;

– КТ дифференциал диагностика учун қатъий кўрсатмаларга мувофиқ, агар тиббий муассасада КТ мавжуд бўлса ва беморда барқарор гемодинамика (ҳомиладор аёллар ва 18 ёшгача бўлган болалар учун КТ қарши кўрсатмадир!) бўлса ўтказилади: чувалчангсимон ўсимта диаметри 6-7 мм, девори қалинлашган, оралик бўшлиғи қисқармайди, аппендиколитлар, ўнг ёнбош соҳасида ажралма мавжудлиги, инфилтрат ёки абсцесс мавжудлиги;

– МРТ дифференциал диагностика учун кўрсатмага кўра, тиббий муассасада МРТ мавжуд бўлса ва беморнинг барқарор гемодинамик ҳолатида (ҳомиладор аёллар ва 18 ёшгача бўлган болалар учун КТнинг муқобилидир) ўтказилади: чувалчангсимон ўсимта диаметри 6-7 мм, девори қалинлашган, оралик бўшлиғи қисқармайди, аппендиколитлар, ўнг ёнбош соҳасида ажралма мавжудлиги, инфилтрат ёки абсцесс мавжудлиги;

– ЭКГ, терапевт маслаҳати;

– кўкрак қафаси обзор рентгенографияси;

– қорин бўшлиғи органларининг обзор рентгенографияси: тешилган гастродуоденал яра билан дифференциал диагностика қилиш учун;

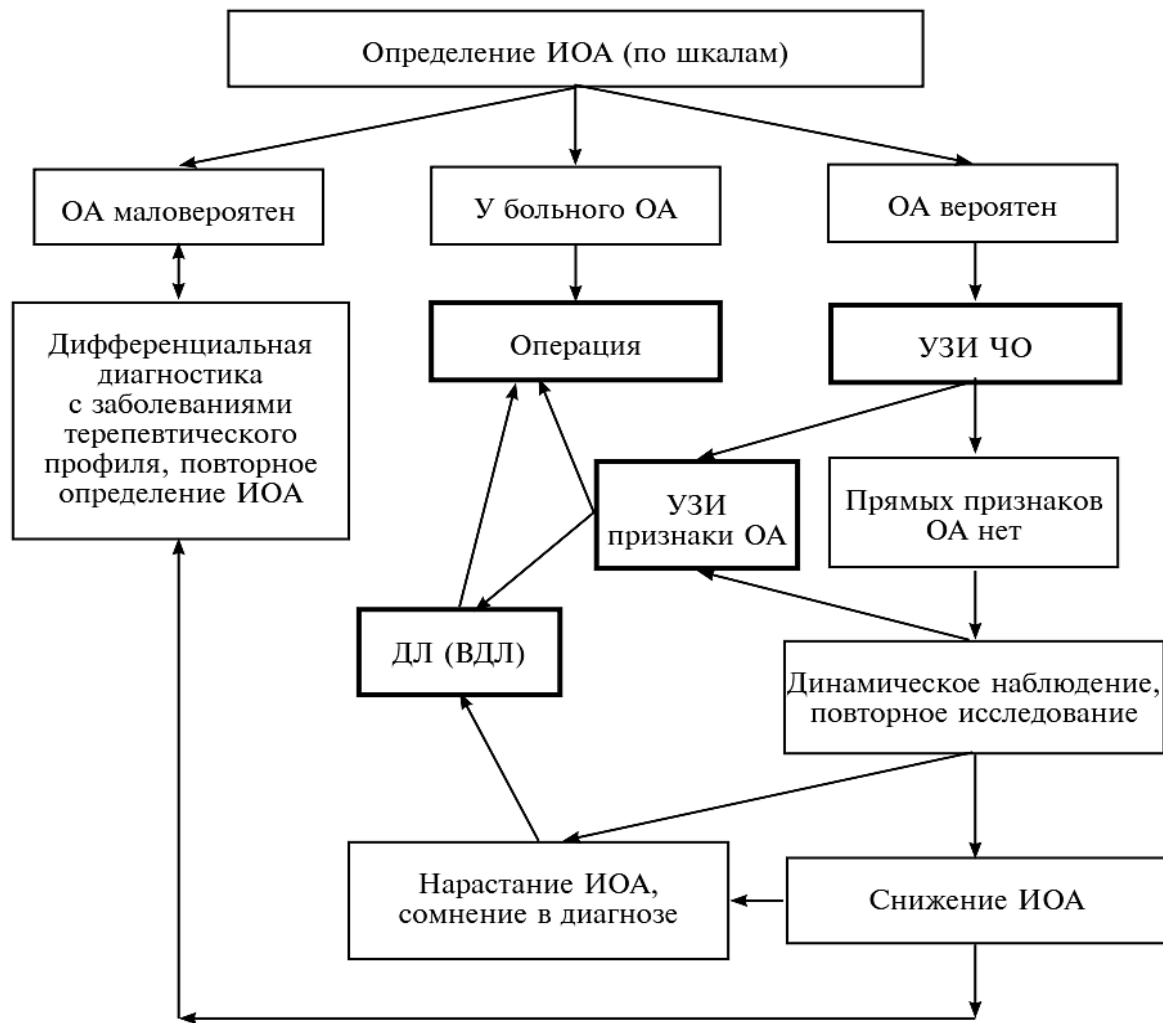
– ЭФГДС: ошқозон касалликлари билан дифференциал диагностика қилиш учун (*тавсия даражаси А, далил даражаси 3*).

3.3. Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар:

– ҳамроҳ касалликларни истисно қилиш учун терапевт маслаҳати;

– дифференциал диагностика учун кўрсатмага кўра уролог, гинеколог ва бошқа тор мутахассисларнинг маслаҳати.

3.4. ЎАда диагностик-даволаш [алгоритми](#) (рус тилида берилган, 1-расм):



1-расм. Ўткир аппендицитда диагностика ва даволаш алгоритми

3.5. Дифференциал диагностика

Энг аввало, қуйидаги касалликлар билан фарқлаш керак: ўнг томонлама буйрак санчиғи, пиелонефрит, ўнг томонлама ўткир салпингофорит, тухумдон кистасининг ёрилиши, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, Меккел дивертикуллари, тешилган яра, гастроэнтерит, Крон касаллиги ва бошқалар (10-жад.):

10-жадвал

№	Нозология	Дифференциал диагностика учун асос	Текширувлар	Истисно қилиш мезонлари (характерли симптомлар)
1	Ўткир аппендицит	Қорин бўшлиғи органларининг бошқа касалликларини ва урогинекологик касалликларини истисно қилиш учун	Қорин бўшлиғи КТ: қалинлашган, зичлашган ва қатламли деворга эга катталашган чувалчангсимон ўсимта	Оғриқ одатда эпигастрал ёки параумбиликал соҳада бошланади, сўнгра ўнг ёнбош соҳасига кўчади
2	Тешилган	Қорин бўшлиғи	Қорин бўшлиғининг	Эпигастрал соҳада

№	Нозология	Дифференциал диагностика учун асос	Текширувлар	Истисно қилиш мезонлари (характерли симптомлар)
	ошқозон ёки 12 бармоқли ичак яраси	органларининг бошқа касалликларини истисно қилиш учун	рентгенографияси: диафрагма остидаги эркин газ; ЭФГДС: “тубсиз яра”	“ханжарсимон” оғриқ, тўсатдан пайдо бўлади, қорин олд девори мушакларининг кескин таранглашуви
3	Ўткир панкреатит ва холесистит	Бошқа қорин бўшлиғи органлари касалликларни, жумладан ўткир панкреатит ва холесиститни истисно қилиш учун	Амилазанинг уч карра ёки ундан кўпроққа ошиши, қорин бўшлиғи КТ: ошқозон ости безининг яллиғланиш белгилари	Эпигастрал ёки параумбиликал соҳада оғриқ, тана орқа томонига иррадиация билан; параумбиликал ёки ён соҳалардаги екхимозлар оғир панкреатитдан далолат беради
4	Асоратланган Меккел дивертикули	Қорин бўшлиғи органларининг бошқа касалликларини истисно қилиш учун	Махсус тестлар мавжуд эмас	Одатда симптомларсиз кечади, беморларнинг атиги 20 фоизда дивертикулит клиникаси мавжуд бўлади, уларнинг 50 фоизи 10 ёшдан кичик болади; дивертикулитнинг клиник кўринишлари ҳам ўткир аппендицит билан бир хил
5	Вачадондан ташқари ҳомиладорлик	Бошқа гинекологик касалликларини истисно қилиш мақсадида	Қонда β-ОХГ даражасининг ошиши; кичик чанок аъзолари УТТ: бачадон бўшлиғида ҳомиланинг йўқлиги	Аёлда қориннинг пастки қисмида оғриқлар ва ҳайз кўришни бузилиши, жинсий йўллардан қон ажралиши
6	Тухумдон апоплексияси	Кичик чанок аъзоларининг бошқа гинекологик касалликларини истисно қилиш учун	Кичик чанок аъзолари УТТ: тухумдонда Носиланинг мавжудлиги (сарик тана), кичик чанок бўшлиғида эркин суяқлик	Қоида тариқасида, ҳайз циклининг ўртасида пайдо бўлади; жисмоний фаолликдан сўнг симптомлар пайдо бўлади; қориннинг пастки қисмида ректал соҳага узатиладиган оғриқлар характерлидир
7	Кичик чанок аъзоларининг яллиғланиши	Бошқа урогинекологик касалликларни истисно қилиш учун	Жинсий йўллардан флора учун суртма олиш: маҳаллий яллиғланиш белгилари	Қориннинг пастки қисмида оғриқ, жинсий йўллардан йирингли ажралмалар, иситма, бачадон бўшлиғида ёт жисмни мавжудлиги (бачадон ичи спирали)
8	Ўнг тухумдон (бачадон ортиғи) буралиши	Кичик чанок аъзоларининг бошқа гинекологик касалликларини истисно қилиш учун	Кичик чанок аъзолари УТТ: оғриқ томондаги тухумдоннинг катталашуви, тухумдонда қон	Қориннинг пастки қисмида ушбу соҳа пальпация қилинганида оғриқнинг кучайиши

№	Нозология	Дифференциал диагностика учун асос	Текширувлар	Истисно қилиш мезонлари (характерли симптомлар)
			оқимини пасайиши	
9	Ўнг буйрак санчиғи	Бошқа урологик касалликларни истисно қилиш мақсадида	Умумий сийдик таҳлили: микрогематурия. Буйракларнинг УТТ ёки КТ: ўнг томонда косача-жом тизимининг кенгайиши, сийдик найида конкремент мавжудлиги	Қориннинг ўнг ярмида тўсатдан, кескин бошланувчи, кўпинча буровчи, асосан мезогастрияда, белда, баъзида соннинг медиал юзаси ва жинсий аъзоларга узатиладиган оғриқлар, пальпацияда мазкур соҳалар оғриқли
10	Сийдик йўллари инфекциялари	Бошқа урологик касалликларни истисно қилиш мақсадида	Умумий сийдик таҳлили: лейкоцитурия ва (ёки) бактериурия	Қориннинг пастки қисмида дизурия билан бирга кечувчи оғриқ, кўпинча тана ҳарорати кўтарилади
11	Ўткир мезаденит	Қорин бўшлиғи органларининг бошқа касалликларини истисно қилиш учун	УТТ ёки КТ: мезентериал лимфа тугунларининг катталашуви	Одатда анамнезида нафас йўллари инфекциялари бўлган болаларда учрайди; қориндаги оғриқни аниқ локализацияси йўқ, оғриқ пастки ўнг квадрантда локализация қилинмайди; мушаклар таранглиги ўртача, ригидлик йўқ; умумий лимфаденопатия кузатилиши мумкин
12	Ичак инфекциялари	Бошқа юқумли ичак касалликларни истисно қилиш учун	Ичак касалликлари гуруҳига оид мусбат нажас таҳлили	Профуз сувсимон диарея, кўнгил айниши, қусиш; диареядан олдин аниқ локализациясиз оғриқлар

4. ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ

4.1. Даволашда ишлатиладиган дорилар (амалдаги моддалар, 11-жад.):

11-жадвал

№	Дори моддаларнинг ХПН
1	Амикацин
2	Аминофиллин
3	Водород пероксиди
4	Гентамицин
5	Гепарин
6	Гидрокортизон
7	Дектроза
8	Ибурофен

9	Кетопрофен
10	Кеторолак
11	Левифлоксацин
12	Метоклопрамид
13	Метронидазол
14	Морфин
15	Натрий хлорид
16	Неостигмин метилсульфат
17	Омепразол
18	Янги музлатилган қон плазмаси
19	Повидон - йод
20	Преднизолон
21	Трамадол
22	Тримеперидин
23	Фамотидин
24	Флуконазол
25	Фуросемид
26	Хлоргексидин
27	Цефепим
28	Цефоперазон
29	Цефотаксим
30	Цефтазидим
31	Цефтриаксон
32	Цефуросим
33	Ципрофлоксацин
34	Эпинефрин
35	Эритроситар масса эритмаси
36	Этамзилат
37	Этанол

4.2. Амбулатор шароитда даволаш тактикаси (оилавий поликлиникалар, ТТЁ-103)

Ўткир аппендицит, шунингдек, “ўткир аппендицит”га шубҳа бўлиши поликлиникада лаборатор ва инструментал текширувларсиз дархол тез тиббий ёрдамни чақириш ва беморни шошилишч хирургик шифохонага юбориш учун асос бўлади.

Шифохонагача бўлган босқичда оғриқ қолдирувчи воситалар қўллаш, ванналар, иссиқлик ва совуқдан фойдаланиш тақиқланади. Беқарор гемодинамикада (перитонит, абдоминал сепсис, септик шок билан асоратланган деструктив аппендицит) гемодинамикани барқарорлаштиришга қаратилган терапевтик чора-тадбирлар поликлиника шифокорлари томонидан “тез тиббий ёрдам - 103” келишидан олдин бошланади, хирургик шифохонага олиб бораётганда эса йўлда “тез тиббий ёрдам - 103” бригадаси томонидан давом эттирилади.

4.3. Дори-дармонларсиз даволаш: йўқ.

4.4. Дори-дармонлар билан даволаш

Асосий дори воситалар рўйхати (қўлланиш эҳтимоли 100%, 12-жад.):

12-жадвал

№	Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори модданинг ХПН	Қўллаш усули	Далил даражаси ва манба
1	Инфузия учун эритмалар	натрий хлорид, инфузион эритма 0,9% -200,0 мл, 400,0 мл	в/и	А
2	Инфузия учун эритмалар	Декстроза, инфузион эритма, 5%, 10%, 200,0 мл, 400,0 мл	в/и	В
3	Глюкокортикостероидлар	Гидрокортизон, инъекция учун эритма, 125-250 мг	в/и, томчилаб ёки тизиллатиб	В
4	Глюкокортикостероидлар	Преднизон, инъекция учун эритма, 60-120 мг	в/и, томчилаб ёки тизиллатиб	А
5	Алфа ва бета адреномиметиклар	Эпинефрин, инъекция учун эритма, 0,18% -1 мл	т/о, м/о, в/и секин, 20 мл 40% глюкоза эритмасида 0,5 мл дан	А

Қўшимча дорилар рўйхати (қўллаш эҳтимоли 100% дан кам): йўқ.

Хирургик аралашуви: йўқ.

Кейинги тадбир: шифохонага юбориш.

Поликлиникада хавфсиз диагностик усуллар ва даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари: ўр вақтида шифохонага йўналтириш.

Шошилишч госпитализация учун кўрсатмалар:

- “ўтқир аппендицит” ташхиси қўйилганлиги;
- ЎА га асосли тахминларни мавжудлиги.

**ЎТКИР АППЕНДИЦИТДА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ-2025

АСОСИЙ ҚИСМ

	КХТ-10	КХТ-11
Код	К35-К38. Ўтқир аппендицит	DB10.0-DB10.Z. Ўтқир аппендицит
Ҳавола	https://mkb-10.com/index.php?pid=10172	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#40398753

1. Кириш. Аъзолар дисфункцияси шароитида жарроҳлик муолажасини ўтказиш аъзолардаги бузилишларининг қайтарилмас кучайишига олиб келади, шунинг учун бундай шароитларда интенсив инфузион терапия, сув ва электролитлар бузилишини тuzатиш ва антибактериал профилактикадан иборат бўлган операциядан олдинги тайёргарлик кўрилиши керак; беморнинг оғир ва ўта оғир аҳволида профилактика қисқа муддатли (ташҳис қўйилган пайтдан бошлаб 2 соатдан кам) ёки узокроқ (2-6 соат) бўлиши мумкин. Тайёргарлик жонлантириш бўлимида, баъзан эса бевосита операция столида ўтказилиши мумкин [15].

2. Стационар шароитда даволаш тактикаси. “Ўтқир аппендицит” ташҳисининг қўйилиши шошилишч операция – аппендектомия учун кўрсатма ҳисобланади. Аппендектомия ўтқир аппендицитни даволашнинг стандарт усули бўлиб, очиқ ёки афзалроқ бўлган лапароскопик усулда амалга оширилиши мумкин. **Аппендектомияга қарши кўрсатмалар:**

– операциядан олдин аниқланган аппендикуляр инфилтрат (консерватив даво кўрсатилади);

– операция вақтида аниқланган зич ажралмас инфилтрат (консерватив даво кўрсатилади);

– операциядан олдин аниқланган, қорин бўшлиғига ёрилиш белгиларисиз периаппендикал хўппоз (хўппоз бўшлиғини тери орқали дренажлаш, агар бу техник жиҳатдан имконсиз бўлса хўппозни қорин пардадан ташқи кириш орқали очиш амалга оширилади);

– тuzатилмаган (мувозанатлаштирилмаган) органлар дисфункцияси;

– септик шок (2 соат давомида операциядан олдинги тайёргарлик кўришга кўрсатма ҳисобланади).

Режали госпитализация учун кўрсатмалар:

– аппендикуляр инфилтратни самарали консерватив даволашдан кейинги ҳолат (инфилтрат сўрилишидан сўнг 6 ҳафта ўтгач).

Анестезия тури – умумий комбинацияланган анестезия. Ўтқир аппендицит билан оғриган барча беморларда, шунингдек, 3-4 даражали семизлик, тарқалган перитонит клиникаси мавжуд бўлиши, операцияни лапароскопик усулда бажарилиши ва болалик ёши ҳам умумий анестезия учун кўрсатма ҳисобланади.

3. Хирургик аралашув

3.1. Диагностик лапароскопия. Номаялум клиник кўринишда ва яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанинг ретроперитониал, ретроцекал ва атипик жойлашувига шубҳа бўлганида, шунингдек, қорин бўшлиғи ва кичик чанок аъзоларининг бошқа ўткир касалликлари билан дифференциал диагностика қилиш мақсадида диагностик видео-лапароскопия ўтказиш тавсия этилади.

Лапароскопия вақтида аппендэктомияга кўрсатмаларни аниқлаш

Чў аниқлангач, унинг деструктив ёки деструктив бўлмаган шакллари фарқлашда ва шунга мос равишда Чў ни олиб ташлашга кўрсатмаларда саволлар пайдо бўлиши мумкин.

ЎАни деструктив шакллариининг макроскопик белгилари: Чў диаметрининг қалинлашуви, ригидлигининг ошиши, ўсимта гиперемияси ёки тўқ қизил рангда бўлиши, фибрин қопламаси, Чўнинг тешилиши. Агар фақатгина Чў сероз қисми томирларини инъекцияси қайд этилса ва деструктив яллиғланишнинг бошқа белгилари бўлмаса, у ҳолда Чў ригидлигини аниқлашнинг асосий усули уни асбобнинг учки қисми билан пальпация қилиш ва асбобга осилтириб кўришдир.

Агар Чў асбоб қисмига осилмаса “**қалам симптоми +**”, буни флегмоноз аппендицит деб баҳолаш ва аппендэктомия қилиш керак, агар Чў асбоб қисмига эркин осилиб турса “**қалам симптоми –**”, у ҳолда аппендэктомия қилмасдан қорин бўшлиғи ва кичик чанок аъзоларини, ингичка ичак тутқичи лимфа тугунлари тафтишини амалга ошириш керак. Агар деструктив аппендицит аниқланса, диагностик лапароскопиядан лапароскопик аппендэктомияга ўтилади.

Диагностик лапароскопияга қарши кўрсатмалар:

- ошқозон-ичак трактининг ифодаланган парези билан кечувчи перитонит (компаратмент синдромнинг мавжудлиги – қорин ичи босимининг 12 мм.Нг.уст. дан ошиши билан);
- карбоксиперитонеумга қарши кўрсатма бўлганида.

3.2. Лапароскопик аппендэктомия (ЛАЭ) – бу лапароскопик ускуналар ва кўникма мавжуд бўлганда биринчи танлов операцияси ҳисобланади. Ҳозирги вақтда деярли барча ҳолатларда аппендэктомия лапароскопик усулда амалга оширилади. Агар лапароскопияга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса (қуйига қаранг) ёки юқори технологияли ускуналар бўлмаса, операция анъанавий тарзда амалга оширилади. Ушбу турдаги аппендэктомия камроқ шикаст етказса-да, техник жиҳатдан ҳар доим ҳам қўлланмайди. ЛАЭ беморнинг касалхонада ётиш муддатини [қисқартиради](#) ва иш фаолиятига қайтишини тезлаштиради, шунингдек, кераксиз ва ноаниқ ўтказилган аппендэктомиялар сонини [камайтиради](#).

Лапароскопик аппендэктомия учун кўрсатмалар:

а. шубҳали “ўткир аппендицит” ташхисида (шу жумладан бошқа ўткир хирургик патология билан дифференциал диагностика сифатида);

b. II-IV даражали семириш фонида “ўткир аппендицит” ташхиси қўйилганда;

c. қандли диабет фонида “ўткир аппендицит” ташхиси қўйилганда;

d. беморнинг ўсимтани минимал инвазив усулда олиб ташлаш истаги бўлганда;

e. ўткир аппендицитни ўткир гинекологик патологиядан фарқлаш қийин бўлган репродуктив ёшдаги аёлларда.

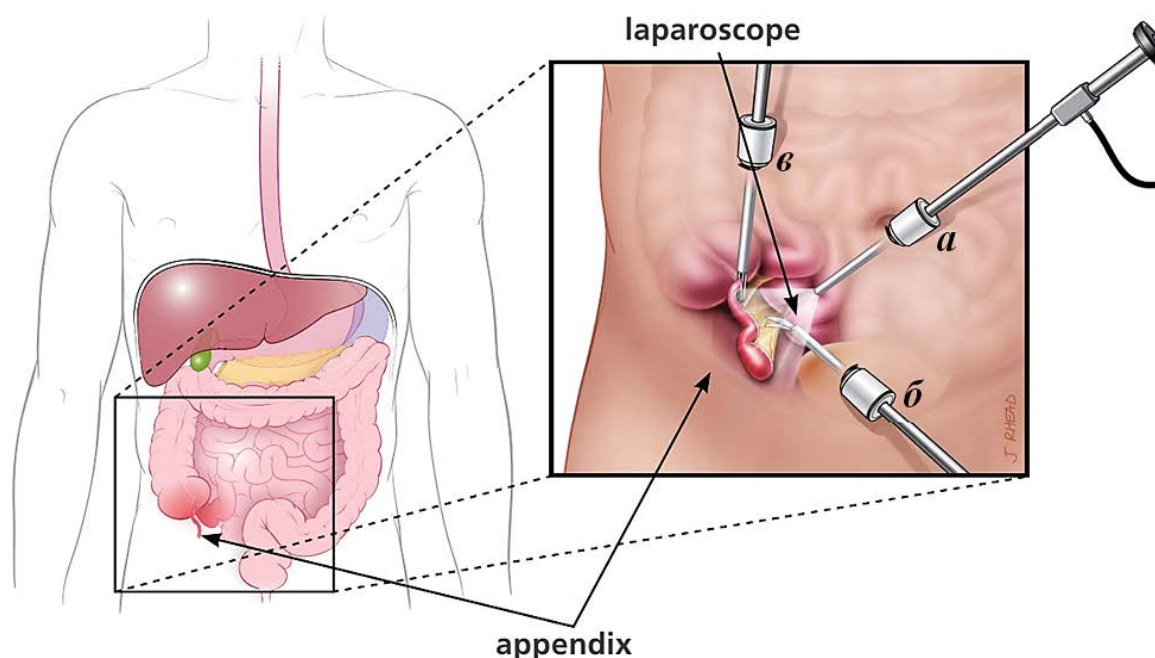
Лапароскопик аппендэктомияга қарши кўрсатмалар:

- ифодаланган тифлит аниқланганда;
- тарқалган перитонит мавжуд бўлганда;
- пневмоперитонеумни қўллаш уларнинг декомпенсациясига олиб келиши мумкин бўлган қўшма касалликлар мавжуд бўлганда (ўткир миокард инфаркти, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, қон айланишининг етишмовчилиги, қорин бўшлиғида битишмали жараёнлар, оғир ҳамроҳ патология ва бошқалар);
- ҳомиладорликнинг кеч даврларида.

Лапароскопик аппендэктомияни амалга ошириш техникаси қуйидагича: бемор орқа томони билан Тренделенбург ҳолатида чап томонга егилган операция столида ётади (бош учи бироз туширилган, оёқ томони эса кўтарилган).

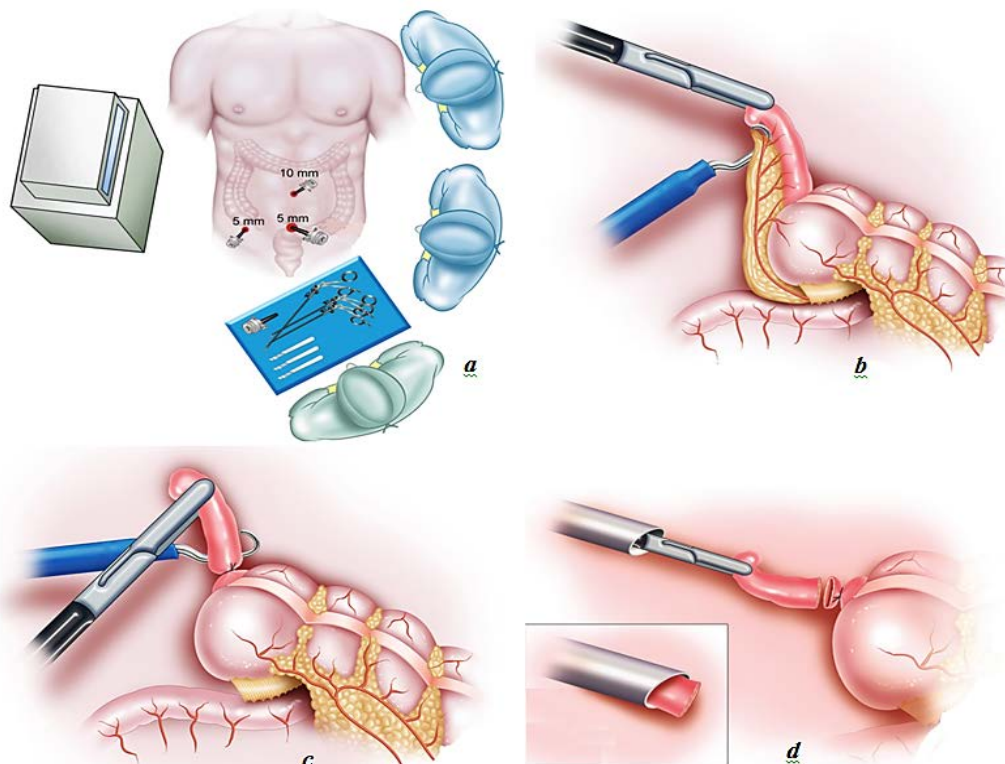
ЛАЭ қуйидаги боскичларни ўз ичига олади:

- пастки умбиликал нуқтадан пневмоперитонеум ҳосил қилиш;
- қорин бўшлиғига троакарларни киритиш (пастки умбиликал нуқтада 10 мм троакар, чап ёнбош ёки киндик ва қов суяги орасидаги ўрта чизик бўйлаб 5 мм троакар ва ўнг мезогастрал ёки ёнбош соҳага 10 (5) мм троакар (**2-расм**));



2-расм. Қорин бўшлиғига троакарларни киритиш: **a** - пастки умбиликал нуқтада 10 мм троакар; **б** - чап ёнбош ёки киндик ва қов суяги орасидаги ўрта чизик бўйлаб 5 мм троакар; **в** - ўнг мезогастрал ёки ёнбош соҳага 10 (5) мм троакар

- қорин бўшлиғи аъзоларини тафтиш қилиш;
- чувалчангсимон ўсимтани тортиш (траксия);
- тутқични кесиш 2 усулда амалга оширилади: биполяр режимда электрокоагуляция билан ёки чувалчангсимон ўсимтани [тутқични боғлаш](#), чўлтоққа ишлов бериш орқали (**3-расм**). Чўлтоқ узунлиги 5 мм дан [ошмаслиги ЛОЗИМ](#).



3-расм. ЛАЭ схемаси: *a* - троакарларни ўрнатиш жойлари; *b* - тутқичини тортиш ва кесиш; *c* - ўсимтани асосидан боғлаш ва кесиш; *d* - ўсимтани қорин бўшлиғидан чиқариш.

Агар ЛАЭда техник қийинчиликлар юзага келса ва операция давомийлиги ошса, операция натижаси хавфни оширса, амалиётни конверсия қилиш масаласини кўриб чиқиш [тавсия этилади](#). Бундай ҳолларда, конверсия муваффақиятсизлик сифатида эмас, балки хавфсизлик нуқтаи назаридан амалиётнинг оқилона давоми сифатида кўрилади. Иложи бўлса, конверсия қилиш тўғрисида қарор масъул жарроҳ ёки бўлим мудирини (раҳбари) томонидан қабул қилиниши керак.

3.3. Лапароскопик-ассистентли [аппендэктомия](#). Инвазив аппендэктомия ҳисобланиб, конверсияга альтернатив усулдир. Асоратларнинг юқори хавфи аниқланганда ЛАЭнинг исталган босқичида уни амалга ошириш мумкин. Лапароскоп назорати остида кичик кесма орқали ЧЎ ушланиб, ташқарига чиқарилади. Аппендэктомиянинг кейинги техникаси анъанавий усул билан бир хил. Қорин бўшлиғининг санацияси ҳам анъанавий, ҳам лапароскопик усулда амалга оширилиши мумкин. Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар: ЛАЭга ўхшаш.

3.4. Волькович-Дьяконов кириш жойидан анъанавий (очик) усулда аппендэктомия. Операция ўнг ёнбош соҳасида қийшиқ кесим орқали амалга оширилади. **Операция босқичлари (4-расм):**

– Оператив кириш жойи. Тери ва тери ости ёғ тўқималарини кесиш. Тери кесмаси McBurney нуқтасидан қилинади, бунда кесманинг 1/3 қисми шу нуқта юқорисидан, 2/3 қисми эса пастидан ўтади. Кесма узунлиги ўртача 8-10 см бўлиши керак;

– Апоневротик-мушак қатламини кесиш ва ажратиш. Ташқи қийшиқ мушак апоневрозини кесиш, ташқи ва ички қийшиқ мушакни толалари бўйлаб ажратиб, қорин пардагача очиш;

– Қорин пардани очиш. Қорин бўшлиғини очишдан олдин жароҳат атрофи дока билан изоляция қилинади. Шундан сўнг қорин парда кесилади;

– Кўричакни жароҳат юзасига олиб чиқиш. Агар кириш одатий жойдан амалга ошириладиган бўлса, аксарият ҳолларда бу соҳада кўричак гумбази жойлашган бўлади. Гумбазни аниқлаш ва ўсимтани олиб ташлашда қийинчиликлар юзага келганда, кесма юқорига ёки пастга кенгайтирилиши мумкин. Кўпинча, кўричак гумбази кетидан чувалчангсимон ўсимта жароҳатга чиқиб келади;

– Агар бундай бўлмаса, кўричак бўйлаб йўналадиган ва чувалчангсимон ўсимта чиқиш жойига яқинлашган мушак чизикларига қараб мўлжал олиш зарур. Шубҳали ҳолатларда ёки ўткир аппендицитнинг катарал шаклида Меккел дивертикули мавжудлигини текшириш учун Баугин қопқоғидан 80 см - 1,0 м масофада ёнбош ичакнинг терминал қисми албатта қайтадан кўриб чиқилиши лозим;

– Чувалчангсимон ўсимта тутқичини боғлаш ва кесиш, чувалчангсимон ўсимта асосини боғлаш. Ўсимта учки қисмидан асоси томон тутқичга қисқич қўйилади. Чувалчангсимон ўсимта асосидаги тутқич капрон ип билан боғланиб, кесилади. Кейин ўсимта асосидан кетгут билан боғланади (4-расм, а, б);

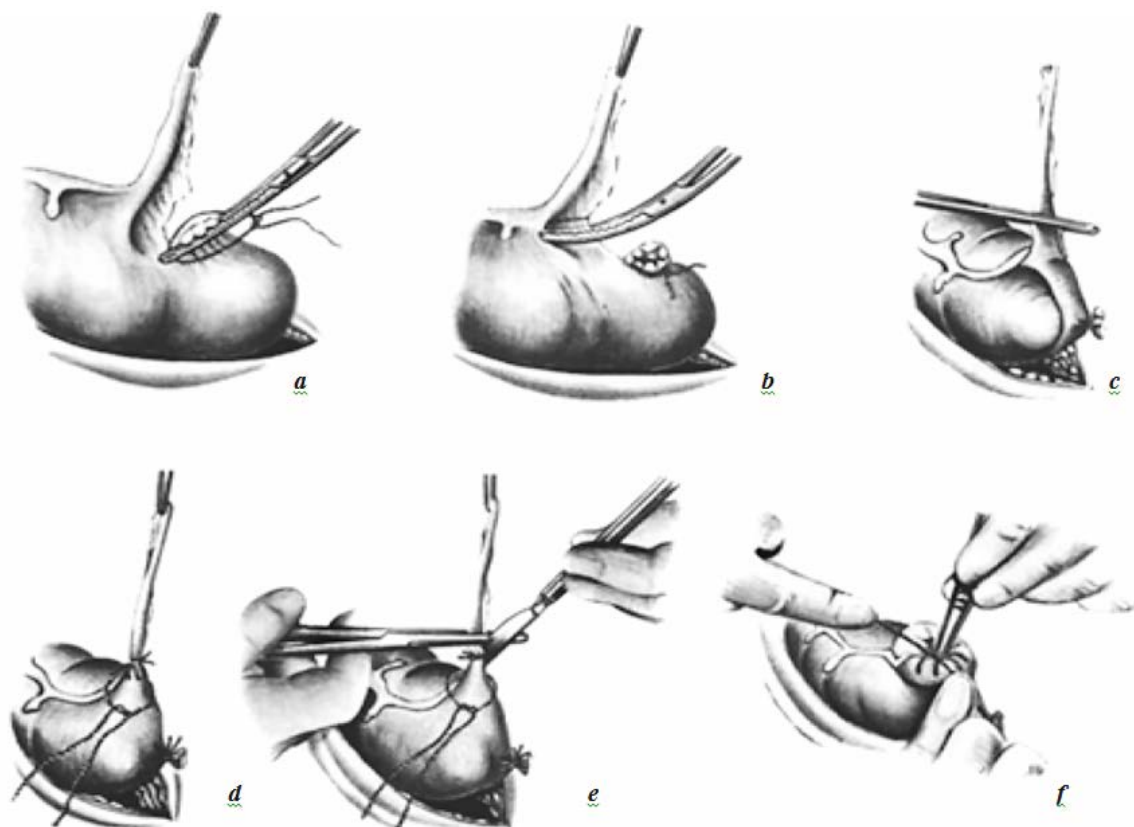
– Кисетли чокни қўйиш. Кисетли сероз-мушак чок ўсимта асосидан тахминан 1,5 см масофада қўйилади;

– Ўсимтани кесиш ва Чўлтоқни Чўктириш, аппендэктомия (4-расм. в, г, е);

– Кисетли чок юзасига Z-шаклидаги сероз-мушак чоки қўйилади;

– Ўнг ёнбош чуқурлиги, ўнг ён канал ва кичик чаноқ бўшлиғини қайта тафтиш қилиш, ажралма (суюқлик) мавжуд бўлганда найчалаш (дренажлаш);

– Операцион хирургатни қаватма-қават тикиш.



*4-расм. a, b – қон томирларни боғлаш ва ўсимта тутқичини кесиш;
c, d, e, f – ўсимтани лигатурали-инвагинация йўли билан олиб ташлаш техникаси.*

3.5. Ретроград аппендэктомия ўсимтани жароҳат юзасига олиб чиқишда қийинчиликлар юзага келганда, масалан, қорин бўшлиғида битишмали жараён бўлса, ўсимтанинг ретроцекал, ретроперитонеал жойлашувида амалга оширилади. **Ретроград аппендэктомияни бажариш қуйидаги босқичлардан иборат:**

- Оператив кириш жойи (антеград аппендэктомияга ўхшаш);
- Кўричакни жароҳат юзасига олиб чиқиш;
- Тутқичдаги тешик орқали ўсимта асосини кетгут билан боғлаш;
- Ўсимтани қисқич остидан кесиш, ўсимта Чўлтоғини кўричак гумбазига Чўктириш, юқорида айтиб ўтилганидек, кisetли ва Z-шаклидаги сероз-мушак чокларини қўйиш;
- Чувалчангсимон ўсимта тутқичини босқичма-босқич боғлаш.

Аппендэктомия бажарилгач, қорин бўшлиғи тупфер ёки электр сўргич ёрдамида қуритилади. Кўпгина ҳолларда, операциядан кейинги жароҳат дренаж қолдирмасдан қаватма-қават маҳкам қилиб тикилади. **Қорин бўшлиғини дренажлаш қуйидаги ҳолларда амалга оширилади:**

- перитонит бўлса;
- чувалчангсимон ўсимта тўлиқ олиб ташланганлигига ишонч бўлмаса;
- гемостазга ишончсизликда;
- периапендикуляр абсцесс мавжудлигида;
- яллиғланиш ретроперитонеал клетчаткага тарқалганда;
- ўсимта чўлтоғини ишончли Чўктирилганлигига амин бўлинмаса.

Қорин бўшлиғини дренажлаш учуда бир нечта тешиклари бўлган дренаж (найча) ёрдамида алоҳида кесма орқали амалга оширилади. Перитонит ҳолати бўлса иккита дренаж ўрнатилади: бири олиб ташланган ўсимта ва кичик чанок бўшлиғига, иккинчиси ўнг ён каналга. Бошқа ҳолларда олиб ташланган ўсимта ва кичик чанок бўшлиғига битта дренаж ўрнатилади (*тавсия даражаси В, далил даражаси 2*).

3.6. Ўрта лапаротомия, аппендэктомия.

3.7. Периапендикуляр абсцессда перкутан (тери орқали) аралашув (пунксия ва/ёки дренажлаш).

3.8. Периапендикуляр абсцессни очиш ва дренажлаш.

3.9. Ретроперитонеал флегмонани очиш ва бошқалар.

Интраоперацион аниқланадиган, аппендэктомияга қарши кўрсатмалар:

- интраоперацион равишда аниқланган, зич ажралмас инфилтрат.

Операция пайтида юзага келадиган клиник ҳолатларда қуйидаги тактикалар қўлланилади:

- Аппендикуляр инфилтратда тактика: интраоператив равишда аниқланган юмшоқ аппендикуляр инфилтратда инфилтрат ўтмас йўллар билан ажратилади, аппендэктомия қилинади ва ўнг ёнбош соҳаси дренажланади, зич инфилтрат аниқланса уни ажратишдан сақланиш лозим;

- Аппендикуляр абсцессни қўшимча кесма орқали экстраперитонеал равишда очиш ва дренажлаш афзалроқ;

- Асоратлар ёки маҳаллий перитонит бўлмаса – ўнгдан Дяконов-Волкович бўйича кириш;

- Атипик жойлашган ҳолатларда: чапдан Ленандер, Кууммел бўйича кириш, лапароскопик аппенектомия;

- Диффуз ёки тарқалган перитонит билан асоратланган ўткир аппендицитда – пастки ўрта лапаротомия;

- Перитонициз ўткир аппендицит (шунингдек, ортиқча вазнга эга бўлган беморда) лапароскопик аппендэктомия;

- Шубҳали ҳолатларда (ўткир аппендицит бор/йўклиги), шунингдек қорин бўшлиғи ва кичик чанок бўшлиғи аъзоларининг бошқа ўткир касалликлари билан дифференциал диагностика мақсадида диагностик лапароскопия кўрсатма ҳисобланади (тиббий муассасада эндовидеохирургик комплекс мавжуд бўлганда). Лапароскопия пайтида бутун ўсимтани кўриш имконияти бўлмаса, аппендицитга шубҳа бўлгани учун ўнгдан Дяконов-Волкович бўйича ёки пастки ўрта лапаротомия кўрсатма ҳисобланади;

- Эндовидеохирургик комплекс бўлмаган тақдирда, агар ўткир аппендицитни инкор етиш мумкин бўлмаса, масала шошилиш операция қилиш фойдасига ҳал қилинади;

- Алворадо шкаласи бўйича ўртача хавф даражаси билан (5-8 балл), агар ўткир аппендицитни аниқ инкор қилиш ёки тасдиқлаш имкони бўлмаса (қорин парда таъсирланиш белгилари бўлмаса!), беморни хирургик бўлимида 12/24 соат

давомида динамик кузатишга рухсат берилади. Бундай ҳолларда эмпирик антибактерил даволаш тавсия этилади;

▪ Агар бемор операциядан бош торца, хирургия бўлимида антибактериал ва симптоматик даво курси буюрилади, агарда шифохонага ётишни рад еца бемор рад етишнинг оқибатлари тўғрисида огоҳлантирилади, рад етиш сабаби расман ҳужжатлаштирилади ва яшаш жойидаги оилавий покликкага ёки туман (шаҳар) тиббиёт бирлашмасига хабар қилинади ва бемор хирург назорати остида бўлиши тавсияси билан ушбу муассасага юборилади (*тавсия даражаси В, далил даражаси 2*).

Ҳомиладорлардаги ЎАда хирургик тактика хусусиятлари

– Операциядан олдинги ва кейинги даврларда ҳомиладор аёл хирург ва акушер-гинекологнинг динамик кузатуви остида бўлади, антибактериал даво бўйича келишилган қарор қабул қилинади, кейинги чора сифатида кўрсатмаларга мувофиқ бачадон тонусини пасайтирадиган дорилар ва бошқа мутахассисларнинг маслаҳатлари буюрилади;

– Туғруқ пайтида катарал ва флегмоноз аппендицитнинг клиник кўриниши бўлса, эрта туғруқ чоралари кўрилиб, кейин эса аппендэктомия тавсия этилади;

– Туғруқ пайтида гангреноз ва тешилган аппендицитнинг клиник кўриниши бўлса туғруқ жараёнини бостириш (кечиктириш), шошилишч аппендэктомия ва кейин эса яна туғруқни гафбатлантириш тавсия этилади;

– Операция йўли билан туғруқ режалаштирилган аёлларда ўткир аппендицитнинг клиник белгилари бўлса кесарча кесиш амалиёти ва аппендэктомияни бир вақтнинг ўзида бажариш тавсия этилади;

– Лапароскопияни ҳомиладорларда аппендэктомия учун илк танлов сифатида [қаралмаслик керак](#). ЛАЭ ҳомиладорликнинг I ва II триместрида асоратланмаган ва асоратланган ЎА учун [танлаш усули сифатида](#) тавсия этилади.

– Катта ёшдаги аёлларда ЎАни консерватив даволаш йирик клиник марказларда этика қўмитаси томонидан тасдиқланган тадқиқотлар асосида [олиб борилиши мумкин](#) (*тавсия даражаси В, далил даражаси 3*).

4. Дори-дармонлар билан даволаш

Асосий дори воситалар рўйхати (қўлланиш эҳтимоли 100%, 13-жад.):

13-жадвал

№	Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори модданинг ХПН	Қўллаш усули	Далил даражаси ва манба
1	Наркотик аналгетиклар, оғриқ қолдириш ва операциядан кейинги давр учун	Морфин гидрохлориди, 1%-1 мл	м/о	В
2	Наркотик аналгетиклар, оғриқ қолдириш ва операциядан кейинги давр учун	Тримеперидин (промедол), инъекция учун эритма, 2% - 1 мл	м/о	С
3	Аралаш таъсирга эга аналгетиклар - операциядан	Трамадол, 100 мг – 2 мл	м/о	В

	кейинги давр учун			
4	Нонаркотик аналгетиклар	Кетопрофен, капсула 50 мг, 100 мг/мл-2 мл, 50 мг/мл-2 мл, инъекция учун эритма	м/о, в/и	<u>B</u>
5	Нонаркотик аналгетиклар	Кеторолак, 10-30 мг	м/о, в/и	<u>B</u>
6	Нонаркотик аналгетиклар	Ибупрофен 400 мг, 800 мг - 100 ёки 200 мл физ.эритмада, ичга қабул қилиш учун 100 мг/5 мл суспензия	в/и, ичга	<u>B</u>
7	Цефалоспоринлар 2-авлод	Цефуроксим, 750 мг, эритма тайёрлаш учун кукун, ҳар 8 соатда юбориш учун	м/о, в/и	<u>A</u>
8	Цефалоспоринлар 3-авлод	Цефтазидим, 1 г, эритма тайёрлаш учун кукун, ҳар 8-12 соатда юбориш учун, 2 г ҳар 12 соатда юборишга	м/о, в/и	<u>B</u>
9	Цефалоспоринлар 3-авлод	Цефтриаксон, 1 г, эритма тайёрлаш учун кукун, ҳар 12 соатда юбориш учун	м/о, в/и	<u>B</u>
10	Цефалоспоринлар 3-авлод	Цефотаксим, 1 г, эритма тайёрлаш учун кукун	м/о, в/и	<u>B</u>
11	Цефалоспоринлар 3-авлод	Цефоперазон, 2-4 г, эритма тайёрлаш учун кукун, ҳар 12 соатда юбориш учун	м/о, в/и	<u>B</u>
12	Цефалоспоринлар 4-авлод	Цефепим 2 г, эритма тайёрлаш учун кукун	м/о, в/и	<u>B</u>
13	Аминогликозид-лар	Гентамицин 0,4 мг/кг	м/о, в/и	<u>C</u>
14	Аминогликозид-лар	Амикасин 10-15 мг/кг	м/о, в/и	<u>B</u>
15	Фторхинолонлар	Ципрофлоксацин, таб., 250-500 мг, инфузион эритма 0,2%-100 мл	per/os, в/и	<u>B</u>
16	Фторхинолонлар	Левифлоксацин, таб., 250-750 мг, эритма 0,5%-100 мл	per/os, в/и	<u>A</u>
17	Нитроимидазол унумлари	Метронидазол 500 мг/100 мл	в/и	<u>B</u>
18	Замбуруғларга қарши азоллар гуруҳи	Флуконазол 2 мг/мл	в/и, 60 дақиқа давомида	<u>B</u>
19	Антихолинестераза, ичаклар атониясини олдини олиш ва даволаш учун	Неостигмин метилсулфат 10-15 мг	м/о, в/и	<u>C</u>

20	Прокинетикилар, қушишга қарши воситаси	Метоклопрамиде 5-10 мг/2-4 мл	м/о, в/и	<u>В</u>
21	Антисептиклар, тери ва дренаж тизимини зарарсизлантириш учун	Повидон йод, 10% эритмаси	ташқи қўллаш учун	<u>А</u>
22	Антисептиклар	Хлоргексидин, 0,05% сувли эритмаси	ташқи қўллаш учун	<u>В</u>
23	Антисептиклар	Этанол 70% эритмаси	ташқи қўллаш учун	<u>А</u>
24	Антисептиклар	Водород пероксиди, 3% эритмаси	ташқи қўллаш учун	<u>С</u>
25	Инфузия учун эритмалар, сув-электролитлар ва кислота-асос балансини назорат қилиш учун	Натрий хлорид 0,9% ли эритмаси, 200-400 мл, декстроза, инфузион эритма, 5%, 10%, 200-400 мл	в/и, томчилаб	<u>В</u>

Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўлланиш эҳтимоли 100% дан кам, 14-жад.):

14-жадвал

№	Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори модданинг ХПН	Қўллаш усули	Далил даражаси ва манба
1	Антисекретор преператлар - протон помпа насоси ингибиторлари	Омепразол, таблетка ёки капсулалар, 40-80 мг/сут	ичга, per/os	<u>В</u>
2	Антисекретор преператлар - гистамин рецепторлари блокаторлари	Фамотидин, таблетка, 20-40 мг	ичга, per/os	<u>С</u>
3	Гемостатик воситалар	Этамзилат Na, инъекция учун эритма, 12,5%-2 мл	м/о, в/и, операциядан 1 соат олдин 250-500 мг	<u>С</u>
4	Антикоагулянт тўғридан-тўғри таъсирга эга (тромбоз профилактикаси учун)	Гепарин 2500-5000-10000 ТБ/мл	в/и, т/о	<u>В</u>
5	Сийдик ҳайдовчи воситалар	Фуросемид, 20-40 мг, инъекция учун эритма, 1%-2 мл	м/о, в/и	<u>В</u>
6	Миотроп таъсирга эга спазмолитиклар	Аминофиллин, 0,12-0,24 г, 5-10 мл, 2,4% ли эритмаси	в/и, аста-секин	<u>С</u>
7	α- ва β- адреномиметиклар	Эпинефрин, инъекция учун эритма, 0,18%-1 мл	в/и, м/о, т/о, аста-секин, 0,5 мл.ни 20 мл 40% ли глюкоза эритмасида	<u>А</u>
8	Қон таркибий қисмлари	Лейкофилтрланган эритроцитар масса, кўрсатмага	в/и, томчилаб, синамалардан сўнг	<u>В</u>

		кўра		
9	Қон таркибий қисмлари	Янги музлатилган плазма, кўрсатмага мувофиқ	в/и, томчилаб, синамалардан сўнг	<u>В</u>

5. Ўткир аппендицит ва аппендэктомиянинг мумкин бўлган асоратлари

5.1. Аппендикуляр инфилтрат. Аппендикуляр инфилтратнинг шаклланиши организмнинг химоя реакцияси натижасида – катта чарви, ингичка ичак, қорин парда ёрдамида деструктив жараёни эркин қорин бўшлиғидан ажратиб қўйилишидир.

Аппендикуляр инфилтратда тактика:

Юмшоқ инфилтрат – агар аппендикуляр инфилтрат касаллик бошлангандан эрта муддатда, 2-3 кунгача тасодифан аниқланса, чувалчангсимон ўсимта бўйлаб инфилтрат юмшоқ битишмаларини ажратиш, аппендэктомия қилиш ва антибиотикларни юбориб туриш учун қорин бўшлиғини ниппел трубкаси билан дренажлаш мумкин.

Зич инфилтрат – инфилтратни ажратишдан сақланиш керак. Ичак деворига шикаст етказмаслик ва қон кетишини олдини олиш учун операция вақтида аниқланган зич инфилтратни ўткир йўллар билан ажратиш [тавсия этилмайди](#). Кенг тарқалган перитонит белгилари бўлмаса - консерватив даво (2 хил гуруҳдаги кенг таъсир спектрига эга антибиотиклар).

Тарқалган перитонит билан бирга келса – жараёни қорин бўшлиғидан тампонлар билан чеклаш ва экссудатни аниқ ёки тахминий оқиб чиқиши учун соҳани ташқи дренажлаш.

Консерватив даволашда антибактериал, яллиғланишга қарши терапия қўлланилади. Шу билан бирга, яллиғланиш жараёни клиник, лаборатор ва УТТ динамикаси қайд этиб борилади – агар беморда лейкоцитоз кузатилмаса, иситма бўлмаса, инфилтрат аста-секин то тўлиқ сўрилгунча кичрайиб боради, оператив даволаш фақат бир неча ойдан кейин қўлланилади – беморларга режали аппендэктомия амалга оширилади.

5.2. Аппендикуляр абсцесс. Агар даволаниш жараёнида беморда ўнг ёнбош соҳасида оғриқ, гектик иситма, қайта лейкоцитоз пайдо бўлса ва УТТда инфилтрат марказида гипоехоген суяқликли ҳосила аниқланса – беморда аппендикуляр абсцесс ривожланган бўлади. Бундай ҳолда хирургик аралашувга кўрсатма ҳисобланади – Пирогов бўйича қорин бўшлиғидан ташқари кириш орқали (ёнбош суяқдан чов бойлами томон) абсцессни очиш, сўнгра абсцесс бўшлиғини дренажлаш ёки тампонлаш амалга оширилади.

Агар абсцесс ёнбош суяқ қаноти билан боғланмаган бўлса, унда беморда периаппендикуляр абсцесс кўриниши мавжуд бўлиб, ўрта-пастки лапаротомия, абсцессни очиш, аппендэктомия, санация, дренажлаш ва абсцесс бўшлиғини тампонлаш операциясига кўрсатма ҳисобланади. Антибактериал терапия 5-7

кун, биринчи суткаларда кенг таъсир спектрли преператлар – 3 ва 4-авлод цефалоспоринлар гуруҳи тавсия этилади, кейин эса у бактериологик екма натижасига кўра (антибиотикларга сезгирлиги бўйича) давом эттирилади.

5.3. Қорин бўшлиғи абсцесслари. Чанок бўшлиғи абсцесси (Дуглас бўшлиғи абсцесси) чувалчангсимон ўсимта кичик чанок бўшлиғида жойлашганда ҳам, аппендэктомиядаги хатолардан сўнг ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Чанок абсцесси пайдо бўлганда беморлар қориннинг пастки қисмидаги, ораликдаги оғриқдан, дизурик ҳолатлардан шикоят қиладилар. Тана ҳарорати кўтарилади, лейкоцитлар формуласининг чапга силжиши билан лейкоцитоз ошиб боради. Ректал текширувда тўғри ичак олд деворида оғриқ ва флуктуация аниқланади. УТТ текшируви ҳам муҳим рол ўйнайди. Чанок абсцесси оператив йўл билан эркакларда тўғри ичак олд девоир орқали, аёлларда эса қиннинг орқа гумбази орқали очилади. Операция наркоз остида амалга оширилади ва абсцесс бўшлиғини дренажлаш билан яқунланади.

5.4. Диафрагма ости абсцесси – чуқур нафас олишда кучаядиган кўкрак қафасидаги оғриқ, йўтал, пастки қовурғалар пальпациясида оғриқ, қовурғаларо ораликни бўртиши (кўтарилиши), жигар тўмтоқлигини кенгайиши хосдир. Рентгенография пайтида диафрагма гумбазининг юқори туриши қайд этилади, плевра бўшлиғида суюқлик бўлиши ҳам мумкин. Қорин бўшлиғининг УТТ ва МСКТда диафрагма остида суюқлик тўпланиши, плеврал суюқлик (ажралма) аниқланади. Диафрагма ости абсцесси трансплеврал ёки экстраплеврал кириш йўли билан очилади. Ҳозирги вақтда УТТ ёки МСКТ назорати остида абсцессларни тери орқали дренажлаш ҳам қўлланилади.

Қорин бўшлиғидан яллиғланиш экссудати ва абсцессларнинг таркиби микрофлора идентификацияси ҳамда унинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш мақсадида бактериологик текширувга юборилиши керак.

5.5. Тарқалган перитонит – бу ўткир аппендицитнинг ўта жиддий асорати бўлиб, кўпинча ўлимга олиб келади. Клиник кўриниши аппендицитнинг клиник белгиларини, дастлаб ўнг томонда, сўнгра бутун қорин бўйлаб мушаклар таранглиги ва қорин парда таъсирланиш симптомлари, қусиш, иситма, тахикардияни ўз ичига олади. Қорин бўшлиғи УТТда эркин суюқлик, ингичка ичак парези белгилари аниқланади.

Аппендэктомияни (перитонит манбасини йўқотишни), қорин бўшлиғини етарли даражада санация ва дренажлашни амалга оширишга имкон берадиган ўрта кесим орқали кириш – даволашнинг ўзига хос хусусиятидан биридир. Операциядан кейинги даволаниш бошқа этиологияли перитонитларникига ўхшайди, массив антибактериал, инфузион коррекцияловчи терапия ва бошқаларни ўз ичига олади.

5.6. Пилефлебит ёки дарвоза венасининг септик тромбофлебити – ўткир аппендицитнинг жуда кам учрайдиган, аммо энг хавфли асоратидир.

Маълумотларга кўра, пилефлебитда ўлим даражаси 80-100% га етади. Пилефлебит аппендицитнинг гангреноз ёки флегмоноз шаклларида ривожланади, бунда чувалчангсимон ўсимта тутқич вена томирларида тромбофлебит пайдо бўлиб, у портал вена ва унинг шохларига тез тарқалади. Беморлар бир нечта жигар ичи абсцесслари туфайли юзага келган ўткир жигар-буйрак етишмовчилигидан йўқотилади. Пилефлебитни даволаш “**vv.ileocolicae**” ни эрта боғлаш ёки илеосекал бурчак резекцияси ва массив антибактериал терапияни ўз ичига олади (*тавсия даражаси В, далил даражаси 2*).

5.7. Қон кетиш.

5.8. Жароҳат инфекцияланиши.

5.9. Ўткир ичак тутилиши ва бошқалар.

6. Антибиотик профилактика, антибиотик терапияси. WSES, World Journal of Emergency Surgery 2016 [тавсияларига кўра](#), аппендицитда асосий патогенлар ентеробактериялар, стрептококклар ва [анаэроблардир](#) (айниқса *V. fragilis*);

– ўткир аппендицит билан оғриган беморларда ҳар доим операциядан олдинги кенг таъсир спектрли антибиотиклар профилактикаси тавсия этилади: операциядан 30 дақиқа олдин 1 марта кенг таъсир спектрли антибиотикларни томир ичига юбориш;

– асоратланмаган ўткир аппендицит билан оғриган беморларга операциядан кейинги даврда антибиотиклардан фойдаланиш тавсия этилмайди;

– асоратланган ўткир аппендицит билан оғриган беморларга эса операциядан кейин ҳар доим кенг таъсир спектрли антибиотик терапия тавсия этилади;

– катта ёшдаги беморлар учун 3-5 кунлик антибиотик терапия курси тавсия этилади.

Операциядан кейинги даволаш:

1. Перитонит, абдоминал сепсис клиникаси мавжуд бўлса – перитонитни ташхислаш ва даволашда протоколига мувофиқ интенсив ва комбинациялашган [антибактериал даво олиб борилади](#).

2. Эмпирик антибактериал моно - ёки комбинациялашган даво бошланғич даволаш схемаси бўйича, тахмин қилинган флорани ҳисобга олган ҳолда – [кўрсатмага асосан](#) олиб борилади:

– III авлод цефалоспоринлар, фторхинолонлар, аминогликозидлар монотерапияда ёки имидазоллар (метронидазол) билан биргаликда, бир марталик ўртача ва суткалик дозада;

– клиник кўриниш ва антибиотикограмма бўйича 48-72 соатдан кейин эмпирик антибиотик терапиясининг самарадорлигини баҳолаш. Тадқиқот маълумотларига кўра, инфузион [антибиотик терапияси курси](#) 48 соат, умумий курс эса 7-10 кун бўлиши керак;

– “талабга кўра” режимида етарли даражада оғриқсизлантириш (гиёҳванд, опиоид гиёҳвандлар ва гиёҳванд бўлмаган аналгетиклар);

– **кўрсатмаларга мувофиқ:**

- ичак тракти парезининг олдини олиш;
- дезинтоксикацион терапия;
- коагулопатияни коррекциялаш;
- ўпка асоратларини олдини олиш;
- замбуруғларга қарши терапия;
- ўткир яраларни олдини олиш.

Шифохонада кейинги чоралар:

1. Операциядан кейинги даврдаги мақсадга мувофиқ терапия;

2. Ҳар куни аҳвол оғирлигини баҳолаш;

3. Кунлик боғлов, жароҳат инфекциясини олдини олиш;

4. Периапендикуляр абсцесс, ретроперитонеал флегмона, абдоминал сепсисда: манбани назорат қилиш;

5. Дренаж назорати (дренажнинг ишлаши, дренаж ҳолати ва ҳажми), экссудат йўқ бўлса дренажни олиб ташлаш, ажралма ҳажми 50,0 мл дан ортик бўлса, қорин бўшлиғи абсцесси пайдо бўлишининг олдини олиш учун дренажни олиб ташлаш тавсия этилмайди;

6. Агар назогастрал (назоинтестинал) зонд мавжуд бўлса, зонд парвариши;

7. УТТ, қорин бўшлиғи рентгенографияси (кўрсатмага мувофиқ);

8. Динамикада қайта лаборатор текширувлар (УҚТ, коагулограмма, ҚБТ, лактат даражаси, D-димерлар, прокальцитонин – кўрсатмага мувофиқ);

9. Муассасадан жавоб бериш масаласи индивидуал равишда ҳал этилади (*тавсия даражаси В, далил даражаси 3*).

Интенсив терапия ва реанимация бўлимига ўтказиш учун кўрсатмалар:

– бемордаги беқарор гемодинамика;

– тарқалган перитонит, абдоминал сепсис, септик шок, полиорган етишмовчилик;

– асосий ёки қўшимча касаллик билан боғлиқ ҳолда интенсив терапия ва мониторинг талаб этадиган аҳвол ёмонлашуви;

– рақобатдош касалликлар мавжуд бўлганда интенсив терапияни талаб қиладиган ҳолатлар.

**ЎТКИР АППЕНДИЦИТДА КЕЙИНГИ ДАВО ЧОРАЛАРИ,
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ - 2025

АСОСИЙ ҚИСМ

	КХТ-10	КХТ-11
Код	К35-К38. Ўтқир аппендицит	DB10.0-DB10.Z. Ўтқир аппендицит
Ҳавола	https://mkb-10.com/index.php?pid=10172	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#40398753

1. Кириш. Лапароскопик аппендектомиядан кейин реабилитация даври одатда тез ва асоратларсиз ўтади. Аппендектомиядан кейин реабилитация давомийлиги беморнинг умумий аҳволига, яраинг ҳолатига, дренаждан оқинди (ажралма) мавжудли ёки йўқлигига, шунингдек беморнинг жарроҳ тавсиялари ва диетага риоя этишига боғлиқ.

2. Поликлиникадаги кейинги чора-тадбирлар:

2.1. Жавоб берилганидан сўнг поликлиникада кузатув (амбулатор даволаниш муддати ва меҳнатга лаёқатлилик масаласи алоҳида ҳал қилинади);

2.2. Поликлиникада жароҳат инфекцияси профилактикаси: ярани ўз вақтида кўздан кечириш ва боғлаш;

2.3. Чокларни олиб ташлаш масаласи индивидуал равишда ҳал этилади;

2.4. Рухсат этилган аппендикуляр инфилтрат билан жавоб берилганида динамик УТТ – кўрсатмага мувофиқ;

2.5. Жисмоний зўриқишларни чеклаш – шифохонадан чиқарилган кундан бошлаб 3-4 ҳафта давомида;

2.6. Аппендикуляр инфилтрат сўрилгач, 6-8 ҳафтадан сўнг аппендицитнинг такрорий симптомлари бўлган беморларга интервалли аппендэктомия ўтказилади, танлов операцияси – лапароскопик аппендэктомия (*тавсия даражаси В, далил даражаси 4*).

WSES, World Journal of Emergency Surgery 2016 бўйича, аппендикуляр инфилтратда [тавсиялар](#):

1. Рухсат этилган аппендикуляр инфилтрат билан оғриган беморларга маълум интервалгача аппендэктомия қилиш тавсия этилмайди;

2. Аппендикуляр инфилтрат ва аппендицитнинг такрорий белгилари билан оғриган беморларга аппендикуляр инфилтрат ҳал қилинганидан кейин 6-8 ҳафта ўтгач, интервалли аппендэктомия қилиш тавсия этилади;

3. Агар аппендикуляр инфилтрат ҳал қилгандан кейин 6-8 ҳафта ўтгач, интервалли аппендэктомия ўтказилмаса, [онкологик огоҳлик мақсадида](#) хирург ва онколог кўриги тавсия этилади, колоноскопия амалга оширилади.

Протоколда тавсифланган даволаш самарадорлиги ва диагностик усулларининг хавфсизлик кўрсаткичлари:

- консерватив даволашда ЎА клиникасининг йўқлиги (аппендикуляр инфильтрат, асоратланмаган аппендицитда хирурургик даволашдан бош тортиш ҳолатларида);
- қориндаги оғриқларни, эндоген интоксикация ҳодисаларини, иситмани, қон кетишни, лейкоцитозни, шунингдек йирингли асоратларни тўхташи (йўқлиги);
- ўткир аппендицит асоратларини бартараф этилганлиги;
- операция жароҳатини битиши.

Одатда аппендектомиядан кейин реабилитация муддати тахминан 10-14 кунни ташкил этади. Бу вақт давомида беморларнинг аксарияти ўзларининг меҳнатга лаёқатлилигини тўлиқ тиклайдилар.

Лапароскопик аппендектомиядан 2-3 кун ўтиб, бемор шифохонадан чиқарилади ва анъанавий аппендектомияга қараганда анча олдин нормал ҳаётга қайтиши мумкин бўлади. Соғлиқни тиклаш ва барча тана тизимларини тўлиқ фаолият кўрсатиши учун биринчи навбатда жарроҳнинг тавсияларига, уйку ва дам олиш тартибига, шунингдек, парҳезга риоя қилиши керак. Овқат рациони ичак моторикасини рағбатлантирадиган маҳсулотлардан иборат бўлиши керак: бульонлар, қайнатмалар, нордон сут, донли нон ва бошқалар. Истеъмол қилиш мумкин бўлмаган [маҳсулотлар](#): қаттиқ, аччиқ, ёғли ва хамирга бой овқатлар, оқ нон ва спиртли ичимликлар (*тавсия даражаси С, далил даражаси 5*).

Жарроҳлик йўли билан даволаниш тугаганидан кейин 3 ҳафта давомида жисмоний фаолиятни чеклаш тавсия этилади (*тавсия даражаси С, далил даражаси 5*).

3. Профилактика. Чў яллиғланишидан тўлиқ ҳимояланиш мумкин эмас, лекин уни хавфини камайтириш мумкин. Бунинг учун фаол ҳаёт тарзини олиб бориш, кунига камида 400-500 грамм сабзавот ва меваларни истеъмол қилиш керак. Шунингдек, узоқ давом этадиган ич қотиши (қабзият)нинг олдини олиш, ошқозон-ичак йўллари касалликларини ўз вақтида даволаш ва паразитлардан халос бўлиш ҳам муҳим ҳисобланади.

Операциясиз даволанган аппендикуляр инфильтрат ва/ёки хўппоз [бартараф этилгандан сўнг](#), натижаларни жарроҳ томонидан баҳолаш орқали олти ойдан кечиктирмай камида бир марта [онкологик огоҳлик мақсадида](#) колоноскопия ва вена ичига контраст юбориб қорин бўшлиғининг компьютер томографиясини ўтказиш тавсия этилади (*тавсия даражаси В, далил даражаси 4*).

40 ёшдан ошган асоратланган аппендицит билан оғриган беморларда аппендикс ўсмалари билан касалланиш даражаси [анча юқори](#) – 3% дан 17% гача. Интервалли аппендектомия фақат [ЎА такрорланганда](#) ёки беморда ҳаёт сифатининг пасайишини кўрсатадиган шикоятлар бўлсагина [тавсия этилади](#).

Муваффақиятли консерватив даводан сўнг ЎАнинг такрорланиш частотаси 12% дан 24% гача [ўзгариб туради](#). Интервалли аппендектомия лапароскопик усулда ҳам амалга оширилиши мумкин.

ПРОТОКОЛНИНГ ТАШКИЛИЙ ЖИҲАТЛАРИ

Муаллифлар жамоаси манфаатлар тўқнашуви йўқлигини маълум қиладилар.

Экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари).

Протокол ишлаб чиқилганидан сўнг ҳар 5 йилда бир марта қайта кўриб чиқиш тавсия этилади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Ives I. Seasonal variations of acute appendicitis and nonspecific abdominal pain in Finland. WJG. 2014;20:4037. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24833844>
2. Viniol A., Keunecke C., Biroga T., Stadje R., Dornieden K., Bösner S., Donner-Banzhoff N., Haasenritter J., Becker A. Studies of the symptom abdominal pain – a systematic review and meta-analysis. Family practice. 2014;31(5):517-529. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu036>
3. Савельева В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2009;(2):103-141 [Saveleva V.S., Kiriyenko A.I. Klinicheskaya xirurgiya: natsionalnoye rukovodstvo: v 3 t. Moskva. GEOTAR-Media. 2009;(2):103-141. In Russian] http://www.almazovcentre.ru/wp-content/uploads/Lit_hirurgia.pdf
4. Алекберзаде А.В., Липницкий Е.М. Острый аппендицит. Учебно-методическое пособие. Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова. г.Москва, 2017 [Alekberzade A.V., Lipnitskiy Ye.M. Ostryy appenditsit. Uchebno-metodicheskoye posobiye. Perviy Moskovskiy gosudarstvenniy meditsinskiy universitet imeni I.M. Sechenova. g.Moskva, 2017. In Russian] <https://www.sechenov.ru/upload/iblock/294/ostryy-appenditsit.-uchebno-metodicheskoe-posobie-2017.pdf>
5. Di Saverio S., Birindelli A., Kelly MD. et al. WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. World Journal of Emergency Surgery. 2016;11:34. <https://doi:10.1186/s13017-016-0090-5>
6. Касимов Р.Р., Мухин А.С., Елфимов Д.А., Соколов Л.В. Лечебно-диагностический алгоритм при остром аппендиците. Новости хирургии. 2014. №1 [Kasimov R.R., Muxin A.S., Yelfimov D.A., Sokolov L.V. Lechebno-diagnosticheskiy algoritm pri ostrom appenditsite. Novosti xirurgii. 2014. №1. In Russian] <https://cyberleninka.ru/article/n/lechebno-diagnosticheskiy-algoritm-pri-ostrom-appenditsite-u-voennosluzhaschih>
7. Wilasrusmee C. et al. Systematic review and meta-analysis of safety of laparoscopic versus open appendicectomy for suspected appendicitis in pregnancy. The British journal of surgery. 2012;99(11):1470-1478. <https://doi:10.1002/bjs.8889>, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23001791>
8. Sartelli M. et al. Complicated intra-abdominal infections worldwide: the definitive data of the CIAOW Study. World Journal of Emergency Surgery. 2014;9:37. <https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/1749-7922-9-37>
9. Sartelli M., Viale P., Catena F. et al. 2013 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. World Journal of Emergency Surgery. 2013;8:3. <https://doi.org/10.1186/1749-7922-8-3>
10. Упницкий А.А. Принципы выбора и оценки эффективности антибиотиков. Лечебное дело. 2010. №2 [Upnitskiy A.A. Printsipy vibora i otsenki effektivnosti antibiotikov. Lechebnoye delo. 2010. №2. In Russian] <https://cyberleninka.ru/article/n/printsiy-vybora-i-otsenki-effektivnosti-antibiotikov>
11. Carpenter S.G. et al. Increased risk of neoplasm in appendicitis treated with interval appendectomy: single-institution experience and literature review. The American surgeon. 2012;78(3):339-343. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22524774>

12. Pachya U., Shrestha S.R., Pokharel Y.R., Thapa A. A Comparative Study of Raja Isteri Pengiran Anak Saleha and Alvarado Scores to Diagnose Acute Appendicitis. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2021;23;19(1):111-114. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v19i1.1435>

13. McGillen P.K., Drake F.T., Vallejo A. et al. Retrospective analysis of post-operative antibiotics in complicated appendicitis. *Surgical Infections*. 2019;20:359-366. <https://doi.org/10.1089/sur.2018.223>

14. Podda M., Cillara N., Di Saverio S. et al. Antibiotics-first strategy for uncomplicated acute appendicitis in adults is associated with increased rates of peritonitis at surgery. A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials comparing appendectomy and non-operative management with antibiotics. *Surgeon*. 2017;15:303-314. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2017.02.001>

15. Сажин А.В., Нечай Т.В., Кириенко А.И. Острый аппендицит. Москва. ООО «Медицинское информационное агентство». 2019. 208 с. [Sajin A.V., Nechay T.V., Kiriienko A.I. Ostriy appenditsit. Moskva. ООО «Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo». 2019. 208 s. In Russian] https://medkniga.ru/files/book_fragments_files/36357int.pdf

16. Jaschinski T., Mosch C., Eikermann M., Neugebauer E.A. Laparoscopic versus open appendectomy in patients with suspected appendicitis: a systematic review of meta-analyses of randomised controlled trials. *BMC gastroenterology*, 2015;15,48. <https://doi.org/10.1186/s12876-015-0277-3>

17. Ukai T., Shikata S., Takeda H., Dawes L., Noguchi Y., Nakayama T., Takemura Y.C. Evidence of surgical outcomes fluctuates over time: results from a cumulative meta-analysis of laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis. *BMC gastroenterology*, 2016;16:37. <https://doi.org/10.1186/s12876-016-0453-0>

18. Antoniou S.A., Mavridis D., Hajibandeh S., Hajibandeh S., Antoniou G.A., Gorter R. et al. Optimal stump management in laparoscopic appendectomy: A network meta-analysis by the Minimally Invasive Surgery Synthesis of Interventions and Outcomes Network. *Surgery*. 2017;162(5):994-1005. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.07.013>

19. Iwamura S., Hashida H., Yoh T. et al. Laparoscopic appendectomy during the third trimester: Case presentation and literature review. *Asian journal of endoscopic surgery*. 2018;11(4):413-416. <https://doi.org/10.1111/ases.12456>

20. Gorter R.R., Eker H.H., Gorter-Stam M.A., Abis G.S., Acharya A., Ankersmit M. et al. Diagnosis and management of acute appendicitis. EAES consensus development conference 2015. *Surgical endoscopy*, 2016;30(11):4668-4690. <https://doi.org/10.1007/s00464-016-5245-7>

21. De Jonge J., Bolmers M.D.M., Musters G.D., Van Rossem C.C., Bemelman W.A., Van Geloven A.A. Predictors for interval appendectomy in non-operatively treated complicated appendicitis. *International journal of colorectal disease*. 2019;34(7):1325-1332. <https://doi.org/10.1007/s00384-019-03303-4>

22. Mallinen J., Rautio T., Gronroos J. et al. Risk of appendiceal neoplasm in periappendicular abscess in patients treated with interval appendectomy vs follow-up with magnetic resonance imaging: 1-year outcomes of the peri-appendicitis acuta

randomized clinical trial. JAMA Surg. 2019;154(3):200-207.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.4373>

23. Hall N.J., Eaton S., Stanton M.P. et al. Active observation versus interval appendicectomy after successful non-operative treatment of an appendix mass in children (China study): an open-label, randomised controlled trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2:253-260. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(16\)30243-6](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30243-6)

24. Rushing A., Bugaev N., Jones C. et al. Management of acute appendicitis in adults: a practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. J Trauma Acute Care Surg. 2019;87(1):214-224.
<https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002270>

25. Darwazeh G., Cunningham S.C., Kowdley G.C. A systematic review of perforated appendicitis and phlegmon: interval appendectomy or wait-and-see? Am Surg. 2016;82:11-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26802841>